Cadre conceptuel destiné à guider la mise en application des meilleures pratiques actuelles et imminentes en matière de services et de soutien à l'intention des vétérans et de leur famille

Document technique

INSTITUT ATLAS POUR LES VÉTÉRANS ET LEUR FAMILLE

Phoenix AUSTRALIA | CENTRE FOR POSTTRAUMATIC MENTAL HEALTH

Remerciements

Le Cadre conceptuel pour la mise en oeuvre des pratiques exemplaires et émergentes concernant l'accompagnement et les services destinés aux vétérans *et à leur famille a été conçu par Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health et l'Institut Atlas pour les vétérans et leur famille du Canada. Nous tenons cependant à remercier les vétérans et leur famille pour leur contribution.*

Référence :

Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health et l'Institut Atlas (2020). Cadre conceptuel pour la mise en oeuvre des pratiques exemplaires et émergentes concernant l'accompagnement et les services destinés aux vétérans et à leur famille. Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health et l'Institut Atlas pour les vétérans et leur famille, [En ligne].
ISBN online 978-0-9923223-5-9

Copyright

Le cadre conceptuel pour guider la mise en oeuvre des pratiques exemplaires et suivantes en matière de services et de soutien aux vétérans et leurs familles

© Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020

En ligne : 978-0-9923223-5-9

Cette oeuvre est protégée par le droit d'auteur. À l'exception de toute utilisation permise en vertu de la Loi sur le droit d'auteur de 1968, aucune partie ne peut être reproduite par quelque procédé que ce soit sans autorisation écrite préalable de Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. Demandes et demandes de renseignements concernant la reproduction et les droits doivent être adressés à.

Table des matières

1 Sommaire 6

2 Introduction 13

2.1 Le service et le sacrifice des vétérans et de leur famille 13

2.2 Les vétérans au cœur de nos efforts et de notre collaboration 14

2.3 Les objectifs de ce travail et de ce cadre 15

2.4 La portée du cadre 17

2.5 Nos valeurs communes à l'origine de cette démarche **17**

3 Les besoins des vétérans et de leur famille 18

3.1 La santé mentale post-traumatique et le bien-être 20

3.1.1 La santé mentale post-traumatique 20

3.1.2 L'approche fondée sur l'ensemble du parcours de vie et les trajectoires d'expérience 21

3.2 Une meilleure compréhension des vétérans et de la santé mentale post-traumatique 22

3.2.1 Les facteurs et les indicateurs de risque 24

3.3 La nature et la prévalence des besoins des vétérans en matière de santé mentale post-traumatique 28

3.3.1 Les problèmes de santé mentale post-traumatique subsyndromiques 28

3.3.2 Les troubles de santé mentale post-traumatique 30

3.3.3 Les conséquences des troubles de santé mentale post-traumatique 35

3.4 Les besoins des familles qui soutiennent les vétérans à l'égard de leur santé mentale post-traumatique 36

3.4.1 La définition de « famille » 36

3.4.2 Les conséquences du service militaire sur la famille 37

3.4.3 Les besoins de la famille 38

3.5 Résumé 41

4 Le système actuel et une vision pour l'avenir 42

4.1 Les défis au sein des systèmes actuels encadrant les traitements et les mesures de soutien 44

4.1.1 La tendance à l'autosuffisance et à l'autogestion 45

4.1.2 La stigmatisation 45

4.1.3 Les barrières à l'accès 47

4.1.4 La planification inadéquate des traitements 48

4.1.5 Les capacités restreintes 51

4.1.6 Le traitement inefficace 51

4.1.7 La fragmentation et la mauvaise coordination des soins 54

4.1.8 Les lacunes en matière de données probantes 55

4.1.9 La contribution des familles et des pairs souvent négligeable 57

4.2 Les arguments en faveur d'un changement 57

4.3 La conception du futur système : un système hautement performant encadrant les soins santé mentale post-traumatique 59

4.4 La concrétisation de cette vision et de cette conception 66

5 Les interventions et les traitements fondés sur les meilleures les soins santé mentale post-traumatique 68

5.1 Un macromodèle de soins : le modèle de soins échelonnés et adaptés de nouvelle génération 72

5.2 Les caractéristiques fondamentales du modèle échelonné et adapté de nouvelle génération 75
5.2.1 L'admission, l'évaluation et la planification du traitement 75
5.2.2 L'évaluation et l'intervention pour cas aigus 75
5.2.3 La navigation dans les services 76
5.2.4 La coordination des soins 76
5.2.5 La vision holistique du système et les parcours intégrés 77
5.2.6 La recherche, l'évaluation et l'amélioration continue 78
5.3 Un aperçu des niveaux et des meilleures pratiques pour chaque niveau 81
5.3.1 Un exemple de menu récapitulatif des pratiques fondées sur des données probantes 81
5.3.2 Niveau 0 : La santé de la population 84
5.3.3 Niveau 1 : Les mesures de soutien communautaires informelles 87
5.3.4 Niveau 2 : Les mesures de soutien et les services communautaires formels (incluant les médecins généralistes) 92
5.3.5 Niveau 3 : Les services de santé mentale post-traumatique et les services sociaux formels 97
5.3.6 Niveau 4 : Les services de santé mentale post-traumatique spécialisés 104
5.3.7 Niveau 5 : Les services de santé mentale post-traumatique très intensifs 114
5.3.8 Les soins aigus ou de crise (accessibles à tous les niveaux) 118
5.4 L'utilisation optimale du modèle de soins échelonnés et adaptés : exemples de cas 120
5.4.1 1er exemple de cas : Greg A. 120
5.4.2 2e exemple de cas : Carol C. 124
6 La mobilisation des connaissances et la mise en application des meilleures pratiques 130
6.1 L'importance de la mobilisation des connaissances et de la science de l'application des connaissances **135**
6.1.1 Le fossé entre les connaissances et les pratiques 135
6.1.2 La réalisation de changements dans des systèmes complexes 136
6.2 Le cadre de la mobilisation et de la mise en pratique des connaissances 137
6.2.1 La mobilisation des connaissances : aller au-delà de la mise en pratique des données probantes 137
6.2.2 La mise en application : promouvoir l'adoption durable et efficace des pratiques fondées sur des données probantes à grande échelle dans des contextes évolutifs 137
6.3 Les facteurs contextuels qui soutiennent ou entravent la mise en œuvre efficace des meilleures pratiques 138
6.3.1 Les praticiens 138
6.3.2 Les fournisseurs de services et les organismes 140
6.3.3 Le système 143
6.3.4 Les vétérans et leurs familles 143
6.4 Par où commencer : les composantes de base pour une mobilisation et une mise en pratique des connaissances efficaces 146
6.4.1 Encourager le leadership 148
6.4.2 Maximiser la collaboration 153
6.4.3 Lutter contre les iniquités 158
6.4.4 Renforcer les capacités et les aptitudes 162
6.4.5 Faire preuve de flexibilité 167
6.4.6 L'utilisation des données et de la rétroaction pour soutenir le changement 170
7 Conclusion 177
8 Références 178

Abréviations

AA	Alcooliques anonymes
ADF	Australian Defence Force (Forces de défense australiennes)
CAPS	Échelle de l'ESPT administrée par le clinicien
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – 5e édition
DVA	Ministère des Anciens Combattants (Australie)
EMDR	Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires
É.-U.	États-Unis
FAC	Forces armées canadiennes
IA	Intelligence artificielle
ONG	Organisation non gouvernementale
RE-AIM	Portée, efficacité, adoption, mise en œuvre et maintien
R.-U.	Royaume-Uni
SMTr	Stimulation magnétique transcrânienne répétitive
TI	Technologie de l'information
TSPT	Trouble de stress post-traumatique

1 Sommaire

Le Phoenix Australia, Centre for Posttraumatic Mental Health (« Phoenix Australia »), et l'Institut Atlas pour les vétérans et leur famille (« Institut Atlas ») joignent leurs efforts à titre d'organismes intermédiaires dans le domaine de la santé mentale auprès des vétérans et des militaires. Ils sont unis à la fois par un objectif commun (celui de servir ceux et celles qui ont eux-mêmes servi leur pays) et par une vision commune (soit d'optimiser le bien-être des anciens membres comme des membres actuels de la Défense) en misant sur le meilleur système de services et de mesures de soutien possible.

Le *Cadre conceptuel* se veut un instrument utile à un public le plus vaste possible. Il s'agit de l'ensemble des intervenants ayant la capacité d'influencer les résultats obtenus au bénéfice des vétérans et de leur famille, notamment : les organismes de financement; les assureurs; les décideurs; les gestionnaires de systèmes; les autorités de réglementation; les organismes intermédiaires; les fournisseurs de services; les organismes de soutien; les praticiens; ainsi que les vétérans sur le plan individuel, leur famille et leur communauté.

En tant qu'organismes, le Phoenix Australia et l'Institut Atlas sont avant tout guidés par l'expérience dont témoignent les vétérans et leur famille. La présentation du *Cadre conceptuel* commence à la section 3, avec un aperçu des besoins des vétérans et de leur famille en matière de bien-être et de soins en santé mentale, ce qui servira de contexte à l'analyse des meilleures pratiques en usage dans le système de services et de mesures de soutien actuel.

Étant donné que le service militaire comporte une exposition inévitable à des événements fort stressants et potentiellement traumatisants, il constitue un facteur de risque unique pour le bien-être mental. Par ailleurs, déterminer la nature exacte de l'expérience individuelle des militaires – combinée aux facteurs antérieurs au service militaire, au contexte familial et à une multitude de facteurs sociodémographiques – peut nous aider à favoriser le bien-être de chaque vétéran en tant qu'individu. Les problèmes de santé mentale sont très répandus chez les vétérans et touchent près de 25 % d'entre eux. L'étiologie des problèmes de santé mentale chez les vétérans est multifactorielle, et la nature des problèmes de santé mentale est complexe, la comorbidité étant la norme. Ainsi, notre compréhension de la santé mentale des vétérans doit être contextualisée dans un paradigme de bien-être plus large, en mettant l'accent sur la prévention et l'intervention rapide, ainsi que sur le traitement. Elle doit également s'inscrire dans une perspective longitudinale et tenir compte du cycle de vie du vétéran; la transition de la vie militaire à la vie civile constitue une période particulièrement vulnérable à l'émergence de problèmes de santé mentale. Le bien-être familial est essentiel au bien-être du

Le Cadre conceptuel destiné à guider la mise en application des meilleures pratiques actuelles et imminentes en matière de services et de soutien à l'intention des vétérans et de leur famille vise à :

1. Formuler une approche conceptuelle claire en vue d'améliorer la qualité de vie des vétérans et de leur famille;
2. Fournir une conception globale et une « structure » autour desquelles articuler un système efficace de services et de mesures de soutien qui répond mieux aux besoins des vétérans et de leur famille;
3. Procurer une structure permettant d'étudier les initiatives actuelles et envisagées en matière de développement de services et de mesures de soutien;
4. Aider à localiser les différents systèmes quant aux meilleures pratiques actuelles et imminentes en matière de services;
5. Définir la meilleure approche et voie à suivre pour y parvenir, en tenant compte des disparités des divers systèmes quant à leur point de départ;
6. Offrir un guide plus général sur l'élaboration de systèmes susceptibles de mieux soutenir l'innovation future en matière de services.

Puisqu’aucun organisme ne peut à lui seul mettre en œuvre un tel système intégré, le succès du système dépendra de la participation active d’un large éventail d’intervenant

vétéran. Il importe donc de tenir compte des besoins de la famille, quels qu'en soient les membres qui la composent aux yeux de l'individu à un moment déterminé, afin de brosser un portrait adéquat des besoins du vétéran.

Dans l'optique de mieux comprendre les besoins des vétérans et de leur famille en matière de soins en santé mentale, la section 4 fait l'examen du système actuel dans lequel s'inscrivent les services et les mesures de soutien, fait valoir le bien-fondé sur le plan socioéconomique d'investir en vue d'améliorer le système actuel et avance l'idée d'optimiser les services et les mesures de soutien à l'intention des vétérans et de leur famille. Ces derniers doivent actuellement composer avec un ensemble complexe et disparate de services et de mesures de soutien. Le système offre certes des services de haute qualité, mais, dans l'ensemble, les soins de santé actuels ne répondent pas de manière adéquate à leurs besoins, et ce, dans pratiquement tous les domaines. Parmi les principaux défis qui ne sont généralement pas abordés, et qui demeurent donc des obstacles à l'amélioration de la qualité de vie des vétérans et de leur famille, figurent la volonté de nombreux vétérans de gérer la situation par eux-mêmes, la réticence à obtenir des soins en raison de la stigmatisation dont ils font l'objet, les barrières à l'accès, les lacunes en ce qui concerne la capacité des services offerts, l'offre de traitements non fondés sur des données probantes, une réaction insuffisante aux traitements fondés sur des données probantes et le manque d'implication des familles et des pairs.

Le poids d'un système sous-optimal de services et de mesures de soutien est porté non seulement par les vétérans et leur famille, qui sont désavantagés sur les plans sanitaire et socioéconomique, mais aussi par l'ensemble de la société, qui doit à son tour composer avec des coûts substantiels directs associés aux soins de santé, combinés aux coûts indirects entraînés par une perte de productivité. Un système de soins efficaces et efficients pour le traitement du trouble de stress post-traumatique à l'intention des vétérans est par ailleurs susceptible de réduire la violence conjugale, l'éclatement de la famille, le taux de suicide, le chômage, l'itinérance et le nombre d'années de vie touchées par l'incapacité (moins d'années de vie en bonne santé perdues), ainsi que de favoriser des économies à plus long terme sur les coûts en matière de soins de santé et de soutien psychosocial.

Nous proposons un système de services et de mesures de soutien fondé sur les sept principes

> Le bien-être familial est essentiel au bien-être du vétéran. Il importe donc de tenir compte des besoins de la famille, quels qu'en soient les membres qui la composent aux yeux de l'individu à un moment déterminé

suivants : 1) le respect et la dignité, 2) l'engagement et la participation, 3) un accès équitable, 4) une diversité des mesures de soutien, 5) des soins et des traitements de haute qualité, 6) des résultats globaux et 7) une responsabilité économique. Nous avons sciemment choisi la terminologie d'un système, car bien qu'il n'existe aucune entité unique qui coordonne l'ensemble des mesures de soutien et des services offerts, du point de vue des utilisateurs, ceux-ci se regroupent et forment un système. Or, les vétérans et leur famille se retrouvent au cœur d'un tel système, et les services et les mesures de soutien doivent leur être accessibles et acceptables, en plus de tenir compte de la diversité au sein de la population. Les principales caractéristiques de ce système comprennent des connaissances universelles en matière de santé mentale; la participation de pairs et d'intervenants revendiquant l'importance de l'expérience vécue; un modèle de soins échelonnés et adaptés comportant un processus d'évaluation initiale ainsi qu'un service de coordination des soins et d'orientation dans la structure de services; et l'utilisation de données afin de contrôler la qualité des soins et de favoriser l'amélioration continue.

Puisqu'aucun organisme ne peut à lui seul mettre en œuvre un tel système intégré, le succès du système dépendra de la participation active d'un large éventail d'intervenants ayant la capacité d'influencer son fonctionnement, et donc les résultats obtenus au bénéfice des vétérans et de leur famille. Ces intervenants sont notamment les vétérans eux-mêmes et leur famille, ainsi que les pairs aidants, les professionnels de la santé mentale, les fournisseurs de services en matière de bien-être dans un contexte plus large et les facilitateurs, comme les organismes de financement, les autorités de réglementation et les décideurs.

