INSTITUT ATLAS
POUR LES VÉTÉRANS ET LEUR FAMILLE

Appel de demandes

PROGRAMME DE SOUTIEN À LA MISE EN ŒUVRE : LA RÉTROACTION NEUROLOGIQUE

DATES IMPORTANTES

Les dates suivantes se rapportent à la présentation d'une demande complète dans le cadre du *programme de soutien à la mise en œuvre* :

Début de la période de demande : 24 novembre 2026

Fin de la période de demande : 18 décembre 2026

Préavis prévu aux cliniques choisies pour une entrevue : d'ici le 30 janvier 2027

TABLE DES MATIÈRES

DATES IMPORTANTES 1
TABLE DES MATIÈRES 1
CONTEXTE 2
Au sujet de l'équipe de mise en œuvre 2
APERÇU DU PROGRAMME 2
Qu'est-ce que la rétroaction neurologique? 2
Quelles sont les données probantes pour la rétroaction neurologique? 3
En quoi cette initiative est-elle importante? 3
Pourquoi la rétroaction neurologique? 4
Pourquoi le soutien à la mise en œuvre est-il utile? 5
Quelles mesures de soutien les cliniques recevront-elles? 5
Formation clinique 5
Matériel et ressources de formation 6
Mentorat et supervision cliniques/Mentorat et consultation cliniques 6
Soutien à la mise en œuvre 6
Soutien à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité 6
ATTENTES ET EXIGENCES 6

1145 Carling Avenue, Suite 7500
Ottawa, Ontario K1Z 7K4
Canada

atlasveterans.ca

COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE? 8
Qui peut présenter une demande? 8
Comment ma clinique peut-elle présenter une demande? 8
Quels sont les critères de sélection? 9
À quoi pouvons-nous nous attendre? 9
Date limite de soumission 9
COORDONNÉES 10
RÉFÉRENCES 10
ANNEXE A : RÔLES 14

CONTEXTE

L'Institut Atlas pour les vétérans et leur famille collabore avec des partenaires pour améliorer les services et mesures de soutien en santé mentale offerts aux vétérans des Forces armées canadiennes (FAC) et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), ainsi qu'à leur famille. Organisme intermédiaire indépendant au sein des Services de santé Royal Ottawa et financé par Anciens Combattants Canada, l'Institut Atlas combine la recherche, la pratique et l'expertise vécue pour faire en sorte que les données probantes éclairent les soins.

Au sujet de l'équipe de mise en œuvre

L'équipe de mise en œuvre de l'Institut Atlas travaille avec les fournisseurs de services et les organisations pour intégrer des pratiques fondées sur des données probantes dans les soins de routine. Grâce à la formation, à la consultation, à la planification de la mise en œuvre et au soutien continu, l'équipe aide les organisations à surmonter les obstacles à l'échelle locale, à renforcer leurs capacités et à maintenir les améliorations dans la pratique.

APERÇU DU PROGRAMME

L'Institut Atlas sollicite des demandes de cliniques intéressées à participer au programme de soutien à la mise en œuvre pour la rétroaction neurologique.

Cette initiative est conçue pour aider les cliniques à renforcer leur capacité d'offrir la rétroaction neurologique aux vétérans et aux familles par la formation, la consultation, la planification de la mise en œuvre et le soutien continu. Les cliniques participantes recevront un soutien pour préparer les cliniciens et les dirigeants à la mise en œuvre réussie et à la viabilité à long terme de l'intervention dans leur milieu de travail. Ce soutien comprend le renforcement des capacités cliniques, l'intégration de la rétroaction neurologique à la pratique courante et un accès accru aux traitements du TSPT fondés sur des données probantes pour les vétérans.

Qu'est-ce que la rétroaction neurologique?

Lorsque des personnes développent un trouble de stress post-traumatique (TSPT), certaines parties de leur cerveau peuvent être suractivées ou sous-activées, déclenchant des pensées, des émotions, des sautes d'humeur et des comportements peu serviables ou pénibles. Ces réactions peuvent se produire très

rapidement et il est souvent difficile pour la personne qui vit ces sentiments de savoir pourquoi elles se produisent. Cela contribue à les rendre difficiles à gérer.

La rétroaction neurologique est un type de rétroaction biologique qui aide les gens à apprendre à maîtriser l'activité cérébrale et à réguler les symptômes du TSPT. Elle peut être utilisée seule ou de concert avec d'autres formes de traitement comme la psychothérapie, la thérapie cognitivo-comportementale ou des médicaments.

Consultez cette page Web pour en savoir plus sur la thérapie de rétroaction neurologique.

Quelles sont les données probantes pour la rétroaction neurologique?

La rétroaction neurologique est une interface cerveau-ordinateur non invasive dans laquelle les processus neuronaux sont mesurés et affichés aux participants en temps réel au moyen de repères auditifs ou visuels, ce qui permet aux personnes d'apprendre à réguler leurs propres états cérébraux[1]. Il a été démontré que cette approche cible et régule avec succès les altérations neuronales associées à un large éventail de problèmes psychiatriques, y compris le TSPT[2-28]. Des examens systématiques et des méta-analyses menés récemment ont signalé de façon cohérente des améliorations importantes des symptômes du TSPT à la suite d'interventions de rétroaction neurologique[3,18,20,29-36], y compris chez les personnes qui présentent un TSPT résistant aux traitements[21,31,37].

