

Appel de demandes

PROGRAMME DE SOUTIEN À LA MISE EN ŒUVRE

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 : 4 novembre 2026 à 12 h (heure de l'Est)

Fin de la période de demande : 27 novembre 2026 à 12 h (heure de l'Est)

Préavis prévu aux cliniques choisies pour une entrevue : Décembre 2026

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE	2
Au sujet de l'équipe de mise en œuvre	2
APERÇU DU PROGRAMME	2
Qu'est-ce que la thérapie d'exposition écrite?	2
Quelles sont les données probantes pour la thérapie d'exposition écrite?	3
En quoi cette initiative est-elle importante?	3
Pourquoi le soutien à la mise en œuvre est-il utile?	4
Quelles mesures de soutien les cliniques recevront-elles?	4
Formation clinique	4
Matériel et ressources de formation	5
Consultation cliniques	5
Soutien à la mise en œuvre	5
Soutien à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité	5
ATTENTES ET EXIGENCES	5
COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE?	7
Qui peut présenter une demande?	7
Comment ma clinique peut-elle présenter une demande?	8
Quels sont les critères de sélection?	8
À quoi pouvons-nous nous attendre?	9
Date limite de soumission	9
COORDONNÉES	9
RÉFÉRENCES	10
ANNEXE A : RÔLES	12

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 thérapie d'exposition écrite (WET).

Cette initiative est conçue pour aider les cliniques à renforcer leur capacité d'offrir WET 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 WET 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 thérapie d'exposition écrite?

WET est un bref traitement fondé sur des données probantes pour le trouble de stress post-traumatique (TSPT) qui peut améliorer les services offerts aux vétérans et à leur famille qui cherchent à obtenir des soins, car elle nécessite des séances moins nombreuses et plus courtes, elle est associée à de faibles taux d'abandon du traitement, elle peut être administrée en personne ou virtuellement, et elle a démontré son efficacité (LoSavio et coll., 2023; Sloan et coll., 2022). Il y a également de nouvelles données probantes selon lesquelles la WET peut être utilisée tant avec les adolescents qu'avec les adultes et elle est efficace dans diverses communautés, notamment lorsque des documents traduits sont fournis (Acosta et coll., 2023; DeJesus et coll., 2024; Yun et coll., 2024; Zolfa et coll., 2022).

La WET peut être administrée en aussi peu que cinq séances de traitement et est appuyée par l'application de pratiques de soins fondées sur des mesures. La première séance dure environ une heure et les quatre autres, environ 50 minutes. La WET est une forme de psychoéducation par laquelle le client est invité à écrire sur son traumatisme à l'aide de messages-guides et à intégrer son expérience par l'écriture (Sloan et coll. 2019). La première séance est un peu plus longue parce que le fournisseur de services prend le temps d'expliquer les symptômes du TSPT et la raison du traitement avant de faire participer le client à l'intervention écrite. Au cours des quatre séances suivantes, les clients reçoivent une rétroaction personnalisée sur la trame narrative de la

séance précédente, après une brève vérification des symptômes. On demande ensuite aux clients de répondre à des messages-guides précis axés sur leur traumatisme et, dans les dernières séances, d'examiner les impacts du traumatisme. Chaque séance d'écriture se termine par un bilan de 10 minutes avec le fournisseur de services, qui encourage le client à aborder les pensées, les souvenirs et les émotions liés au traumatisme entre les séances. Les clients ne sont pas tenus de faire des devoirs entre les séances.

Pour en savoir plus sur la WET, consultez [le site Web](#) publié par les concepteurs du traitement (en anglais seulement).

Quelles sont les données probantes pour la thérapie d'exposition écrite?

La WET est appuyée par suffisamment de données probantes pour qu'elle soit reconnue en tant que psychothérapie individuelle manuelle pour le traitement du TSPT dans les lignes directrices de pratique clinique d'Anciens Combattants et du ministère de la Défense nationale (AC/MDN, 2023). La WET est également incluse dans d'autres lignes directrices internationales sur le traitement du TSPT (APA, 2017; ISTSS, 2019). Des séances moins nombreuses et plus courtes sont avantageuses pour le système de santé mentale, car un plus grand nombre de clients peuvent recevoir des traitements et se rétablir rapidement, ce qui peut améliorer l'efficacité du système. Il a également été démontré que la WET est bien accueillie par les patients, ce qui s'explique en partie par le nombre réduit de séances et l'absence de travail individuel requis entre les séances (Sloan et coll., 2018). Les essais cliniques sur la WET ont révélé des taux d'abandon plus faibles (6 à 25 %) que ceux de la thérapie du processus cognitif (TPC) et la thérapie par l'exposition prolongée (EP) (30 à 69 %) dans des essais semblables et dans la pratique courante (LoSavio et coll., 2023).