Les interventions et les traitements fondés sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes sous-tendent tous les éléments du système. Les meilleures pratiques actuelles sont celles qui reposent sur des données probantes solides, tandis que les meilleures pratiques imminentes font référence aux processus nécessaires en vue de continuellement améliorer les meilleures pratiques en usage et de faciliter la détermination et la mise en application des meilleures pratiques à venir. La section 5 présente un modèle de soins échelonnés et adaptés servant de cadre organisationnel afin de décrire les interventions de l'heure en matière de meilleures pratiques actuelles et imminentes, et de présenter les preuves de leur efficacité ainsi que les lacunes à combler en ce qui a trait à la base de données probantes. Le modèle de soins échelonnés et adaptés proposé repousse les limites des modèles actuels pour créer un système de services dynamique qui optimise les résultats à l'échelle de la population, tout en mettant simultanément l'accent sur la portée, l'utilisation, l'engagement et les résultats. En tenant compte non seulement des interventions nécessaires à chacun des niveaux de soins, mais aussi des mécanismes qui permettent d'intégrer le système, de s'y retrouver et de coordonner les divers soins dans l'ensemble du système, celui-ci donne la possibilité de fournir des soins personnalisés offrant une certaine flexibilité afin de répondre aux besoins en constante évolution des vétérans et de leur famille. La conception du système repose sur une approche globale du bien-être sans mettre l'accent sur la pathologie elle-même, prévoit des services à la fois pour les vétérans et leur famille, permet aux utilisateurs d'intégrer le système directement au niveau approprié en fonction de leurs besoins du moment, propose diverses options (rencontres en personne ou ressources numériques), et s'engage à fournir des soins fondés sur la mesure.

Le modèle comprend six niveaux : la santé publique, le soutien informel de la communauté, les mesures de soutien et les services communautaires formels (y compris les soins primaires), les mesures de soutien et les services de santé mentale formels en lien avec le trouble de stress post-traumatique, les services de santé mentale spécialisés en trouble de stress post-traumatique ainsi que les services de santé mentale intensifs consacrés au traitement du trouble de stress post-traumatique. La section 5 décrit les caractéristiques de chacun des niveaux, notamment les populations ciblées, les interventions fondées sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes, ainsi que les données probantes sur lesquelles reposent ces interventions. On y présente également des études de cas afin d'illustrer les besoins des vétérans et de leur famille aux divers niveaux. Les particularités des soins de courte durée

et des soins en cas de crise, soins accessibles à tous les niveaux, y sont aussi décrites. En outre, les études de cas détaillées mettent en évidence l'utilisation optimale du modèle de soins échelonnés et adaptés relativement à l'intégration dans le système, à la possibilité de s'y retrouver et à la coordination des soins.

Une mise en application efficace du modèle de soins échelonnés et adaptés proposé est assurément essentielle à l'obtention de meilleurs résultats au bénéfice des vétérans et de leur famille. Nous nous appuyons sur la documentation portant sur la mobilisation et la mise en pratique des connaissances, un sujet qui sera traité à la section 6. La mobilisation et la mise en pratique des connaissances font partie d'un cycle itératif dans lequel non seulement les nouvelles connaissances viennent enrichir la pratique, mais la pratique elle-même éclaire aussi à son tour les connaissances qui en résultent et l'application la plus efficace à adopter. Plus précisément, alors que la mobilisation des connaissances porte sur la manière d'accéder aux données de recherche et de les utiliser efficacement, la mise en pratique met l'accent sur les moyens de transformer les systèmes de services et les pratiques courantes afin d'accroître l'accès aux pratiques fondées sur des données probantes.

Cette section met l'accent sur le rôle des organismes intermédiaires, principalement lorsque l'on recourt à la science de la mobilisation et de la mise en pratique des connaissances en vue de relever deux grands défis : apporter des changements aux systèmes complexes et combler le fossé entre les connaissances et la pratique. La mise en application efficace de meilleures pratiques comporte des défis, notamment pour les praticiens, les fournisseurs (les organismes) et les systèmes, ainsi que pour les vétérans eux-mêmes et leur famille. Les six composantes de base pour une mobilisation et une mise en pratique des connaissances efficaces sont les suivantes : 1) encourager le leadership, 2) maximiser la collaboration, 3) renforcer la capacité et les aptitudes, 4) lutter contre les iniquités, 5) faire preuve de flexibilité et 6) assurer la viabilité. La section 6 décrit ces composantes de base plus en détail et présente des études de cas permettant d'illustrer leur application dans différents contextes afin d'améliorer les résultats obtenus au bénéfice des utilisateurs des services.

En résumé, le Cadre conceptuel intègre à la fois la compréhension des divers besoins des vétérans et de leur famille, et la connaissance des meilleures pratiques en matière de soins de santé mentale, afin d'élaborer un modèle de soins échelonnés et adaptés, conçu pour optimiser les résultats en matière de bien-être. La mise en application du modèle se base sur les principes d'adoption des meilleures pratiques en matière de mobilisation et de mise en pratique des connaissances. Nous espérons que le Cadre conceptuel sera utile à tous les intervenants qui ont à cœur de favoriser le bien-être des vétérans et de leur famille. Il présente le bien-fondé d'une telle approche et offre des conseils sur la conception et la prestation de services, en plus de reconnaître le rôle des différents acteurs impliqués dans l'ensemble du système de services et de mesures de soutien, et d'améliorer la coordination des soins, les vétérans et leur famille demeurant au centre de nos préoccupations.

Il ne fait aucun doute que le modèle et les conseils fournis quant à sa mise en application sont ambitieux, mais ils demeurent à notre portée. Grâce aux efforts et à l'engagement conjoint des nombreux intervenants énumérés précédemment, l'optimisation du système de services et de mesures de soutien à l'intention des vétérans et de leur famille demeure réalisable. Y parvenir ne serait que juste reconnaissance envers les vétérans et leur famille pour les sacrifices consentis et les services rendus à leur pays, pour notre bien à toutes et à tous.

Le Cadre conceptuel s'appuie d'abord et avant tout sur notre travail auprès des vétérans et s'articule autour de nos expériences antérieures, de l'actuelle propriété intellectuelle des deux organismes, des données probantes existantes et d'une réflexion nouvelle et novatrice.

2 Introduction

De nombreux systèmes qui aident les vétérans à répondre à leurs besoins en matière de santé mentale priorisent la qualité et l'accessibilité des traitements dans leurs intentions de réforme, et ils s'efforcent d'atteindre cet objectif. Il existe certes quelques exemples de systèmes performants à cet égard, mais pour de nombreux systèmes à l'échelle mondiale, cela demeure un défi à relever.

Ce *Cadre conceptuel* a pour but d'approfondir les discussions entourant la qualité et l'accessibilité des traitements destinés aux vétérans et à leur famille et de soutenir les éventuels travaux de réforme. Il se veut un instrument utile à tous ceux et celles qui ont la capacité d'influencer les résultats obtenus au bénéfice des vétérans et de leur famille, notamment : les organismes de financement; les assureurs; les décideurs; les gestionnaires de systèmes; les autorités de réglementation; les organismes intermédiaires; les fournisseurs de services; les organismes de soutien; les praticiens; les vétérans et leur famille.

Par ailleurs, bien que ce *Cadre conceptuel* s'inspire des contextes militaires canadien et australien, l'objectif est de pouvoir l'appliquer à grande échelle, dans le contexte des pays occidentaux développés, aux systèmes, aux services et aux mesures de soutien offerts aux personnes souffrant de traumatismes psychologiques, notamment les premiers intervenants, les travailleurs des services d'urgence, des travailleurs de première ligne de façon générale et des travailleurs œuvrant dans d'autres secteurs qui sont exposés à un risque élevé de traumatismes psychologiques.

Cette introduction présente les facteurs qui ont conduit à l'élaboration de ce *cadre conceptuel*, les raisons justifiant la nécessité d'un tel cadre, son champ d'application et les valeurs qui sous-tendent son élaboration.

2.1 Le service et le sacrifice des vétérans et de leur famille

Le service militaire est une profession singulière, qui requiert de ses membres qu'ils accomplissent des tâches que l'on n'exigerait que de la part de rares, voire d'aucun autre, citoyens de notre société. Les forces armées relèvent d'un système hiérarchique qui exige de leurs membres qu'ils suivent les ordres de leurs supérieurs, en général sans poser de question. Ils ne jouissent pas des mêmes libertés que les autres citoyens pour prendre des décisions de manière autonome et ne peuvent pas décider s'ils serviront ou pas lors de conflits armés, de missions humanitaires ou d'autres types de déploiement. Les familles de ces militaires assument les mêmes responsabilités et le même fardeau que leur membre qui est engagé au sein des forces armées.

Le service militaire est une profession qui présente de grands risques de blessures physiques et de maladies liées au service, non seulement en raison des combats et des déploiements à l'étranger dans des milieux hostiles, mais aussi à cause des exigences liées à la vie militaire au pays, comme l'entraînement et les exercices. Cette profession présente également de grands risques de blessure psychologique. Par la nature de leur mandat, les militaires sont exposés à des événements qui comportent des risques inhérents pour leur sécurité physique et, par conséquent, pour leur vie et celle de leurs collègues, notamment des attaques par engin explosif improvisé (EEI), des embuscades et des attentats suicide. Dans de tels milieux, il est possible que les militaires subissent des expériences traumatisantes, qu'ils voient des amis ou des collègues être blessés gravement ou même tués. Ils risquent également, surtout lors de missions humanitaires, d'être témoins de scènes atroces où ils constatent le décès et la souffrance de civils, y compris des femmes et des enfants. Ils peuvent être amenés à séjourner pendant de longues périodes dans des milieux hostiles qui sont physiquement désagréables ou risqués, et où peuvent régner, par exemple, la chaleur, l'humidité ou les insectes.

Les militaires ont le pouvoir, en vertu de règles d'engagement strictes, de recourir à une force mortelle contre les combattants ennemis – afin de blesser ou de tuer d'autres êtres humains dans certaines circonstances. La nature de la guerre ayant évolué au fil des ans, il est devenu de plus en plus difficile d'identifier qui est – et n'est pas – un combattant ennemi, ce qui cause énormément d'ambiguïté et de complexité sur le plan moral dans des contextes pouvant exiger une décision immédiate.

Toutes ces situations sont largement identifiées comme des facteurs de stress traumatiques pouvant avoir des répercussions sur la santé mentale post-traumatique et le bien-être.

Si les gens adoptent le service militaire pour diverses raisons, il est généralement convenu qu'en échange de leur renonciation à certaines libertés et de leur exposition à des situations présentant de grands risques, on prendra soin d'eux et de leur famille. La plupart des militaires voient l'armée pourvoir à tous leurs besoins fondamentaux, notamment en matière de logement, d'alimentation et de soins de santé. Par conséquent, lorsqu'ils quittent l'armée, de nombreux militaires savent à peine, voire pas du tout, satisfaire certains de ces besoins par eux-mêmes.

Bien que la plupart des militaires connaissent une transition réussie et s'intègrent rapidement à la vie civile, dans le cas d'une blessure physique ou psychologique liée au service militaire, on s'attend généralement à ce que le gouvernement soutienne les militaires et leur famille, non seulement pendant la durée de leur service, mais aussi pendant leur transition vers la vie civile et pour le reste de leur vie.

Les vétérans et leur famille, qui ont souvent beaucoup sacrifié dans le cadre de leur service militaire, méritent d'avoir accès au meilleur soutien et aux meilleurs soins possible. La nature singulière de leur service justifie qu'on offre à eux ainsi qu'à leur famille un éventail de services et de mesures de soutien spécifiques à leurs besoins. La société doit respecter sa part du marché en « servant ceux qui ont servi ».

2.2 Our focus on Veterans and our collaboration

Phoenix AUSTRALIA | CENTRE FOR POSTTRAUMATIC MENTAL HEALTH

Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health est le centre d'excellence national en matière de santé mentale post-traumatique de l'Australie. Sa mission, *Understanding Trauma. Renewing Lives* (comprendre le traumatisme pour transformer des vies), est le moteur qui propulse ses actions. Sa vision est ce qui suit :

- Être un leader de renommée mondiale dans le renforcement de la capacité des individus, des organismes et de la communauté à comprendre et à prévenir les effets négatifs des traumatismes sur la santé mentale, et à s'en rétablir. [traduction]
- Être à l'avant-garde des meilleures pratiques à l'échelle mondiale en matière de santé mentale et de bien-être des militaires, des vétérans, des responsables de la sécurité nationale et des premiers intervenants. [traduction]

Créé en 1995 par le ministère des Anciens Combattants sous le nom de National Centre for War-Related PTSD (centre national sur le TSPT lié à la guerre), Phoenix Australia possède aujourd'hui plus de 25 ans d'expertise à l'appui du personnel militaire et des vétérans.

A INSTITUT ATLAS POUR LES VÉTÉRANS ET LEUR FAMILLE

L'Institut Atlas pour les vétérans et leur famille (« Institut Atlas ») récemment créé au Canada a pour mission d'offrir un meilleur accès aux renseignements, à la recherche, aux outils et à l'expertise concernant le trouble de stress post-traumatique et des états de santé mentale connexes.

Phoenix Australia et l'Institut Atlas poursuivent un objectif commun : améliorer la santé mentale et le bien-être au sein du personnel militaire actuel et des vétérans. Ces deux organismes ont entrepris une

collaboration officielle afin de promouvoir les possibilités de partage de renseignements pertinents, ainsi que pour mettre de l'avant des initiatives conjointes dans les domaines comme l'élaboration de politiques, l'amélioration des services, la formation et la recherche. Cette collaboration vise à être profitable à la fois pour les deux gouvernements respectifs, mais aussi pour d'autres gouvernements nationaux, et surtout pour les communautés de vétérans qu'ils souhaitent soutenir.

Dans ce contexte, l'élaboration d'un *cadre conceptuel* visant à orienter la mise en œuvre des meilleures pratiques actuelles et imminentes en matière de services et de mesures de soutien à l'intention des vétérans et de leur famille est l'un des premiers résultats visés par cette collaboration.