La rétroaction neurologique par électroencéphalographie, forme prédominante de rétroaction neurologique, offre une résolution temporelle à la milliseconde près, à faible coût et avec un fardeau minimal pour les participants, ce qui en fait une solution idéale pour un déploiement clinique évolutif. De multiples essais indépendants ont démontré que la rétroaction neurologique par électroencéphalographie peut moduler l'activité oscillatoire aberrante associée au TSPT, avec une réduction correspondante de la gravité des symptômes[16,17,21,29,35,38-45]. Par exemple, van Der Kolk et ses collègues[21] ont mené un essai contrôlé randomisé qui a démontré une réduction importante des symptômes du TSPT à la suite de la rétroaction neurologique par électroencéphalographie, par rapport à une condition témoin. Kluetsch et ses collègues[40] ont établi un lien entre le recours à la rétroaction neurologique par électroencéphalographie et la normalisation de la connectivité au repos ainsi que l'amélioration du bien-être subjectif. Plus récemment, du Bois et ses collègues[42] ont élargi cette base de données probantes au moyen d'une solution de rétroaction neurologique par électroencéphalographie portable et à faible coût, et ont démontré une réduction importante des symptômes parmi une population vivant avec un TSPT chronique à l'extérieur d'un laboratoire traditionnel, une constatation qui est directement pertinente pour la mise en œuvre évolutive. Un récent essai contrôlé randomisé de 20 semaines portant sur la rétroaction neurologique par électroencéphalographie au rythme alpha a révélé une diminution importante des symptômes du TSPT, plus de 60 % des participants ne répondant plus aux critères diagnostiques du TSPT à la fin de l'essai. De plus, aucun participant n'a abandonné l'essai, ce qui indique que la thérapie de rétroaction neurologique est à la fois très tolérable et efficace sur le plan clinique[16,17].

En quoi cette initiative est-elle importante?

Cette initiative découle de conversations continues avec les fournisseurs de services, les chercheurs, les organisations et les vétérans et leur famille au sujet des possibilités d'améliorer l'accès aux mesures de soutien en santé mentale pour les vétérans et leurs familles.

Au cours d'un webinaire de 2023 sur la rétroaction neurologique organisé par l'Institut Atlas, les fournisseurs de services ont exprimé un intérêt considérable à en apprendre davantage sur la rétroaction neurologique et la façon dont elle pourrait être intégrée à la pratique clinique. Ces discussions ont mis en évidence à la fois

l'intérêt pour la rétroaction neurologique comme option de traitement complémentaire potentielle et les défis pratiques associés à l'accès à la formation, à l'acquisition des compétences et à la mise en œuvre de la rétroaction neurologique dans des contextes cliniques réels.

Ces premières conversations ont été renforcées par l'évaluation des besoins des fournisseurs de services d'Atlas. Sur les 322 fournisseurs de services qui ont répondu à des questions relatives à la rétroaction neurologique, 69 % ont déclaré être intéressés à fournir une rétroaction neurologique, même si 91 % ne l'avaient pas encore administrée. Le manque d'accès à la formation (72 %) et les coûts connexes (46 %) sont ressortis comme étant les obstacles les plus courants. De nombreuses réponses aux questions ouvertes indiquaient que la formation des fournisseurs de services était l'une des mesures de soutien les plus précieuses que l'Institut Atlas pourrait offrir pour accroître l'accès aux services de rétroaction neurologique.

Ensemble, ces résultats laissent entendre qu'il existe un intérêt pour la rétroaction neurologique dans l'ensemble du secteur, mais que d'importants obstacles à la mise en œuvre subsistent. Cette initiative a été créée en réponse directe aux besoins cernés et vise à aider les organismes et les fournisseurs à découvrir comment la rétroaction neurologique peut être mise en œuvre, offerte et soutenue dans des contextes qui servent les vétérans canadiens et leurs familles.

Pourquoi la rétroaction neurologique?

La rétroaction neurologique est une option de traitement auxiliaire émergente pour les vétérans qui vivent avec le TSPT. Les études ont démontré des résultats positifs, mais sans la connaissance et la compréhension de l'administration de ce traitement en contexte clinique à l'extérieur d'un environnement de recherche et des obstacles et des facteurs favorables connexes, le traitement pourrait ne pas avoir tout l'impact qu'il pourrait avoir. Anciens Combattants Canada approuve la rétroaction biologique/rétroaction neurologique comme thérapie d'appoint pour le TSPT, le trouble anxieux généralisé et le trouble dépressif majeur, s'il est recommandé par un médecin de soins primaires ou un professionnel agréé en santé mentale. La rétroaction neurologique offre une option de traitement non invasive qui peut être utilisée indépendamment des approches existantes comme la psychothérapie, la thérapie cognitivo-comportementale et les médicaments ou parallèlement à celles-ci. Cependant, il peut être difficile de trouver un neurologue agréé et d'accéder au service dans les cliniques locales en raison du manque de sensibilisation du grand public et des fournisseurs de services.

À mesure que le besoin de traitements efficaces du TSPT continue d'augmenter, en particulier au sein des populations de vétérans qui ont de la difficulté à accéder à des soins spécialisés en santé mentale, la rétroaction neurologique peut constituer une option de traitement supplémentaire qui pourrait accroître les services offerts et améliorer le choix des patients. Pour ce faire, il faut une planification et des ressources adéquates pour aller à la rencontre des fournisseurs de services et des organisations de première ligne. La mise en œuvre (y compris la préparation et l'évaluation) est nécessaire pour cerner systématiquement les obstacles pour les clients, les fournisseurs, les cliniques et les systèmes afin que nous puissions ensuite employer des stratégies pour les surmonter.

