

Université du Québec en Outaouais

**Étude pilote de l'application de *Seeking Safety* auprès d'une population
psychiatrique francophone**

Présentée par Isabelle Gagnon

Supervisée par

Monique Séguin et

Jean-Philippe É. Daoust

Avril 2016

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mes directeurs, Dre Monique Séguin et Dr Jean-Philippe Daoust pour leur soutien tout au long de cette démarche. Leurs conseils et leurs recommandations m'ont permis de développer mes connaissances à la fois sur l'État de stress post-traumatique, mais aussi sur la recherche et les démarches relatives à la publication. Sans eux, il n'aurait jamais été possible d'achever ce projet. Je veux aussi remercier mes parents pour leurs encouragements durant mes nombreuses années d'études. Ils ont su m'inspirer à me dépasser dans mon cheminement scolaire et m'offrir un soutien tant émotionnel que pratique. Merci aussi à Fred, avec qui j'ai vécu les épreuves et les joies des études supérieures, et avec qui il me tarde de célébrer l'aboutissement de cette entreprise. Finalement, j'aimerais manifester ma gratitude à mon merveilleux mari, Marc-André, pour sa patience, son optimisme et ses encouragements, et pour toutes les fois où il a sacrifié sans rancune notre temps commun pour me permettre de travailler sur cet essai.

Table des matières

Résumé..... 5

Introduction générale 6

1. Revue de la littérature 7

 1.1 Épidémiologie des évènements traumatiques et de l'ÉSPT..... 7

 1.2 Conséquences d'un ÉSPT 12

 1.2.1 Répercussions interpersonnelles 12

 1.2.2 Répercussions psychologiques..... 12

 1.2.3 Répercussions physiques 13

 1.3 Conceptualisation diagnostique de l'ÉSPT..... 14

 1.4 Typologie du trauma 18

 1.5 Traitements pour l'ÉSPT 24

2. Objectifs de l'étude 35

3. Méthode 36

 3.1 Démarche 36

 3.2 Participants..... 37

 3.3 Protocole de traitement 38

 3.4 Instruments de mesure 41

 3.4.1 État de stress post-traumatique 41

 3.4.2 Trouble d'utilisation de substances..... 43

 3.5 Analyse des données 43

4. Résultats 44

 4.1 Suivi des changements cliniques 44

 4.2 Taux de participation, taux d'abandon et taux de détérioration 46

5. Discussion 47

 5.1 Limites et pistes de recherche 51

 5.2 Impressions cliniques..... 54

6. Conclusion 57

Tableau 1.....	59
<i>Caractéristiques démographiques et cliniques des participants</i>	59
Tableau 2.....	61
<i>Contenu des séances de Seeking Safety</i>	61
Tableau 3.....	62
<i>Analyses comparatives pré-test et post-test pour toute la population (Seeking Safety; N = 50)</i>	62
Figure 1. Changement cliniquement significatif et détérioration dans les scores PCL-S pré-post pour l'ÉSPT	63
Figure 2. Changement cliniquement significatif et détérioration dans les scores PCL-S pré-post pour l'ÉSPT complexe	64
.....	64
Bibliographie.....	65
Appendice A	81
Liste des thèmes des séances de <i>Seeking Safety</i>	81

Résumé

Cette étude pilote examine l'impact du programme *Seeking Safety* auprès d'une population psychiatrique francophone qui consulte en clinique externe au sein d'un centre hospitalier universitaire francophone (Ottawa, Canada). Bien qu'il y ait des preuves soutenant l'efficacité du traitement *Seeking Safety* pour traiter l'État de stress post-traumatique (ÉSPT) en concomitance avec le Trouble d'utilisation de substances (TUS), à notre connaissance, la version francophone du programme n'a jamais été offerte à une population qui consulte des services psychiatriques de troisième ligne.

L'objectif de cette étude pilote est d'examiner l'évolution de la symptomatologie de l'ÉSPT et de la consommation de substances chez les personnes ayant participé au programme *Seeking Safety*. Les résultats indiquent la présence d'une amélioration sur le plan de la symptomatologie de l'ÉSPT et d'une diminution de la consommation chez le tiers des participants. Les données montrent également un faible taux d'abandon, ce qui est en soi un constat intéressant, particulièrement auprès d'une population souvent difficile à engager dans un processus thérapeutique.

Malgré les limites méthodologiques de cette étude, les résultats obtenus suggèrent que cette intervention peut être efficace auprès d'un certain nombre de personnes aux prises avec un trouble complexe d'ÉSPT. Cependant, il est important de poursuivre l'avancement des meilleures pratiques pour le traitement de personnes souffrant d'un ÉSPT complexe associé à des problèmes comorbides.

Mots-clés: trauma, trauma complexe, État de stress post-traumatique, traitement, *Seeking Safety*, trouble de substances

Introduction générale

L'État de stress post-traumatique (ÉSPT) est un trouble de santé mentale ayant de lourdes conséquences tant sur le plan de la qualité des relations interpersonnelles que celui du fonctionnement au travail. Du point de vue clinique, l'ÉSPT s'accompagne fréquemment de troubles de santé mentale comorbides et d'évènements de vie défavorables (Frayne et al., 2010; Kendall-Tackett, 2009; Kessler, 2000; Possemato, Wade, Andersen, & Ouimette, 2010; Riggs, Byrne, Weathers, & Litz, 1998; Taft, Watkins, Stafford, Street, & Monson, 2011). Il semble donc impératif de perfectionner les programmes de traitements existants, dont l'efficacité et la validité empirique ont été confirmées auprès de personnes souffrant d'un ÉSPT. Le traitement manualisé *Seeking Safety* (adaptation française: À la recherche de la sécurité) a été offert à des patients francophones qui souffraient d'un ÉSPT ou d'un ÉSPT complexe et qui consultaient à la Clinique spécialisée en traumatologie psychiatrique de l'Hôpital Montfort (Ottawa, Ontario, Canada). Ce traitement visait principalement la mise en place d'habitudes de vie sécuritaires et la stabilisation des comportements autodestructeurs. Il a été retenu en raison de sa cohérence avec les meilleures pratiques pour le traitement d'individus souffrant d'un ÉSPT accompagné de troubles concomitants, en l'occurrence un trouble d'utilisation de substances (TUS). Ce programme a fait l'objet d'une traduction en français et constitue à notre connaissance le seul manuel de traitement existant dans cette langue. Une évaluation préliminaire des bénéfices de l'application de ce programme de traitement pour cette population a été menée. Bien que ce programme s'adresse à une population souffrant d'un ÉSPT accompagné d'un TUS, il s'entend que le milieu hospitalier doit offrir des services à toute personne qui consulte; ainsi les groupes de

traitement font preuve d'une certaine hétérogénéité quant au type d'ÉSPT. Le suivi clinique des patients a été effectué à l'aide d'un questionnaire pré et post traitement, ainsi qu'à l'aide de mesures autorapportées hebdomadaires. Des analyses descriptives et comparatives sont utilisées pour examiner les taux de participation, d'abandon et de détérioration, et ce, dans une perspective d'amélioration des services offerts.

1. Revue de la littérature

1.1 Épidémiologie des événements traumatiques et de l'ÉSPT

Bien qu'il n'y ait pas de consensus absolu quant à la définition d'un événement traumatique (ÉT), le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) fournit une description largement acceptée d'événements répondant aux critères d'un ÉT. Ces critères comprennent la présence ou la menace d'un décès, d'une blessure grave ou d'une agression sexuelle. Il est possible d'être exposé à un ÉT de façon directe, d'en être témoin, d'apprendre qu'un être cher en a été victime ou d'être exposé de façon répétée ou extrême aux suites de cet ÉT, par exemple dans le cadre de fonctions professionnelles. Il est important de préciser que même si la présence d'un ÉT est un critère nécessaire au diagnostic d'ÉSPT, l'exposition à un ÉT ne mène pas nécessairement au développement d'un ÉSPT. La différence entre les données épidémiologiques des ÉT et de l'ÉSPT présentées dans cette section met d'ailleurs ce fait en évidence.

Les études portant sur la prévalence des ÉT démontrent une grande disparité dans les pourcentages rapportés par les individus interrogés (Jolly, 2003). Selon diverses études, les individus rapporteraient entre 21,4% et 84,0% d'exposition à au moins un ÉT au cours de leur vie (Bernat, Ronfeldt, Calhoun, & Arias, 1998; Breslau & Anthony,

2007; Norris, 1992; Perkonigg, Kessler, & Wittchen, 2000; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, & Best, 1993).

L'étude du *National Comorbidity Survey* ($N = 5877$) (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995), indique que 60,7% des hommes et 51,2% des femmes ont rapporté avoir vécu au moins un ÉT tel que défini par le critère étiologique du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). De ces individus, 23,9% des hommes et 26,4% des femmes avaient vécu deux ÉT, 15,7% des hommes et 9,8% des femmes en avaient vécu trois, et 16,8% des hommes et 12,5% des femmes en avaient vécus plus de trois.

Toujours dans l'étude du *National Comorbidity Survey* (Kessler et al., 1995), les types d'ÉT les plus couramment signalés étaient le fait d'être témoin d'une blessure grave ou de la mort d'autrui (35,6% des hommes et 14,5% des femmes), de vivre un désastre naturel tel qu'un incendie ou une inondation (18,9% des hommes et 15,2% des femmes) et d'être impliqué dans un accident potentiellement mortel (25,0% des hommes et 13,8% des femmes). Toujours dans le cadre de cette étude, les individus ayant rapporté plus d'un ÉT ont dû indiquer l'évènement qu'ils avaient trouvé le plus perturbant (*upsetting*), et ce, afin de permettre des analyses plus poussées pour déterminer quels types d'ÉT avaient la plus grande probabilité de mener à un diagnostic d'ÉSPT. Chez les hommes comme chez les femmes, le viol était le type d'évènement associé à un plus haut taux de développement de l'ÉSPT; 65,0% des hommes et 45,9% des femmes qui avaient identifié cet ÉT comme étant le plus perturbant présentaient un ÉSPT. Les résultats de cette étude révèlent également que les hommes couraient un plus grand risque que les

femmes de vivre un ÉT alors que les femmes couraient un plus grand risque de manifester un ÉSPT à la suite d'un ÉT.

Une étude effectuée dans l'Ouest canadien et portant sur la prévalence de l'ÉSPT ($N = 1\ 002$) indique quant à elle que 74,2 % des femmes et 81,3 % des hommes ont vécu au moins un ÉT au cours de leur vie et que 45,8% des femmes et 55,4% des hommes ont vécu deux ÉT ou plus (Stein, Walker, Hazen, & Forde, 1997). Une variété d'ÉT a été rapportée dans cette étude, et tous répondaient aux critères émis par le DSM-IV-TR (APA, 2000). En général, les deux ÉT les plus fréquents étaient la mort violente d'un ami proche ou d'un membre de la famille et les agressions physiques. Plus précisément, chez les femmes, les ÉT les plus fréquents étaient les viols et les agressions sexuelles, alors que chez les hommes, les ÉT les plus fréquents étaient les expériences de combat, le fait d'être témoin d'une blessure grave ou de la mort d'autrui, les menaces armées et les accidents de voiture graves.

Bien que la prévalence exacte du taux d'exposition à des ÉT ne soit pas facile à déterminer, il semble se dégager un consensus selon lequel au moins un individu sur cinq risque d'être confronté à des événements traumatiques au cours de son existence. Le risque que courent les individus exposés à un ÉT de présenter des séquelles pouvant mener à un ÉSPT dépend en grande partie du contexte.

Un relevé de la littérature sur l'ÉSPT semble également faire état d'une variabilité quant au taux de prévalence à vie d'un ÉSPT dans la population générale. Les taux varient entre 0,6% et 12,3% (Davidson, Hugues, Blazer, & George, 1991; Kessler et al., 1995; Lindal & Stefansson, 1993; Norris, 1992; Perkonig et al., 2000; Resnick et al., 1993; Vrana & Lauterbach, 1994).

L'étude du *National Comorbidity Survey* ($N = 8098$) (Kessler et al., 1995), effectuée aux États-Unis, montre que la prévalence à vie de l'ÉSPT dans la population générale semble se situer à 7,8% (10,4 % des femmes et 5,0% des hommes répondaient aux critères de l'ÉSPT).

Une étude menée dans les 10 provinces et trois territoires du Canada ($N = 2991$), rapporte une prévalence de l'ÉSPT à vie de 9,2%. Dans cet échantillon, dit représentatif du Canada, 5,3% des hommes et 12,8% des femmes avaient répondu aux critères de l'ÉSPT au cours de leur vie (Van Ameringen, Mancini, Patterson, & Boyle, 2008). D'après une seconde étude canadienne (Stein et al., 1997), dont les données ont été recueillies dans l'Ouest canadien, l'incidence de l'ÉSPT au cours du dernier mois serait de 2,0% (2,7% des femmes et 1,2% des hommes).

Également, une étude menée à travers l'Europe (Alonso et al., 2004) a révélé un taux de prévalence de l'ÉSPT à vie de 1,9% (0,9% des hommes et 2,9% des femmes). Les données de cette étude ont été recueillies auprès de 21 425 participants provenant de l'Italie, la France, la Belgique, les Pays-Bas, l'Espagne et l'Allemagne. Dans une autre étude ($N = 36\ 000$) menée en France métropolitaine (Vaiva et al., 2008), l'incidence de l'ÉSPT selon les critères du DSM-IV-TR (APA, 2000) au cours du mois dernier était de 0,7% (0,7% des hommes et 0,7% des femmes).

La prévalence de l'ÉSPT au Canada (9,2%) semble donc se rapprocher de celle observée aux États-Unis (7,8%), ce qui est quelque peu surprenant compte tenu du taux inférieur de crimes violents, de désastres naturels ainsi que du plus petit nombre de citoyens militaires (Van Ameringen et al., 2008). Cependant, il faut noter que les différences entre les prévalences d'ÉSPT observées seraient en partie dues à des

variations diagnostiques et méthodologiques. Par exemple, l'étude américaine du *National Comorbidity Survey* (Kessler et al., 1995) a utilisé le critère étiologique du DSM-III-R comparativement au critère plus libéral du DSM-IV utilisé dans l'étude de Van Ameringen et ses collaborateurs (2008). En effet, le DSM-III-R définit un ÉT comme tout événement en dehors de l'expérience humaine normale qui suscite un sentiment intense de peur, de terreur ou un sentiment d'impuissance alors que le DSM-IV définit un ÉT comme un événement représentant une menace réelle ou perçue pour la vie ou l'intégrité physique de soi ou d'autrui et qui engendre un sentiment intense de peur, d'impuissance ou d'horreur. De même, le critère étiologique de l'ÉSPT était plus restrictif dans l'étude de Vaiva et al. (2008) menée en France; les participants devaient dans ce cas avoir été directement confrontés à l'ÉT. De plus, cette étude multisite dirigée par l'OMS recueillait principalement des données sur le suicide, et le recrutement des participants s'effectuait directement sur la rue en invitant les passants à participer à un entretien spontané. Cette méthode contraste avec un recrutement téléphonique plus classique. Ainsi, il est possible que certaines personnes ayant subi un ÉT aient été rebutées par une approche de sollicitation directe, et ce, en raison de l'évitement et de l'hypervigilance associés à cette pathologie. Cette dernière hypothèse expliquerait en partie les taux plus faibles d'ÉSPT. Il en ressort qu'il est difficile de comparer les prévalences obtenues dans des études ayant recours à des méthodologies différentes et qu'il faut en tirer des conclusions avec prudence. Cependant, il est incontestable qu'une portion significative de la population sera aux prises avec un ÉSPT au cours de sa vie, soulignant ainsi la nécessité d'étudier empiriquement l'évolution de ce trouble ainsi que les traitements démontrant leur efficacité.

1.2 Conséquences d'un ÉSPT

Il émerge de la section portant sur la prévalence qu'une tranche significative de la population générale vivra un ÉT et développera par la suite un ÉSPT. Chez ces individus, plusieurs sphères de la vie sont typiquement affectées, notamment les relations interpersonnelles, la santé psychologique et la santé physique (Kessler, 2000; Nillni et al., 2014; O'Toole & Catts, 2008; Pacella, Hruska, & Delahanty, 2013; Taft et al., 2011).