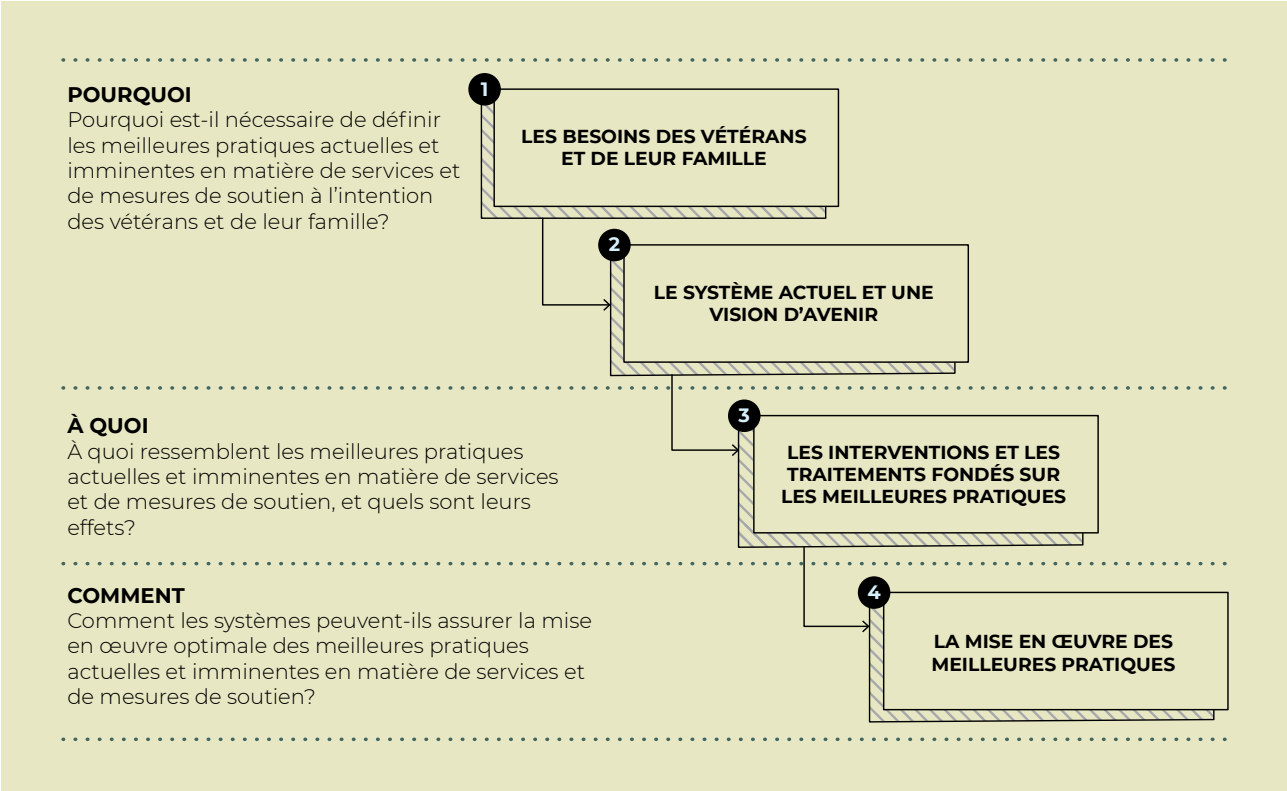
2.3 Les objectifs de ce travail et de ce cadre

L'élaboration de ce *cadre conceptuel* s'inspire de notre collaboration, de nos missions collectives et de notre désir de « servir ceux et celles qui ont servi leur pays » et de fournir aux vétérans et à leur famille les mesures de soutien et les soins les plus favorables possible.

Le *Cadre conceptuel* s'appuie d'abord et avant tout sur notre travail auprès des vétérans et s'articule autour de nos expériences antérieures, de l'actuelle propriété intellectuelle des deux organismes, des données probantes existantes et d'une réflexion nouvelle et novatrice.

Le *Cadre conceptuel* comporte quatre éléments :

Les sections du document sont structurées en tenant compte des quatre volets suivants :



Le volet 1 est abordé à la section 3 et traite des raisons pour lesquelles il est nécessaire de définir des services et des mesures de soutien fondés sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes. On y décrit également les besoins et les préoccupations des vétérans et de leur famille en matière de santé mentale post-traumatique et de bien-être.

Le volet 2 est abordé à la section 4 et décrit le système de soins de santé mentale actuel, y compris les défis qu'il présente, et il explore les arguments en faveur d'un changement. Il énonce une vision définissant un système de services performant qui répond aux besoins des vétérans et de leur famille.

Le volet 3 est abordé à la section 5 et offre un aperçu des modèles d'intervention et des programmes de traitement fondés sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes à cet égard, en plus de présenter un élément essentiel d'un système de santé mentale post-traumatique hautement performant : un macromodèle de soins, échelonnés et adaptés, ainsi que des données probantes identifiant les programmes de traitements et d'interventions efficaces (pratiques fondées sur des données probantes) à différents niveaux du modèle et pour divers problèmes de santé.

Le volet 4 est abordé à la section 6 et traite de la meilleure façon d'optimiser la mise en œuvre du modèle de soins échelonnés et adaptés ainsi que de pratiques fondées sur des données probantes.

Le *Cadre conceptuel* vise à :

1. Formuler une approche conceptuelle claire en vue d'améliorer la qualité de vie des vétérans et de leur famille;
2. Fournir une conception globale et une « structure » autour desquelles articuler un système efficace de services et de mesures de soutien qui répond mieux aux besoins des vétérans et de leur famille;
3. Procurer une structure permettant d'étudier les initiatives actuelles et envisagées en matière de développement de services et de mesures de soutien;
4. Aider à localiser les différents systèmes quant aux meilleures pratiques actuelles et imminentes en matière de services;
5. Définir la meilleure approche et voie à suivre pour y parvenir, en tenant compte des disparités des divers systèmes quant à leur point de départ;
6. Offrir un guide plus général sur l'élaboration de systèmes susceptibles de mieux soutenir l'innovation future en matière de services.

Le *Cadre conceptuel* ne constitue ni une analyse des systèmes actuels et de leurs résultats respectifs ni une réflexion ou une critique des approches et des politiques actuelles dans différents pays.

Ce *cadre conceptuel* évalue les défis associés à la mise en œuvre des services et des systèmes selon le point de vue d'un organisme intermédiaire, ce qui ne le rend pas moins pertinent pour les autres intervenants. Dans ce contexte, un organisme intermédiaire est, à l'instar de Phoenix Australia ou de l'Institut Atlas, un organisme indépendant des deux instances gouvernementales et de leurs systèmes de services et qui joue un rôle dans le renforcement des capacités des autres à obtenir de meilleurs résultats par rapport à des groupes de population spécifiques.

Malgré cette importance accordée à la mise en œuvre, le *Cadre conceptuel* vise à servir un public le plus vaste possible. Il s'agit de l'ensemble des intervenants ayant la capacité d'influencer les résultats obtenus au bénéfice des vétérans et de leur famille, notamment : les organismes de financement; les assureurs; les décideurs; les gestionnaires de systèmes; les autorités de réglementation; les organismes intermédiaires; les fournisseurs de services; les organismes de soutien; les praticiens; ainsi que les vétérans sur le plan individuel, leur famille et leur communauté.

Selon l'une des prémisses fondamentales de ce cadre conceptuel, les vétérans et leur famille se voient offrir un éventail complexe de services et de mesures de soutien, et – même si les éléments n'en sont pas interconnectés – du point de vue des vétérans et de leur famille, cette gamme constitue un système de services et doit être reconnue et considérée comme tel par ceux qui ont le pouvoir de l'influencer.

2.4 La portée du cadre

La portée du *cadre conceptuel* est bien définie. Dans le contexte de notre collaboration et de nos missions collectives, le *Cadre conceptuel* porte principalement sur :

- Un macromodèle de soins holistiques mis en œuvre en parallèle avec un continuum de traitements et de bien-être;
- Des services et des mesures de soutien axés sur la santé mentale et le bien-être à l'intention des vétérans au sein même de ce continuum;
- Les états de santé mentale post-traumatiques courants pour les vétérans, notamment le TSPT, la dépression, l'anxiété et l'abus de substances psychoactives, en plus des problèmes courants qui y sont associés, comme les troubles du sommeil, la douleur, la colère et l'agressivité ainsi que les comorbidités liées à la santé physique;
- Les interventions et les traitements optimaux fondés sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes dans le but de traiter ces états de santé mentale post-traumatiques et les problèmes associés;
- Les thérapies psychologiques et pharmacologiques de routine qui s'appliquent à la plupart des contextes nécessitant des services, y compris la reconnaissance des iniquités potentielles du système identifiées lors du développement des interventions pharmacologiques en matière de santé mentale et de l'accès à celles-ci, au milieu d'un cadre qui accorde une importance égale au soutien du développement des interventions fondées sur des données probantes dans l'ensemble des domaines;
- Les besoins plus larges des vétérans et de leur famille qui recherchent de l'aide et du soutien;
- L'architecture de système la plus appropriée (au niveau du système); la culture, la main-d'œuvre, les systèmes et les processus (au niveau organisationnel); ainsi que les compétences et les comportements requis par les praticiens sur le plan individuel afin de soutenir la mise en œuvre des meilleures pratiques actuelles et imminentes en matière de services de santé mentale à l'intention des vétérans et de leur famille.

2.5 Nos valeurs communes à l'origine de cette démarche

Phoenix Australia et l'Institut Atlas sont des organismes qui s'inspirent des valeurs précises. Nos valeurs déterminent nos comportements ainsi que l'approche que nous adoptons afin de mener à bien notre démarche. Elles constituent une structure importante pour l'élaboration de ce *cadre conceptuel*. Les valeurs qui guident nos pas sont :

1. Être déterminé à faire une réelle différence dans le bien-être des personnes touchées par un traumatisme, en l'occurrence les vétérans et leur famille, et adopter une perspective centrée sur les vétérans en matière de conception et de mise en œuvre;
2. S'attaquer à l'iniquité en matière de santé mentale et de bien-être des vétérans;
3. S'inspirer des données scientifiques probantes et se concentrer sur l'établissement d'une vaste base de données probantes de tout ce qui fonctionne;
4. Apprendre des besoins changeants des communautés que nous servons, afin de s'adapter et de répondre à ces derniers;
5. Établir des collaborations et des solutions collectives en favorisant le renforcement des partenariats stratégiques et la réflexion à l'égard des systèmes.

3 Les besoins des vétérans et de leur famille

Cette section décrit les raisons pour lesquelles il est nécessaire de définir les meilleures pratiques actuelles et imminentes en matière de services et de mesures de soutien à l'intention des vétérans et de leur famille. Elle énonce ainsi les principaux besoins des vétérans et de leur famille à l'égard de la santé mentale post-traumatique et du bien-être.

Principaux points de cette section :

- La santé mentale post-traumatique doit s'inscrire dans un vaste modèle de bien-être qui englobe les vétérans et leur famille. Dans un tel modèle définissant le bien-être, les facteurs reliés au bien-être de la famille fournissent une importante vue d'ensemble des résultats associés au bien-être individuel.
- L'application d'une perspective axée sur l'équité et l'intersectionnalité à un modèle de bien-être garantit l'intégration de la nature intersectorielle des divers facteurs.
- La santé mentale post-traumatique est l'état de bien-être qui résulte de l'exposition à un événement traumatisant; elle assume une fonction aussi large que possible qui vise à soutenir les personnes ayant été exposées à d'importants facteurs de stress. Elle englobe les réponses physiologiques et psychologiques normales, les réponses subsyndromiques ainsi que les troubles de santé mentale post-traumatiques spécifiques, comme le trouble de stress post-traumatique (TSPT), la dépression, l'anxiété et la consommation de substances psychoactives.
- Pour comprendre le bien-être général et les besoins spécifiques associés à la santé mentale post-traumatique, il importe d'adopter une perspective longitudinale, c.-à-d. une approche basée sur le parcours complet de la vie qui met en relief les trajectoires d'expérience des individus et des familles.
- L'évaluation de la nature des besoins associés à la santé mentale post-traumatique des vétérans exige de reconnaître l'hétérogénéité de ce groupe, en plus de tenir compte de leur étiologie ainsi que des principaux facteurs de risque et de protection.
- Les vétérans (ou les familles des vétérans) ne sont pas tous identiques, c'est pourquoi une approche universelle à la santé mentale ne convient pas. Bien que leur expérience militaire leur confère certains points communs et contribue à des facteurs de risque partagés, la communauté des vétérans est très hétérogène à plusieurs égards, notamment en termes de sexe, d'origine ethnique, d'identité sexuelle, de religion, d'incapacité et d'âge.
- Le développement de problèmes courants en lien avec la santé mentale post-traumatique chez les vétérans est influencé par une interaction complexe de divers facteurs biologiques, cognitifs et psychosociaux à différents moments dans la vie du vétéran (avant, pendant et après son service militaire). Cette interaction crée le contexte essentiel à la nature des besoins liés à la santé mentale post-traumatique des vétérans et de leur famille.
- Des études soulignent la nature diversifiée des besoins associés à la santé mentale post-traumatique des vétérans, qui comprennent non seulement les troubles et les symptômes diagnostiqués, mais aussi la santé et le bien-être social et fonctionnel. Outre les diagnostics officiels, certains problèmes connexes apparaissent couramment, comme la colère et l'agressivité, la culpabilité, le retrait social et l'engourdissement émotionnel.
- Il est important de noter que les symptômes et les problèmes de santé mentale, en plus de leurs répercussions sur la santé physique, peuvent être associés à une altération

significative du fonctionnement social et professionnel ainsi que de la qualité de vie.

- Il a été démontré que la transition entre le service militaire et la vie civile était une période présentant des risques accrus de troubles mentaux. Des recherches internationales s'intéressant à leur prévalence ont révélé qu'environ 25 % des vétérans en transition avaient déclaré souffrir d'un trouble mental quelconque, la plupart étant l'anxiété, la dépression, le TSPT et la consommation de substances psychoactives.
- Dans ce contexte, la comorbidité constitue la norme plutôt que l'exception. Il est rare, par exemple, qu'un vétéran demande d'être traité seulement pour un TSPT. Ce dernier apparaît couramment en comorbidité avec d'autres troubles de santé mentale comme la dépression, l'anxiété et la consommation de substances psychoactives.
- Concernant le parcours des troubles, plusieurs études récentes portant sur les trajectoires des symptômes au fil du temps révèlent un schéma global selon lequel la détresse symptomatique augmente avec le temps chez certains vétérans. La forte prévalence associée à divers troubles, non seulement lors du service militaire, mais pendant toute la durée de la vie, reflète l'étiologie complexe de l'apparition, de la progression et du maintien des troubles mentaux.
- Le problème de santé mentale d'un être cher peut avoir des répercussions considérables sur la famille. Les relations avec le partenaire deviennent souvent tendues ou finissent par se dissoudre, sans compter que le problème de santé mentale du vétéran peut donner lieu à des difficultés importantes chez les enfants, en particulier lors des étapes sensibles du développement.
- Si le bien-être de la famille revêt une importance évidente pour la santé mentale et le bien-être du vétéran, on en connaît étonnamment peu sur la nature et la prévalence des besoins des familles des vétérans en matière de santé mentale et de bien-être.
- La santé mentale et le bien-être des membres de la famille ainsi que l'unité familiale peuvent être affectés par divers facteurs liés au service militaire. Les facteurs de stress militaires – notamment le déploiement, les cycles d'affectation, la perte des réseaux de soutien aux militaires et les contraintes liées aux finances, à l'emploi et au logement – ont tous été associés à l'augmentation du dysfonctionnement familial, de la violence conjugale et de la maltraitance des enfants au sein des familles de vétérans.
- Des études portant sur la prévalence des problèmes liés à la santé mentale et comportementale ainsi qu'au bien-être chez les conjoints ou partenaires des vétérans révèlent des données indiquant des taux élevés d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique, des symptômes comme la colère en plus de comportements présentant des risques pour la santé, comme la surconsommation d'alcool, une mauvaise condition physique et des problèmes de sommeil.
- L'importance des systèmes familiaux a été démontrée pour les vétérans qui présentent divers besoins en matière de santé mentale, mais les besoins des familles ne sont pas suffisamment définis, c'est pourquoi les systèmes de soins de santé y répondent souvent de façon inadéquate. L'accumulation de besoins non satisfaits peut avoir des conséquences nuisibles aux membres de la famille ainsi que pour les vétérans, ce qui entraîne notamment une moins bonne santé chez les membres de la famille, en plus d'effets négatifs sur leur capacité à soutenir le vétéran de la famille.
- La famille joue un rôle capital dans le soutien de la santé mentale et du bien-être des vétérans, c'est pourquoi il est crucial de la faire participer aux systèmes de soins et à la prise de décisions concernant les soins. Les services et les mesures de soutien visant à mieux préparer les familles auront des effets bénéfiques sur les vétérans.

3.1 La santé mentale post-traumatique et le bien-être

Le modèle de bien-être d'Anciens Combattants Canada et du Australian Veterans' Wellbeing Index (Dunt et autres, 2019) de Phoenix Australia mettent tous deux en relief un modèle de bien-être centré sur le vétéran qui positionne la santé mentale post-traumatique au cœur d'un contexte plus large en matière de bien-être. Ce contexte est fondé sur une série de facteurs de bien-être individuel et familial qui interagissent les uns avec les autres et qui devraient être considérés d'un point de vue global afin de répondre aux besoins et d'optimiser le rétablissement (J.M. Thompson et autres, 2016a).