Alors que l'équipe de recherche clinique de l'Institut Atlas continue de constituer la base de données probantes pour appuyer la rétroaction neurologique comme option de traitement efficace au moyen d'essais cliniques, l'Institut Atlas travaille également à accroître la sensibilisation à la rétroaction neurologique et à réduire les obstacles à l'accès aux traitements de rétroaction neurologique fondés sur des données probantes. Afin d'accroître la disponibilité de ce traitement, les équipes de recherche clinique et de mise en œuvre de l'Institut Atlas collaborent notamment avec des partenaires externes pour appuyer la mise à l'essai d'un traitement de rétroaction neurologique dans une clinique. L'objectif serait d'appuyer la mise en œuvre et l'évaluation de la rétroaction neurologique dans un environnement clinique afin d'évaluer la faisabilité et de tirer des leçons en

vue de soutenir l'expansion et la diffusion à d'autres organisations spécialisées en santé mentale des vétérans partout au Canada.

Pourquoi le soutien à la mise en œuvre est-il utile?

La formation sur une nouvelle pratique fondée sur des données probantes exige des efforts continus après l'atelier de formation afin d'offrir les meilleurs soins possible aux vétérans et à leurs familles. L'adoption d'un programme, d'une pratique ou d'une politique efficace n'est qu'un des aspects nécessaires pour changer positivement les résultats. La qualité de la mise en œuvre influe également sur ce que le programme permet d'accomplir. La mise en œuvre systématique exige du temps et des ressources, ce qui peut détourner l'attention des soins offerts aux clients. L'équipe de mise en œuvre de l'Institut Atlas a été mise sur pied précisément pour soutenir les cliniques qui servent les vétérans et leurs familles afin qu'elles puissent mettre en œuvre des pratiques efficaces tout en réduisant l'impact sur le temps accordé aux soins donnés aux clients, de sorte que les interventions puissent mener aux meilleurs résultats possibles.

Le soutien à la mise en œuvre, qui va au-delà de la simple participation à un atelier de formation, est une composante essentielle parce qu'il comble l'écart entre l'acquisition de connaissances théoriques et l'application réussie des pratiques fondées sur des données probantes dans des contextes cliniques réels. La recherche a toujours démontré que les ateliers de formation à eux seuls ne suffisent pas pour changer durablement les pratiques. Par exemple, Beidas et Kendall[46] ont constaté que sans soutien et sans supervision continus, la fidélité de l'application de la thérapie cognitivo-comportementale diminue au fil du temps, ce qui a une incidence directe sur les résultats pour le patient. Le soutien à la mise en œuvre comprend souvent des consultations structurées et de la rétroaction sur le perfectionnement des compétences. Ces mesures de soutien fournissent aux cliniciens la structure nécessaire pour intégrer de nouvelles compétences dans leur répertoire thérapeutique tout en maintenant le respect des protocoles de traitement. Les documents de recherche sur la pratique de la psychothérapie fondée sur des données probantes indiquent que cette combinaison de conseils structurés et d'intégration contextuelle réduit la dérive et accélère l'adoption réussie de la pratique fondée sur des données probantes, ce qui améliore les résultats pour les patients.

L'évaluation et l'amélioration de la qualité font partie intégrante de cette initiative de mise en œuvre. L'Institut Atlas aidera les cliniques participantes à surveiller les progrès, à comprendre comment l'intervention est mise en œuvre dans différents contextes cliniques, à cerner les possibilités d'amélioration et à générer des apprentissages pour éclairer l'adoption durable et une éventuelle expansion future.

Quelles mesures de soutien les cliniques recevront-elles?

L'Institut Atlas offrira les mesures de soutien suivantes et couvrira les coûts connexes. Les mesures de soutien seront offertes sur une période d'environ un an.

Remarque : À l'heure actuelle, les mesures de soutien sont offertes en anglais seulement. L'Institut Atlas cherche des moyens de faciliter le développement de ressources et de matériel propres à la rétroaction neurologique en français, ainsi que d'améliorer les capacités de formation en français.

Formation clinique

- Accès au programme de formation clinique requis
- Occasions d'acquérir des connaissances, des compétences et des applications propres à l'intervention auprès de la population des vétérans et de leur famille

- Le programme de formation répond aux critères nécessaires pour présenter une demande de certification de la Biofeedback Certification International Alliance (BCIA) (le titre professionnel de référence pour les praticiens de la rétroaction biologique et neurologique).
- Formation en ligne sur la rétroaction neurologique didactique pré-enregistrée (environ 36 heures)
- Stage en personne de trois jours sur la rétroaction neurologique

Matériel et ressources de formation

- Équipement pour la composante du stage en personne
- Information sur les différentes options pour l'achat d'équipement de rétroaction neurologique

Mentorat et supervision cliniques

- Accès à 10 séances de mentorat en groupe et de supervision clinique (90 minutes par séance)