1.2.1 Répercussions interpersonnelles. Dans la population générale, la présence d'un ÉSPT peut entraîner des problèmes interpersonnels tels que la discorde, la violence psychologique et même la violence physique (Taft et al., 2011). Dans une population militaire, il semble aussi que les vétérans du Vietnam aux prises avec un ÉSPT avaient plus de conflits dans leur vie de couple, comparativement aux vétérans qui ne présentaient pas d'ÉSPT (Riggs et al., 1998). Les résultats de cette étude indiquent également que les couples parmi lesquels l'un des membres souffrait d'un ÉSPT avaient plus de difficultés sur le plan de l'intimité et avaient entamé davantage de procédures menant à une séparation. Par ailleurs, 70,0% d'entre eux avaient des scores négatifs sur l'échelle d'ajustement dyadique (*Dyadic Adjustment Scale*), échelle sur laquelle un score négatif fait état de la présence de détresse au sein du couple (Spanier, 1976). Il semblerait en fait que chez les vétérans souffrant d'un ÉSPT, l'émoussement émotionnel aurait un impact particulièrement négatif dans le domaine des relations amoureuses et familiales (Ray & Vanstone, 2009).

1.2.2 Répercussions psychologiques. Plusieurs études ont démontré qu'il existe un haut taux de comorbidité entre l'ÉSPT et certains problèmes de santé mentale, notamment les épisodes de dépression majeure et une variété de troubles anxieux

(Kessler, 2000; Possemato et al., 2010; Stein, McQuaid, Pedrelli, Lenox, & McCahill, 2000). Une exposition à de multiples ÉT pourrait ici être un facteur de risque pour le développement de comorbidité (Turner & Lloyd, 1995; Vrana & Lauterbach, 1994). Selon Brunet, Boyer, Weiss et Marmar (2001), les individus qui ont manifesté des symptômes aigus à la suite d'un ÉT sont plus à risque de rapporter des symptômes aigus lorsqu'ils sont exposés à un deuxième ÉT comparativement à ceux ayant vécu un seul ÉT accompagné de symptômes légers seulement (Brunet et al., 2001).

Il existe, par ailleurs, une corrélation particulièrement importante entre l'ÉSPT et la dépendance à l'alcool et aux drogues illicites ou prescrites (Nazarian, Kimerling, & Frayne, 2012; Seal et al., 2012; Volpicelli, Balaraman, Hahn, Wallace, & Bux, 1999). Les résultats de Donovan, Padin-Rivera, et Kowaliw (2001) rapportent qu'entre 60% et 80% des individus aux prises avec un ÉSPT présentaient une comorbidité de TUS. D'autres études indiquent que chez les femmes qui cherchent un traitement pour un TUS, jusqu'à 80% d'entre elles rapportent aussi avoir subi des agressions sexuelles et physiques (Brady, Killeen, Saladin, Dansky, & Becker, 1994; Fullilove et al., 1993; Hien & Scheier, 1996). Plusieurs études démontrent que chez les individus vivant un ÉSPT, le taux de TUS à vie est environ le double de celui présent chez les individus qui ne manifestent pas de symptômes d'ÉSPT (Cottler, Compton, Mager, Spitznagel, & Janca, 1992; Kessler et al., 1995). Selon Brown, Stout et Gannon-Rowley (1998), les symptômes associés à un TUS et les symptômes associés à un ÉSPT seraient liés, puisque l'aggravation des symptômes de l'un de ces troubles entraînerait l'aggravation de l'autre.

1.2.3 Répercussions physiques. Une association entre la présence d'un ÉSPT et le cumul de difficultés de santé physique est aussi notée dans la littérature. Les militaires

présentant un ÉSPT rapporteraient un taux élevé de maux de dos, de tête et de jointures, de même que des problèmes d'ouïe (Frayne et al., 2010). De façon générale, chez les vétérans, un diagnostic d'ÉSPT est aussi associé à la présence de problèmes de santé physique (Jakupcak, Luterek, Hunt, Conybeare, & McFall, 2008; Possemato et al., 2010). Une recherche effectuée auprès d'une population non militaire démontre, quant à elle, une plus grande incidence de maladies portant atteinte à la santé physique telles les maladies cardiovasculaires ou gastro-intestinales, le diabète et le cancer (Kendall-Tackett, 2009), de symptômes tels les faiblesses musculaires, les problèmes de sommeil et les tremblements (Woods & Wineman, 2004) ainsi que de problèmes de douleur chronique (Campbell, Greeson, Bybee, & Raja, 2008) chez les individus ayant un ÉSPT.

1.3 Conceptualisation diagnostique de l'ÉSPT

Dans une perspective diagnostique, des experts dans le domaine de la santé mentale ont publié sous forme de nosographies, telles que la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes 10^e révision (CIM-10, 1993) et le DSM-IV-TR (APA, 2000) ou le DSM-5 (APA, 2013), une description des symptômes associés à un ÉSPT. Selon la CIM-10 (1993), l'ÉSPT survient lorsqu'il y a une exposition (de courte ou longue durée) à un évènement catastrophique ou menaçant qui entraînerait de la détresse chez la plupart des gens. Les symptômes caractéristiques de l'ÉSPT seraient les reviviscences répétées de l'évènement en plus d'un état d'éroussement émotionnel, le détachement envers les autres, l'anhédonie et l'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. On observerait également la présence d'un hyperéveil neuro-végétatif avec hypervigilance et insomnie souvent accompagnée d'anxiété, de dépression et d'idéations suicidaires. Le

laps de temps entre l'occurrence du traumatisme et l'apparition de l'ÉSPT peut aller de quelques semaines à quelques mois, en évoluant de façon variable.

Dans certains cas plus rares, on parle d'une évolution chronique pouvant durer des années et entraîner une altération persistante de la personnalité. Dans ce cas, la CIM-10 (1993) fait référence à une modification durable de la personnalité subsistant au moins deux ans après une exposition à un facteur de stress catastrophique. Ce facteur de stress doit être d'une intensité telle que son effet profond sur la personnalité n'est pas attribuable à une vulnérabilité personnelle. Les modifications durables de la personnalité se caractérisent aussi par une attitude hostile ou méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de désespoir, une impression permanente d'être sous tension, comme sous une menace constante, et par la présence d'un détachement par rapport aux autres. Cette classification permet de spécifier si cette évolution chronique survient à la suite d'une captivité prolongée avec risque d'être tué à tout moment, d'un désastre naturel, d'une expérience en camp de concentration ou d'une exposition prolongée à des situations représentant un danger vital, comme le fait d'être victime du terrorisme ou d'avoir subi des tortures.

Le diagnostic d'ÉSPT, tel que décrit dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR* (APA, 2000), comporte des critères étiologiques, symptomatiques et temporels. Le critère étiologique exige la présence d'un événement représentant une menace réelle ou perçue pour la vie ou l'intégrité physique de soi ou d'autrui. Cet ÉT doit avoir engendré un sentiment intense de peur, d'impuissance ou d'horreur. Il est important de noter que cette définition d'un ÉT est propre au DSM-IV-TR (APA, 2000) et que la définition utilisée peut varier selon les versions. Le DSM-IV-

TR (APA, 2000) stipule aussi qu'il doit y avoir présence de trois types de symptômes, c'est-à-dire la reviviscence, l'évitement et l'activation neuro-végétative. L'ÉT doit être revécu d'au moins une façon, soit par la présence de souvenirs envahissants, de rêves répétitifs, d'agissements comme si l'ÉT allait se reproduire, d'un sentiment de détresse psychique ou d'une réactivité physique lors de l'exposition à des indices externes ou internes en lien avec un aspect de l'ÉT. L'évitement ou l'émoussement de la réactivité générale doit être exprimé d'au moins trois façons, soit par des efforts pour éviter les indices internes associés à l'ÉT, des efforts pour éviter des indices externes associés à l'ÉT, une incapacité de se rappeler d'un aspect important de l'ÉT, une réduction nette de l'intérêt ou de la participation dans des activités préalablement importantes, un sentiment d'être détaché d'autrui, une restriction des affects ou un sentiment d'avoir un avenir bloqué. Il doit également y avoir présence d'au moins deux signes d'activation neuro-végétative parmi les suivants : difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu, irritabilité ou accès de colère, difficultés de concentration, hypervigilance ou réaction de sursaut exagérée. Le critère d'ordre temporel précise que ces symptômes doivent être présents depuis au moins un mois à la suite de l'ÉT. Finalement, les difficultés liées aux symptômes doivent causer de la détresse dans plusieurs sphères de la vie de l'individu (APA, 2000).

En ce qui concerne le DSM-5 (APA, 2013), quelques modifications ont été apportées au critère étiologique et aux symptômes de l'ÉSPT. Une distinction a d'abord été proposée entre l'ÉSPT chez les individus de moins de 6 ans et les individus de plus de 6 ans. Puisque cet essai doctoral porte uniquement sur l'ÉSPT chez les adultes, seul le diagnostic chez une population de plus de 6 ans sera présenté. Selon le DSM-5, l'élément

déclencheur peut être un décès ou une menace de mort, une blessure grave ou la menace de blessure grave, et une agression sexuelle ou la menace d'agression sexuelle. Il est possible d'être exposé à ce stressor de façon directe, d'en être témoin chez autrui, d'en apprendre l'occurrence chez un proche ou d'être exposé de façon répétée ou extrême aux détails de l'ÉT, par exemple dans le cadre de fonctions professionnelles, mais non pas par simple exposition à la télévision. Le DSM-5 fournit comme exemple un premier répondant devant recueillir des dépouilles ou des policiers fréquemment exposés aux récits d'abus auprès d'enfants. Contrairement aux critères diagnostiques précédemment énoncés dans le DSM-IV-TR (APA, 2000), une réaction émotionnelle telle que la peur ou l'horreur n'est plus nécessaire ni même spécifiée. Une catégorie additionnelle de symptômes a été ajoutée; quatre types de symptômes doivent donc être observés. L'ÉT doit être revécu d'au moins une façon, soit par la présence de souvenirs envahissants, de rêves répétitifs, d'agissements comme si l'ÉT allait se reproduire, d'un sentiment de détresse psychique ou par une réactivité physique lors de l'exposition à des indices externes ou internes en rapport avec un aspect de l'ÉT. Les stimuli associés à l'ÉT doivent être évités d'au moins une façon, soit par des efforts pour éviter les rappels internes associés à l'ÉT, soit par des efforts pour éviter des rappels externes associés à l'ÉT. Des changements négatifs dans les cognitions et l'humeur doivent être observés d'au moins deux façons parmi les manifestations suivantes : l'incapacité de se rappeler d'un aspect important de l'ÉT, la présence de croyances négatives persistantes à propos de soi, des autres et du monde, une distorsion des cognitions persistantes à propos de la cause ou des conséquences de l'ÉT, un état affectif négatif persistant, la réduction nette de l'intérêt ou de la participation dans des activités préalablement importantes, le

sentiment d'être détaché d'autrui ou l'incapacité de ressentir des affects positifs. Il doit également y avoir au moins deux signes d'activation neuro-végétative tels que la présence d'irritabilité ou d'accès de colère, de comportements imprudents ou autodestructeurs, d'hypervigilance, de réaction de sursaut exagérée, de difficultés de concentration ou de difficultés liées au sommeil. Le critère d'ordre temporel indique toujours que ces symptômes doivent être présents depuis au moins un mois. Finalement, les difficultés liées aux symptômes doivent causer de la détresse dans plusieurs sphères de la vie de l'individu. Il est maintenant possible d'ajouter des spécifications à l'ÉSPT et de préciser si le trouble comporte des symptômes dissociatifs. Il est aussi toujours possible de préciser s'il s'est exprimé de façon différée.

Puisque la conceptualisation du DSM-IV-TR était en vigueur au moment de la préparation de cet essai doctoral, nous avons maintenu les critères diagnostiques du DSM-IV-TR et les outils psychométriques associés dans l'élaboration de ce travail de recherche.

1.4 Typologie du trauma

Au-delà d'une définition de l'ÉSPT purement centrée sur des critères diagnostiques, d'autres perspectives ont été proposées pour comprendre le trauma; certaines de ces perspectives reposent sur des bases empiriques alors que d'autres prennent plutôt appui sur un modèle conceptuel étiologique.

Leonor Terr (1991) est l'une des premières à avoir établi une typologie d'ÉT proposant deux catégories distinctes : le type I et le type II. Cette typologie du trauma sert à distinguer les événements uniques, marquants et inattendus (type I) des abus répétitifs

de longue durée qui ont pu être subis durant l'enfance (type II). L'auteure avance que généralement, les personnes ayant vécu un ÉT de type I ont des souvenirs détaillés et complets de l'ÉT, attribuent une signification à l'évènement et font des erreurs dans la perception ou le déroulement chronologique de ce dernier. Les caractéristiques plus fréquemment présentes chez les individus ayant vécu un ÉT de type II seraient, quant à elles, le déni et l'engourdissement, l'autohypnotisme, la dissociation et la rage (Terr, 1991). Bien qu'intéressante en soi, cette classification a toutefois des limites.

Premièrement, l'auteure convient qu'il existe des types d'ÉT qui chevauchent la frontière entre le type I et le type II. Elle donne comme exemple les évènements uniques qui causent de l'adversité à long terme chez l'enfant, tels que les accidents entraînant un handicap permanent ou la mort subite d'un être cher. De plus, bien que Terr (1991) avance que les caractéristiques présentes dans l'enfance chez les individus ayant vécu un ÉT de type I ou de type II peuvent persister en partie à l'âge adulte, elle ne se penche pas sur les ÉT qui surviennent uniquement à l'âge adulte.

Une conceptualisation additionnelle des ÉT a été élaborée lorsque des chercheurs ont remarqué des profils de symptômes distincts chez certains individus ayant vécu des traumas. De là est émergée la conceptualisation diagnostique d'ÉSPT complexe, également appelée *Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified* (DESNOS), ces termes étant souvent utilisés de façon interchangeable. Il est à noter que dans le cadre de la présente étude, le terme ÉSPT complexe sera utilisé. Herman (1992) a proposé une distinction entre un ÉSPT et un ÉSPT complexe : le premier se caractérisant par l'exposition à un ÉT unique et limité dans le temps alors que le second se caractérise par un historique d'ÉT répétés ou prolongés, particulièrement dans le cadre de relations

interpersonnelles. Six catégories déficitaires s'ajoutent aux critères d'ÉSPT pour former le profil d'ÉSPT complexe (Błaż-Kapusta, 2008; Herman, 1992; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005). Ces catégories se rapportent à des déficits au niveau de : 1) la régulation des affects et de l'impulsivité, 2) l'attention et l'état de conscience, 3) la perception de soi, 4) les relations interpersonnelles, 5) la somatisation et finalement, 6) les systèmes de croyance. Une panoplie d'études effectuées auprès d'une population ayant vécu divers ÉT vient appuyer cette conceptualisation diagnostique d'ÉSPT simple versus l'ÉSPT complexe (Hall, 1999; Jongedijk, Carlier, Schreuder, & Gersons, 1996; Zlotnick, Zakriski, Shea, & Costello, 1996). À titre d'exemple, Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday et Spinazzola (2005) ont étudié la présence de ces catégories déficitaires dans un échantillon formé d'une part, d'individus ayant fait une demande de service à la suite d'un événement de vie défavorable ($n = 400$), et d'autre part, d'individus sélectionnés aléatoirement pour passer une entrevue téléphonique et chez qui la présence d'ÉT a été observée ($n = 128$). Cette étude révèle que les individus étaient plus à risque de présenter un profil d'ÉSPT complexe lorsque : a) l'ÉT était de nature interpersonnelle comparativement à un événement de désastre naturel; b) l'ÉT était de type interpersonnel et vécu avant 14 ans comparativement à un ÉT interpersonnel vécu après 14 ans; c) l'âge au moment de l'ÉT était de plus en plus bas; d) la durée de l'ÉT était prolongée. Aucune analyse n'a toutefois été effectuée pour clarifier le lien entre le nombre d'ÉT et la présence d'un ÉSPT complexe. L'étude montre que la symptomatologie d'un ÉSPT complexe pourrait avoir un impact négatif prononcé sur les résultats thérapeutiques. Il serait donc possible que les interventions considérées comme efficaces pour le traitement de l'ÉSPT simple n'offrent pas tous les bénéfices escomptés

auprès d'une population présentant un profil d'ÉSPT complexe. Ainsi, cette différenciation diagnostique devrait être ciblée de façon prioritaire en début de traitement afin de pouvoir orienter les individus vers un traitement approprié.