L'objectif ici n'est pas d'élaborer un cadre du bien-être complet, mais un tel cadre pourrait intégrer les éléments présentés à la figure 1.

Il est important de noter que dans ce modèle de bien-être, et pour les besoins du présent *cadre conceptuel* global, les facteurs liés au bien-être familial procurent une importante vue d'ensemble des facteurs associés au bien-être individuel. Ces facteurs comprennent l'étape dans le parcours de vie de la famille, les principales activités familiales, comme les soins, l'emploi et l'éducation, et l'interdépendance dans la prise de décisions au sein de chaque unité familiale. Aux fins du présent cadre, le terme « famille » peut désigner à la fois la définition plus traditionnelle de la famille, qui comprend les parents, les frères et sœurs, les partenaires et les enfants, mais aussi la famille choisie, composée d'amis proches et de pairs.

Les facteurs de bien-être individuel reposent sur des connexions bidirectionnelles selon lesquelles, par exemple, le stress financier peut prédisposer à une mauvaise santé mentale ou nuire à la capacité d'accéder aux soins. C'est pourquoi il est essentiel de considérer les facteurs d'un point de vue global au sein des systèmes de services. L'adoption d'une perspective axée sur l'équité et l'intersectionnalité nécessite d'intégrer la nature intersectionnelle de ces éléments.

3.1.1 La santé mentale post-traumatique

La santé mentale post-traumatique s'inscrit au cœur de ce modèle global du bien-être. Cela démontre l'importance de positionner la compréhension de la santé mentale post-traumatique et du bien-être chez les vétérans et leur famille dans le contexte des nombreux facteurs mis en relief par ce modèle du bien-être.

La santé mentale post-traumatique est l'état de bien-être qui résulte de l'exposition à un événement traumatisant. Elle englobe autant le mieux-être que la maladie. Elle inclut à la fois la résilience et la prévention, mais aussi l'intervention précoce et le traitement.

Après l'exposition à d'importants facteurs de stress ou à des événements potentiellement traumatisants, il existe une série de réponses physiologiques et psychologiques normales, notamment les troubles du sommeil, les sentiments de colère et de culpabilité, la détresse psychologique et le retrait social, ainsi que des réponses physiologiques plus viscérales, comme l'hypervigilance face à la menace et l'engourdissement émotionnel. Pour la plupart des gens, ces réponses s'atténuent avec le temps, à mesure qu'ils analysent et intègrent les événements, et n'entraînent qu'une faible altération fonctionnelle.

Toutefois, chez certaines personnes, ces symptômes peuvent révéler des effets plus importants qui évolueront et s'aggraveront rapidement ou progressivement, entraînant l'apparition de troubles cliniques comme l'anxiété, la dépression et le TSPT (Abdallah et autres, 2019; Brooks et autres, 2019; McFarlane et autres, 2017).

Le TSPT est au cœur de toute discussion sur la santé mentale post-traumatique. Bien qu'il n'ait été reconnu officiellement par la communauté psychiatrique qu'en 1980, alors que le TSPT figurait pour la première fois dans la nomenclature diagnostique, les êtres humains connaissent depuis longtemps les effets potentiels de l'exposition à des événements traumatisants sur la santé mentale.

La reconnaissance officielle du TSPT en 1980 a été déterminante pour faire valoir les effets des traumatismes sur la santé mentale en tant que véritable trouble psychiatrique justifiant des recherches approfondies et le développement de traitements efficaces. Élément qui est peut-être plus important encore : pour la première fois, le diagnostic admettait que les effets des traumatismes sur la santé mentale pouvaient perdurer longtemps après que la menace a été éliminée et que le facteur de stress est disparu.

Si l'acceptation du TSPT a grandement contribué à stimuler la recherche et à mettre au point des traitements, elle a entraîné l'absence d'intérêt pour les autres problèmes mentaux potentiels pouvant apparaître à la suite d'un traumatisme. Au cours de

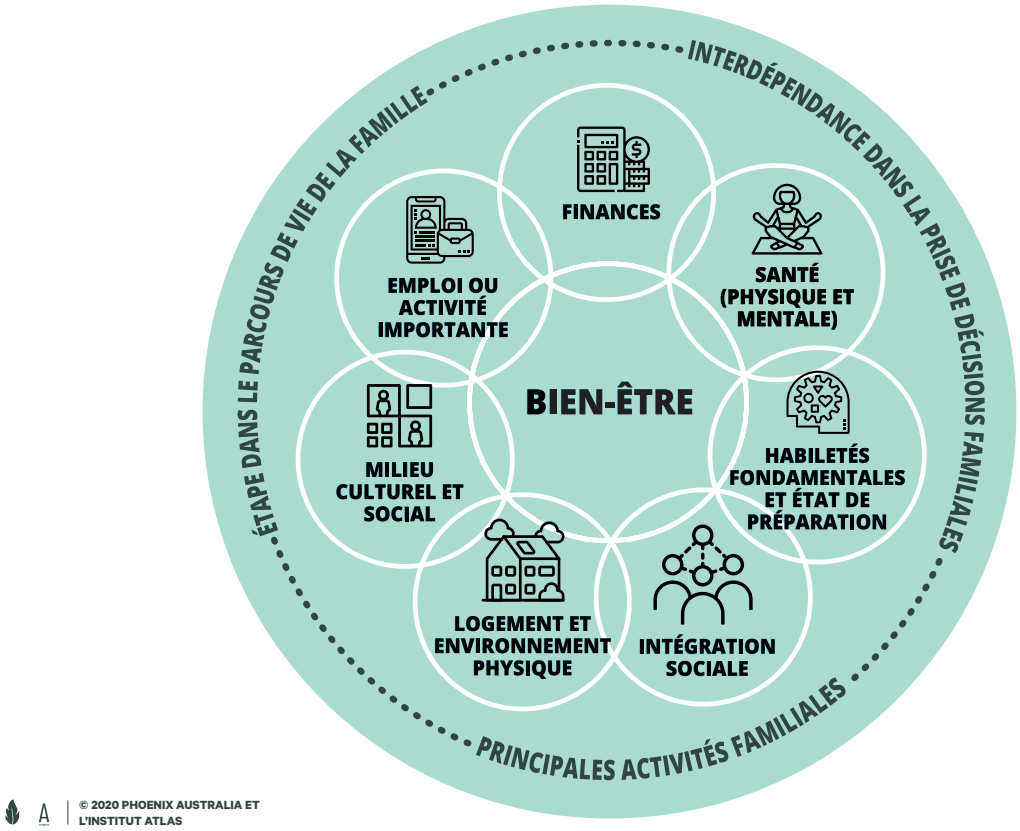


Figure 1 : Éléments du modèle de bien-être des vétérans et de leur famille

la dernière décennie, toutefois, un nombre croissant d'études ont démontré que plusieurs autres troubles peuvent se développer à la suite d'une exposition traumatisante. En particulier, la dépression a été désignée comme l'un des problèmes de santé mentale post-traumatique le plus courant, autant chez les militaires qu'au sein de la population civile, l'abus de substances psychoactives et les troubles de l'anxiété étant également répandus. Ces problèmes peuvent apparaître indépendamment du TSPT ou en comorbidité avec celui-ci.

En résumé, la santé mentale post-traumatique – l'état de bien-être qui résulte de l'exposition à un événement traumatisant – englobe tout ce qui a été mentionné précédemment et dispose donc d'une vaste portée pour soutenir les personnes qui ont été exposées à d'importants facteurs de stress ou à des événements potentiellement traumatisants.

3.1.2 L'approche fondée sur l'ensemble du parcours de vie et les trajectoires d'expérience

Outre ces facteurs et leur intersectionnalité, il est important d'adopter une perspective longitudinale afin de comprendre les besoins à cet égard. Une approche fondée sur l'ensemble du parcours de vie permet de replacer le bien-être et les besoins des vétérans et de leur famille au cœur du contexte de leur parcours et de leur étape de vie (J.M. Thompson et autres, 2016a). Cette approche inclut leurs trajectoires d'expérience tout au long de leur vie, ainsi que le cadre social, émotionnel et structurel changeant dans lequel ils se trouvent à tout moment.

L'adoption d'une approche fondée sur l'ensemble du parcours de vie pour comprendre le bien-être et les besoins nécessite de tenir compte de la santé mentale par rapport aux expériences des vétérans entre le moment de leur naissance et celui où ils se sont engagés dans l'armée, à leur vie pendant le service militaire ainsi qu'à leur vie après celui-ci. De plus, le contexte familial peut également évoluer au fil du temps pour le vétéran, que ce soit comme enfant adulte, comme conjoint ou partenaire, ou comme parent. Chacune de ces étapes comporte d'importantes transitions – par exemple, la transition entre le recrutement et la fin du service militaire, ou la transition vers la parentalité – qui apportent chacunes leur lot de défis.

Ces deux notions – le bien-être (les facteurs et leur intersectionnalité) et l'approche fondée sur l'ensemble du parcours de vie – permettent d'établir un cadre plus complet pour répondre à la fois aux besoins des vétérans en matière de santé mentale

post-traumatique, mais aussi aux besoins connexes des membres de leurs familles.

Avant d'examiner la nature des besoins des vétérans en matière de santé mentale post-traumatique, il est important de bien comprendre à la fois l'hétérogénéité du groupe, mais aussi les principaux facteurs de risque et de protection pour la santé mentale et le bien-être.

3.2 Une meilleure compréhension des vétérans et de la santé mentale post-traumatique

Les vétérans (ou les familles de vétérans) se distinguent les uns des autres, c'est pourquoi aucune approche universelle à la santé mentale ne peut convenir.

Bien que leurs expériences militaires présentent certains traits communs et constituent des facteurs de risque partagés, la communauté des vétérans est très hétérogène à plusieurs égards, notamment en ce qui concerne le sexe, l'origine ethnique, l'identité sexuelle, la religion, l'incapacité et l'âge (Murphy et Busuttil, 2019).

Collectivement, les précédentes statistiques soulignent la diversité de la population des vétérans, que ce soit en lien avec le sexe, l'âge, la race et l'origine ethnique, la religion, l'identité sexuelle et l'incapacité. Ces facteurs jouent un rôle important dans la compréhension des besoins des vétérans en matière de santé mentale, des questions étiologiques et de la façon dont les services et les systèmes répondent adéquatement aux besoins des vétérans.

Les personnes qui se sont engagées dans les forces armées arrivent avec leurs antécédents et leurs caractéristiques propres en lien avec les prédispositions génétiques, les expériences issues de l'enfance, les problèmes liés au développement, la santé et l'état de santé mentale, et d'autres événements de la vie. Associé à leurs éléments d'identité uniques, chacun de ces facteurs entraînera divers degrés de vulnérabilité ou de résilience, ainsi que divers niveaux de fonctionnement social et professionnel, avant même que la personne ne soit exposée à une quelconque expérience militaire. Ces facteurs continueront d'avoir une incidence sur l'adaptation de la personne, à la fois pendant et après le service militaire, ce qui aura des répercussions sur le traitement (Murphy et Busuttil, 2019).

Il en va de même pour le partenaire et les membres de la famille du vétéran, qui apporteront dans la relation le même éventail d'antécédents personnels en matière de facteurs de risque et de protection, qui continueront d'avoir une incidence sur leur adaptation, leurs expériences et leur fonctionnement individuels, ainsi que sur ceux de l'unité familiale.

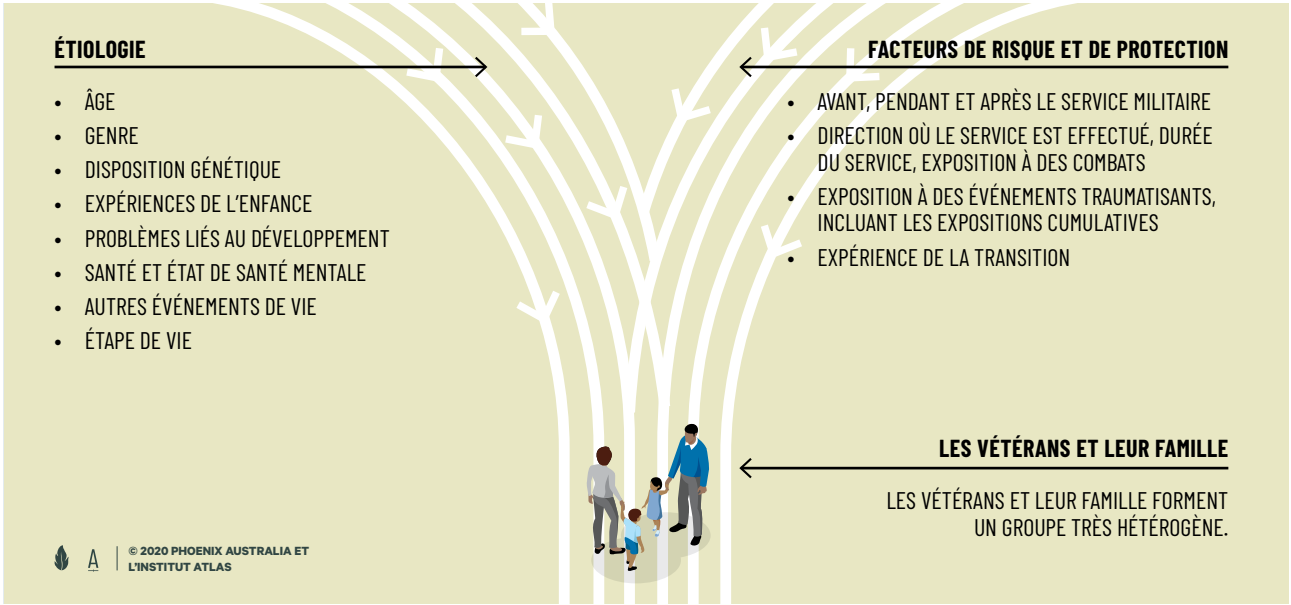


Figure 2 : Facteurs étiologiques, de risque et de protection

Caractéristiques démographiques des populations de vétérans

Par rapport au sexe, la majorité des militaires, tous pays confondus, sont de sexe masculin, ceux de sexe féminin représentant entre 10 % et 20 % de cette population. Au Royaume-Uni, les femmes représentent 10,8 % des membres des Forces régulières et 14,7 % des Réservistes de 2020 (Ministry of Defence, 2019). Au sein des Forces actives du DoD américain, les femmes constituent 16,5 % des membres et 20,0 % des Forces de réserve (U.S. Department of Defense, 2018). Dans les Forces armées canadiennes (FAC), 15,6 % des membres de la Force régulière et 16,5 % de la Première réserve sont des femmes (Ministère de la Défense nationale du Canada, 2020). Les membres permanents des Forces de défense australiennes (ADF) se composent de 18,6 % de femmes (Australian Government Department of Defence, 2019).

Concernant l'âge, 24,5 % des Forces régulières du R.-U. et 11,9 % des Réservistes de 2020 ont moins de 25 ans, alors qu'aux É.-U., 45,6 % des membres des Forces actives et 32,3 % des membres des Forces de réserve sont âgés de 25 ans ou moins. Dans la Force régulière des FAC, 24,2 % sont âgés entre 17 et 29 ans, 39,5 % entre 30 et 39 ans, 24,6 % entre 40 et 49 ans, et 11,7 % sont âgés de 50 ans et plus. Dans la Force de réserve, 40,7 % ont entre 17 et 29 ans, 25,5 % entre 30 et 39 ans, 17 % ont entre 40 et 49 ans, et 16,8 % ont 50 ans ou plus. Dans l'ADF, 43,0 % des membres sont âgés de moins de 30 ans, alors que 52,0 % ont plus de 30 ans (5,0 % d'entre eux n'ayant pas répondu).