Soutien à la mise en œuvre

- Accès à l'expertise en matière de mise en œuvre du personnel de l'Institut Atlas
- Aide pour cerner les obstacles et les facteurs favorables à la mise en œuvre
- Conseils pour l'élaboration d'un plan de mise en œuvre local
- Soutien pour le suivi des résultats et à la mesure des impacts
- Élaboration d'un plan d'adoption durable après la formation

Soutien à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité

- Conseils et outils pour surveiller les progrès de la mise en œuvre, cerner les défis et appuyer l'évaluation continue et l'amélioration de la qualité
  Soutien à la collecte et à l'interprétation de renseignements sur la mise en œuvre et l'offre de la rétroaction neurologique
- Possibilités d'examiner les constatations de l'évaluation et de les utiliser pour éclairer la planification locale de la mise en œuvre et les activités d'amélioration de la qualité

ATTENTES ET EXIGENCES

Les cliniques doivent :

- Détenir une assurance responsabilité civile ou d'indemnisation professionnelle pour la clinique.
- Désigner un parrain occupant un poste de direction doté d'un pouvoir décisionnel qui appuiera les activités de mise en œuvre et la planification organisationnelle tout au long du programme.
- Désigner un responsable de la mise en œuvre à la clinique qui sera le principal point de contact avec Atlas tout au long du programme de soutien à la mise en œuvre.
- Désigner un membre de l'équipe qui servira de personne-ressource principale pour les activités d'évaluation et d'amélioration de la qualité.
- S'engager à faire participer des personnes ayant une expérience vécue tout au long de la durée du programme de mise en œuvre, notamment en offrant des possibilités de participer à la planification de la mise en œuvre et de fournir une rétroaction sur l'avancement et l'amélioration du programme. Les

personnes ayant une expérience vécue comprennent les vétérans ou les membres de la famille d'un vétéran des FAC ou de la GRC.

- Former une équipe de mise en œuvre composée d'au moins trois membres qui seront responsables de la mise en œuvre de la pratique fondée sur des données probantes à la clinique. La clinique décidera de la composition de l'équipe, mais nous recommandons au moins :
    - Un clinicien qui apprendra et offrira la pratique fondée sur des données probantes
    - Un administrateur
    - Un expert ayant une expérience vécue (vétéran ou membre de la famille d'un vétéran)
- Appuyer la participation des cliniciens à toutes les activités de formation, de consultation, de mise en œuvre et d'évaluation requises.
- S'assurer que les cliniciens disposent de temps protégé pour répondre aux exigences du programme.
- Participer aux activités de planification de la mise en œuvre.
- Appuyer la prestation continue et la durabilité de l'intervention après la formation.
- Participer aux activités administratives et opérationnelles nécessaires à la mise en œuvre.
- S'engager à participer aux activités d'évaluation et d'amélioration de la qualité du programme. Il peut s'agir de remplir des sondages ou de passer des entrevues, d'appuyer la collecte de données cliniques et de données sur la mise en œuvre pertinentes, de surveiller les progrès de la mise en œuvre et d'examiner les constatations pour éclairer l'amélioration continue.
- Bien que l'équipement requis pour la prestation de la formation soit fourni par l'Institut Atlas dans le cadre de cette initiative, les cliniques sont censées obtenir leur propre matériel et les ressources connexes pour continuer d'offrir des services de rétroaction neurologique après la fin de la formation. Cela peut comprendre le matériel de rétroaction neurologique, les logiciels et toute infrastructure technologique connexe.

Le responsable de la mise en œuvre à la clinique doit :

- Agir comme principal point de contact avec Atlas tout au long du programme de soutien à la mise en œuvre.
- Promouvoir la mise en œuvre dans la clinique.
- Appuyer la participation des cliniciens aux activités de formation, de consultation, de mise en œuvre et d'évaluation requises.
- Participer à la planification de la mise en œuvre locale.
- Participer aux réunions et aux activités liées à la mise en œuvre.
- Aider à surveiller les progrès et soutenir les efforts d'adoption durable.
- Suivre la formation clinique, à condition d'y être admissible.
- Faciliter la communication entre Atlas et le personnel de la clinique concerné au sujet des activités d'évaluation et d'amélioration de la qualité
- Appuyer la coordination de la collecte de données à l'échelle locale, selon le rôle.

Les cliniciens participants doivent répondre aux exigences suivantes :

- Être des professionnels de la santé réglementés ou agréés au Canada et être autorisés à fournir des traitements en santé mentale dans leur champ d'exercice et leur territoire de compétence.
- Les professions admissibles peuvent comprendre, par exemple, des psychiatres, des psychologues, des associés en psychologie, des médecins, des travailleurs sociaux, des psychothérapeutes, des ergothérapeutes, des infirmières et infirmiers en santé mentale, des conseillers, des thérapeutes conjugaux et familiaux agréés, et d'autres professionnels de la santé réglementés dont le champ d'exercice comprend le traitement du TSPT.
- Fournir régulièrement des traitements aux vétérans qui souffrent de TSPT dans le cadre de leurs responsabilités professionnelles.

- Avoir une charge de travail active qui inclut les vétérans souffrant de TSPT et être en mesure d'identifier les clients appropriés pour la pratique fondée sur des données probantes.