Solomon et Heide (1999) ont élaboré la théorie de Terr (1991) en extrapolant l'utilisation de cette typologie à une population adulte et en sous-divisant le type II pour proposer une typologie à trois catégories. Les auteurs ont développé cette nouvelle typologie en se basant sur leurs expériences cliniques et celles de leurs collègues. Ils adoptent donc le type I de Terr puis élargissent la typologie en divisant le type II en deux catégories : les événements multiples (type II) et les événements multiples, violents et vécus en bas âge (type III). Bien qu'allant de soi en apparence, cette typologie comporte quelques ambiguïtés. À titre d'exemple, les auteurs ne précisent pas ce qui est considéré comme un abus modéré lorsqu'ils classifient un abus psychologique ou physique modéré par les parents comme étant un ÉT de type II. Cette typologie peut également porter à confusion puisqu'un événement unique et violent dans l'enfance peut être classifié en tant qu'ÉT de type I, mais répond aussi à deux des critères d'un ÉT de type III. Il est, par ailleurs, important de préciser que Solomon et Heide (1999) ont exporté une typologie venant d'une population infantile sans vraiment l'adapter à une population adulte dont les particularités et les enjeux liés au développement sont différents. La typologie de Solomon et Heide (1999) comporte donc des frontières de classification imprécises.

Kédia et Sabouraud-Séguin (2008) proposent, quant à eux, une typologie des ÉT classée en huit types : 1) les accidents collectifs et les catastrophes, 2) les accidents de la route, 3) les agressions sexuelles, 4) l'emprise psychologique, 5) le harcèlement, 6) la maltraitance infantile, 7) la torture et les violences d'État et finalement, 8) les violences

conjugales. Le type 1, les accidents collectifs et les catastrophes, regroupe entre autres les accidents routiers, ferroviaires, aériens ou maritimes, les ruptures de barrage, les inondations, les glissements de terrain, les incendies, les effondrements de bâtiment, les accidents technologiques (d'hydrocarbures ou nucléaires), les accidents chimiques, les catastrophes écologiques et les catastrophes humanitaires. Le type 2, les accidents de la route, serait, selon les auteurs, le type d'accident le plus fréquemment retrouvé chez les hommes. Dans ce type d'ÉT, la présence et la gravité des blessures, un décès pendant l'accident, un sentiment d'impuissance ainsi que la perception de menace de mort auraient un impact particulier sur l'incidence de l'ÉSPT. Les ÉT de type 3, font référence aux agressions sexuelles, lorsqu'elles sont commises chez les adultes et se produisent dans un contexte autre que de violence familiale. À la suite d'une agression sexuelle, une série de difficultés peuvent être observées : des symptômes dépressifs et anxieux, des troubles somatoformes et des conduites addictives et autodestructrices. Les auteurs signalent en outre que dans presque 90% des cas, ce type d'agression s'accompagne d'un ÉSPT. Le type 4, l'emprise psychologique, constitue une catégorie d'ÉT qui se caractérise par la perte des différents éléments de son identité à la suite d'un processus de domination systématique de la part d'une autre personne ou entité. Le type 5, le harcèlement, est un type d'ÉT qui peut être soit physique, sexuel ou moral et vise la destruction d'un individu ou l'atteinte d'un but à l'aide de pressions répétées. Contrairement à un ÉT plus abrupt, les symptômes de l'ÉSPT apparaîtraient plus graduellement chez les victimes de harcèlement. Le type 6, la maltraitance infantile, peut prendre la forme de négligence, de maltraitance physique, sexuelle ou psychologique. La maltraitance peut générer une multitude de conséquences psychologiques telles que des

troubles dépressifs, des troubles anxieux, dont l'ÉSPT, des troubles affectifs, des troubles d'attachement, des troubles de comportement, des troubles de somatisation, des troubles en lien avec la sexualité et des troubles cognitifs. Selon le type 7, la torture et les violences d'État, la personne victime de torture éprouverait de la terreur face à la confusion et l'imprévisibilité de son environnement. Dans la plupart des cas, la réaction initiale entraînerait un ÉSPT complexe. Le type 8, la violence conjugale, est le dernier type d'ÉT proposé par Kédia et Sabouraud-Séguin (2008). La violence conjugale dépasse en intensité les difficultés vécues par la majorité des couples et comporte une menace à l'intégrité qui n'est pas présente dans la querelle de couple typique.

Dohrenwend (2010a et 2010b) propose à son tour une typologie quelque peu différente des précédentes qui inclut des événements allant de l'agression sexuelle à la mort d'un proche, en passant par le divorce et la perte d'un emploi. L'auteur fonde sa typologie sur 12 articles récents qui font un lien entre des événements qui ne satisfont pas au critère étiologique du diagnostic d'ÉSPT, mais qui entraînent tout de même une symptomatologie et une souffrance significative. Pour Dohrenwend (2010a), les ÉT sont divisés en quatre catégories : 1) les situations dangereuses qui posent un risque persistant pour la vie de l'individu (par ex., vivre dans une zone de guerre), 2) les situations dangereuses qui posent un risque persistant pour l'intégrité de l'individu (par ex., la violence familiale), 3) les situations dangereuses qui posent un risque pour l'alimentation ou le refuge de l'individu (par ex., la pauvreté) et 4) les situations de la vie quotidienne en temps de paix (par ex., la mort d'un proche).

Selon Dohrenwend (2010a), les avantages d'une telle typologie des ÉT seraient multiples. En comparant les différents types d'ÉT, il serait possible de préciser : a) la

probabilité qu'aura un individu de présenter un ÉSPT, b) les contributions biologiques au développement de l'ÉSPT, c) les profils qui diffèrent par la prédominance de l'intrusion, de l'évitement ou de l'activation neuro-végétative et d) les symptômes propres à ces catégories. Cette typologie permettrait également d'établir des liens entre ces catégories d'ÉT et la manifestation d'une pathologie, les difficultés de fonctionnement associées, les troubles comorbides, l'historique des troubles dans la famille, les traitements recommandés et l'efficacité de ces traitements.

Dans le cadre de cet essai, les critères de la nosographie du DSM-IV-TR (APA, 2000) seront utilisés pour diagnostiquer la présence d'un ÉSPT. La classification d'Herman (1992) est également retenue pour permettre d'établir la distinction entre l'ÉSPT et l'ÉSPT complexe. En effet, tant du point de vue de l'étiologie du trouble que du tableau symptomatique, la population traitée à la clinique spécialisée en psychiatrie traumatologie à l'Hôpital Montfort semblait majoritairement être aux prises avec un ÉSPT complexe. Cette combinaison de conceptualisations pourrait contribuer à cerner adéquatement la réalité symptomatique de la population psychiatrique étudiée, décrite plus loin.

1.5 Traitements pour l'ÉSPT

Les données dans la littérature font état du fait qu'un individu ayant développé un ÉSPT sera plus à risque de vivre des conflits dans sa vie sociale, d'avoir des difficultés au niveau de sa santé physique et de connaître des troubles de santé mentale comorbides (Kessler, 2000; Nillni et al., 2014; O'Toole & Catts, 2008; Pacella et al., 2013; Taft et al., 2011). Les conséquences adverses de cette pathologie ont été remarquées il y a longtemps, mais ce sont les répercussions vécues par les vétérans de la guerre du

Vietnam qui, en 1982, amèneront la communauté scientifique à décrire dans le DSM-III la symptomatologie associée à un ÉSPT et à jeter les bases de futurs traitements (Benedek, 2011). En fait, et depuis l'avènement du diagnostic officiel de l'ÉSPT, un éventail de psychothérapies a émergé pour répondre aux besoins des individus souffrant de ce trouble.

Il est important de spécifier qu'il existe de nombreux traitements issus des grandes approches et fondés sur des modèles de l'ÉSPT spécifiques et qu'il est ardu d'en fournir une liste exhaustive. Mises à part les thérapies cognitives-comportementales qui seront discutées plus loin et dont l'efficacité a été démontrée depuis longue date (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2007; Institute of Medicine, 2007; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005; VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group, 2010), il existe entre autres, la thérapie de retraitement neuroémotionnel par les mouvements oculaires (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* - EMDR). Au cours de cette technique développée par Shapiro au début des années 1990, le client doit suivre le doigt du clinicien effectuant des mouvements latéraux rapides tout en se remémorant l'ÉT vécu (Shapiro, 1989). L'efficacité de la thérapie d'EMDR pour le traitement de l'ÉSPT varie selon les études (Ahmad, Larsson, & Sundelin-Wahlsten, 2007; Davidson & Parker, 2001; Rothbaum, Astin & Marsteller, 2005; Taylor et al., 2003). Des thérapies issues de l'approche psychodynamique sont aussi parfois utilisées pour traiter l'ÉSPT et une certaine efficacité a été suggérée dans le traitement de l'ÉSPT et de l'ÉSPT complexe (Brom, Kleber, & Defares, 1989; Kudler, 2007; Sachsse, Vogel, & Leichsenring, 2006). Il existe également des thérapies fondées sur la thérapie des arts (*creative arts therapies*), au cours desquelles les participants sont amenés à revivre et

retravailler les scènes de leur trauma par des représentations artistiques telles que la musique, la danse ou le théâtre. Il n'existe toujours que peu de données apportant un appui empirique définitif à l'égard de cette approche, puisque la majorité des études sont des études à cas unique (Avrahami, 2005; Baker, 2006; Collie, Backos, Malchiodi, & Spiegel, 2006).

Bien que ce le traitement pharmacologique ne soit pas l'objet de cet essai, il est néanmoins pertinent de faire un bref survol des options de traitements pharmacologiques disponibles. De récentes lignes directrices canadiennes ont été émises par un panel d'experts afin de guider les pratiques cliniques dans le traitement des troubles anxieux, notamment l'ÉSPT (Katzman et al., 2014). Ces lignes directrices recommandent comme traitement de première ligne les antidépresseurs Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) suivants : la Paroxétine, la Fluoxétine et la Sertraline. La Venlafaxine, un antidépresseur de la classe Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), est également classée comme traitement de première intention. Le Prazosin est aussi recommandé comme traitement complémentaire de première intention pour le traitement des cauchemars associés à l'ÉSPT et pour améliorer la qualité du sommeil. Bien qu'il y ait beaucoup à dire au sujet de la pharmacothérapie, notre essai s'intéresse aux traitements psychothérapeutiques.

Au vu de cette prolifération de types de traitement pour l'ÉSPT, des lignes directrices d'interventions fondées sur des données probantes ont émergé. Ces lignes directrices ont pour objectif d'informer les cliniciens quant aux interventions soutenues empiriquement et guider ainsi le choix de traitement. Le ministère de la défense américain, l'institut de médecine des États-Unis, l'institut national pour l'excellence

clinique de l'Angleterre et le Centre australien pour la santé mentale post-traumatique ont tous élaboré des lignes directrices présentant des recommandations similaires (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2007; Institute of Medicine, 2007; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005; VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group, 2010). En effet, malgré certaines variations dans les types de traitement recommandés, ces lignes directrices ont comme constante de toutes prôner les interventions cognitives-comportementales axées sur le trauma comme traitement de première intention. Pour cette raison, et puisque l'intervention étudiée dans le cadre de cet essai se classe dans une perspective cognitive-comportementale, nous décrirons dans les pages suivantes les caractéristiques typiques des interventions cognitives-comportementales.

Les interventions cognitives-comportementales pour l'ÉSPT ont habituellement à leur base deux éléments principaux : le travail cognitif et l'exposition. Ces interventions reposent sur le fondement théorique que les schèmes de pensées dysfonctionnels sont principalement à l'origine des affects et des comportements problématiques observés en présence de ce trouble (Kar, 2011). À la suite d'un ÉT, des distorsions cognitives telles que la perception du monde comme étant dangereux, la perception de soi comme étant impuissant et un sentiment de culpabilité face à des événements incontrôlables sont fréquemment rapportées.

Certaines des interventions cognitives-comportementales mettent donc l'accent sur l'aspect cognitif et ont une forte composante de restructuration cognitive (*cognitive restructuring*). Le but de la restructuration cognitive est de s'attaquer aux pensées automatiques dysfonctionnelles et aux erreurs cognitives du client qui présente des

affects ou des comportements néfastes (Wright, Basco, & Thase, 2006). Dans le cas de l'ÉSPT, la restructuration cognitive est employée afin de cibler des pensées automatiques négatives en abordant un large registre de thèmes tels que la part de responsabilité dans l'ÉT, le niveau de danger de certaines situations, la confiance envers les autres ou l'affirmation de soi. Le but du travail thérapeutique est de permettre de formuler des pensées plus réalistes à propos du monde, de l'ÉT et des personnes souffrantes elles-mêmes (Kar, 2011). À titre d'exemple, l'entraînement à inoculation au stress (*Stress Inoculation Training*) est une intervention ayant une forte composante de restructuration cognitive utilisée pour traiter ou prévenir des difficultés liées à l'anxiété, dont l'ÉSPT. Il s'agit d'un programme en trois étapes : 1) le clinicien donne de l'information au client relativement à l'anxiété et conceptualise avec son aide les difficultés qui sont vécues par celui-ci; 2) par la suite, les habiletés de gestion de l'anxiété sont acquises par la pratique et la restructuration cognitive et finalement; 3) ces habiletés sont exercées et généralisées (Meichenbaum & Deffenbacher, 1988). La littérature stipule que les interventions cognitives pour l'ÉSPT reposent généralement sur des appuis solides, attestant d'une efficacité supérieure en comparaison avec une condition contrôle (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, & Fennell, 2005).

Certaines interventions cognitives-comportementales sont davantage axées sur l'exposition (*exposure therapy*). Cette technique a comme objectif de structurer les souvenirs associés à l'ÉT et aussi d'amorcer le processus d'habituation (Kar, 2011). L'exposition est considérée comme une composante importante du traitement de l'ÉSPT, car l'évitement des stimuli associés à l'ÉT serait en partie responsable du maintien des distorsions cognitives portant sur la perception du danger et de la capacité de se protéger.

L'exposition vise à graduellement confronter les clients à des stimuli qu'ils craignent dans le but d'atténuer ou d'éliminer le lien stimulus-réponse (Wright et al., 2006).

Lorsqu'un individu s'expose à un stimulus anxiogène, une réponse de peur se fera sentir. Cependant, puisqu'il y a une limite temporelle biologique pendant laquelle un organisme peut ressentir de la peur, une adaptation aura éventuellement lieu. Dans le cas de l'ÉSPT, les participants sont invités à confronter des pensées ou des stimuli rattachés à l'ÉT qui sont généralement évités (Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009). L'exposition a donc comme objectif de réduire l'anxiété et l'évitement vécus face à des stimuli inoffensifs, liés de façon erronée à une perception de danger. L'application de cette intervention comporte plusieurs variantes. Lors de l'exposition en imagination, les participants confrontent des pensées, des souvenirs ou des images en lien avec leur ÉT, tandis que dans le cas de l'exposition *in vivo*, les participants sont appelés à confronter des indices externes ou des situations rappelant l'ÉT. Il faut remarquer que l'exposition se montre généralement plus efficace pour la réduction de la peur, mais aurait une efficacité réduite pour ce qui est des autres affects associés à l'ÉSPT, tels que la colère, la honte et la culpabilité (Kar, 2011). La désensibilisation systématique est une variante de l'exposition où les souvenirs et stimuli rattachés à l'ÉT sont habituellement jumelés avec des exercices de relaxation musculaires. En résumé, l'exposition est l'élément actif clé dans un bon nombre d'interventions cognitives-comportementales. Selon Foa et coll. (2009), l'exposition est le type d'intervention cognitive-comportementale pour le traitement de l'ÉSPT étant appuyée par le plus grand nombre de données empiriques. De fait, les données tirées de la littérature appuient également l'efficacité des interventions

cognitives-comportementales lorsqu'elles sont comparées à des interventions de type liste d'attente ou à d'autres types traitements (Schnurr et al., 2007; Taylor et al., 2003)

Cela dit, plusieurs interventions cognitives-comportementales associent l'exposition et la restructuration cognitive et seraient efficaces lorsque comparées à des interventions de type liste d'attente ou à d'autres traitements (Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou, & Thrasher, 1998; Mueser et al., 2008; Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002). À titre d'exemple, la *Cognitive Processing Therapy for PTSD* (Resick, Monson, & Chard, 2010) combine un travail d'exposition par l'écriture et la lecture répétée d'un narratif de l'ÉT et une intervention d'ordre cognitif en abordant les croyances liées à la confiance, la sécurité, l'estime de soi, le pouvoir, le contrôle et l'intimité.