En ce qui a trait à la race et à l'origine ethnique, la représentation des Noirs, des Asiatiques et des minorités ethniques dans les forces régulières du R.-U. est de 8,2 % et de 5,5 % au sein des réservistes de 2020. Aux É.-U., près du tiers (31,0 %) des membres des Forces actives et le quart (26,1 %) des membres de la réserve s'identifient comme minorité raciale (c.-à-d. Noirs ou Afro-Américains, Asiatiques, Amérindiens ou Autochtones de l'Alaska, Hawaïens autochtones ou autres Insulaires du Pacifique, de races multiples ou autres/inconnus). Les membres de la Force régulière et de la Première réserve des FAC combinés se composent de 8,1 % de groupes de minorités ethniques, et de 2,7 % de personnes d'origine autochtone (Fuhr, 2019), alors que la participation autochtone à l'ADF représente 3,0 % de l'ensemble du personnel de l'ADF.

En matière de religion, au R.-U., le christianisme est la religion la plus déclarée (66,3 % des Forces régulières et 71,7 % des Réservistes de 2020), suivi par l'athéisme (30,5 % et 25,8 %) et d'autres (3,3 % et 2,5 %). Un éventail de croyances religieuses sont représentées au sein de l'ADF, notamment le christianisme (38,6 %), le bouddhisme (0,8 %), l'hindouisme (0,3 %), l'islamisme (0,2 %), d'autres religions (1,3 %) et l'athéisme (52,7 %) (Australian Government Department of Defence, 2016). Les Forces armées canadiennes ne recueillent aucunes données systématiques sur l'origine ethnique de son personnel; cependant, un rapport de 2019 révèle que les minorités visibles représentent 8,1 % des Forces, et les peuples autochtones, 2,7 % (Fuhr, 2019).

Les données sur l'identité sexuelle et les incapacités ne sont disponibles que pour les membres actifs de l'ADF. Les membres s'identifiant comme LGBTI constituent 3,9 % de l'ADF, et 15,2 % de l'ADF ont indiqué présenter au moins une forme d'incapacité ou de condition médicale chronique (Australian Government Department of Defence, 2019).

3.2.1 Les facteurs et les indicateurs de risque

En ce qui concerne les facteurs de risque et de protection à l'égard des problèmes de santé mentale chez les vétérans, une importante distinction a été réalisée entre les facteurs et les indicateurs :

- Les *facteurs de risque* sont des antécédents qui contribuent de manière causale au problème de santé mentale (ex. : l'isolement social ou l'exposition à un traumatisme).
- Les *indicateurs de risque* sont des caractéristiques désignant des sous-groupes chez qui le problème de santé mentale est plus courant, mais dont les preuves de causalité demeurent incertaines, comme le genre ou l'âge (American Psychiatric Association, 2013).

Bien que de nombreux indicateurs de risque aient été répertoriés, la causalité des problèmes de santé mentale courants chez les vétérans n'a pas encore été entièrement expliquée, et il est impossible de distinguer de manière fiable les facteurs liés au service militaire et aux autres expériences de vie.

L'exposition à un événement traumatisant fait notamment partie des critères diagnostiques du TSPT, et pourtant, la plupart des personnes exposées à des événements potentiellement traumatisants ne développent pas le TSPT. Ainsi, l'exposition à un événement traumatisant est un facteur de risque nécessaire, mais insuffisant à lui seul, pour comprendre le risque individuel de développer le TSPT. Par ailleurs, le TSPT n'est pas la seule, ni même la plus courante, conséquence de santé mentale qui résulte d'un traumatisme, comme nous le verrons dans la prochaine section. C'est pourquoi il est important d'adopter une perspective qui tienne compte de façon plus large les indicateurs de risque liés aux résultats de santé mentale post-traumatique.

De plus, les facteurs de risque liés au développement de problèmes de santé mentale chez les vétérans ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux qui sont associés à la chronicité (Schnurr et autres, 2004). La question à savoir pourquoi certaines personnes se rétablissent relativement rapidement de problèmes de santé mentale liés au service militaire, alors que d'autres développent des problèmes chroniques et une altération fonctionnelle, trouve peut-être d'importantes parties de réponses dans un vaste éventail de facteurs, et sera abordée plus en profondeur dans les prochaines sections de ce rapport.

Bref, un large éventail de facteurs et d'indicateurs de risque – dont l'exposition aux combats n'est que l'un d'eux – interagissent pour influencer la nature et la gravité de l'adaptation de la santé mentale, en plus de déterminer la santé mentale et le bien-être des vétérans ainsi que leur façon d'accéder aux systèmes de services et de s'y retrouver, notamment :

- Les facteurs liés à la vie avant le service militaire
- Les facteurs liés au service militaire
- Le contexte familial
- Les données sociodémographiques – l'âge, l'étape de vie, l'origine ethnique, le sexe, l'identité de genre, etc.

3.2.1.1 LES FACTEURS LIÉS À LA VIE AVANT LE SERVICE MILITAIRE

Il est important d'adopter une approche fondée sur l'ensemble du parcours de vie pour comprendre l'incidence du service militaire sur l'adaptation de la santé mentale (Syed Sheriff et autres, 2020). L'étape de vie de la personne au moment de l'exposition aux traumatismes et du rétablissement peut entraîner des répercussions. Plusieurs personnes s'engagent dans l'armée à un âge relativement jeune, et il existe des données indiquant une plus forte prévalence d'adversité en début de vie au sein de la population militaire (Syed Sheriff et autres, 2020). Ainsi, les militaires débutent leur service avec des antécédents de traumatisme de niveaux variables sur lesquels s'accumuleront les expositions liées à leur travail. Les traumatismes et l'adversité vécus dans l'enfance sont particulièrement réputés pour accroître le risque associé à une variété de troubles mentaux à l'âge adulte. Un niveau d'instruction et un statut socioéconomique faibles sont également vecteurs de certains risques de base par rapport à l'adaptation et aux résultats de santé mentale, à la fois pendant et après le service militaire, et ils devraient être pris en considération afin de comprendre la santé mentale post-traumatique de façon globale en lien avec les antécédents et le contexte de chaque vétéran.

3.2.1.2 LES FACTEURS LIÉS AU SERVICE MILITAIRE

En ce qui concerne leur carrière militaire, tous les vétérans connaîtront des expériences uniques, et une multitude de facteurs risquent d'avoir une incidence sur leur adaptation à long terme. Les déploiements en sont un exemple, en fonction de leur nombre, de leur durée, de leur type (dans des zones de guerre ou comme agents de maintien de la paix)

et de l'exposition à des événements stressants ou potentiellement traumatisants. Certaines données probantes démontrent, notamment, l'existence d'une relation « dose-effet » entre, d'une part, le nombre d'expositions potentiellement traumatisantes, leur gravité et la durée du déploiement et, d'autre part, l'adaptation et les problèmes de santé mentale subséquents (Brewin et autres, 2000; Davy et autres, 2012; Dohrenwend et autres, 2006; Lawrence-Wood et autres, 2019; Rona et autres, 2014).

La direction au sein de laquelle le service est effectué, le rôle professionnel et la durée du service ont également une incidence sur la santé mentale (Crum-Cianflone et autres, 2016; McFarlane et autres, 2011; Rebeira et autres, 2017; Thompson et autres, 2016; Van Hooff et autres, 2018). Par exemple, les taux associés aux problèmes de santé mentale sont généralement plus élevés chez les personnes des rangs inférieurs, comme l'infanterie et les forces terrestres (comparativement aux membres de l'armée de l'air, où l'on observe généralement les taux les plus faibles). En outre, on a constaté que la durée du service militaire était associée à l'adaptation, un service plus court étant souvent lié à des résultats plus faibles en matière de santé mentale. Le fait que les militaires ayant servi plus longtemps affichent les meilleurs résultats de santé mentale peut refléter une certaine volonté biaisée à conserver les personnes qui ne présentent pas de problème de santé mentale. Toutefois, un service plus long s'accompagne d'une augmentation des risques liés aux expositions traumatisantes avec le temps.

Chacun tirera sa propre expérience de la culture militaire, et elle reposera non seulement sur des facteurs comme les déploiements, la direction au sein de laquelle le service est effectué, le rôle et le rang, mais aussi sur le contexte et les antécédents de chacun. Pour certains, les structures rigides et la hiérarchie de l'armée agiront comme un genre de famille très unie et solidaire, alors que pour d'autres, elles seront caractérisées par la critique et le rejet.

De même, l'expérience de la transition après le service militaire sera également variée. Pour certains, le processus de transition à la fin de la vie militaire peut se présenter comme une période simple et satisfaisante, et l'adaptation à la vie civile peut constituer un défi stimulant et réussi, alors que pour d'autres, en particulier ceux qui sont renvoyés contre leur gré ou pour des motifs médicaux, cette période peut se caractériser par des conflits, un lot de déceptions et un sentiment de trahison. Dans un tel cas, la transition vers la vie civile peut comporter une série d'attentes non satisfaites, d'échecs et d'obstacles en apparence insurmontables, souvent exacerbés par les impressions de stigmatisation et de rejet (Van Hooff et autres, 2018).

3.2.1.3 LE CONTEXTE FAMILIAL

Le réseau formé de la famille et des amis des vétérans fait partie intégrante de leur expérience et de leur vécu du service militaire et de la vie après le service militaire. L'importance de la famille a été démontrée en tant que source de soutien social positif pour les vétérans, et ce, à toutes les étapes de leur expérience, en plus d'agir comme tampon contre les résultats négatifs en matière de santé mentale (Adams et autres, 2019; Farero et autres, 2019). Ainsi, l'expérience des vétérans concernant le service, les déploiements et la transition aura inévitablement une incidence sur la dynamique relationnelle qui existe avec leur partenaire et les membres de leur famille. Parfois, le stress et les tensions associés peuvent nuire aux relations, contribuer à l'éclatement de la famille et, dans le pire des cas, engendrer des comportements violents et abusifs au sein de la famille (Elbogen et autres, 2010; Savarese et autres, 2001). L'expérience des cycles de déploiement et d'affectation, incluant les séparations et les bouleversements qui y sont associés, peut être pénible et perturbante à la fois pour les vétérans et pour les membres de leur famille. Les conséquences immédiates et à long terme peuvent être profondes et entraîner de la douleur physique et émotionnelle, un bouleversement de la structure familiale ainsi que la perte de soutien social et émotionnel (Elbogen et autres, 2010; Savarese et autres, 2001). Les besoins des vétérans sont inextricablement liés à ceux des membres de leur famille, et vice-versa, et toute analyse à cet égard nécessite un système qui fait intervenir l'unité familiale.

3.2.1.4 LES FACTEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Comme souligné précédemment, au-delà des facteurs liés à la vie avant, pendant et après le service militaire, de nombreuses différences sociodémographiques existent au sein de la population des vétérans et de leurs partenaires, celles-ci pouvant affecter, de façon individuelle et collective, les besoins liés à la santé mentale et au bien-être.

Âge et étape de vie
Il est important de tenir compte de l'âge et du vieillissement, car l'âge des vétérans oscille entre le début de la vingtaine et un âge avancé. Les problèmes de santé et de santé mentale, ainsi que les besoins et les attentes au quotidien, sont très différents pour un vétéran et son partenaire dans la vingtaine par rapport à ceux des gens de 80 ans et plus.

Il faut aussi prendre en considération l'incidence de l'âge sur les besoins en matière de santé et de bien-être, ainsi que sur la morbidité et la mortalité en général, dans l'ensemble du parcours de vie. De nombreuses études internationales font état du fardeau de plus en plus lourd que représente la santé mentale et physique, de l'altération du fonctionnement et de l'appauvrissement de la qualité de vie chez les populations de vétérans à mesure qu'ils vieillissent (Maynard et autres, 2018; Ryder et autres, 2018; Sharp et autres, 2019; Stefanovics et autres, 2018; Thomas et autres, 2017). Chez les vétérans australiens du Vietnam, par exemple, les chercheurs O'Toole et autres (2009) ont constaté qu'en vieillissant, ces vétérans avaient une moins bonne santé générale et présentaient des facteurs de risque plus graves pour la santé que la population en général. L'étude révélait notamment des troubles de l'humeur et du comportement, mais aussi des problèmes comme des maladies infectieuses et parasitaires, des maladies du système nerveux, de l'œil et des annexes de l'œil, ainsi que des systèmes cardiovasculaire et respiratoire.

L'âge et l'étape de vie interagissent également avec d'autres facteurs comme le contexte familial, ce qui s'ajoute à leurs besoins spécifiques. Par exemple, les jeunes vétérans sont plus susceptibles d'avoir une jeune famille ou d'être célibataires. Les vétérans plus âgés ont souvent des responsabilités familiales qui les amènent à s'occuper de leurs petits-enfants ou même d'autres membres de leur famille, comme un conjoint ou partenaire plus âgé. Il est important de tenir compte de la manière dont ces facteurs contextuels peuvent poser des difficultés et entraîner des répercussions sur les besoins en matière de soins de santé.

Race et ethnicité
Alors qu'en Australie, les minorités ethniques et raciales ne représentent qu'une faible proportion de la population des vétérans, cette proportion est plus élevée dans d'autres pays, notamment au R.-U. et au Canada où elle s'élève à près de 8 %, et aux É.-U. avec environ 30 %. Il a été démontré que la race et l'origine ethnique avaient une incidence sur la santé mentale et le bien-être, les taux associés à une mauvaise santé mentale étant plus élevés chez les minorités raciales et ethniques. Concernant le TSPT en particulier, les données révèlent des taux élevés parmi les minorités raciales et ethniques, notamment chez les Afro-Américains (Alegria et autres, 2013; Koo et autres, 2016; Roberts et autres, 2010; Steenkamp et autres, 2017), et un risque généralement plus faible à cet égard chez les populations asiatique et blanche (Alegria et autres, 2013; Roberts et autres, 2010). Il est probable que ces écarts reflètent des taux élevés d'exposition aux traumatismes parmi les minorités raciales et ethniques (Roberts et autres, 2011).

En outre, les disparités socioéconomiques liées à la race et à l'ethnicité, ainsi qu'à d'autres éléments d'identité qui interagissent comme le genre, peuvent également engendrer certaines iniquités en matière d'accès aux services appropriés pour répondre aux besoins de santé et de bien-être, ce qui contribue davantage à des taux élevés de troubles. Par exemple, les chercheurs Maguen et autres (2012) ont révélé que les femmes vétérans souffrant de TSPT étaient plus susceptibles d'être noires et célibataires – deux facteurs pouvant d'ailleurs avoir une incidence sur les besoins et les résultats liés à la santé mentale.

Sexe
Dans cette section, lorsque nous faisons référence aux hommes et aux femmes, nous sous-entendons les hommes et les femmes cisgenres, c'est-à-dire dont l'identité de genre correspond à leur sexe de naissance, à moins d'indication contraire. Dans le domaine de la recherche sur la santé mentale des vétérans, le sexe biologique fait l'objet d'un intérêt croissant, car de plus en plus de femmes s'engagent dans les forces armées. D'ailleurs, ces dernières sont exposées non seulement aux mêmes expériences que les militaires masculins (en particulier si elles occupent des rôles de combat), mais aussi à de nombreuses autres expériences potentiellement traumatisantes, comme les agressions sexuelles, qui les exposent à un plus grand risque de développer des troubles mentaux (Goldstein et autres, 2017; Jones et Hanley, 2017). La réponse au stress traumatique est une autre preuve observable de différence entre les sexes. De façon générale, on a constaté que les femmes présentaient un risque plus élevé de troubles comme le TSPT (Kovacevic et autres, 2020; Tannahill et autres., 2020; Tolin et Foa, 2006). Parmi les militaires en service actif, les

chercheurs Hourani et autres (2015) ont constaté que les femmes exprimaient davantage de détresse par rapport à leurs symptômes de santé mentale et étaient davantage perturbées par certaines expériences de combat impliquant des blessures, comparativement aux hommes. Toutefois, les antécédents d'abus sexuels constituaient des indicateurs prévoyant des résultats de santé mentale plus faibles *chez les hommes* que chez les femmes. Dans leur analyse spécifique des traumatismes sexuels liés au service militaire, les chercheurs Tannahill et autres (2020) ont révélé que les femmes présentaient un risque plus grand de développer un TSPT et que les hommes étaient plus susceptibles de déclarer des idées et des comportements suicidaires. On n'a observé aucune différence entre les hommes et les femmes concernant les taux associés à la dépression.