Les essais cliniques ont également démontré une réduction cliniquement significative des symptômes du TSPT chez les civils et les vétérans qui ont reçu la WET (Sloan et coll., 2013; Sloan et coll., 2018; Sloan et coll. 2023; Sloan et coll., 2024). Bien que la WET ait démontré son efficacité, elle pourrait ne pas être accessible à tous les clients. Les fournisseurs de services travaillent avec les clients, en utilisant une prise de décision partagée, pour identifier les activités thérapeutiques et les objectifs individuels qui détermineront le traitement qui convient le mieux au client. Cette approche tient compte du fait que les clients qui présentent un TSPT ont leurs propres besoins et contextes uniques qui peuvent avoir une incidence sur l'option de traitement appropriée et réalisable (Larsen et coll., 2026). La WET est une option qui peut être envisagée dans le menu plus large des traitements du TSPT auxquels les clients peuvent avoir accès, bien que les fournisseurs de services aient besoin d'une formation pour l'offrir de manière fidèle et efficace.

En quoi cette initiative est-elle importante?

La WET est une autre option de traitement efficace du TSPT pour les vétérans et les membres de leur famille qui vivent avec le TSPT et qui est moins affectée par les obstacles à la mise en œuvre associés à la TPC et à l'EP (Sloan et coll., 2019). Par exemple, on a signalé que les fournisseurs de services modifiaient leurs traitements d'EP ou de TPC en raison des demandes de soins cliniques (Sloan et coll., 2019). Le manque de fidélité au traitement a une incidence sur son efficacité et, en fin de compte, sur les soins aux vétérans. Avec la WET, il peut y avoir moins d'incidence sur le temps du clinicien parce que le traitement est donné en cinq séances et peut nécessiter moins de préparation que certains autres traitements axés sur le traumatisme. Si elle est mise en œuvre avec succès, la WET pourrait améliorer l'accès en temps opportun à un traitement fondé sur des données probantes pour le TSPT et les clients pourraient se rétablir plus rapidement et reprendre leurs activités de vie importantes. Les clients qui ne sont pas à l'aise de discuter de leurs expériences à voix haute auraient une autre option, et le protocole de la WET hautement structuré améliore la fidélité et les résultats pour les patients (Sloan et coll., 2019). La mise à l'essai d'une approche systématique de la mise en œuvre de la WET au sein du système canadien de soins de santé mentale pour les vétérans

donnera l'occasion d'évaluer sa faisabilité dans différents contextes de service, de déterminer les facteurs qui appuient ou entravent la mise en œuvre, et d'éclairer les décisions sur l'expansion future. 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.

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 (Supplee et coll., 2023). 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 (2010) 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 WET 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

- Matériel et ressources de formation (asynchrones avant la formation en direct)
- Atelier de formation en direct de haute qualité avec crédits d'éducation permanente (2 jours, 7 heures par jour)

Matériel et ressources de formation

- Accès continu à des ressources et du matériel pour appuyer la pratique de la psychothérapie fondée sur des données probantes
- Documents d'évaluation connexes, documents destinés aux clients et documents de soutien supplémentaires pour les fournisseurs de services

Consultation cliniques

- Consultation de groupe hebdomadaire présentée virtuellement avec un clinicien autorisé en santé mentale ayant une formation et une expérience approfondies de la WET. La consultation durera de 12 à 16 semaines environ. Les cliniciens doivent traiter deux cas complets approuvés par le consultant et participer à 75 % des appels pour mener à bien la consultation. Les cliniciens peuvent s'attendre à consacrer 4 heures par semaine aux consultations :
 - 1 heure pour une conférence téléphonique de consultation virtuelle
 - 2 heures pour les soins directs aux patients à l'aide de la WET
 - 1 heure pour l'administration liée à la WET (p. ex., préparation des cas, lecture des récits des clients, examen des soins fondés sur des mesures, préparation à la consultation, etc.)