Les cliniciens participants doivent :

- Suivre environ 36 heures de formation didactique en ligne.
- Participer à un stage en personne de trois jours.
- Participer à 10 séances de mentorat et de supervision clinique (90 minutes chacune, 15 heures au total).
- Effectuer les activités requises pour obtenir la certification de la BCIA, y compris l'examen de certification et toutes les heures supplémentaires de mentorat et de supervision clinique en plus de celles offertes dans le cadre du projet, au besoin, afin de répondre aux exigences actuelles de 26 heures de mentorat et de supervision de la BCIA.
- Participer aux activités de mise en œuvre et d'évaluation.
- S'engager à mettre en œuvre l'intervention auprès des clients vétérans admissibles après la formation.
- Détenir leur propre assurance responsabilité professionnelle (ou être couverts par l'assurance responsabilité civile de la clinique).
- Conserver la responsabilité clinique et professionnelle des soins offerts aux clients. Du personnel de formation et des experts-conseils fourniront une rétroaction sur la mise en œuvre de la pratique fondée sur des données probantes. Les recommandations formulées par le personnel de formation et les experts-conseils ne sont pas exécutoires, et le clinicien conserve la responsabilité professionnelle des soins offerts à tous les clients.

Remarque : Pour obtenir la liste complète des rôles, veuillez consulter l'annexe A.

COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE

Qui peut présenter une demande?

Les demandes provenant de cliniques qui répondent aux critères suivants sont acceptées :

- Offrir des soins aux vétérans et à leur famille, y compris les vétérans des FAC et anciens membres de la GRC.
- Employer des cliniciens qui répondent aux critères d'admissibilité du programme.
- Démontrer l'état de préparation de la clinique et son engagement envers la mise en œuvre, l'évaluation et l'amélioration de la qualité.
- Avoir l'appui de la direction pour la participation au programme.
- Résider et offrir des soins au Canada.

Comment ma clinique peut-elle présenter une demande?

L'Institut Atlas utilise la plateforme Cvent pour le programme de soutien à la mise en œuvre. Pour présenter une demande, la clinique devra :

1. Désigner un « demandeur principal » et un « parrain ».
    a. Le demandeur principal est la principale personne-ressource pour l'application du programme de soutien à la mise en œuvre. Le demandeur principal peut également être le parrain, à condition qu'il réponde aux exigences. Le demandeur principal peut plus tard être le responsable de la mise en œuvre à la clinique.

   b. Le parrain doit être une personne occupant un poste de direction à la clinique et ayant un pouvoir décisionnel. Par exemple, le parrain peut être un gestionnaire, un directeur, un chef de la direction ou un président à la clinique.
2. Remplir les formulaires suivants :
   a. Formulaire de demande (à remplir par le demandeur principal)
   b. Formulaire du parrain (à remplir par le parrain)
3. Télécharger les formulaires dans Cvent avant la date limite.

Soumettre une demande maintenant : bit.ly/retroaction-neurologique.

Quels sont les critères de sélection?

Les demandes seront examinées par le personnel d'Atlas et évaluées selon les critères suivants :

- Engagement envers les vétérans atteints du TSPT et expérience avec eux
- Engagement à collaborer avec des personnes ayant une expérience vécue tout au long du programme de mise en œuvre
- Engagement de la clinique envers la mise en œuvre, l'évaluation et l'amélioration de la qualité
- Capacité et préparation de l'équipe, y compris la capacité de participer aux activités de mise en œuvre et d'évaluation requises
- Soutien à la direction
- Représentation géographique
- Potentiel de durabilité après l'achèvement du programme

À quoi pouvons-nous nous attendre?

Après la soumission, les demandes seront examinées par l'équipe d'Atlas pour évaluer l'admissibilité, l'état de préparation de l'organisation et l'harmonisation avec les objectifs du programme.

Le processus de demande comprendra les étapes suivantes :

1. **Examen de la demande :** Les demandes seront examinées afin de confirmer leur admissibilité et d'évaluer leur compatibilité avec le programme.
2. **Entrevue :** Certaines cliniques seront invitées à participer à une entrevue pour en apprendre davantage sur le programme et pour évaluer l'état de préparation et la compatibilité de l'organisation.
3. **Avis de sélection :** Les cliniques seront avisées d'ici le 30 janvier 2027 du résultat de leur demande.

Les cliniques sélectionnées recevront de plus amples renseignements sur les activités, les échéanciers, les rôles, les exigences en matière de données et les procédures de protection des renseignements personnels et de confidentialité applicables avant le début du programme de soutien à la mise en œuvre.

Date limite de soumission

Les soumissions reçues après la date limite ne seront pas prises en compte. Il n'y aura pas de processus d'appel (aucune prolongation ne sera accordée). Il incombe au demandeur de s'assurer que sa demande est présentée avant la date limite indiquée.

COORDONNÉES

Si vous avez des questions au sujet de cette possibilité ou si vous avez besoin de mesures d'adaptation pendant le processus de demande, veuillez écrire à l'adresse suivante : implementation@atlasinstitute.ca