L'identité transgenre et l'orientation sexuelle sont aussi des éléments importants à considérer, car elles ont une incidence sur les besoins et les résultats des militaires en matière de santé mentale.

Identité transgenre

Les chercheurs Shipherd et autres (2011) ont constaté que les personnes transgenres exposées à des événements potentiellement traumatisants étaient plus susceptibles de déclarer des symptômes significatifs sur le plan clinique que les échantillons d'hommes exposés à des traumatismes, mais à des proportions semblables aux échantillons de femmes exposés à des traumatismes. Les chercheurs Lindsay et autres (2016) ont analysé la santé mentale de vétérans transgenres des conflits de l'Irak et de l'Afghanistan ayant vécu des traumatismes sexuels liés au service militaire. Dans cet échantillon, les auteurs ont observé que les hommes transgenres ayant subi un traumatisme sexuel lié au service militaire présentaient une importante probabilité liée au diagnostic de TSPT et trouble de la personnalité. Parmi les femmes transgenres, l'exposition à un traumatisme sexuel lié au service militaire augmentait significativement la probabilité de développer des troubles dépressifs, des troubles bipolaires, le TSPT et des troubles de la personnalité. Beckman et autres (2018) se sont également intéressés aux résultats de santé mentale des vétérans transgenres exposés à des agressions sexuelles en contexte militaire et ont établi d'importants liens entre les agressions sexuelles en contexte militaire et la gravité des symptômes de TSPT au cours du mois précédent, la gravité des symptômes dépressifs actuels et la consommation de drogues au cours de l'année précédente.

Orientation sexuelle

Un certain nombre d'études ont examiné les caractéristiques liées à la santé mentale des vétérans en tenant compte de l'orientation sexuelle. De façon générale, les vétérans s'identifiant à une minorité sexuelle présentent des taux plus élevés liés aux symptômes et aux troubles. Par exemple, les chercheurs Pelts et autres (2015) ont constaté que les vétérans s'identifiant comme lesbiennes, gais, bisexuels ou d'orientation incertaine présentaient des niveaux plus élevés de symptômes de santé mentale et de traitements. Cochran et autres (2013) ont révélé que les vétérans LGB étaient plus susceptibles d'obtenir des résultats positifs au dépistage du TSPT, de la dépression et des problèmes de consommation d'alcool que l'échantillon comparatif. Notamment, l'anxiété entourant la dissimulation de l'orientation sexuelle (pendant le service militaire) était associée à des symptômes actuels de dépression et de TSPT. Les chercheurs McDonald et autres (2020) ont également constaté qu'une plus forte proportion de militaires lesbiennes, gais et bisexuels (par rapport aux soldats hétérosexuels) obtenaient des résultats positifs au dépistage de l'anxiété, du TSPT et des tendances suicidaires. Il convient d'examiner dans quelle mesure la relation observée entre l'orientation sexuelle et la santé mentale est reliée à l'exposition à des événements potentiellement traumatisants. Roberts et autres (2010) ont examiné les disparités de l'orientation sexuelle par rapport à l'exposition aux traumatismes et à l'apparition du TSPT. Dans cette étude, ils ont constaté que les lesbiennes et les hommes gais ainsi que les personnes bisexuelles et hétérosexuelles ayant déclaré avoir eu des partenaires sexuels du même sexe présentaient un risque accru de subir un certain nombre de traumatismes (en lien avec l'enfance, la violence conjugale et le décès inattendu d'un être cher). En outre, ils ont révélé que le risque d'apparition du TSPT était plus élevé au sein de ces groupes que dans un groupe de référence hétérosexuel.

Bref, les vétérans et leur famille constituent un groupe très diversifié qui présente une grande variété de besoins en matière de santé mentale et de bien-être. Le développement de problèmes courants en matière de santé mentale post-traumatique chez les vétérans est influencé par une interaction complexe de facteurs biologiques, cognitifs et psychosociaux à différents moments précis (avant, pendant et après

le service militaire) du parcours de vie des vétérans. Tous ces facteurs forment le contexte central de la nature des besoins des vétérans et de leur famille en matière de santé mentale post-traumatique.

3.3 La nature et la prévalence des besoins des vétérans en matière de santé mentale post-traumatique

De plus en plus, les études mettent en relief la nature diversifiée des besoins des vétérans à l'égard de la santé mentale post-traumatique, qui comprend, outre les troubles et les symptômes diagnostiqués, la santé sociale et fonctionnelle ainsi que le bien-être.

En plus des diagnostics officiels, certains problèmes connexes comme la colère et l'agressivité, la culpabilité, le retrait social et l'engourdissement émotionnel sont fréquents. Il est important de noter que ces symptômes, ces problèmes de santé mentale et leurs résultats sur la santé physique sont associés à une altération substantielle du fonctionnement social et professionnel ainsi que de la qualité de vie.

3.3.1 Les problèmes de santé mentale post-traumatique subsyndromiques

Il est important de tenir compte de la question des situations subsyndromiques qui surviennent dans le cadre des différents troubles. Les symptômes infraliminaires, infracliniques ou subsyndromiques désignent les cas où l'on observe un certain nombre de symptômes, mais que ceux-ci ne correspondent pas aux critères diagnostiques.

La plupart des études de recherche sur les symptômes subsyndromiques chez les vétérans étaient axées sur le TSPT. Certaines études ont révélé des taux de prévalence à vie du TSPT subsyndromique variant entre 6,6 % et 22,5 % parmi le personnel militaire (Grubaugh et autres, 2005). Le Transition and Wellbeing Research Programme (programme de recherche sur la transition et le bien-être) a récemment comparé la santé mentale des membres actuels des forces régulières de l'ADF à celle d'un groupe ayant récemment quitté l'ADF. Cette recherche a permis de constater de façon générale que la prévalence du TSPT subsyndromique était plus élevée chez les militaires ayant récemment quitté l'ADF que chez les membres actifs de l'ADF, et qu'elle avait augmenté avec le temps dans les deux groupes.

En 2010, 19,6 % des vétérans de l'ADF et 14,9 % de ses membres actifs ont déclaré des symptômes de TSPT subsyndromique, ces proportions ayant augmenté au sein des deux groupes lors du suivi réalisé 5 ans après (vétérans de l'ADF : 25,0 %, membres actifs de l'ADF : 17,1 %). En outre, le programme a analysé une deuxième cohorte longitudinale, la cohorte Impact of Combat, déployée dans la zone d'opérations du Moyen-Orient entre juin 2010 et juin 2012 (Lawrence-Wood et autres, 2019) et les chercheurs ont également constaté une prévalence accrue après un certain temps (7,1 % avant le déploiement, 13,4 % après celui-ci, 21,7 % lors du suivi réalisé 3 ou 4 ans après).

Le TSPT subsyndromique peut devenir chronique pour une durée moyenne allant jusqu'à 10 ans (Pietrzak et autres, 2011) et est associé à une incidence accrue de comorbidités psychiatriques, de consommation abusive d'alcool, de diminution de la qualité de vie, d'altération fonctionnelle et de suicides (Chen et autres, 2020; Cukor et autres, 2010; Jakupcak et autres, 2011; Marshall et autres, 2001; Zlotnick et autres, 2002). Le risque de développer un TSPT complet est également plus élevé en présence de symptômes subsyndromiques (Fink et autres, 2018; Smid et autres, 2009; Utzon-Frank et autres, 2014).

Les symptômes de dépression subsyndromique au sein de la population des vétérans ont fait l'objet d'un intérêt faible. Des études réalisées dans la population en général proposent des résultats très variés concernant la prévalence de la dépression subsyndromique en raison des divergences qui existent dans les définitions opérationnelles, faisant généralement état d'une prévalence oscillant entre 1,4 % et 17,2 % (Rodríguez et autres, 2012). Le Transition and Wellbeing Research Programme a révélé une plus forte prévalence des symptômes de dépression subsyndromique chez les membres du personnel ayant récemment quitté les forces que chez les membres actifs. En 2010, 23,6 % des vétérans de l'ADF et 16,1 % de ses membres actifs ont déclaré des symptômes de dépression subsyndromique, qui ont atteint 33,6 % chez les vétérans l'ADF et 29,6 % chez les membres actifs lors du suivi réalisé 5 ans après. Au sein de la cohorte Impact of Combat, les symptômes de dépression subsyndromique se sont également intensifiés après le déploiement et lors du suivi (7,7 % avant le déploiement, 12,4 % après celui-ci, 27,9 % lors du suivi réalisé 3 ou 4 ans après). La dépression subsyndromique est associée à une comorbidité clinique accrue, à un déclin fonctionnel,

à un recours accru aux services de soins de santé et à une plus forte mortalité (Gilbody et autres, 2017). En outre, la présence de symptômes de dépression subsyndromique permet grandement de pronostiquer le développement d'un trouble dépressif majeur (Klein et autres, 2000).

Dans l'ensemble, d'importantes données probantes indiquent que les symptômes subsyndromiques associés au spectre du TSPT, comme l'anxiété et la dépression, sont reliés à des degrés significatifs d'altération fonctionnelle et de détresse (Judd et autres, 1996; Karsten et autres, 2013), et ils représentent un risque lié à l'aggravation éventuelle des symptômes et au développement de troubles avec le temps (O'Donnell et autres, 2013; Pietrzak et autres, 2013).

Il est également possible que les personnes présentant des symptômes subsyndromiques aient moins tendance à demander des traitements puisqu'elles n'ont pas reçu de diagnostic (Marshall et autres, 2001). Il est important de noter que certains symptômes subsyndromiques sont parfois moins ancrés et plus sensibles aux interventions rapides que ne le sont les troubles mentaux bien établis

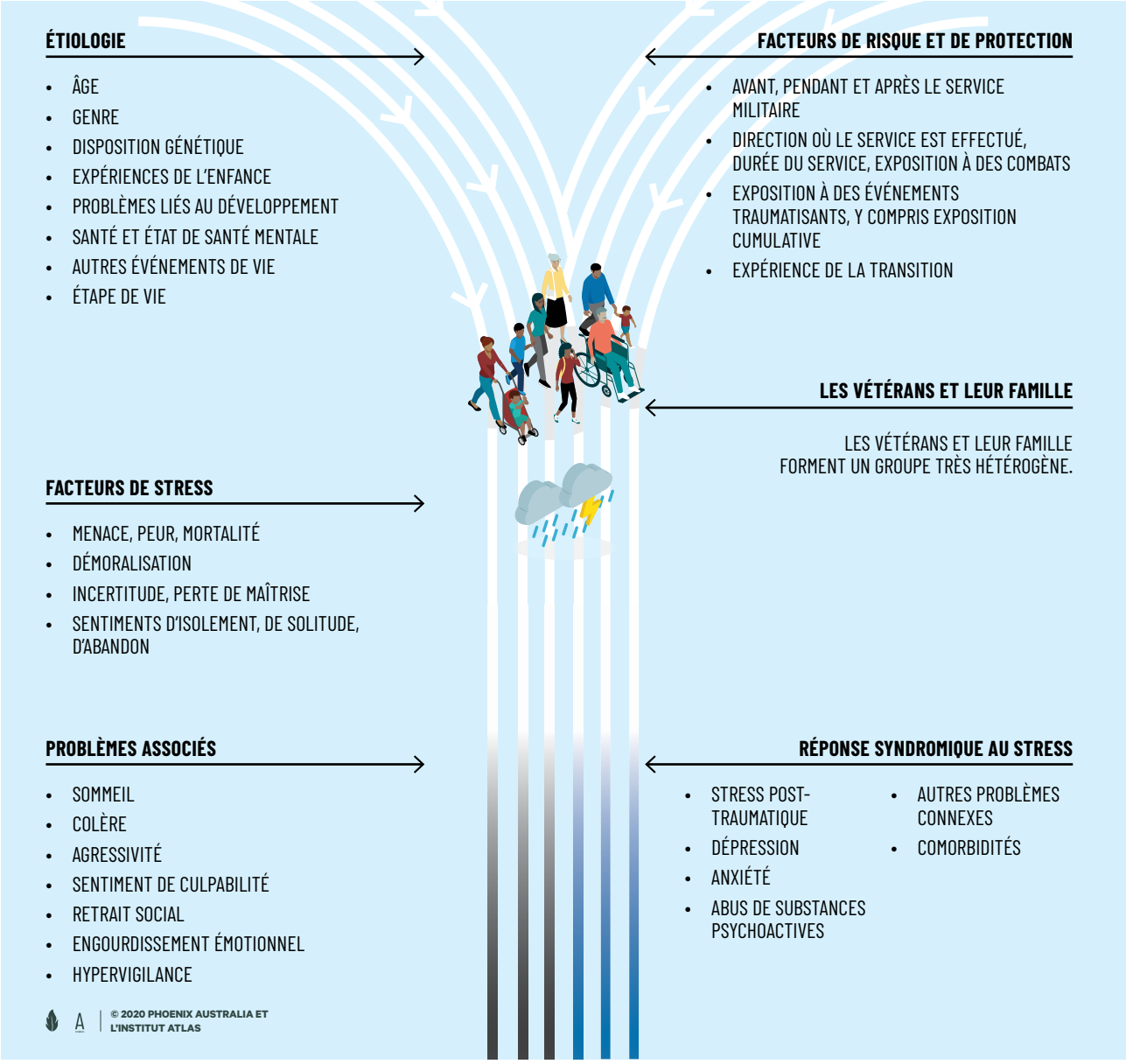


Figure 3 : Facteurs de stress, réponse syndromique au stress et problèmes associés sur la base des facteurs étiologiques, de risque et de protection

(Haller et Chassin, 2014; McFarlane, 2017; Scott et autres, 2013). C'est pourquoi il est important de mettre en place des systèmes et des services qui permettent l'identification précoce des symptômes et qui encouragent les vétérans à demander un traitement.

3.3.2 Les troubles de santé mentale post-traumatique

Par nature, les données associées à la prévalence se rapportent à des troubles diagnostiqués spécifiques. Comme nous l'avons vu précédemment dans cette section, ce domaine est complexe, les taux de prévalence variant considérablement en fonction d'une série de facteurs. Les différences méthodologiques reliées à la collecte de données compliquent encore plus la situation. Toutefois, nous vous présentons les conclusions clés concernant la prévalence des principaux problèmes psychiatriques, des tendances suicidaires et du TSPT, en particulier chez les vétérans.

Si le TSPT semble être le trouble mental affectant les militaires et les vétérans qui fait le plus l'objet de discussions, il ne faut pas oublier d'autres problèmes également importants, notamment les taux élevés d'anxiété, de dépression et de troubles liés à la consommation de substances psychoactives qui ont été largement étudiés. À l'échelle internationale, les chiffres relatifs à la prévalence des troubles mentaux chez les vétérans varient grandement, et ils sont généralement plus élevés que dans les échantillons communautaires comparables (Forbes et autres, 2019).