Pour ce qui est de la psychothérapie auprès d'individus souffrant d'un ÉSPT complexe, il convient de préciser plusieurs particularités. Même si les lignes directrices concernant le traitement de l'ÉSPT citent les interventions cognitives-comportementales axées sur le trauma comme étant le traitement de première intention pour ce trouble (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2007; Institute of Medicine, 2007; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005; VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group, 2010), les recommandations pour le traitement de l'ÉSPT complexe précisent qu'il serait particulièrement important que les traitements soient offerts en plusieurs phases. Les ouvrages qui portent sur ce trouble précisent qu'un traitement en phases serait à privilégier afin de répondre aux besoins spécifiques de cette population (Chu, 2011; Courtois & Ford, 2009). Dans le cadre de ce traitement en phases, il serait nécessaire de mettre en place une phase initiale qui précéderait l'intervention

axée sur le trauma. L'*International Society for Traumatic Stress Studies* (ISTSS) a mené une enquête auprès d'experts dans le domaine du trauma et du trauma complexe (Cloitre, Courtois, Charuvastra, Carapezza, Stolbach, & Green, 2011), dont les résultats soulignent l'importance d'un traitement en phases. Dans le cadre de cette enquête, menée auprès de 50 experts dans le domaine du trauma, un consensus à 84% a été atteint selon lequel les meilleures pratiques comporteraient un traitement en plusieurs phases dont les interventions sont adaptées aux symptômes spécifiques des clients et axées sur la régulation émotionnelle, la gestion du stress, la restructuration cognitive, la narration du récit du trauma et les interactions interpersonnelles saines. Cette enquête a été menée dans le but de jeter les bases des lignes directrices pour ce qui est des meilleures pratiques dans le traitement de l'ÉSPT complexe. Dans l'optique des traitements en phases, une phase initiale serait dédiée à stabiliser et à sécuriser les clients en travaillant sur leur capacité à tolérer l'hyperactivation physiologique associée aux souvenirs traumatiques, sans qu'ils aient recours à des comportements autodestructeurs (Cloitre et al., 2011; Herman, 1992). Une seconde phase serait axée sur le travail de remémoration des événements traumatiques, venant ici rejoindre les recommandations concernant l'ÉSPT simple. Certains ouvrages ajoutent également une troisième phase de réintégration pendant laquelle les clients, ayant élaboré un mode de fonctionnement plus sain, tentent de maintenir leur stabilité dans la vie quotidienne et de retrouver leur place en société. Ici, le travail thérapeutique permet de créer une base sécuritaire sur laquelle reposera le processus de réintégration sociale (Cloitre et al., 2011; Herman, 1992).

Les études qui s'intéressent spécifiquement à l'efficacité des traitements auprès d'une population souffrant d'un ÉSPT complexe suggèrent qu'il serait nécessaire de

définir les objectifs de traitements dans une perspective séquentielle (Dorrepaal et al., 2014; Lonergan, 2014). De fait, une étude comparant une intervention menée auprès de vétérans présentant un ÉSPT à celle menée auprès de vétérans présentant un ÉSPT complexe permet d'affirmer que les individus ayant un ÉSPT complexe ont significativement plus des résultats négatifs lors des évaluations posttraitement (Ford & Kidd, 1998). Toujours selon cette étude, chez les individus présentant un diagnostic d'ÉSPT complexe, il semblerait y avoir une absence de changement thérapeutique en regard des scores d'ÉSPT, des symptômes d'anxiété et de la satisfaction de la qualité de vie. Une méta-analyse met également en évidence le lien entre un profil d'ÉSPT complexe et les résultats de traitement. Les résultats indiquent qu'en moyenne 65% des individus ayant un ÉSPT rapportent la présence d'une amélioration significative, comparativement à une moyenne de 35% des individus vivant un ÉSPT complexe (Dorrepaal et al., 2014).

Les taux d'abandon tirés des études évaluant l'efficacité des traitements pour l'ÉSPT et l'ÉSPT complexe mènent également à une réflexion quant à la capacité de maintenir l'engagement lors du processus thérapeutique, particulièrement chez les individus présentant un profil de type complexe avec un TUS comorbide. Des méta-analyses rapportent une grande variabilité du taux d'abandon, pouvant aller de 0%, dans les études où les clients ont des gains secondaires importants (par exemple, une sécurité d'emploi chez les militaires), jusqu'à plus de 50% chez les victimes de crimes et d'agression sexuelle (Bradley, Green, Russ, Dutra & Westen, 2005; Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick, & Gray, 2008). Une étude de Riggs, Rukstalis, Volpicelli, Kalmanson et Foa (2003) souligne les obstacles au traitement pouvant susciter l'abandon

chez les individus présentant un double diagnostic d'ÉSPT et de dépendance à l'alcool. Cette étude révèle que les individus avec ce double diagnostic présentent des difficultés d'adaptation psychosociale significativement plus importantes comparativement aux individus ayant uniquement un diagnostic d'ÉSPT ou de dépendance à l'alcool. L'auteur postule que les individus ayant ce double diagnostic seraient ainsi moins aptes à tolérer le traitement pour l'ÉSPT axé sur le trauma et plus à risque d'abandonner le traitement en début de processus (Riggs et al., 2003). Cette difficulté au niveau de la rétention des clients est également mise en évidence dans une autre étude dont les participants présentaient un diagnostic double d'ÉSPT et de TUS (Resko & Mendoza, 2012). Les résultats de cette étude montrent que 60% des participants avaient abandonné le traitement avant même le début des rencontres et que le reste des participants s'étaient seulement présentés en moyenne à 50% des séances, soulignant une difficulté potentielle d'engagement chez les individus présentant cette combinaison de pathologies.

Un rapport de l'*International Society for Traumatic Stress Studies* (Cloitre et al., 2011) fait valoir qu'un traitement en phases consécutives serait conforme aux meilleures pratiques pour le traitement de l'ÉSPT. À notre connaissance, très peu d'études ont mis en place ce type de traitement ou en ont évalué l'efficacité. L'étude de Cloitre, Koenen, Cohen et Han (2002), qui examine l'efficacité d'une intervention cognitive-comportementale en phases, peut être considérée ici à titre indicatif. Dans cette étude, 58 femmes ayant été victimes d'abus sexuel pendant l'enfance ont été sélectionnées au hasard, soit pour faire partie d'un groupe de psychothérapie cognitive-comportementale en deux phases, soit pour être placées sur une liste d'attente. La première phase du traitement comportait huit séances hebdomadaires d'entraînement à des habiletés de

gestion des affects et d'interaction interpersonnelle; la deuxième phase du traitement consistait en huit séances d'un programme d'exposition prolongée, offertes à raison de deux séances par semaine. Des améliorations significatives ont été observées en regard de la capacité de régulation des affects et dans les domaines des interactions interpersonnelles et de la symptomatologie traumatique. Ces bénéfices se sont maintenus dans le temps, et les gains thérapeutiques des participants étaient toujours présents lors des suivis de trois et six mois. Le taux d'abandon était de 29% et le taux de détérioration était de 4,5%.

L'objectif de cet essai est d'étudier l'application du traitement *Seeking Safety* auprès d'une population psychiatrique francophone. Bien que son efficacité bénéficie d'un appui empirique solide pour le traitement de l'ÉSPT auprès d'un bon nombre de populations, le programme *Seeking Safety* a très peu de fondements empiriques auprès d'une population représentative des services psychiatriques de troisième ligne, souvent lourde et aux prises avec un ÉSPT complexe. En fait, les individus qui consultent les services de la clinique spécialisée en psychiatrie traumatologie à l'Hôpital Montfort constituent un groupe hétérogène dont les conditions variées (ÉSPT avec troubles comorbides) peuvent présenter des considérations de traitement spécifiques. Compte tenu de ces considérations, l'Hôpital Montfort avait choisi de mettre en place le traitement *Seeking Safety* pour offrir une intervention qui semblait adaptée aux personnes atteintes d'un ÉSPT complexe combiné à un TUS, mais qui permettrait aussi à des personnes qui vivent un ÉSPT sans complexité de se joindre au traitement sans contre-indication.

L'efficacité du traitement *Seeking Safety* a été démontrée pour l'ÉSPT et le TUS combinés auprès, entre autres, de femmes incarcérées, d'individus recevant une pension

d'invalidité physique, de clients recevant des soins à l'interne et de vétérans (Anderson & Najavits, 2014; Boden et al., 2012; Brown et al., 2007; Desai, Harpaz-Rotem, Najavits, & Rosenheck, 2008; Lynch, Heath, Mathews, & Cepeda, 2012). Bien que cette efficacité ait été éprouvée auprès de populations variées, l'intervention *Seeking Safety* ne répond pas à tous les critères de traitement tels que préconisés dans les recommandations sur les meilleures pratiques relatives au traitement de l'ÉSPT complexe ressortant de l'enquête de l'*International Society for Traumatic Stress Studies* (Cloitre et al., 2011). Ceci dit, le traitement *Seeking Safety* répond à plusieurs des caractéristiques préconisées en première phase de traitement pour l'ÉSPT complexe, parmi lesquelles on retrouve les stratégies de régulation émotionnelle, la gestion du stress, la restructuration cognitive et l'établissement d'interactions interpersonnelles saines. Le seul thème n'étant pas abordé par *Seeking Safety* est la narration du récit.

Il faut savoir que l'Hôpital Montfort a offert le programme *Cognitive Processing Therapy for PTSD* (Resick et al., 2010) comme seconde phase de traitement. Cependant, en raison du très petit échantillon, les résultats préliminaires n'ont pas été considérés dans le cadre de cet essai. Les conclusions de cette étude, portant exclusivement sur la première phase de traitement de l'ÉSPT, pourront donner quelques indications préliminaires quant au bien-fondé de cette première phase de traitement, ayant pour but la sécurité et la stabilisation.

2. Objectifs de l'étude

La présente étude examine l'impact de l'application du modèle de traitement intégré pour l'ÉSPT et le TUS, *Seeking Safety*, chez une population psychiatrique francophone.

L'objectif de cette étude est donc de présenter des constats préliminaires sur le bien-fondé de l'application de l'intervention *Seeking Safety* élaborée par Najavits (2009), en se penchant spécifiquement sur le suivi clinique des participants, le taux de participation, le taux de détérioration et le taux d'abandon.

3. Méthode

3.1 Démarche

Cette étude a été menée au sein de la clinique spécialisée en traumatologie psychiatrique de l'Hôpital Montfort (Ottawa, Ontario, Canada). Il s'agit d'un service externe de troisième ligne en Ontario (deuxième ligne au Québec), accueillant des individus référés par la communauté ou par des services psychiatriques. Ces clients présentent généralement des troubles comorbides et éprouvent des difficultés de longue date. Cette clinique avait pour mandat d'offrir des services à tous les individus référés, tant pour ceux souffrant d'un ÉSPT que pour ceux souffrant d'un ÉSPT complexe. Cette étude entend décrire l'évolution des clients suivis au sein de cette clinique. Ces interventions n'ont pas été mesurées dans la perspective d'une évaluation d'efficacité de traitement. Il s'agit ici plutôt d'une description de l'évolution de la symptomatologie des clients traités pour un ÉSPT dans un contexte clinique écologiquement représentatif.

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de recherche de l'Hôpital Montfort. Les participants étaient des adultes francophones aux prises avec un ÉSPT ou un ÉSPT complexe. Ils ont été référés à une clinique spécialisée en traumatologie psychiatrique à l'Hôpital Montfort (Ottawa, Ontario, Canada) par des psychiatres et des médecins de famille. Lorsque les patients se présentaient à l'unité, un psychologue d'expérience au

sein de l'équipe vérifiait la présence des critères diagnostiques de l'ÉSPT ou de l'ÉSPT complexe au cours d'une entrevue clinique. Au terme de cette entrevue, le traitement a été proposé aux participants et leur consentement libre et éclairé pour la prise de données a été confirmé. Les participants ont répondu à des questions sollicitant des informations sur leur situation démographique, leur historique de trauma, leur symptomatologie traumatique, leurs habitudes de consommation de substances et au sujet de certaines caractéristiques de leur personnalité. Leur dossier psychiatrique a également été consulté afin de noter le dernier diagnostic ayant été porté dans le passé. Le seul critère d'exclusion fut la présence de traits ou d'un trouble de personnalité antisociale, afin d'éviter des situations de re-victimisation potentielle dans le contexte d'un traitement offert en groupe. Ainsi, un minimum de critères d'exclusion a été retenu dans le souci de prodiguer des soins à un maximum de participants, et ce, conformément au mandat de l'hôpital, celui de donner les services à toute personne qui en fait la demande.

3.2 Participants

L'intervention a été offerte à 68 participants répondant aux critères diagnostiques de l'ÉSPT (simple ou complexe). De ces 68 participants initiaux, 11 participants n'ont pas poursuivi le processus après la rencontre individuelle d'admission pour les raisons suivantes : neuf ont abandonné la demande de traitement après la rencontre d'admission, un participant n'a pu participer en raison de la détérioration de sa santé physique et un participant a refusé le traitement pour se rendre à une clinique de désintoxication. Sept participants ont amorcé, abandonné puis repris le traitement avec un groupe subséquent. Les données de ces participants ont donc été exclues afin d'éviter tout facteur confondant.

L'échantillon est donc constitué de 50 participants (43 femmes et 7 hommes) dont l'âge moyen était de 43,1 ans ($\bar{E.T.} = 11,1$). Seuls les participants qui endossaient initialement un degré de symptomatologie traumatique se situant dans la zone clinique selon la *Post-traumatic Stress Disorder Checklist – specific trauma* (PCL-S) ont été retenus; dans le cadre de cette étude, le score de coupure se situait à 44 (Terhakopian, Sinaii, Engel, Schnurr, & Hoge, 2008). La majorité des participants (90%) répondaient aux critères d'un ÉSPT complexe sur la base d'entretiens cliniques réalisés par des cliniciens d'expérience (psychiatres et psychologues). La présence d'un ÉSPT complexe a été confirmée selon les critères énoncés par Herman (1992), c'est-à-dire la présence d'ÉT répétés ou prolongés dans le cadre de relations interpersonnelles, ainsi que la présence des six catégories symptomatiques déficitaires décrites précédemment. À titre d'exemple, les participants ayant un ÉSPT complexe rapportaient avoir vécu des expériences traumatiques prolongées et répétées soit récemment (par ex., le trafic humain) ou au cours de leur enfance (par ex., l'inceste répété). Cinq des participants souffraient d'un ÉSPT simple (10%).

Lors de l'évaluation initiale, 80% des participants rapportaient faire une utilisation régulière d'au moins une substance (alcool ou drogues). Les données démographiques et cliniques des participants sont présentées au Tableau 1.

3.3 Protocole de traitement

Seeking Safety (adaptation française : À la recherche de la sécurité)

Seeking Safety est un traitement cognitif-comportemental qui a pour but de stabiliser et de sécuriser les individus atteints d'un ÉSPT, particulièrement lorsqu'un TUS comorbide est

présent (Najavits, 2002). Par stabiliser et sécuriser, on entend la réduction de comportements nuisibles tels que la consommation de substances, la cessation de relations malsaines ou même abusives, les gestes suicidaires et la dissociation. Il s'agit d'un modèle de traitement intégré qui prend soin d'explorer les liens entre l'ÉSPT et le TUS. Le manuel d'application précise que ce modèle est approprié pour débiter un traitement sans aborder directement l'ÉT, évitant ainsi de déstabiliser les participants (Najavits, 2009). Il précise également que le clinicien peut choisir de faire suivre *Seeking Safety* d'un traitement axé sur le trauma, dans les cas où cela s'avère nécessaire.

Il s'agit d'un modèle de traitement flexible, validé auprès d'un large registre de populations et de milieux, qui peut être appliqué individuellement ou en groupe (ouvert ou fermé), et potentiellement offert en conjonction avec un traitement complémentaire. Ce modèle comporte 25 thèmes indépendants qui peuvent être abordés dans n'importe quel ordre et propose des outils pour faciliter la gestion des impulsions et émotions associées à ces troubles. Chaque séance favoriserait l'acquisition de diverses habiletés en matière de régulation émotionnelle et d'interactions interpersonnelles, grâce à la psychoéducation sur l'ÉSPT, l'enseignement de techniques d'ancrage (*grounding*), la restructuration cognitive, le modelage et les jeux de rôle. L'indépendance des thèmes permet un format de groupe ouvert auquel les clients peuvent se joindre à n'importe quel moment. Les 25 thèmes sont présentés au Tableau 2.

Les séances suivent un format défini : 1) vérification initiale, 2) lecture et réflexion sur la citation du jour, 3) exploration du thème de la séance à l'aide d'une fiche informative distribuée aux participants et 4) vérification finale. Le but de la vérification initiale est

d'obtenir un bref aperçu de l'état général du participant à l'aide de cinq questions : a) Comment vous sentez-vous? b) Comment avez-vous géré vos difficultés de façon positive? c) Quels comportements dangereux (comme la consommation) avez-vous eus? d) Avez-vous respecté l'engagement énoncé lors de la dernière séance? e) Quels services communautaires avez-vous utilisés (si pertinent)? La citation du jour présente le thème qui sera abordé et aide les participants à s'engager face à ce sujet. Par la suite, une fiche informative est distribuée aux participants. Le matériel présenté est étudié puis rattaché au vécu des participants. Le thème de la séance est toujours centré sur la gestion sécuritaire d'une variété de situations et d'émotions présentes dans le quotidien des participants; l'emphase est donc mise sur la pratique de ces habiletés. Pour clore la séance, le clinicien suscite l'engagement dans le processus thérapeutique en demandant aux participants de a) partager ce qu'ils ont retenu du thème présenté et b) préciser leur engagement jusqu'à la prochaine rencontre.