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 WET
- 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.
- Achat d'exemplaires du manuel de traitement de la WET pour le TSPT à l'intention des cliniciens participants

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 :

- Effectuer environ 10 heures de travail préparatoire asynchrone.
- Assister à un atelier de deux jours (7 heures par jour).
- Participer aux appels de consultation hebdomadaires (4 heures par semaine sur 12 à 16 semaines).
- Animer des séances de traitement individuelles hebdomadaires.
- Participer aux activités pertinentes de mise en œuvre, d'évaluation et d'amélioration de la qualité, comme remplir des sondages ou effectuer des entrevues et appuyer le suivi de la mise en œuvre, au besoin.
- Remplir tous les documents et mener toutes les activités nécessaires pour recevoir un certificat d'achèvement.
- 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 :

- 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 : <https://cvent.me/3XM8xl?locale=fr-FR>

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 décembre 2026 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

- Acosta, L. M., Acosta Canchila, M. N., Reyes, S. L., Holland, K. J., Holt, N. R. et Andrews III, A. R. (2023). « Examining recipient and provider perceptions of mental health treatments and written exposure therapy for posttraumatic stress disorder with a Spanish-speaking sample ». *Psychological Services*, 20(S1), 157.
- American Psychological Association (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*.
- 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.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x>
- DeJesus, C. R., Trendel, S. L. et Sloan, D. M. (2024). « A systematic review of written exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress symptoms ». *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*.
- International Society for Traumatic Stress Studies [ISTSS] (2019). *Posttraumatic stress disorder prevention and treatment guidelines: Methodology and recommendations*. ISTSS. https://istss.org/wp-content/uploads/2024/08/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf
- Larsen, S. E., Ranney, R. M., Matteo, R. A., Grubbs, K. M. et Hamblen, J. L. (2026). « Why might people consider certain posttraumatic stress disorder treatment options and not others? ». *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- LoSavio, S. T., Worley, C. B., Aajmain, S. T., Rosen, C. S., Wiltsey Stirman, S. et Sloan, D. M. (2023). « Effectiveness of written exposure therapy for posttraumatic stress disorder in the Department of Veterans Affairs Healthcare System. » *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, vol. 15(5), p. 748.
- Sloan, D. M., Lee, D. J., Litwack, S. D., Sawyer, A. T. et Marx, B. P. (2013). « Written exposure therapy for veterans diagnosed with PTSD: A pilot study ». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 26(6), p. 776-779.
- Sloan, D. M. et Marx, B. P. (2019). *Written exposure therapy for PTSD: A brief treatment approach for mental health professionals*. American Psychological Association
- Sloan, D. M. et Marx, B. P. (2024). « State of the science: written exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder ». *Behavior therapy*, vol. 55(6), p. 1222-1232.
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Acierno, R., Messina, M., Muzzy, W., Gallagher, M. W., ... et Sloan, C. (2023). « Written exposure therapy vs prolonged exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial ». *JAMA psychiatry*, vol. 80(11), p. 1093-1100.
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Lee, D. J. et Resick, P. A. (2018). « A brief exposure-based treatment vs cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder: A randomized noninferiority clinical trial ». *JAMA psychiatry*, vol. 75(3), p. 233-239.
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Resick, P. A., Young-McCaughan, S., Dondanville, K. A., Straud, C. L., ... et STRONG STAR Consortium (2022). « Effect of written exposure therapy vs cognitive processing therapy on increasing treatment efficiency among military service members with posttraumatic stress disorder: a randomized noninferiority trial ». *JAMA network open*, vol. 5(1), e2140911-e2140911.
- Supplee, L., A. Boaz et A. Metz (2023). « Learning across Contexts: Bringing Together Research on Research Use and Implementation Science ». *William T. Grant Foundation*.

- Yun, J. A., Lee, C. H., Jeong, S. H., Yu, J. C., et Choi, K. S. (2025). « Effectiveness of written exposure therapy for Korean patients with post-traumatic stress disorder : non-randomized treatment-as-usual waitlist-controlled study ». *Cognitive Behaviour Therapy*, vol. 54(3), p. 408-425.
- Zolfa, R., Moradi, A., Mahdavi, M., Parhoon, H., Parhoon, K. et Jobson, L. (2023). « Feasibility and acceptability of written exposure therapy in addressing posttraumatic stress disorder in Iranian patients with breast cancer ». *Psycho-Oncology*, vol. 32(1), p. 68-76.

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.