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – 5e édition* (DSM-5) indique que le TSPT présente quatre groupes de symptômes : 1) la réviviscence de l'événement traumatique, incluant des souvenirs envahissants et récurrents, des scènes rétrospectives (flashbacks) ou des rêves du traumatisme; 2) l'évitement intentionnel de tout ce qui rappelle les souvenirs traumatisants; 3) les altérations de l'humeur et/ou les cognitions, comme les sentiments d'anxiété, de tristesse, de honte ou de colère, les croyances négatives à propos de soi ou des autres, ou l'engourdissement émotionnel; et 4) l'hyperréactivité sous forme d'irritabilité, d'hypervigilance et de difficulté à se concentrer et à dormir (American Psychiatric Association, 2013). Le DSM-5 a également introduit un sous-type de symptômes dissociatifs qui se caractérisent par des niveaux élevés de dépersonnalisation ou de déréalisation.

Si le TSPT semble être le trouble mental affectant les militaires et les vétérans qui fait le plus l'objet de discussions, il ne faut pas oublier d'autres problèmes également importants.

Les critères de la Classification internationale des maladies (ICD-11) en ce qui concerne le TSPT sont, somme toute, plus simples et se concentrent sur trois groupes de symptômes, soit la réviviscence, l'évitement actif et l'hyperréactivité (Maercker et autres, 2013). L'ICD-11 inclut un deuxième diagnostic, le TSPT complexe, qui recoupe certains des symptômes globaux des critères diagnostiques du DSM-5 en matière de TSPT, comme les difficultés à gérer ses émotions et les croyances négatives à propos de soi et des autres. Si le trouble peut exister dans des formes plus légères, le TSPT chez les vétérans peut souvent devenir un trouble chronique, entraînant une altération fonctionnelle importante et une qualité de vie réduite (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013; Bruffaerts et autres, 2012; Schnurr et autres, 2009).

Une autre question importante soulignée précédemment est l'incidence élevée du TSPT qui apparaît tardivement chez les vétérans, souvent plusieurs années après le service militaire. Des résultats récents d'études australiennes ont mis en relief la signification de l'apparition d'une morbidité psychiatrique durant la période allant jusqu'à 5 ans après le service militaire (Lawrence-Wood et autres, 2019; Van Hooff et autres, 2018). Cette situation a d'importantes conséquences sur la façon dont les systèmes de services sont conçus dans le but d'identifier et de gérer la santé mentale des vétérans.

Il a été démontré que la perte traumatisante était associée à un risque accru de TSPT, les taux allant du double au triple dans les cohortes civiles. La perte traumatisante d'un proche, d'un ami ou d'un collègue est souvent reconnue comme étant plus pénible que d'autres types de traumatismes et, d'ailleurs, au sein des populations militaires, certaines données probantes indiquent des symptômes accrus de deuil compliqué, de TSPT et d'altération fonctionnelle chez ceux qui ont vécu le décès d'un collègue des forces

armées (Jongedijk et autres, 2019). Le trouble du deuil prolongé associé à cette situation est donc un problème important à considérer chez les vétérans.

Lorsque l'on examine les expositions traumatisantes qui surviennent dans l'environnement du déploiement ainsi que leurs conséquences, la question des traumatismes craniocérébraux (TCC) s'avère particulièrement pertinente pour les populations actuelles de vétérans, car les TCC représentent un important fardeau psychologique, social et fonctionnel, autant pour les vétérans que pour les personnes qui s'occupent d'eux (Brickell et autres, 2019b). Les expositions courantes qui surviennent dans l'environnement du déploiement (ex. : l'explosion d'engins explosifs improvisés) constituent un facteur de risque à l'égard des traumatismes craniocérébraux, et bien que des recherches approfondies aient été menées sur les TCC auprès d'échantillons de militaires, il est difficile d'en évaluer la prévalence en raison de la nature de ce type de blessure, du contexte où il survient ainsi que du niveau élevé de comorbidité avec des conditions comme le TSPT. Néanmoins, les taux de TCC chez les populations de vétérans sont plus élevés que dans la communauté et sont associés à des changements cérébraux structurels, physiologiques et/ou fonctionnels pouvant mener à des symptômes neurologiques, cognitifs et comportementaux immédiats et à plus long terme (Jeter et autres, 2013; Oehr et Anderson, 2017). Certaines données récentes montrent que même les TCC légers peuvent exposer les individus à un éventuel risque de morbidité physique et psychologique (Pietrzak et autres, 2013; Pietrzak et autres, 2014).

En ce qui concerne l'ensemble des troubles mentaux, les prévisions relatives à leur prévalence varient considérablement, malgré certaines tendances stables. De façon générale, les taux associés aux troubles anxieux (qui comprennent le TSPT) et à la dépression sont élevés, en particulier parmi les cohortes déployées. Les troubles liés à la consommation d'alcool montrent des tendances plus variables, les échantillons des forces armées du R.-U. et des É.-U. présentant en général des taux élevés

chez les militaires par rapport aux échantillons de la communauté, alors que les études de l'Australie, du Canada et de la Nouvelle-Zélande affichent des taux plus faibles au sein du personnel des forces actuellement en service.

Selon les données australiennes les plus récentes, la prévalence sur toute la durée de la vie des troubles mentaux courants (comme l'anxiété, les troubles affectifs ou la consommation d'alcool) est de 54,1 % chez les membres de l'ADF actuellement en service (McFarlane et autres, 2011). La prévalence sur 12 mois était de 22,0 %. Les troubles qui perdurent toute la vie les plus courants étaient les troubles liés à la consommation d'alcool (35,5 %), suivis par les troubles anxieux (qui comprennent le TSPT) et les troubles affectifs. Les troubles qui s'étalent sur 12 mois les plus courants étaient les troubles anxieux (14,8 %), suivis des troubles affectifs (9,5 %) et les troubles liés à la consommation d'alcool (5,2 %). De récentes données canadiennes recueillies auprès du personnel des forces régulières en service ont révélé des taux d'épisodes dépressifs majeurs au cours de la dernière année de 8,0 %, de troubles anxieux généralisés de 4,7 %, d'idées suicidaires de 4,3 % et de troubles de consommation d'alcool de 4,5 % (Rusu et autres, 2016). À l'exception des troubles de consommation d'alcool, tous les taux étaient supérieurs à ceux d'une population civile appariée.

Une étude du R.-U. portant sur une cohorte de 9 990 vétérans des forces britanniques et recourant à des mesures d'auto-évaluation a constaté une prévalence de tout trouble mental probable de 19,7 %, de tout trouble lié à la consommation d'alcool de 13,0 % et de tout TSPT probable de 4,0 % (Fear et autres, 2010). Dans un échantillon composé de membres du personnel militaire allemand actuellement en service, on a observé que les militaires non déployés présentaient une prévalence sur 12 mois plus faible à l'égard de tout genre de troubles que les civils (14,4 % c. 20,0 %), les taux étant légèrement plus élevés chez les militaires déployés avec 16,6 %, mais qui demeurent inférieurs à ceux de la communauté (Trautmann et autres, 2017). Concernant les troubles spécifiques et les différentes catégories de troubles, les troubles anxieux atteignaient 12,1 % des militaires déployés et 9,8 % des militaires non déployés. Les taux liés aux troubles de l'humeur étaient plus faibles avec 4,4 % des militaires déployés et 3,7 % des militaires non déployés, alors que les troubles liés à la consommation d'alcool atteignaient 3,4 % des militaires déployés et 2,3 % des militaires non déployés. Il est intéressant de noter que dans cet échantillon allemand, les taux associés aux différents troubles, toutes catégories confondues, étaient inférieurs à ceux de la population en général. Cependant, on a constaté que les militaires déployés qui étaient fortement exposés aux combats présentaient des taux élevés de TSPT et de troubles paniques ou d'agoraphobie, un résultat qui correspond à ceux obtenus dans les forces armées d'autres pays.

Il est important de noter que la transition du service militaire vers la vie civile est une période présentant des risques accrus de troubles mentaux. Des études menées à l'échelle internationale sur la prévalence des troubles mentaux ont révélé diverses estimations à cet égard parmi les populations de vétérans en transition : environ 25 % des vétérans ont déclaré souffrir d'un trouble mental quelconque, entre 13 % et 39 % d'un TSPT, environ 40 % d'anxiété, de 17 % à 41 % de dépression, et de 6 % à 38 % de troubles liés à la consommation de substances psychoactives (Dedert et autres, 2009; Fulton et autres, 2015; Sayer et autres, 2017; Seal et autres, 2007). Selon de récentes études australiennes, les taux sur toute la durée de vie et sur 12 mois à l'égard des troubles liés à la consommation d'alcool (47,5 %; 12,9 %), des troubles anxieux (46,0 %; 37,0 %) et des troubles affectifs (40,0 %; 23,1 %) se sont tous avérés considérablement plus élevés chez les militaires ayant récemment entrepris leur transition du service actif que chez les membres actifs de l'ADF (Van Hooff et autres, 2018). La prévalence sur 12 mois du TSPT (17,7 %) chez les vétérans en transition de l'ADF était plus du double que celle observée chez les membres de l'ADF actuellement en service.

Les estimations les plus précises liées au TSPT chez les vétérans indiquent notamment une prévalence d'environ 8 % sur toute la durée de la vie et de 5 % à l'heure actuelle (Forbes et autres, 2019), les taux étant considérablement plus élevés parmi les populations déployées et exposées aux combats (jusqu'à 35 %) ainsi que chez les militaires en transition (entre 13 % et 39 %). Comme on peut le constater par ces écarts, les estimations diffèrent grandement à l'échelle internationale. Par exemple, en Australie, la prévalence du TSPT sur toute la durée de la vie et sur 12 mois parmi les membres de l'ADF actuellement en service était de 16,9 % et de 8,3 %, respectivement (Van Hooff et autres, 2018). Selon des données canadiennes, la prévalence actuelle (sur 30 jours) du TSPT n'est que de 2,3 % (Rusu et autres, 2016). Des chiffres semblables

> Selon des études australiennes, des troubles liés à la consommation d'alcool, des troubles anxieux et des troubles affectifs se sont tous avérés considérablement plus élevés chez les militaires ayant récemment entrepris leur transition du service actif que chez les membres actifs.

ont été obtenus auprès d'échantillons des É.-U. et du R.-U. ayant recours à des données d'auto-évaluation : la prévalence de TSPT probable actuel était estimée à 2,4 % et à 4,0 %, respectivement (Fear et autres, 2010). Dans un échantillon composé de militaires allemands déployés et non déployés, les taux de TSPT sur 12 mois s'élevaient à 2,8 % et à 1,2 %, respectivement (Trautmann et autres, 2017). L'importante variation que l'on observe d'un pays à l'autre et d'une étude sur le TSPT à l'autre met en relief la difficulté de déterminer la véritable prévalence du trouble.

3.3.2.1 LES COMORBIDITÉS

La comorbidité constitue la norme plutôt que l'exception. Il est rare, par exemple, qu'un vétéran demande d'être traité seulement pour un TSPT. Ce dernier apparaît très couramment en comorbidité avec d'autres troubles de santé mentale comme la dépression, l'anxiété et les troubles liés à la consommation de substances psychoactives (Head et autres, 2016; Smith et autres, 2016).

La vaste combinaison de symptômes, comme l'inquiétude excessive, l'abus de substances psychoactives, la suicidabilité, l'insomnie, les cauchemars, l'engourdissement émotionnel, l'hypervigilance et la colère, exerce également une énorme pression sur les partenaires et les enfants. Il est évident que les systèmes de services de santé mentale établis à l'intention des vétérans et de leur famille doivent adopter une approche large du traitement de la morbidité psychiatrique.

Le problème de la comorbidité des troubles mentaux est important, car il constitue un indicateur de la gravité des troubles et représente un défi considérable pour l'obtention de résultats optimaux en matière de traitement, en particulier dans les cas où les troubles comorbides ne sont pas clairement définis dès le départ (Hruska et autres, 2014). Les conclusions relatives à la comorbidité des troubles mentaux chez les membres des forces armées qui quittent le service militaire actif ont des répercussions importantes d'un point de vue clinique, notamment la nécessité de mieux former les cliniciens militaires et civils sur les critères spécifiques d'un large éventail de troubles, au-delà de la dépression et du TSPT.

Comme nous l'avons vu précédemment dans cette section, on associe souvent le TSPT et d'autres troubles mentaux courants à une variété d'autres problèmes de santé. Des données très probantes démontrent le risque accru de troubles cardiovasculaires, métaboliques, inflammatoires et musculosquelettiques pour les patients atteints de TSPT, en plus d'une série de conditions chroniques de santé physique, de symptômes somatiques inexpliqués par la médecine et de douleur chronique couramment soulignés lors des présentations cliniques (National Institute for Clinical Excellence, 2018; Ryder et autres, 2018). En outre, les dysfonctionnements sexuels peuvent également constituer un problème important chez les personnes atteintes de TSPT (Letica-Crepulja et autres, 2019). Là encore, les niveaux élevés de morbidité physique imposent inévitablement du stress supplémentaire sur les relations interpersonnelles et l'unité familiale. Même si on comprend mal les liens de causalité entre le TSPT et la santé physique (McFarlane et autres, 2017), le fait que les vétérans atteints de TSPT présentent autant de problèmes de santé courants influence grandement la conception des services de santé. Selon des études approfondies, les symptômes et les conditions physiques peuvent en fait être les principaux problèmes observés chez les personnes touchées par le TSPT et d'autres troubles psychologiques (Nichter et autres, 2019).

Outre les symptômes psychologiques plus typiques, les nombreux symptômes et conditions de santé physique qui affectent les vétérans en particulier (comme la douleur chronique) suscitent un intérêt croissant. Des données probantes suggèrent que les facteurs de stress et les événements traumatisants peuvent avoir des effets physiques et psychologiques. Ainsi, lorsque l'on évalue les besoins en santé mentale, on ne peut isoler entièrement ces effets des problèmes de santé physique connexes (McFarlane et autres, 2017; Mota et autres, 2019).

3.3.2.2 LE PARCOURS DES TROUBLES

Concernant les symptômes et le parcours des troubles, plusieurs études récentes portant sur les trajectoires des symptômes au fil du temps révèlent un schéma global selon lequel la détresse symptomatique augmente avec le temps pour certains vétérans (Armenta et autres, 2019; Lawrence-Wood et autres, 2019; Porter et autres, 2017; Reijnen et autres, 2015). Une importante préoccupation – qui constitue un enjeu important pour tout système de services de santé mentale consacré aux vétérans – est que la plupart des vétérans ne demandent un traitement que plusieurs années après avoir quitté l'armée. Dans certains cas, cela peut s'expliquer par l'apparition tardive de la maladie. Les populations de vétérans et de militaires, par exemple, affichent les plus forts taux de TSPT avec apparition tardive (Andrews et autres, 2007). Concernant le TSPT en particulier, les données obtenues d'études de suivi longitudinales suggèrent que seule un peu plus de la moitié des personnes atteintes de TSPT finissent par se rétablir et plusieurs d'entre elles signalent des symptômes résiduels permanents (McFarlane, 2000; McLaughlin et autres, 2010; Perkonigg et autres, 2005). La gravité des symptômes et la comorbidité avec d'autres troubles mentaux et troubles liés à la consommation de substances psychoactives, ainsi que le nombre et le type de traumatismes subis, sont tous associés à un parcours plus chronique du TSPT (Kolassa et autres, 2010; McFarlane, 2000; Zlotnick et autres, 2004). Puisqu'une comorbidité élevée et des expositions multiples à des traumatismes sont des caractéristiques des vétérans ayant des problèmes de santé mentale, un parcours chronique est à envisager dans cette population. Si l'on ajoute ceci aux facteurs de risque de base mentionnés précédemment, on souligne l'importance de concevoir la santé mentale des vétérans d'une manière holistique, en reconnaissant que les vétérans les plus exposés à un parcours chronique et à un mauvais pronostic sont également susceptibles de présenter une constellation de risques (ex. : les jeunes hommes issus de minorités ethniques provenant de milieux socioéconomiques défavorisés).