Dans le contexte de cet essai doctoral, le programme a été mis en place selon un format de groupe ouvert avec un maximum de 10 participants par groupe. La durée du programme était d'environ six mois, à raison d'une rencontre de trois heures par semaine, ou de trois mois, à raison de deux rencontres par semaine. Une seule modification a été apportée au programme de traitement original : trois thèmes (ÉSPT - Reprendre le contrôle de votre vie, Lorsque vous êtes sous l'emprise de substances et Guérir de la colère) ont été abordés sur deux séances plutôt qu'une afin de maximiser l'apprentissage de ces thèmes considérés comme étant cruciaux par les cliniciens. Il est à noter que ces variations sont cohérentes avec le modèle de traitement et spécifiquement proposées comme adaptation dans le guide d'application de traitement (Najavits, 2009).

3.4 Instruments de mesure

3.4.1 État de stress post-traumatique.

La *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL) est une échelle autorapportée de 17 items fondée sur les critères diagnostiques du DSM-IV-TR (APA, 2000). Le PCL est utilisé pour corroborer le diagnostic d'ÉSPT et pour quantifier la sévérité des symptômes. Les clients sont appelés à indiquer dans quelle mesure les symptômes (classés dans trois grands groupes : reviviscences, évitement et activation neuro-végétative) ont été présents au cours du dernier mois selon une gradation de sévérité allant de 1 (Pas du tout) à 5 (Énormément). Trois versions du PCL sont disponibles : pour les militaires (PCL-M), pour une population civile (PCL-C) et pour un évènement traumatique spécifique (PCL-S). Dans le cadre de cette étude, le PCL-S a été utilisé, puisque la validité discriminante de cette version est la mieux soutenue (Wilkins, Lang & Norman, 2011). Le score total possible varie entre 17 et 85, et un score de coupure clinique de 44 a été utilisé pour déterminer si les clients se situaient dans une zone clinique. En effet, selon une étude de Terhakopian et coll. (2008), un score de coupure de 44 serait une mesure conservatrice qui maximise la spécificité tout en maintenant un niveau raisonnable de sensibilité, lorsqu'utilisé chez une population ayant un haut taux de prévalence d'ÉSPT.

Une revue de la littérature de Wilkins, Lang et Norman (2011) portant sur les propriétés psychométriques de cet outil démontre sa fidélité et sa validité. La fidélité test-retest, rapportée par les trois études répertoriées par cette revue de la littérature était bonne, mais diminuait plus l'intervalle entre les administrations était prolongé. Il est donc probable que les changements décelés lors de mesures répétées étaient représentatifs de variations

symptomatiques normales. L'étude répertoriée la plus pertinente dans le cadre de cet essai portait sur la fidélité test-retest chez une population présentant des troubles de santé mentale graves (Mueser et al., 2001). Les variations des scores pré-post du PCL-S semblaient être plus importantes lorsque l'outil était administré à cette population spécifique, présentant une corrélation de 0,66. Pour ce qui est de la cohérence interne du score total, les 19 études répertoriées par Wilkins et coll. (2011) rapportaient des alphas supérieurs à 0,75. Une validité convergente élevée était également démontrée par des études présentant des résultats comparables entre le PCL-S et le CAPS chez une population victime d'agression sexuelle et chez des adultes ayant de graves problèmes de santé mentale. Toujours selon la revue de la littérature de Wilkins et coll. (2011), plusieurs études étayaient la validité divergente du PCL-S en démontrant une corrélation significative plus élevée avec d'autres mesures d'ÉSPT qu'avec des mesures de dépression, de douleur physique et d'une gamme de psychopathologies.

En ce qui concerne la sensibilité au changement, le PCL-S a été comparé au CAPS afin de repérer la perception des changements symptomatiques dans un outil autorapporté comparativement à un outil complété par un clinicien (Monson et al., 2008). Il en ressort que les participants avaient tendance à estimer un plus haut taux de changement que les cliniciens, tel que démontré par une variation de 0,75 à 0,82 écart-type sur le CAPS pour chaque variation d'un écart-type sur le PCL-S. Outre ses propriétés psychométriques supérieures, le PCL-S a été choisi comme instrument de mesure pour cette étude en raison de son utilisation répandue par les professionnels de la santé mentale (Elhai, Gray, Kashdan, & Franklin, 2005), de sa facilité d'administration (5 à 7 minutes), de sa

correspondance directe avec les critères d'évaluation du trauma dans le DSM-IV-TR (APA, 2000) et de sa disponibilité en français.

3.4.2 Trouble d'utilisation de substances.

Le TUS a été évalué par des cliniciens d'expérience, et une vérification autorapportée de la consommation de substances a également été effectuée au début de chaque séance de psychothérapie. Afin de pouvoir être analysée empiriquement, l'utilisation problématique de substances a été opérationnalisée au moyen d'un indice de gravité où 0 correspond à une absence de difficulté, 1 à une difficulté modérée (anciennement conceptualisée comme un abus de substance dans le DSM-IV-TR) et 2 à une difficulté importante (anciennement conceptualisée comme une dépendance). Cet indice de gravité, après avoir été appliqué à chaque substance, permet d'obtenir un indice de polytoxicomanie regroupant l'alcool, les cannabinoïdes, les stimulants et les opiacés, les scores pouvant varier de 0 à 8.

3.5 Analyse des données

Des tests-t pour échantillons appariés ont été menés pour vérifier la présence de différences significatives entre la moyenne des scores prétraitement et posttraitement. Le postulat de normalité a été respecté dans le cadre des analyses menées. Étant donné le côté préliminaire de l'étude actuelle, un niveau d'erreur de type I relativement libéral a été employé ($p \leq 0,05$). Des analyses ont également été effectuées afin de déterminer la présence d'une amélioration cliniquement significative chez les participants. Le changement cliniquement significatif fait référence à l'effet d'un traitement sur les participants individuels et suggère l'atteinte d'un niveau de fonctionnement comparable à celui de pairs non pathologiques

(Ankuta & Abeles, 1993). L'une des démarches statistiques proposées par Jacobson et Truax (1991) est utilisée afin de vérifier la présence de changements cliniquement significatifs chez les participants. À notre connaissance, une moyenne standardisée du niveau de fonctionnement non pathologique sur le PCL-S n'a pas été établie. Dans le cadre de cette étude, l'analyse utilisée pour statuer sur un changement cliniquement significatif consistait à déterminer si le participant avait démontré une amélioration de deux écarts-types par rapport à la moyenne de la population pathologique, c'est-à-dire la moyenne des scores des participants au prétraitement. Des analyses descriptives et des analyses comparatives ont été employées pour déterminer les taux de participation et les variables liées à l'abandon. Finalement, la méthode statistique proposée par Hsu (1995), qui prend en compte la fidélité de l'outil de mesure afin de déterminer les changements de scores attribuables à la régression vers la moyenne, a servi à identifier les participants présentant une détérioration symptomatique. En raison de l'absence de propriété statistique pour l'outil de mesure pour le TUS, la détérioration au niveau de la consommation de substances n'est, quant à elle, pas directement étudiée.

4. Résultats

4.1 Suivi des changements cliniques

Lors de l'évaluation prétraitement, 100% des participants avaient un score au-dessus du seuil clinique du PCL-S, comparativement à 66% des participants en posttraitement ayant maintenu un score au-dessus du seuil clinique du PCL-S. Un test-t pour échantillon apparié révèle qu'en moyenne, les scores obtenus au PCL-S en posttraitement ($M = 50,32$, $É.T. = 12,86$) sont significativement plus faibles que ceux obtenus en prétraitement ($M = 64,63$, $É.T. = 10,62$; $t(37) = 6,01$, $p < 0,00$).

Pour ce qui est du changement cliniquement significatif, nous avons tenu compte des différences chez les clients ayant un ÉSPT simple et chez les individus ayant un ÉSPT complexe. Les scores de coupure ont été établis en tenant compte des moyennes prétraitement des deux sous-groupes présents dans l'échantillon. Pour ce qui est du sous-groupe d'ÉSPT (simple), le score de coupure était de 38,54, ce qui correspond à un score se situant à deux écarts-types de la moyenne des scores prétraitement. Un changement cliniquement significatif est donc observé chez trois des cinq participants du sous-groupe d'ÉSPT (60,00%). Pour ce qui est du sous-groupe d'ÉSPT complexe, le score de coupure était de 44,65, ce qui correspond à un score se situant à deux écarts-types de la moyenne des scores prétraitement. Une différence cliniquement significative est donc observée chez 11 des 33 participants atteints d'un ÉSPT complexe (33,33%). Lorsqu'on considère l'échantillon au complet, 14 des 38 participants (36,84%) semblent présenter une amélioration cliniquement significative à la suite du traitement. Les Figures 1 et 2 donnent une représentation visuelle des scores des participants pré-post ainsi que des scores de coupure pour un changement cliniquement significatif.

En ce qui concerne l'utilisation problématique de substances, 28 (73,68%) des 38 participants ayant complété le traitement rapportaient des difficultés associées à la consommation lors de l'évaluation prétraitement, alors qu'au posttraitement, 17 participants (44,74%) se retrouvaient dans cette catégorie. Un test-t à échantillon apparié indique qu'en moyenne les participants rapportaient une diminution significative de la consommation d'alcool entre le prétraitement ($M = 0,97$, $É.T. = 0,92$) et le posttraitement ($M = 0,21$, $É.T. = 0,41$; $t(37) = 5,98$, $p < 0,001$). Un test-t à échantillon apparié indique qu'en moyenne les participants présentaient une diminution significative au niveau de la

consommation de cannabinoïdes entre le prétraitement ($M = 0,58$, $É.T. = 0,86$) et le posttraitement ($M = 0,11$, $É.T. = 0,31$; $t(37) = 4,03$, $p < 0,001$). Un test-t à échantillon apparié indique qu'en moyenne les participants rapportaient une diminution significative au niveau de la consommation de stimulants entre le prétraitement ($M = 0,53$, $É.T. = 0,86$) et le posttraitement ($M = 0,00$, $É.T. = 0,00$; $t(37) = 3,77$, $p < 0,001$). Un test-t à échantillon apparié indique qu'en moyenne les participants rapportaient une diminution significative de la consommation d'opiacés entre le prétraitement ($M = 0,45$, $É.T. = 0,83$) et le posttraitement ($M = 0,16$, $É.T. = 0,37$; $t(37) = 3,16$, $p < 0,003$). Tous les individus qui rapportaient avoir une difficulté importante à l'égard de la consommation de substances en prétraitement ont minimalement réduit leur utilisation à une difficulté modérée. Par ailleurs, aucun des participants n'a rapporté le développement d'un problème de consommation de substances au cours du traitement.

4.2 Taux de participation, taux d'abandon et taux de détérioration

Les participants ayant complété le traitement ont assisté en moyenne à 21,18 séances sur les 28 séances offertes ($É.T. = 3,70$), avec un minimum de 13 séances et un maximum de 25 séances. Pour ce qui est des participants ayant cessé le traitement, ceux-ci ont assisté en moyenne à 5,50 ($É.T. = 3,61$) séances, avec un minimum d'une séance et un maximum de 12 séances.

En ce qui concerne le taux d'abandon, 12 des 50 participants (24,00%) n'ont pas complété le traitement. Des analyses de variance ont été effectuées afin de déterminer les variables associées à l'abandon du traitement. Les résultats semblent indiquer que les individus consommant de l'alcool ($F(1, 48) = 4,29$, $p < 0,04$) et des cannabinoïdes

(($F(1,48) = 6,57, p < 0,01$) ont connu un plus haut taux d'abandon. La présence de traits ou de troubles de la personnalité, telle que rapportée dans le dossier médical, serait également associée à l'abandon de traitement ($\chi^2(2) = 17,16, p < 0,00$). Les variables associées à l'âge, à la consommation de stimulants, à la consommation d'opiacés, aux scores prétraitement sur le PCL-S, au statut occupationnel, au genre, au statut relationnel, à la scolarité, à la déficience intellectuelle, au type de trauma (simple ou complexe) et au type d'ÉT ne semblent pas avoir eu d'impact sur la variable d'abandon.

La présence de détérioration a été calculée en utilisant le coefficient de fidélité test-retest et la moyenne de l'échantillon étudié, selon la méthode de Hsu (1995). D'après cette méthode, il est préférable d'utiliser les moyennes des sous-groupes présents dans l'échantillon. Les moyennes du PCL-S des sous-groupes d'ÉSPT et d'ÉSPT complexe sont utilisées dans le but de maximiser la spécificité des analyses. Les analyses révèlent des scores de coupure de 71,21 et 81,38 respectivement. Les scores du PLC-S tombant au-delà de ces scores sont considérés comme représentatifs d'une détérioration fiable, puisqu'il est peu probable qu'ils soient dus à une erreur de mesure. Aucun des scores posttraitement (0%) n'excède ces scores de coupure, et ce, en tenant compte de l'hypothèse de l'erreur de mesure. Les Figures 1 et 2 donnent une représentation visuelle des scores des participants pré-post ainsi que des scores de coupure pour une détérioration fiable.

5. Discussion

L'objectif de cette étude était de présenter des constats préliminaires sur le bien-fondé de l'application de l'intervention *Seeking Safety* auprès d'une population psychiatrique

francophone, souffrant majoritairement d'un ÉSPT complexe. Cet essai doctoral s'intéresse spécifiquement au suivi clinique des symptômes d'ÉSPT et de TUS. Les taux de participation, d'abandon et de détérioration ont également été évalués afin d'offrir une indication quant à l'engagement des participants dans le traitement. Cet essai permet de documenter une pratique clinique informée auprès d'une population qui reçoit des services de troisième ligne dans une clinique psychiatrique spécialisée.

Les changements observés relativement à la symptomatologie au terme de l'intervention apportent un certain appui quant à l'utilisation de cette intervention pour un certain nombre d'individus atteints d'un ÉSPT ou d'un ÉSPT complexe. Une comparaison pré-post traitement suggérerait une diminution des scores de symptômes traumatiques et de consommation de substances chez un tiers des clients. Une évaluation selon la méthode de Jacobson et Truax (1991) indiquerait la présence de changements cliniquement significatifs chez un tiers (36,84%) des participants. Bien que les résultats de cette étude initiale semblent indiquer une certaine efficacité auprès d'une portion des participants, ils servent principalement à souligner l'importance de recherches futures pour mieux évaluer l'impact de cette intervention.

Selon la formule proposée par Hsu (1995), aucun cas de détérioration fiable n'a pu être décelé. Cependant, certains participants présentaient des scores au PCL-S plus élevés en posttraitement qu'en prétraitement. Il faut préciser que dans le cadre de cette étude, des facteurs externes pouvant expliquer une certaine augmentation de symptomatologie traumatique ont parfois pu être notés chez différents participants, notamment : le retour d'un agresseur dans la vie d'une participante, l'affirmation de soi (nouvelles habiletés présentant des défis) devant un conjoint abusif et une déception familiale significative.

Cependant, aucune variation des scores ne présentait une ampleur suffisante pour être qualifiée de détérioration fiable, et ne pouvait avec certitude écarter la possibilité d'une erreur de mesure. Ceci semblerait suggérer que cette intervention comporte une certaine tolérabilité, même pour les participants présentant une lourdeur symptomatique importante.