RÉFÉRENCES

1. Sitaram R, Ros T, Stoeckel L, Haller S, Scharnowski F, Lewis-Peacock J, et al. Closed-loop brain training: the science of neurofeedback. Nature Reviews Neuroscience. Février 2017;18(2):86-100. doi:10.1038/nrn.2016.164
2. Chiba T, Kanazawa T, Koizumi A, Ide K, Taschereau-Dumouchel V, Boku S, et al. Current status of neurofeedback for post-traumatic stress disorder: A systematic review and the possibility of decoded neurofeedback. Frontiers in Human Neuroscience. 17 juillet 2019;13:233. doi:10.3389/fnhum.2019.00233
3. Dudek E, Dodell-Feder D. The efficacy of real-time functional magnetic resonance imaging neurofeedback for psychiatric illness: A meta-analysis of brain and behavioral outcomes. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2021 Feb;121:291-306. doi:10.1016/j.neubiorev.2020.12.020
4. Gerin MI, Fichtenholtz H, Roy A, Walsh CJ, Krystal JH, Southwick S, Hampson M. Real-time fMRI neurofeedback with war veterans with chronic PTSD: A feasibility study. Frontiers in Psychiatry. 21 juin 2016;7:111. doi:10.3389/fpsyt.2016.00111
5. Hamilton JP, Glover GH, Bagarinao E, Chang C, Mackey S, Sacchet MD, Gotlib IH. Effects of salience-network-node neurofeedback training on affective biases in major depressive disorder. Psychiatry Research: Neuroimaging. 30 mars 2016;249:91-96. doi:10.1016/j.pscychresns.2016.01.016
6. Li X, Hartwell KJ, Borckardt J, Prisciandaro JJ, Saladin ME, Morgan PS, et al. Volitional reduction of anterior cingulate cortex activity produces decreased cue craving in smoking cessation: a preliminary real-time fMRI study. Addiction Biology. Juillet 2013;18(4):739-748. doi:10.1111/j.1369-1600.2012.00449.x
7. Linden DE, Habes I, Johnston SJ, Linden S, Tatineni R, Subramanian L, et al. Real-time self-regulation of emotion networks in patients with depression. PLOS One. 2012;7(6):e38115. doi:10.1371/journal.pone.0038115
8. Mehler DMA, Sokunbi MO, Habes I, Barawi K, Subramanian L, Range M, et al. Targeting the affective brain-a randomized controlled trial of real-time fMRI neurofeedback in patients with depression. Neuropsychopharmacology. Décembre 2018;43(13):2578-2585. doi:10.1038/s41386-018-0126-5
9. Misaki M, Phillips R, Zotev V, Wong CK, Wurfel BE, Krueger F, et al. Real-time fMRI amygdala neurofeedback positive emotional training normalized resting-state functional connectivity in combat veterans with and without PTSD: a connectome-wide investigation. NeuroImage: Clinical. 19 août 2018;20:543-555. doi:10.1016/j.nicl.2018.08.025
10. Misaki M, Phillips R, Zotev V, Wong CK, Wurfel BE, Krueger F, et al. Brain activity mediators of PTSD symptom reduction during real-time fMRI amygdala neurofeedback emotional training. NeuroImage: Clinical. 2019;24:102047. doi:10.1016/j.nicl.2019.102047
11. Misaki M, Mulyana B, Zotev V, Wurfel BE, Krueger F, Feldner M, Bodurka J. Hippocampal volume recovery with real-time functional MRI amygdala neurofeedback emotional training for posttraumatic

stress disorder. Journal of Affective Disorders. 15 mars 2021;283:229-235. doi:10.1016/j.jad.2021.01.058

12. Morfini F, Bauer CCC, Zhang J, Whitfield-Gabrieli S, Shinn AK, Niznikiewicz MA. Targeting the superior temporal gyrus with real-time fMRI neurofeedback: A pilot study of the indirect effects on self-referential processes in schizophrenia. Schizophrenia Research. Août 2024;270:358-365. doi:10.1016/j.schres.2024.06.036
13. Nicholson AA, Rabellino D, Densmore M, Frewen PA, Paret C, Kluetsch R, et al. The neurobiology of emotion regulation in posttraumatic stress disorder: Amygdala downregulation via real-time fMRI neurofeedback. Human Brain Mapping. 2017 Jan;38(1):541-560. doi:10.1002/hbm.23402
14. Nicholson AA, Rabellino D, Densmore M, Frewen PA, Paret C, Kluetsch R, et al. Intrinsic connectivity network dynamics in PTSD during amygdala downregulation using real-time fMRI neurofeedback: A preliminary analysis. Human Brain Mapping. Novembre 2018;39(11):4258-4275. doi:10.1002/hbm.24244
15. Nicholson AA, Rabellino D, Densmore M, Frewen PA, Steryl D, Scharnowski F, et al. Differential mechanisms of posterior cingulate cortex downregulation and symptom decreases in posttraumatic stress disorder and healthy individuals using real-time fMRI neurofeedback. Brain and Behavior. Janvier 2022;12(1):e2441. doi:10.1002/brb3.2441
16. Nicholson AA, Densmore M, Frewen PA, Neufeld RWJ, Théberge J, Jetly R, et al. Homeostatic normalization of alpha brain rhythms within the default-mode network and reduced symptoms in post-traumatic stress disorder following a randomized controlled trial of electroencephalogram neurofeedback. Brain Communications. 16 mars 2023;5(2):fcad068. doi:10.1093/braincomms/fcad068
17. Nicholson AA, Ros T, Densmore M, Frewen PA, Neufeld RWJ, Théberge J, et al. A randomized, controlled trial of alpha-rhythm EEG neurofeedback in posttraumatic stress disorder: A preliminary investigation showing evidence of decreased PTSD symptoms and restored default mode and salience network connectivity using fMRI. NeuroImage: Clinical. 2020;28:102490. doi:10.1016/j.nicl.2020.102490
18. Pindi P, Houenou J, Piguet C, Favre P. Real-time fMRI neurofeedback as a new treatment for psychiatric disorders: A meta-analysis. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 20 décembre 2022;119:110605. doi:10.1016/j.pnpbp.2022.110605
19. Sanader Vukadinovic B, Karch S, Paolini M, Reidler P, Rauchmann B, Koller G, et al. Neurofeedback for alcohol addiction: Changes in resting state network activity. Psychiatry Research: Neuroimaging. Avril 2024;339:111786. doi:10.1016/j.pscychresns.2024.111786
20. Schoenberg PL, David AS. Biofeedback for psychiatric disorders: a systematic review. Applied Psychophysiology and Biofeedback. Juin 2014;39(2):109-135. doi:10.1007/s10484-014-9246-9
21. van der Kolk BA, Hodgdon H, Gapen M, Musicaro R, Suvak MK, Hamlin E, Spinazzola J. A randomized controlled study of neurofeedback for chronic PTSD. PLOS One. 16 décembre 2016;11(12):e0166752. doi:10.1371/journal.pone.0166752
22. Weaver SS, Birn RM, Cisler JM. A pilot adaptive neurofeedback investigation of the neural mechanisms of implicit emotion regulation among women with PTSD. Frontiers in Systems Neuroscience. 3 juillet 2020;14:40. doi:10.3389/fnsys.2020.00040