Le taux d'abandon de 24% observé dans cette étude est comparable à la moyenne de 21% rapportée dans la méta-analyse de Bradley et al. (2005). Ce taux d'attrition peut être considéré comme particulièrement encourageant en raison du caractère très inclusif des participants à cette étude. L'étude comportait un seul critère d'exclusion, soit la présence de traits ou d'un trouble de la personnalité antisociale. De fait, les participants à cette étude démontraient des caractéristiques généralement associées à un taux d'abandon plus élevé, dont la présence de consommation de substances (Resko & Mendoza, 2012; Schottenbauer et al., 2008) et la présence de troubles de la personnalité, autres qu'antisociale. Les résultats de cette étude sont cohérents avec les données de la littérature qui associe la présence de consommation d'alcool et de cannabinoïdes avec un plus haut taux d'abandon. Toujours de façon cohérente avec la littérature (Bornovalova & Daughters, 2007; Samuel, LaPaglia, Maccarelli, Moore, & Ball, 2011), la présence de traits et de troubles de la personnalité serait également associée à l'abandon de traitement. Dans le cadre de cette étude, les variables suivantes ne semblaient pas associées à un plus haut taux d'abandon : l'âge, la présence de consommation de stimulants, la présence de consommation d'opiacés, les scores prétraitement sur le PCL-S, le statut occupationnel, le genre, le statut relationnel, la scolarité, la présence d'une déficience intellectuelle, le type de trauma (simple ou complexe) et le type d'ÉT. Il est également pertinent de

souligner que la présence d'un diagnostic d'ÉSPT complexe et d'un ÉT pendant l'enfance ne semblait pas être associée à un plus haut taux d'abandon. Les données suggèrent également que même les individus comportant une déficience intellectuelle ne semblent pas rebutés par le programme, aucune association avec un plus haut taux d'abandon n'ayant été relevée.

Les participants qui ont complété le traitement se sont présentés à en moyenne 75,6% des séances. Ces résultats semblent des plus intéressants dans le contexte de cette étude et se comparent de façon favorable au taux de participation d'études évaluant le programme de *Seeking Safety*. Dans ces études, les auteurs rapportaient des taux de 55,41% (Boden et al., 2012) et de 67% (Najavits, Weiss, Shaw, & Muenz, 1998) de participation aux séances. Une étude récente de Hien et al. (2012) apporte des clarifications intéressantes sur le taux de participation optimal au programme de *Seeking Safety* à l'égard de la diminution de la consommation de substances. Cette étude multisite ($N = 353$) a défini trois profils d'assiduité : les participants qui complétaient le traitement avec un pourcentage de participation supérieur ou égal à 80% (les finissants), les participants qui avaient un taux de participation entre 50% et 80% (les intermittents) et les individus qui abandonnaient le traitement sans dépasser un taux de participation de 40% (les décrocheurs). De façon intéressante, les participants intermittents semblaient avoir tiré davantage de bénéfices en matière de réduction de la consommation de substances que les participants présentant les deux autres profils d'assiduité. Les auteurs suggèrent qu'une certaine régulation serait effectuée par ce type de participants et que ceux-ci seraient en mesure de déterminer leur taux de participation dans l'optique de maximiser leur bénéfice. Ils en concluent que l'accent ne devrait pas nécessairement être mis sur la

maximisation de l'assiduité, mais qu'un taux de présence de 50% à 80% pourrait être aussi, sinon plus, efficace.

5.1 Limites et pistes de recherche

Cette étude comporte plusieurs limites importantes. En effet, l'absence de groupe contrôle ou de traitement comparatif fait en sorte qu'il n'est pas possible d'attribuer un lien de causalité entre l'intervention appliquée et les changements observés en ce qui a trait à la symptomatologie traumatique et la consommation de substances. Dans le cadre de cette étude, il faut également rappeler que seulement un tiers des participants semble avoir obtenu un gain thérapeutique. Ce constat laisse entendre que cette intervention ne constitue pas une intervention optimale pour toute personne atteinte d'un ÉSPT ou d'un ÉSPT complexe et que des recherches plus poussées pourraient servir à identifier les sous-groupes d'individus qui répondent à ce traitement.

Pour ce qui est des gains thérapeutiques dont le tiers des clients a bénéficié, il est difficile de les attribuer uniquement au traitement *Seeking Safety*, puisque le fait que certains participants ont eu accès à un traitement médicamenteux simultanément à la psychothérapie a pu créer un effet confondant. En raison des provenances multiples de ces traitements médicamenteux prescrits par divers cliniciens (par ex., un psychiatre attiré à la clinique, des psychiatres externes et des médecins de famille), il n'a pas été possible de recenser toutes les variations dans la prise de médicaments des participants.

Quant à la mesure de consommation, il est aussi possible que les autoévaluations de certains participants ont pu être influencées par leurs attentes ou par un désir de plaire aux thérapeutes. Finalement, il faut souligner la nature approximative de l'outil de

mesure de la consommation de substances. En effet, un outil maison a été utilisé pour sa rapidité d'administration et l'importance première accordée à la réduction des méfaits plutôt qu'à l'abstinence. Bien que cet outil fournisse des indications générales quant au degré de difficultés vécues, il est impossible d'en garantir la fiabilité et la validité autrement qu'en s'appuyant sur une opérationnalisation du jugement clinique de cliniciens d'expérience. Il sera essentiel d'utiliser un outil de mesure plus rigoureux dans les recherches futures.

Il faut également reconnaître certaines limites pratiques dans cette intervention, particulièrement dans le contexte d'un milieu psychiatrique. En effet, en raison de la sévérité de la symptomatologie présente chez certains participants, particulièrement pour ce qui est de la fragilité des clients et des réactions de dissociation possibles, il était préférable d'assurer la présence de plusieurs intervenants pour dispenser des soins. De la sorte, il était possible de quitter le groupe en cas de besoin afin d'intervenir de façon individuelle auprès des clients vivant un épisode de dissociation ou une crise suicidaire. D'autre part, les personnes au sein du groupe n'avaient pas toutes les mêmes habiletés de lecture. En effet, certaines personnes avaient des difficultés de lecture importantes. Ainsi, la participation et l'assimilation ont ainsi parfois semblé plus ardues pour ces individus. Les cliniciens ont été en mesure d'aider ces individus lors d'exercices de lectures en groupe. Ces exemples mettent en évidence le fait que la mise en place d'une intervention comme celle-ci exige de la part des cliniciens une maîtrise et une compétence cliniques permettant d'intervenir dans plusieurs situations complexes. La qualité des ressources professionnelles semble donc être un enjeu important.

Il est important de rappeler que l'objectif premier d'un service de psychiatrie est de fournir un service clinique aux usagers. Le souci d'éviter de retarder les soins offerts à cette population particulièrement vulnérable ont guidé des décisions cliniques telles que l'admission rapide dans un groupe de traitement ouvert, les mesures autorapportées simples et rapides à administrer, le soutien et la régulation émotionnelle lorsque nécessaire, l'offre d'un traitement médicamenteux complémentaire et l'inclusion de tous les clients ayant fait une demande de service pertinente. Ainsi, l'évaluation de ce groupe clinique vise avant tout à documenter l'évolution de la symptomatologie chez les clients. Cependant, cet essai ne peut pas prétendre se qualifier d'évaluation d'efficacité de traitement.

Il faut également noter que cette étude a inclus des clients qui sont souvent exclus des protocoles d'évaluations de traitement, mais qui consultent dans les milieux hospitaliers de troisième ligne. Tout en ayant comme intention de maintenir cette validité écologique, une récolte de données systématique aurait pu permettre une meilleure compréhension des enjeux inhérents à la complexité des traumas traités.

Afin de continuer à développer les connaissances nécessaires au traitement efficace de l'ÉSPT complexe, il serait bénéfique d'effectuer une recherche plus méticuleuse sur l'efficacité de ce traitement auprès d'une population psychiatrique francophone. Une étude présentant plus de rigueur méthodologique permettrait de déterminer avec plus de justesse les niveaux de participation, d'abandon et de détérioration dans un échantillon représentatif de la réalité clinique des individus recevant des soins spécialisés dans le traitement de l'ÉSPT en milieu psychiatrique.

5.2 Impressions cliniques

En tant que clinicienne, il semblerait opportun de partager les observations cliniques effectuées lors de la prestation des soins qui vont au-delà des changements quantitatifs observés. Premièrement, les observations cliniques associées aux scores en posttraitement ne racontent qu'une partie de l'histoire et ne reflètent pas toujours l'ampleur des changements observés par le personnel soignant. Du point de vue clinique, des changements positifs d'attitude chez les clients ont pu être observés dans un éventail étonnant de facettes, tant sur le plan de la cessation du tabagisme, qu'au plan d'une alimentation plus saine, de pratiques sexuelles sécuritaires et de l'affirmation de soi. Il faut également préciser que pour une quantité significative des participants, il n'était pas seulement question de traiter un ÉT passé, mais de modifier un mode de vie qui perpétue des conduites à risque ou de les sortir d'un milieu qui les expose à la présence de nouveaux ÉT. En effet, certains participants vivaient toujours des relations d'abus conjugal, de relations sexuelles non protégées (ayant dans un cas mené à la contagion par le VIH) ou demeuraient fragiles par rapport à la consommation de substances. Les habitudes de vie à risque rapportées par la vaste majorité des participants mettaient en évidence l'importance de favoriser les comportements sains et sécuritaires afin de réduire la probabilité de re-victimisation. Dans les recherches futures, il serait intéressant d'ajouter des outils de mesure portant sur les habitudes de vie sécuritaires afin de mieux capter l'éventail des changements perçus chez les participants.

Il était également intéressant d'observer que, grâce au format de groupe ouvert, les participants plus avancés dans le processus thérapeutique pouvaient servir de modèles aux nouveaux venus. Par exemple, lorsqu'une des participantes a partagé son inconfort

quant à la possibilité de refuser des avances sexuelles, plusieurs membres ont su nourrir sa capacité d'affirmation de soi à l'aide d'anecdotes de vie. À de nombreuses reprises, lorsque les nouveaux participants partageaient une difficulté vécue, les participants qui faisaient partie du groupe depuis plus longtemps offraient non seulement des solutions pratiques mais, de façon plus importante, nourrissaient l'espoir au sein du groupe en démontrant la possibilité de changer. Il est aussi pertinent de noter la richesse d'un groupe comprenant des membres des deux genres. Tout au cours du processus, ceci a servi à nuancer la perception du sexe opposé, particulièrement chez certains participants ayant été victimisés par les membres du sexe opposé.

De la perspective d'un membre de l'équipe traitante, il faut aussi souligner les avantages perçus de cette intervention, résidant dans sa flexibilité ainsi que son format structuré. Le guide d'application du traitement élaboré par Najavits (2009) offre en effet plusieurs options quant à la manière de mettre en place cette intervention. Le format de groupe ouvert choisi dans le contexte de cette étude a grandement réduit le temps d'attente des clients et permettait ainsi un accès immédiat au processus thérapeutique. Cet aspect favoriserait donc une certaine efficience dans le contexte d'un service psychiatrique achalandé. Le taux d'abandon comparable aux taux cités dans la littérature pourrait suggérer que le format ouvert de l'intervention n'aurait pas eu d'effet nuisible significatif sur l'engagement des participants. Il est également pertinent de rappeler que même si les analyses de comparaison indiquent une diminution de la symptomatologie traumatique chez un tiers des participants, la majorité rapportait des changements dans d'autres sphères de leur quotidien. Pour certains individus, le travail sur le plan des croyances erronées et la psychoéducation offerts dans le cadre du traitement avaient un

effet positif sur le niveau de fonctionnement. Pour d'autres, il se peut que ce programme de stabilisation qui vise spécifiquement leur profil de symptômes en favorisant, entre autres, l'apprentissage de la tolérance de la détresse, de la gestion des émotions, de techniques pour contrer la dissociation, puisse simplement servir à préparer le terrain pour un traitement axé sur les souvenirs traumatiques. En effet, le manuel d'application de traitement précise que ce programme peut être offert comme phase préliminaire à un traitement axé sur le trauma, lorsque nécessaire. Finalement, le mécanisme sous-jacent de changement présent dans l'intervention *Seeking Safety* mise sur la réduction des symptômes d'ÉSPT par le biais de la psychoéducation et de la restructuration des cognitions erronées découlant de l'ÉT. Il convient donc de se demander si un sous-groupe des participants aurait pu bénéficier davantage d'un traitement intégrant un élément d'exposition. Cependant, il paraît ici nécessaire de rappeler la nécessité de faire preuve de prudence lorsqu'il est question de débiter l'exposition. En effet, même si le traitement *Seeking Safety* ne faisait pas un usage direct de l'exposition, certains membres se retrouvaient confrontés à des souvenirs du passé par une référence indirecte à leur ÉT. Plusieurs participants ont alors eu des épisodes de dissociation afin de gérer ces souvenirs intolérables. Il semble donc apparent que certains individus nécessitent une préparation graduelle à l'exposition.

Finalement, le format du traitement a l'avantage de bien se prêter à l'évaluation empirique. En effet, la nature structurée du traitement permet, jusqu'à un certain point, d'uniformiser les interventions offertes et d'offrir des directives précises aux professionnels souhaitant mettre en pratique ce protocole de traitement. Ce traitement comprend également des évaluations régulières et fréquentes de la symptomatologie

traumatique et de la consommation de substances. En tant qu'intervenante dans le domaine de la traumatologie, il était parfois rassurant de pouvoir accéder à une mesure empirique des symptômes des participants. L'instrument de mesure utilisé, le PCL-S, est un outil auquel ont souvent recours les professionnels de la santé mentale (Elhai et al., 2005) en raison de sa rigueur psychométrique et de sa facilité d'administration (5 à 7 minutes). Ainsi, même dans un contexte clinique, il était possible d'évaluer la progression des clients aisément et rapidement. Ceci permettait non seulement de s'assurer d'offrir un traitement de qualité aux clients, mais également d'alléger la tâche du personnel soignant. Il est essentiel de reconnaître que l'intervention auprès de survivants d'expériences traumatiques constitue une charge de travail importante, de longue haleine et à forte charge émotionnelle. Or, le recours à un traitement empiriquement validé serait un facteur de protection qui réduirait les risques de fatigue de compassion et d'épuisement et augmenterait la satisfaction de compassion (Craig & Sprang, 2010). D'un point de vue personnel, il était souvent rassurant d'avoir recours à un manuel de traitement détaillant les écueils potentiels d'un travail auprès de participants souffrant d'un ÉSPT.

6. Conclusion

Les résultats préliminaires obtenus semblent indiquer que l'application du traitement *Seeking Safety* pourrait être adaptée à certains individus francophones souffrant d'ÉSPT associé à une variété de troubles comorbides. En effet, le suivi clinique fait état d'une certaine réduction de la symptomatologie traumatique et de l'utilisation de substances. De plus, les taux de participation, de détérioration et d'abandon se comparent favorablement aux taux rapportés dans la littérature portant sur les interventions d'ÉSPT. Cette étude

permet d'enrichir la littérature d'une expérience de traitement auprès d'individus qui consultent habituellement dans un contexte de service psychiatrique de troisième ligne, et qui exhibent une sévérité de symptômes et de comorbidité importante.

Tableau 1

Caractéristiques démographiques et cliniques des participants

Variables		(N = 50)	Pourcentage
Sexe	Femme	43	(86,0%)
	Homme	7	(14,0%)
Âge	Moyenne (Écart-type)	43,1 (11,1)	
Abandon	Complété	38	(76,0%)
	Abandon	12	(24,0%)
Occupation	Travail	7	(14,0%)
	Études	3	(6,0%)
	Chômage	2	(4,0%)
	Bien-être	5	(10,0%)
	Invalidité	19	(38,0%)
	Homme/ femme au foyer	2	(4,0%)
	Retraite	4	(8,0%)
	Arrêt de travail	8	(16,0%)
État civil	Célibataire	17	(34,0%)
	Marié - union libre	16	(32,0%)
	Séparé - vit seul	11	(22,0%)
	Séparé - vit en collocation	2	(4,0%)
	Veuf	4	(8,0%)
Scolarité	Primaire	8	(26,0%)
	Secondaire	20	(40,0%)
	Collégial	15	(30,0%)
	Universitaire	7	(14,0%)
Déficience intellectuelle	Aucune	45	(90,0%)
	Cas frontière	4	(8,0%)
	Déficience intellectuelle légère	1	(2,0%)
Trouble de la personnalité (tous types confondus)	Aucun	13	(26,0%)
	Traits	20	(40,0%)
	Trouble	17	(34,0%)

Type de trauma (tel que rapporté par le client)	Abus enfance	41	(82,0%)
	Abus physique à l'âge adulte	39	(78,0%)
	Abus sexuel à l'âge adulte	45	(90,0%)
	Accidents divers	5	(10,0%)
	Séquestration	7	(14,0%)
	Torture	2	(4,0%)
	Témoin d'un ÉT	25	(50,0%)
	Autre ÉT	18	(36,0%)
Type d'ÉSPT	Simple	5	(10,0%)
	Complexe	45	(90,0%)

Tableau 2

Contenu des séances de Seeking Safety

Séance	Sujet abordé	Séance	Sujet abordé
1.	Sécurité I – Définition du traitement et du plan de sécurité	15.	Engagement
2.	Sécurité II – Retour sur les habitudes sécuritaires	16.	Création de sens
3.	ÉSPT I – Définition et enjeux inhérents	17.	Ressources communautaires
4.	ÉSPT II – Reprendre le contrôle de votre vie	18.	Fixer des limites dans ses relations
5.	Se détacher de la douleur émotionnelle (ancrage dans la réalité)	19.	La découverte
6.	Lorsque vous êtes sous l’emprise de substances I	20.	Obtenir l’aide des autres pour votre rétablissement
7.	Lorsque vous êtes sous l’emprise de substances II	21.	Faire face aux déclencheurs
8.	Demander de l’aide	22.	Faire bon usage de votre temps
9.	Prendre soin de vous	23.	Relations saines
10.	Compassion	24.	S’autoréconforter
11.	Drapeaux rouges et drapeaux verts	25.	Guérir de la colère I
12.	Honnêteté	26.	Guérir de la colère II
13.	Pensée axée sur le rétablissement	27.	Le jeu des choix de vie
14.	Intégration de soi	28.	Fin du traitement

Se référer à l’annexe A pour plus de détails.

Tableau 3

Analyses comparatives pré-test et post-test pour toute la population (Seeking Safety; N = 50)

Mesures	M pré	M post	Test t
Symptomatologie traumatique			
PCL-S : Score total	64,63	50,32	6,01; dl 37; $p < 0,000^*$
Consommation de substances			
Alcool	0,97	0,21	5,98; dl 37; $p < 0,001^*$
Cannabinoïdes	0,58	0,11	4,03; dl 37; $p < 0,001^*$
Stimulants	0,53	0,00	3,77; dl 37; $p < 0,001^*$
Opiacés	0,45	0,16	3,16; dl 37; $p < 0,003^*$

Figure 1. Changement cliniquement significatif et détérioration dans les scores PCL-S pré-post pour l'ÉSPT

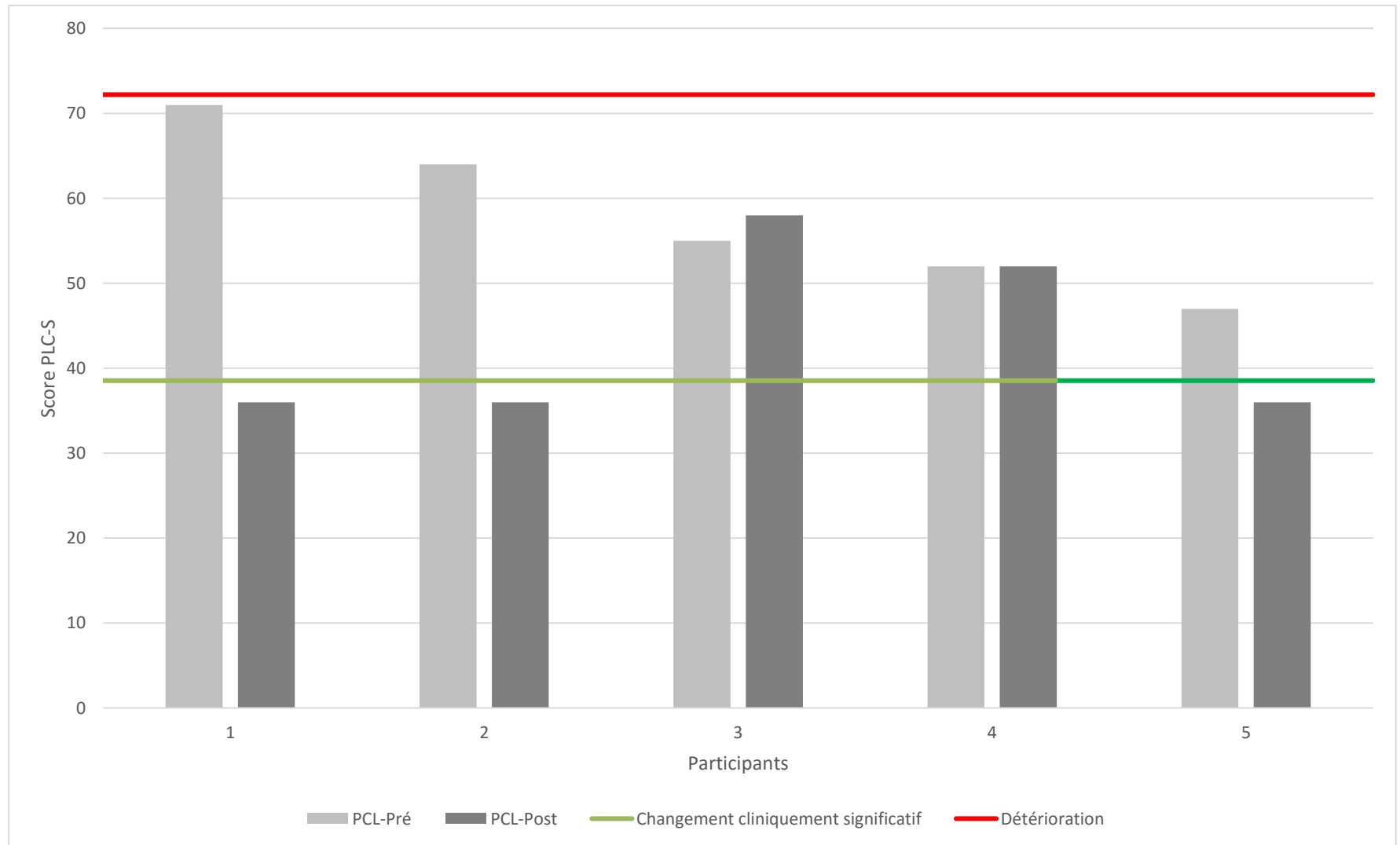
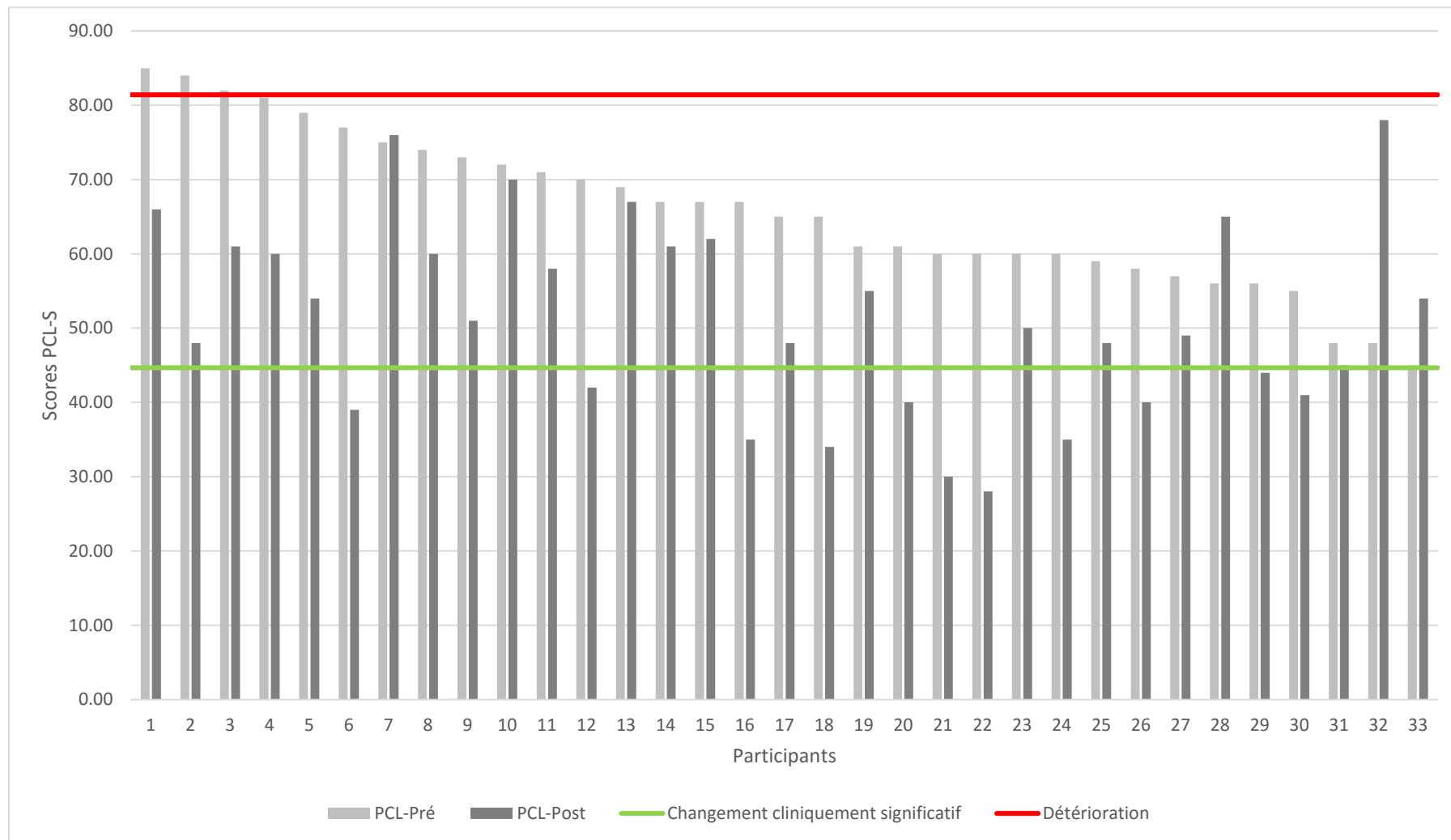


Figure 2. Changement cliniquement significatif et détérioration dans les scores PCL-S pré-post pour l'ÉSPT complexe



Bibliographie

- Ahmad, A., Larsson, B., & Sundelin-Wahlsten, V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*, 349-354.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., . . . Vollebergh, W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*, 21-27.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Text revision*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, M. L., & Najavits, L. M. (2014). Does seeking safety reduce PTSD symptoms in women receiving physical disability compensation? *Rehabilitation Psychology, 59*, 349-353.
- Ankuta, G. Y. & Abeles, N. (1993). Client satisfaction, clinical significance, and meaningful change in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*, 70-74.
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. (2007). *Australian Guidelines for the treatment of adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Melbourne: Australian Centre for Posttraumatic Mental Health.

- Avrahami, D. (2005). Visual Art Therapy's Unique Contribution in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6, 5-38.
- Baker, B. A. (2006). Art speaks in healing survivors of war: The use of art therapy in treating trauma survivors. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 12, 183-198.
- Benedek, D. M. (2011). Posttraumatic stress disorder from Vietnam to today. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 544-552.
- Bernat, J.A., Ronfeldt, H.M., Calhoun, K.S., & Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 645-664.
- Błaż-Kapusta, B. (2008). Disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS)- A case study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 10, 5-11.
- Boden, M. T., Kimerling, R., Jacobs-Lentz, J., Bowman, D., Weaver, C., Carney, D., ... Trafton, J. A. (2012). Seeking Safety treatment for male veterans with a substance use disorder and post-traumatic stress disorder symptomatology. *Addiction*, 107, 578-586.
- Bornovalova, M. A., & Daughters, S. B. (2007). How does Dialectical Behavior Therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, 27, 923-943.
- Brady, K. T., Killeen, T., Saladin, M. E., Dansky, B., & Becker, S. (1994). Comorbid substance abuse and posttraumatic stress disorder: Characteristics of women in treatment. *The American Journal on Addictions*, 3, 160-164.

- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*, 214-227.
- Breslau, N., & Anthony, J. C. (2007). Gender differences in the sensitivity to posttraumatic stress disorder: An epidemiological study of urban young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 607-611.
- Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P.B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 607-612.
- Brown, V. B., Najavits, L. M., Cadiz, S., Finkelstein, N., Heckman, J. P., & Rechberger, E. (2007). Implementing an evidence-based practice: Seeking safety group. *Journal of psychoactive drugs, 39*, 231-240.
- Brown, P. J., Stout, R. L., & Gannon-Rowley, J. (1998). Substance use disorders-PTSD comorbidity: Patients perceptions of symptom interplay and treatment issues. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15*, 445-448.
- Brunet, A., Boyer, R., Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (2001). The effects of initial trauma exposure on the symptomatic response to a subsequent trauma. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 33*, 97-102.
- Campbell, R., Greeson, M. R., Bybee, D., & Raja, S. (2008). The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: A mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 194-207.

- Chu, J., A. (2011). *Rebuilding shattered lives: treating complex PTSD and dissociative disorders*. N.J.: John Wiley & Sons.
- CIM-10. (1993). Classification internationale des maladies. Troubles mentaux et du comportement, Dixième révision. Chapitre V (F), 1993.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 615-627.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1067–1074.
- Collie, K., Backos, A., Malchiodi, C., & Spiegel, D. (2006). Art therapy for combat-related PTSD: Recommendations for research and practice. *Art Therapy, 23*, 157-164.
- Cottler, L. B., Compton, W. M., Mager, D., Spitznagel, E. L., & Janca, A. (1992). Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *The American Journal of Psychiatry, 149*, 664-670.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide*. New York: Guilford Press.
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping, 23*, 319-339.

Davidson, J.R.T., Hugues, D., Blazer, D.G., & George, L.K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological Medicine*, *21*, 713-721.

Davidson, P. R., & Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 305-316.

Desai, R. A., Harpaz-Rotem, I., Najavits, L. M., & Rosenheck, R. A. (2008). Impact of the seeking safety program on clinical outcomes among homeless female veterans with psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, *59*, 996-1003.

Dohrenwend, B. P. (2010a). Towards a typology of high-risk major stressful events and situations in posttraumatic stress disorder and related psychopathology. *Psychological Injury and Law*, *3*, 89-99.

Dohrenwend, B. P. (2010b). The stressor criterion in posttraumatic stress disorder: Issues, evidence, and implications. In H. B. Simpson, Y. Neria, R. Lewis-Fernandez, & F. Schneier (Eds.), *Understanding anxiety: Clinical and research perspectives from the Columbia University Department of Psychiatry*. New York: Cambridge University Press.

Donovan, B., Padin-Rivera, E., & Kowaliw, S. (2001). "Transcend": Initial outcomes from a posttraumatic stress disorder/substance abuse treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, *14*, 757-772.

Dorrepal, E., Thomaes, K., Hoogendoorn, A. W., Veltman, D. J., Draijer, N., van Balkom, A. J. L. M. (2014). Evidence-based treatment for adult women with child

- abuse-related Complex PTSD: A quantitative review. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, Article 23613.
- Elhai, J. D., Gray, M. J., Kashdan, T. B., & Franklin, C. L. (2005). Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects?: a survey of traumatic stress professionals. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 541-545.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus F., & Fennell, M. J. V. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behavioral Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press.
- Ford, J. D., & Kidd, P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 743-761.
- Frayne, S. M., Chiu, V. Y., Iqbal, S., Berg, E. A., Laungani, K. J., Cronkite, R. C., ... Kimerling, R. (2011). Medical care needs of returning veterans with PTSD. *Journal of General Internal Medicine*, 26, 33-39.
- Fullilove, M. T., Fullilove, R. E., Smith, M., Winkler, K., Michael, C., Panzer, P. G., & Wallace, R. (1993). Violence, trauma, and post-traumatic stress disorder among women drug users. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 533-543.
- Hall, D. K. (1999). "Complex" posttraumatic stress disorder/disorders of extreme stress (CP/DES) in sexually abused children: An exploratory study. *Journal of Child*

- Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 8, 51-71.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Hien, D. A., Morgan-Lopez, A. A., Campbell, A. N. C., Saavedra, L. M., Wu, E., Cohen, L.,... Nunes, E. V. (2012). Attendance and substance use outcomes for the Seeking Safety program: Sometimes less is more. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 29-42.
- Hien, D., & Scheier, J. (1996). Trauma and short-term outcome for women in detoxification. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 227-231.
- Hsu, L. M. (1995). Regression Toward the Mean Associated With Measurement Error and the Identification of Improvement and Deterioration in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 141-144.
- Institute of Medicine (IOM). (2007). *Treatment of posttraumatic stress disorder: An assessment of the evidence*. Washington: The National Academies Press.
- Jakupcak, M., Luterek, J., Hunt, S., Conybeare, D., & McFall, M. (2008). Posttraumatic stress and its relationship to physical health functioning in a sample of Iraq and Afghanistan war veterans seeking postdeployment VA health care. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 425-428.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.

- Jolly, A. (2003). Épidémiologie des PTSD. *Journal International de Victimologie*, 2, 48-82.
- Jongedijk, R. A., Carlier, I. V. E., Schreuder, B. J. N., & Gersons, B. P. R. (1996). Complex posttraumatic stress disorder: An exploratory investigation of PTSD and DESNOS among Dutch war veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 577-586.
- Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 167-181.
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., & Van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14, Article S1.
- Kédia, M., & Sabouraud-Séguin, A. (2008). *Psycho-traumatologie*. Paris: Dunod.
- Kendall-Tackett, K. (2009). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1, 35-48.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 4-14.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kudler, H. (2007). The need for psychodynamic principles in outreach to new veterans and their families. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 35, 39-50.