23. Young KD, Siegle GJ, Zotev V, Phillips R, Misaki M, Yuan H, et al. Randomized clinical trial of real-time fMRI amygdala neurofeedback for major depressive disorder: Effects on symptoms and autobiographical memory recall. American Journal of Psychiatry. 1 août 2017;174(8):748-755. doi:10.1176/appi.ajp.2017.16060637

24. Zhang J, Bauer CCC, Morfini F, Lee Y, Stone L, Awad A, et al. Real-time fMRI neurofeedback reduces default mode network and auditory cortex functional connectivity in schizophrenia. bioRxiv. 2025 Jan 2. doi:10.1101/2025.01.02.631107

25. Zhao Z, Duek O, Seidemann R, Gordon C, Walsh C, Romaker E, et al. Amygdala downregulation training using fMRI neurofeedback in post-traumatic stress disorder: a randomized, double-blind trial. Translational Psychiatry. 25 mai 2023;13(1):177. doi:10.1038/s41398-023-02467-6

26. Zotev V, Phillips R, Misaki M, Wong CK, Wurfel BE, Krueger F, et al. Real-time fMRI neurofeedback training of the amygdala activity with simultaneous EEG in veterans with combat-related PTSD. NeuroImage: Clinical. 8 avril 2018 8;19:106-121. doi:10.1016/j.nicl.2018.04.010

27. Zweerings J, Pflieger EM, Mathiak KA, Zvyagintsev M, Kacela A, Flatten G, Mathiak K. Impaired voluntary control in PTSD: Probing self-regulation of the ACC with real-time fMRI. Frontiers in Psychiatry. 30 mai 2018;9:219. doi:10.3389/fpsyt.2018.00219

28. Zweerings J, Sarkheil P, Keller M, Dyck M, Klasen M, Becker B, et al. Rt-fMRI neurofeedback-guided cognitive reappraisal training modulates amygdala responsivity in posttraumatic stress disorder. NeuroImage: Clinical. 2020;28:102483. doi:10.1016/j.nicl.2020.102483

29. Askovic M, Soh N, Elhindi J, Harris AWF. Neurofeedback for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of clinical and neurophysiological outcomes. European Journal of Psychotraumatology. 2023;14(2):2257435. doi:10.1080/20008066.2023.2257435

30. Berman DE, Cowansage KP, Bellanti DM, Nair R, Boyd CC, Beech EH, et al. Systematic review and meta-analysis of neurofeedback training efficacy and neural mechanisms in the treatment of posttraumatic stress disorder. Frontiers in Neuroscience. 3 décembre 2025;19:1658652. doi:10.3389/fnins.2025.1658652

31. Choi YJ, Choi EJ, Ko E. Neurofeedback effect on symptoms of posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. Applied Psychophysiology and Biofeedback. Septembre 2023;48(3):259-274. doi:10.1007/s10484-023-09593-3

32. Begemann MJH, Florisse EJR, van Lutterveld R, Kooyman M, Sommer IE. Efficacy of EEG neurofeedback in psychiatry: A comprehensive overview and meta-analysis. Translational Brain Rhythmicity. 2016;1(1):19-29. doi:10.15761/TBR.1000105

33. Panisch LS, Hai AH. The effectiveness of using neurofeedback in the treatment of post-traumatic stress disorder: A systematic review. Trauma, Violence, & Abuse. Juillet 2020;21(3):541-550. doi:10.1177/1524838018781103

34. Reiter K, Andersen SB, Carlsson J. Neurofeedback treatment and posttraumatic stress disorder: Effectiveness of neurofeedback on posttraumatic stress disorder and the optimal choice of protocol. Journal of Nervous & Mental Disease. Février 2016;204(2):69-77. doi:10.1097/NMD.0000000000000418

35. Steingrimsson S, Bilonic G, Ekelund AC, Larson T, Stadig I, Svensson M, et al. Electroencephalography-based neurofeedback as treatment for post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. 31 janvier 2020;63(1):e7. doi:10.1192/j.eurpsy.2019.7

36. Voigt JD, Mosier M, Tendler A. Systematic review and meta-analysis of neurofeedback and its effect on posttraumatic stress disorder. Frontiers in Psychiatry. 21 mars 2024;15:1323485. doi:10.3389/fpsyt.2024.1323485

37. Fine NB, Helpman L, Armon DB, Gurevitch G, Sheppes G, Seligman Z, et al. Amygdala-related electroencephalogram neurofeedback as add-on therapy for treatment-resistant childhood sexual abuse posttraumatic stress disorder: feasibility study. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2024 Jan;78(1):19-28. doi:10.1111/pcn.13591

38. du Bois N, Bigirimana AD, Korik A, Kéthina LG, Rutembesa E, Mutabaruka J, et al. Neurofeedback with low-cost, wearable electroencephalography (EEG) reduces symptoms in chronic post-traumatic stress disorder. Journal of Affective Disorders. 1 décembre 2021;295:1319-1334. doi:10.1016/j.jad.2021.08.071

39. Gapen M, van der Kolk BA, Hamlin E, Hirshberg L, Suvak M, Spinazzola J. A pilot study of neurofeedback for chronic PTSD. Applied Psychophysiology and Biofeedback. Septembre 2016;41(3):251-261. doi:10.1007/s10484-015-9326-5

40. Kluetsch RC, Ros T, Théberge J, Frewen PA, Calhoun VD, Schmahl C, et al. Plastic modulation of PTSD resting-state networks and subjective wellbeing by EEG neurofeedback. Acta Psychiatrica Scandinavica. Août 2014;130(2):123-136. doi:10.1111/acps.12229

41. Micoulaud-Franchi JA, Jeunet C, Pelissolo A, Ros T. EEG neurofeedback for anxiety disorders and post-traumatic stress disorders: A blueprint for a promising brain-based therapy. Current Psychiatry Reports. 29 octobre 2021;23(12):84. doi:10.1007/s11920-021-01299-9

42. Nicholson AA, Ros T, Frewen PA, Densmore M, Théberge J, Kluetsch RC, et al. Alpha oscillation neurofeedback modulates amygdala complex connectivity and arousal in posttraumatic stress disorder. NeuroImage: Clinical. 14 juillet 2016;12:506-516. doi:10.1016/j.nicl.2016.07.006

43. Peniston EG, Kulkosky PJ. Alpha-theta brainwave neuro-feedback for Vietnam veterans with combat-related post-traumatic stress disorder. Medical Psychotherapy. 1991;4:47-60.

44. Ros T, Théberge J, Frewen PA, Kluetsch R, Densmore M, Calhoun VD, Lanius RA. Mind over chatter: plastic up-regulation of the fMRI salience network directly after EEG neurofeedback. Neuroimage. 15 janvier 2013;65:324-335. doi:10.1016/j.neuroimage.2012.09.046

45. Ros T, J Baars B, Lanius RA, Vuilleumier P. Tuning pathological brain oscillations with neurofeedback: a systems neuroscience framework. Frontiers in Human Neuroscience. 2014 Dec 18;8:1008. doi:10.3389/fnhum.2014.01008

46. Beidas, R. S. et Kendall, P.C. (2010). « Training Therapists in Evidence-Based Practice: A Critical Review of Studies From a Systems-Contextual Perspective ». *Clinical Psychology: A publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association,* 17(1), p. 1 à 30. doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x

ANNEXE A : RÔLES

Un tableau a été créé pour aider à clarifier les rôles pendant la période de demande et la période de mise en œuvre.

Période de présentation des demandes	Parrain	
	Demandeur principal	
Période de mise en œuvre	Parrain	
	Responsable de la mise en œuvre à la clinique	
	Équipe de mise en œuvre	Clinicien Administrateur Expert ayant une expérience vécue
	Cliniciens	

La **période de présentation des demandes** correspond à la période durant laquelle la clinique présente une demande dans le cadre du programme de soutien à la mise en œuvre. La clinique n'a pas encore été sélectionnée. Deux rôles sont requis pendant la période de demande : le parrain et le demandeur principal. Voir la section « Comment ma clinique peut-elle présenter une demande? » pour obtenir une description de chaque rôle. De plus amples renseignements sur chaque rôle sont également disponibles dans le formulaire de demande et le formulaire du parrain.

La **période de mise en œuvre** correspond à la période durant laquelle la clinique est officiellement inscrite au programme de soutien à la mise en œuvre. À ce stade, la clinique a présenté une demande au programme et a été sélectionnée pour continuer. Avec le soutien de l'Institut Atlas, la clinique nommera le parrain, le responsable de la mise en œuvre à la clinique, les cliniciens et l'équipe de mise en œuvre. Il ***n'est pas nécessaire*** que chaque rôle soit rempli dans les cliniques au moment de la demande. Le parrain peut demeurer le même entre la demande et la période de mise en œuvre. Le demandeur principal peut passer au rôle de responsable de la mise en œuvre à la clinique ou à l'équipe de mise en œuvre; toutefois, ce n'est pas exigé. Les rôles décrits pour l'équipe de mise en œuvre peuvent recouper d'autres rôles décrits (p. ex., parrain, responsable de la mise en œuvre à la clinique ou cliniciens). L'équipe de mise en œuvre doit compter au moins trois membres. Les cliniciens sont les personnes qui seront formées et qui administreront la pratique fondée sur des données probantes.