- Lindal, E., & Stefansson, J.G. (1993). The lifetime prevalence of anxiety disorders in Iceland as estimated by the US National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 29-34
- Lonergan, M. (2014). Cognitive Behavioral Therapy for PTSD: The Role of Complex PTSD on Treatment Outcome. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23, 494-512.
- Lynch, S. M., Heath, N. M., Mathews, K. C., & Cepeda, G. J. (2012). Seeking safety: an intervention for trauma-exposed incarcerated women? *Journal of trauma and dissociation*, 13, 88-101.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-324.
- Meichenbaum, D. H., & Deffenbacher, J. L. (1988). Stress inoculation training. *The Counseling Psychologist*, 16, 69-90.
- Monson, C. M., Gradus, J. L., Young-Xu, Y., Schnurr, P. P., Price, J. L., & Schumm, J. (2008). Change in posttraumatic stress disorder symptoms: Do clinicians and patients agree? *Psychological Assessment*, 20, 131-138.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Fox, L., Salyers, M. P., Ford, J. D., & Carty, P. (2001) Psychometric evaluation of trauma and posttraumatic stress disorder assessments in persons with severe mental illness. *Psychological Assessment*, 13, 110-117.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H., Jankowski, J. K., Bolton, E. E., & Lu, W. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment of

- Posttraumatic Stress Disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 259-271.
- Najavits, L. M. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York : Guilford Press.
- Najavits, L. M. (2009). Seeking Safety: An implementation guide. In A. Rubin and D. W. Springer, *The Clinician's Guide to Evidence-Based Practice* (311-347). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S. R., & Muenz, L. R. (1998). "Seeking safety": Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 437-456.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2005). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: Gaskell and the British Psychological Society.
- Nazarian, D., Kimerling, R., & Frayne, S. M. (2012). Posttraumatic stress disorder, substance use disorders, and medical comorbidity among returning U.S. veterans. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 220-225.
- Nillni, Y. I., Gradus, J. L., Gutner, C. A., Luciano, M. T., Shipherd, J. C., & Street, A. E. (2014). Deployment stressors and physical health among OEF/OIF veterans: The role of PTSD. *Health Psychology, 33*, 1281-1287.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 409-418.

- O'Toole, B. I., & Catts, S. V. (2008). Trauma, PTSD, and physical health: An epidemiological study of Australian Vietnam veterans. *Journal of Psychosomatic Research, 64*, 33-40.
- Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 33-46.
- Perkonigg, A., Kessler, R.C., & Wittchen, N. H-U. (2000). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*, 46-59.
- Possemato, K., Wade, M., Andersen, J., & Ouimette, P. (2010). The impact of PTSD, depression and substance use disorders on disease burden and health care utilization among OEF/OIF veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2*, 218-223.
- Ray, S. L., & Vanstone, M. (2009). The impact of PTSD on veterans' family relationships: An interpretative phenomenological inquiry. *International Journal of Nursing Studies, 46*, 838-847.
- Resko, S. M., & Mendoza, N. S. (2012). Early attrition from treatment among women with cooccurring substance use disorders and PTSD. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 12*, 348-369.
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2010). *Thérapie des processus cognitifs : Version destinée aux anciens combattants et aux militaires*. Washington, DC: Department of Veterans' Affairs.

- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 867-879.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E., & Best, C.L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consultation Clinical Psychology, 61*, 984-991.
- Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W., & Litz, B. T. (1998). The quality of the intimate relationships of male vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 87-101.
- Riggs, D. S., Rukstalis, M., Volpicelli, J. R., Kalmanson, D. & Foa, E. B. (2003). Demographic and social adjustment characteristics of patients with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Potential pitfalls to PTSD treatment. *Addictive Behaviors, 28*, 1717-1730.
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 607-616.
- Sachsse, U., Vogel, C., & Leichsenring, F. (2006). Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bulletin of the Menninger Clinic, 70*, 125-144.

- Samuel, D. B., LaPaglia, D. M., Maccarelli, L. M., Moore, B. A., & Ball, S. A. (2011). Personality disorders and retention in a therapeutic community for substance dependence. *The American Journal on Addictions*, 20, 555-562.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., ... Bernardy, N. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 297, 820-830.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Gray, S. H. (2008). *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71, 134-168.
- Seal, K. H., Shi, Y., Cohen, G., Cohen, B. E., Maguen, S., Krebs, E. E., & Nyelan, T. C. (2012). Association of mental health disorders with prescription opioids and high-risk opioid use in US veterans of Iraq and Afghanistan. *The Journal of the American Medical Association*, 307, 940-947.
- Shapiro, F. (1989). Eye-movement desensitisation: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Solomon, E. P., & Heide, K. M. (1999). Type III Trauma: Towards a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43, 202-210.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.

- Stein, M. B., McQuaid, J. R., Pedrelli, P., Lenox, R., & McCahill, M. E. (2000). Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *General Hospital Psychiatry, 22*, 261-269.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., & Forde, D. R. (1997). Full and Partial Posttraumatic Stress Disorder: Findings From a Community Survey. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1114–1119.
- Taft, C. T., Watkins, L. E., Stafford, J., Street, A. E., & Monson, C. M. (2011). Posttraumatic stress disorder and intimate relationship problems: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 22-33.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I.C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J.S. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 330-338.
- Terhakopian, A., Sinaii, N., Engel, C. C., Schnurr, P. P., & Hoge, C. W. (2008). Estimating population prevalence of posttraumatic stress disorder: an example using the PTSD checklist. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 290-300.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148*, 10-20.
- Turner, R. J., & Lloyd, D. A. (1995). Lifetime trauma and mental health: The significance of cumulative adversity. *Journal of Health and Social Behavior, 36*, 360-376.
- VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group. (2010). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress 2010 update*.

- Washington: Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs.
- Vaiva, G., Jehel, L., Cottencin, O., Ducrocq, F., Duchet, C., Omnes, C., ... Roelandt, J.-L. (2008). Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*, 34, 577-583.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14, 171-181.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399.
- Volpicelli, J., Balaraman, G., Hahn, J., Wallace, H., & Bux, D. (1999). The role of uncontrollable trauma in the development of PTSD and alcohol addiction. *Alcohol Research & Health*, 23, 256-262.
- Vrana, S., & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 289-302.
- Wilkins, K. C., Lang, A. J., & Norman, S.B. (2011). Synthesis of the psychometric properties of the PTSD checklist (PCL) military, civilian, and specific versions. *Depression and Anxiety*, 28, 596-606.
- Woods, S. J., & Wineman, N. M. (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder symptom clusters, and physical health symptoms in postabused women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18, 26-34.

Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2006). Learning cognitive-behavior therapy:

An illustrated guide. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Zlotnick, C., Zakriski, A. L., Shea, M. T., & Costello, E. (1996). The long-term sequelae

of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *Journal of*

Traumatic Stress, 9, 195-205.

Appendice A

Liste des thèmes des séances de *Seeking Safety*

- 1. Introduction au traitement et à la gestion de cas :** Cette séance comprend : a) l'introduction au traitement, b) l'établissement de la relation avec le client et c) l'évaluation des besoins dans la gestion de cas.
- 2. Sécurité :** La sécurité est considérée comme la première étape du rétablissement, tant pour l'ÉSPT que pour l'abus de substances, et elle constitue le principe directeur tout au long du traitement. Une liste de plus 80 stratégies d'adaptation sécuritaire est remise aux patients, et ces derniers réfléchissent à ce que signifie la sécurité pour eux.
- 3. ÉSPT : Reprendre le contrôle de votre vie :** Quatre documents sont remis aux patients pour les aider à comprendre l'ÉSPT : a) *Qu'est-ce que l'ÉSPT?*, b) *Le lien entre l'ÉSPT et l'abus de substances*, c) *La compassion pour reprendre le contrôle de votre vie* et d) *Effets à long terme de l'ÉSPT*. Chacun de ces documents vise à fournir des renseignements au sujet de l'ÉSPT et à favoriser une compréhension compatissante de ce trouble (la clé pour « reprendre le contrôle de votre vie »). Les clients peuvent utiliser ces documents ensemble ou séparément, selon leurs besoins et le temps dont ils disposent.
- 4. Se détacher de la douleur émotionnelle (ancrage dans la réalité) :** Cette puissante stratégie consiste à s'ancrer dans la réalité et aide les clients à se détacher de la douleur émotionnelle. Trois types d'ancrage dans la réalité sont présentés : mental, physique et apaisant. Ils s'accompagnent d'un exercice pratique pour bien comprendre les techniques. Le but visé est de tourner l'attention du patient vers le monde extérieur, loin des émotions négatives.

5. Lorsque vous êtes sous l'emprise de substances : Pour ce thème, huit documents sur l'abus de substances, qui peuvent être utilisés ensemble ou séparément, sont distribués : a) Qu'est-ce que l'abus d'une substance, b) Comment l'abus d'une substance empêche-t-il le rétablissement de l'ÉSPT, c) Choisir une façon de cesser de consommer, d) Graver le mont rétablissement (un exercice de visualisation pour se préparer de façon réaliste à renoncer aux substances), e) Émotions contradictoires, f) Comprendre son problème d'abus d'une substance, g) Groupes d'entraide et h) Questions fréquentes concernant l'ÉSPT et l'abus d'une substance.

6. Demander de l'aide : De chacun de ces troubles, l'ÉSPT et l'abus de substances, découle la difficulté à demander de l'aide. Ce thème vise à encourager les patients à prendre conscience du fait qu'ils ont besoin d'aide et à les conseiller sur la manière d'obtenir l'aide dont ils ont besoin.

7. Prendre soin de vous : Les patients sont invités à se demander s'ils savent prendre soin d'eux-mêmes, en répondant à un questionnaire qui aborde divers comportements (par ex., « Passez-vous un examen médical tous les ans? », « Adoptez-vous des pratiques sexuelles sans risque? »). On leur demande de faire quelque chose pour combler dès maintenant au moins une de leurs lacunes à cet égard.

8. Compassion : Les patients qui souffrent d'un ÉSPT et qui abusent de substances ont généralement une grande aversion envers eux-mêmes. Ils ne font pas attention à eux et se culpabilisent. Le thème de cette séance sert à guider les patients pour qu'ils remplacent l'attitude destructive qu'ils ont à leur égard par une attitude empreinte de compassion. On

leur enseigne que pour obtenir un changement durable, ils doivent se montrer « aimants » envers eux-mêmes.

9. Drapeaux rouges et drapeaux verts : On apprend aux patients à reconnaître les signes de danger et de sécurité (les drapeaux rouges et les drapeaux verts) dans l'ÉSPT et l'abus d'une substance, et à créer un plan de sécurité.

10. Honnêteté : On encourage les patients à analyser le rôle de l'honnêteté dans le rétablissement au moyen de jeux de rôle portant sur des situations précises. Voici quelques questions à considérer relativement à ce thème : quel est le coût de la malhonnêteté? Quand peut-on être honnête en toute sécurité? Que faire si l'autre personne n'accepte pas l'honnêteté?

11. Pensée axée sur le rétablissement : Des pensées associées à l'ÉSPT et à l'abus de substances sont mises en opposition avec la perspective plus saine de la « pensée axée sur le rétablissement ». Les patients sont amenés à changer leur manière de penser à l'aide d'outils de modification des pensées (*rethinking*), par ex., « Dressez une liste de vos options », « Inventez une nouvelle histoire », « Prenez une décision » et « Imaginez ». On démontre l'efficacité de cette technique à l'aide d'exercices de réflexion à voix haute et de modification des pensées.

12. Intégration de soi : Les patients sont amenés à reconnaître les clivages internes inhérents à l'ÉSPT et à l'abus de substances, et à explorer des façons de les intégrer en vue du rétablissement.

13. Méthode de traitement dans une perspective transculturelle : Ce thème permet aux patients de connaître les fondements du traitement proposé ainsi que de les éclairer

sur les risques et les avantages d'autres traitements existants. Les différentes perspectives des patients par rapport à l'ÉSPT et à l'abus de substances sont explorées.

13b. Engagement : Les patients sont amenés à analyser le rôle des engagements dans leur vie, à apprendre des stratégies créatives pour tenir leurs engagements, et à identifier les émotions qui font entrave au respect de ces engagements.

14. Création de sens : Ce thème aborde la création de sens par les patients, en accordant une attention particulière aux concepts liés à l'ÉSPT et à l'abus de substances, par ex., « Prétexe de la privation », « Les actes sont plus éloquents que les paroles » et « Distorsion temporelle ». On incite les patients à faire des comparaisons entre les sens qui leur sont nocifs et ceux qui sont curatifs dans l'optique de leur rétablissement.

15. Ressources communautaires : La présente section comporte une liste de ressources nationales qui peuvent favoriser le rétablissement des patients (cette liste inclut des bulletins, des organismes d'intervention, des groupes d'entraide, ainsi que d'autres organismes à but non lucratif). Elle présente en outre une série de lignes directrices destinées à aider les patients à choisir et à évaluer les traitements disponibles, comme le feraient les consommateurs pour des services ordinaires.

16. Fixer des limites dans ses relations : Les problèmes de limites se présentent sous deux formes : une trop grande proximité (difficulté à dire « non » dans ses relations) et une trop grande distance (difficulté à dire « oui » dans ses relations). Dans le document remis aux participants, la procédure pour fixer des limites saines est décrite.

17. La découverte : Nous encourageons les patients à recourir au processus de « découverte » afin de déterminer si leurs croyances sont véridiques, plutôt que de

« rester enlisés ». Nous leur offrons des moyens de découvrir (« Demander à d'autres », « Faire l'essai et voir », « Prédire » et « Faire comme si ») et d'apprendre comment faire face à une rétroaction négative.

18. Obtenir l'aide des autres pour votre rétablissement : Le thème de cette séance entend aider les patients à obtenir l'aide de personnes importantes dans leur vie, et s'accompagne d'une lettre à remettre à ces personnes. La possibilité d'inviter à la séance des membres de la famille ou des amis est aussi offerte.

19. Faire face aux déclencheurs : Nous encourageons les patients à lutter activement contre les déclencheurs de l'ÉSPT et de l'abus de substances. Nous leur présentons un modèle comportemental simple, en trois étapes (« qui, quoi, où ») : changer *qui* vous fréquentez, ce que vous faites (*quoi*) et *où* vous êtes.

20. Faire bon usage de votre temps : Nous demandons aux patients d'analyser comment ils passent leur temps, ce qui leur permet de mieux comprendre la façon dont ils abordent leur rétablissement. Font-ils bon usage de leur temps? Leur rétablissement est-il leur toute première priorité? La manière dont ils emploient leur temps est l'un des meilleurs indices de la valeur qu'ils attachent à leur vie. Nous leur conseillons d'essayer d'utiliser le mieux possible le temps dont ils disposent, tout en insistant sur le fait que les mesures de rétablissement qu'ils prennent par rapport à l'ÉSPT et à l'abus de substances signifient que leur emploi du temps sera peut être différent de celui des personnes non atteintes de ces troubles. Il est question aussi, dans le cadre de ce thème, de mettre en équilibre les activités structurées et la spontanéité, le travail et les loisirs, de même que le temps passé seul et le temps passé avec d'autres.

21. Relations saines : Ce thème approfondit les croyances saines et malsaines au sujet des relations.

22. S'autoréconforter : Par ce thème, les patients sont incités à intensifier les activités qui leur procurent du plaisir, et nous faisons la distinction entre les notions d'autoréconfort sécuritaire et d'autoréconfort non sécuritaire (par ex., par la consommation de substances nocives et le recours à d'autres « plaisirs factices »).

23. Guérir de la colère : La colère est présentée comme un sentiment valide, inévitable chez ceux qui se rétablissent d'un ÉSPT et d'un abus de substances. Elle peut être d'une part, constructive (une source de connaissances et de guérison) et d'autre part destructive (un danger, lorsqu'elle est dirigée contre soi-même ou contre d'autres personnes). Nous présentons également des directives sur la façon de faire face à ces deux types de colère.

24. Le jeu des choix de vie : Le jeu des choix de vie est un moyen divertissant de passer en revue le traitement suivi.

25. Fin du traitement : Le dernier thème encourage les patients à exprimer ce qu'ils ressentent au sujet de la fin du traitement, à parler de ce qu'ils ont apprécié et de ce qu'ils n'ont pas apprécié, et à mettre au point leurs plans de postcure.