L'identification précoce des symptômes et des troubles, ainsi que l'intervention précoce, sont essentielles pour atténuer le risque de chronicité. À cet égard, bien qu'une partie des cas de TSPT soient réellement apparus tardivement, il est possible que l'apparition ait en fait eu lieu plusieurs années plus tôt, et que le traitement n'ait été demandé que beaucoup plus tard, au moment où la condition est devenue chronique et accompagnée de divers effets sur les plans psychosocial et fonctionnel.

À l'appui de cette proposition, des conclusions d'études australiennes montrent qu'une grande partie des membres de l'ADF qui avaient quitté le service actif, mais qui n'avaient pas été libérés pour des raisons médicales, répondaient aux critères d'un trouble mental au cours des 12 mois précédents (c.-à-d. 62,3 % de ceux présentant un trouble affectif sur 12 mois et 70,5 % de ceux touchés par un TSPT sur 12 mois) (Van Hooff et autres, 2018). Bien qu'on puisse expliquer une partie de cette morbidité par l'apparition tardive et l'émergence de troubles, il est possible que plusieurs de ces personnes n'aient pas été orientées vers les fournisseurs de soins de santé mentale appropriés au moment de leur transition. Ainsi, une grande partie des militaires en transition de l'ADF qui répondaient aux critères d'un trouble mental sur 12 mois n'ont pas été inscrits sur la liste des clients du ministère des Anciens Combattants (DVA), ce qui signifie qu'ils ne recevaient aucun traitement financé par le Ministère (Van Hooff et autres, 2018). Cela soulève d'importantes questions quant à savoir si ces troubles sont apparus après la libération ou s'ils n'ont pas été déclarés ou identifiés lors de l'examen médical de libération. Dans l'ensemble, ces conclusions suggèrent qu'il est nécessaire de s'intéresser aux méthodes de dépistage, d'évaluation et de suivi des problèmes de santé mentale des militaires, et ce, avant et après la transition. Les données renforcent également l'importance de mettre en application une série d'initiatives visant à favoriser l'identification et l'intervention précoces, y compris pendant le processus de transition.

D'un point de vue positif, il est possible que le délai précédant la recherche de traitement soit en train de diminuer. Selon une récente étude canadienne, le délai de prise en charge pour la période de 2009-2010 était trois fois plus court que pour la période de 2002-2004 (Boulos et Zamorski, 2016). Des études du R.-U. suggèrent une augmentation du nombre de vétérans qui se résignent à demander de l'aide pour des difficultés liées à la santé mentale et une diminution relative des délais d'accès aux soins (Murphy et Busuttil, 2018). Par ailleurs, une étude de 2017 a révélé que la plupart des vétérans australiens ont sollicité des soins dans l'année qui a suivi l'apparition des symptômes, seuls 18 %

d'entre eux ayant attendu plus de trois ans avant de s'y résoudre (Forbes et autres, 2018). Malgré ces résultats encourageants, la participation précoce à un traitement efficace sera assurément un défi important pour tous les services de santé mentale consacrés aux vétérans.

3.3.2.3 LA SUICIDABILITÉ

La suicidabilité est un sujet qui suscite énormément d'intérêt et de préoccupation à l'égard des populations de militaires. Dans la plupart des juridictions, le taux de suicide parmi les membres actifs des forces est généralement inférieur à celui de la communauté civile, ce qui suggère la possibilité qu'il existe des facteurs de protection associés au service militaire actif. Toutefois, les risques augmentent dès que les personnes quittent le service militaire actif, le taux de suicide des anciens militaires étant généralement beaucoup plus élevé que celui de la communauté (Australian Institute of Health and Welfare, 2019). La suicidabilité au sens large (les idées, les plans et les tentatives) est également plus élevée chez les vétérans que dans les échantillons de militaires actuellement en service et de la communauté, bien que les recherches soient moins nombreuses à cet égard. À l'échelle internationale, la plupart des suicides réalisés en service surviennent chez les jeunes hommes des rangs inférieurs; les facteurs de risque s'étendent au-delà de la période de transition (Brooks et autres, 2019; US Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2019). Par ailleurs, certaines données probantes indiquent que les symptômes des troubles mentaux subsyndromiques peuvent accroître le risque lié aux idées suicidaires, ces dernières servant d'indicateurs de détresse et d'altération (Barr et autres, 2018; Brown et autres, 2020; Horwitz et autres, 2019; Richardson et autres, 2018). Selon d'autres données probantes internationales, les facteurs de risque liés à la suicidabilité incluent le genre et l'orientation sexuelle (Millner et autres, 2018), les déterminants sociaux négatifs liés à la santé (Blosnich et autres, 2020), la schizophrénie ou les troubles bipolaires (Harvey et autres, 2018), la consommation d'opioïdes ou de cannabis (Anestis et autres, 2019), les antécédents de suicidabilité (Lee et autres, 2018), la violence conjugale (Brignone et autres, 2018), le décès d'un proche par suicide (Bryan et autres, 2017), le harcèlement sexuel lié au service militaire (Griffith, 2019) et les initiations militaires (Kim et autres, 2019). Les facteurs associés à la protection contre la suicidabilité dans des cohortes militaires internationales comprennent la résilience (que l'on définit comme la résilience perçue, la tolérance à la détresse et le contrôle intentionnel), les liens avec la famille, le tempérament positif, les aptitudes de résolution de problèmes, la détermination, la spiritualité, la stabilité des finances et du logement et le fait d'avoir des animaux de compagnie et des passe-temps (Blow et autres, 2019; Kachadourian et autres, 2019; Kelley et autres, 2019; Simons et autres, 2020).

3.3.3 Les conséquences des troubles de santé mentale post-traumatique

Dans l'ensemble, les données probantes suggèrent que les taux associés aux troubles mentaux, toutes catégories confondues, ont tendance à être élevés parmi les populations de militaires et à augmenter de manière significative après la transition du service militaire actif. Cette période de transition est cruciale pour identifier les personnes qui présentent des risques à cet égard et pour les orienter vers les services et les interventions appropriés. Les taux élevés de troubles, non seulement dans le cadre du service militaire, mais pendant toute la durée de la vie, reflètent l'étiologie complexe de l'apparition, de la progression et du maintien des troubles mentaux. La tendance générale par rapport à l'augmentation des symptômes, des troubles et de la détresse sur toute la durée de la vie, ainsi que lorsque les militaires quittent les forces armées, met en relief la nécessité d'un système de soins qui adopte une approche fondée sur l'ensemble du parcours de la vie, qui inclut des points de contact pour le dépistage, l'évaluation et l'intervention aux périodes critiques et qui s'adapte aux changements relatifs aux niveaux de besoins et d'accès.

Outre les problèmes de santé physique et la comorbidité psychiatrique, les troubles mentaux sont couramment associés à des hauts niveaux d'altération fonctionnelle sur les plans social et professionnel (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013; Bruffaerts et autres, 2012; Schnurr et autres, 2009). À l'égard du fonctionnement social, les symptômes de base, par exemple, du TSPT et des problèmes connexes (comme le retrait social, l'hypervigilance et les réactions de sursaut, la colère et la consommation excessive de substances psychoactives) engendrent de nombreux problèmes pour les relations personnelles intimes. Chez les vétérans, le TSPT

est souvent associé à l'isolement social et à des relations instables, pouvant se transformer en violence verbale et même physique envers les partenaires et les enfants. Les niveaux élevés de troubles anxieux, notamment les crises de panique, l'agoraphobie et la phobie sociale, ont également été identifiés pour leur grande prévalence auprès des personnes en transition après un service militaire à temps plein.

En outre, l'émergence et la persistance des niveaux problématiques de colère et d'agressivité, seuls et combinés au TSPT, tout au long du service militaire et pendant la transition, ont fait l'objet de nombreuses études à l'échelle internationale. L'ensemble des conclusions obtenues renforcent la nécessité de mettre l'accent sur ces problèmes dans le cadre des services de santé mentale consacrés aux vétérans dans le but d'améliorer les résultats à la fois pour les vétérans et leur famille.

Par ailleurs, l'altération fonctionnelle professionnelle est courante chez les vétérans présentant des problèmes de santé mentale. Plusieurs causes peuvent entraîner cette altération au-delà de la morbidité psychiatrique. Par exemple, il est possible que le vétéran soit aux prises avec des problèmes physiques découlant d'une blessure ou d'autres problèmes de santé chroniques. Il peut également présenter une insuffisance ou un déséquilibre de ses compétences – un vétéran n'ayant servi qu'à titre de soldat peut avoir de la difficulté à trouver un emploi dans le secteur civil. Là encore, la difficulté à trouver un emploi exercera des pressions à la fois financières et psychologiques sur les vétérans et leur famille. Puisque les milieux de travail toxiques s'avèrent défavorables pour la santé mentale (Harvey et autres, 2017), on considère en général qu'il existe un lien positif entre un travail significatif et une meilleure santé mentale (Modini et autres, 2016).

3.4 Les besoins des familles qui soutiennent les vétérans à l'égard de leur santé mentale post-traumatique

Comme mentionné précédemment, pour parvenir à bien cerner les besoins associés à la santé mentale post-traumatique des vétérans, il faut comprendre leur relation et leur contexte familial plus large. Évidemment, le problème de santé mentale d'un être cher peut avoir des répercussions considérables sur la famille. Les relations avec le partenaire deviennent souvent tendues ou finissent par se dissoudre, sans compter que le problème de santé mentale du vétéran peut donner lieu à des difficultés importantes chez les enfants, en particulier lors des étapes sensibles du développement.

La famille peut être une importante source de soutien instrumental, social et émotionnel pour le vétéran, et son rôle diffère selon l'étape de vie de ses membres. Les membres de la famille peuvent faciliter la recherche d'un traitement et l'accès aux soins, assumer le rôle d'aidant principal pour ceux qui sont malades et blessés, et constituer une source d'expérience partagée.

3.4.1 La définition de « famille »

Ce cadre conceptuel fait appel à une définition de la famille qui est centrée sur le vétéran afin de saisir les multiples influences qu'exerce la famille sur les besoins liés à la santé mentale post-traumatique. Alors que cette définition inclut la « famille choisie » (les pairs, les amis, etc.), elle reconnaît aussi la diversité du paysage international à l'égard de la façon dont la famille est définie dans le cadre des soins de santé des vétérans, ainsi que les répercussions qu'elle a sur l'établissement des politiques et des modèles de financement.

L'objectif de ce document est de situer les vétérans dans le contexte de leurs proches qui ont une influence sur leurs besoins et leur accès aux soins et qui sont influencés par ces derniers, et non de fournir des recommandations précises sur ce qui constitue la « famille » aux fins des politiques et des modèles de financement. Par conséquent, ce cadre recourt à une définition large de la famille, qui inclut :

Les parents, les frères et sœurs, le partenaire ou conjoint, les enfants à charge et adultes, ainsi que les aidants (apparentés ou non), les amis et les pairs (Dunt et autres, 2019).

3.4.2 Les conséquences du service militaire sur la famille

L'incidence que peuvent avoir les vétérans et leur service militaire sur les membres de la famille est complexe et présente plusieurs facettes. La santé mentale et le bien-être des membres de la famille ainsi que l'unité familiale peuvent être affectés par une série de facteurs liés au service militaire. En général, ces facteurs ont des conséquences indirectes sur la santé mentale. Par exemple, plusieurs études ont révélé que le déploiement, les cycles d'affectation et l'accès aux services de soutien destinés aux membres des forces armées peuvent influencer l'emploi et la situation financière, l'accès aux services ainsi que la structure, le fonctionnement et les routines de la famille, de même que les interruptions des réseaux scolaire et social. Ces facteurs sont à leur tour associés à un bien-être psychologique global plus faible chez le conjoint ou partenaire et les enfants : des comportements malsains, notamment une mauvaise alimentation et un manque d'exercices ainsi qu'une consommation excessive d'alcool; des symptômes d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique; un niveau de colère élevé chez le conjoint ou partenaire; ainsi que des problèmes émotionnels et comportementaux chez les enfants à charge d'âge scolaire (Cramm et autres, 2019; Cramm, Norris et autres, 2019).

En particulier, le déploiement a été lié à une plus forte prévalence de problèmes comportementaux chez les enfants à charge des familles de militaires, bien que la majorité d'entre eux n'en soient pas affectés négativement (Lester et autres, 2010; McGuire et autres, 2012). La plupart des études ne mentionnent pas d'estimation précise de la santé mentale chez les enfants à charge. Toutefois, malgré les études de recherche relativement limitées dans ce domaine par rapport à leurs homologues civils, un examen de l'incidence du service militaire parental sur les résultats en matière de bien-être de l'enfant a révélé qu'une série de facteurs spécifiques au service militaire avaient eu une incidence sur la santé et le bien-être des enfants, notamment des difficultés émotionnelles et comportementales ainsi que des symptômes de dépression marqués (Blamey et autres, 2019).

Les conséquences du service militaire, notamment par l'exposition à des déploiements traumatisants, sur la santé mentale et le fonctionnement psychosocial des vétérans eux-mêmes peuvent également affecter indirectement les membres de leur famille. Certaines données probantes indiquent la présence élevée de problèmes de santé mentale parmi les membres de la famille immédiate des vétérans atteints de troubles comme le TSPT. Une méta-analyse de l'effet de l'exposition aux combats des vétérans et du TSPT sur la famille et les enfants a révélé des liens modérés entre les symptômes de stress post-traumatique du parent ou le TSPT et les difficultés familiales, les problèmes parentaux, le dysfonctionnement familial et les problèmes des enfants (Kritikos et autres, 2019). Certains liens ont également été établis entre l'exposition aux combats et les difficultés familiales et les problèmes parentaux, bien que ces derniers étaient moins marqués. Les chercheurs Giff et autres (2019) ont également constaté que le TSPT lié au déploiement était associé aux problèmes parentaux, à la fois chez les vétérans et chez leur partenaire.

> La famille joue un rôle capital dans le soutien de la santé mentale et du bien-être des vétérans. C'est pourquoi il est crucial de la faire participer aux systèmes de soins et à la prise de décisions concernant les soins.

On a constaté que les symptômes des vétérans avaient une incidence sur la dynamique du couple et les comportements parentaux des deux adultes et, par conséquent, sur l'unité familiale dans son ensemble. Les chercheurs Farero et autres (2019) ont établi des distinctions dans la façon dont la dépression et le TSPT des vétérans masculins étaient associés à des comportements indésirables chez leurs enfants à charge. Plus précisément, la dépression était associée à des problèmes comportementaux simultanés, alors que le TSPT était associé à des difficultés à plus long terme, deux ans après le déploiement. Les effets de la dépression peuvent se manifester par une parentalité désengagée et une distanciation émotionnelle au fur et à mesure que le vétéran affligé d'une dépression se replie sur lui-même. En ce qui concerne les effets

du TSPT, étant donné que ces symptômes peuvent apparaître tardivement suivant le déploiement et s'aggraver avec le temps, il est possible qu'ils ne commencent à affecter la famille que plus tard.

En raison des données probantes indiquant l'apparition de la détresse symptomatique chez les vétérans au cours des années suivant l'exposition aux combats, les résultats spécifiques à ces combats s'avèrent pertinents en matière d'intervention précoce et d'atténuation des risques. Ils suggèrent la nécessité de cibler l'unité familiale ainsi que les problèmes spécifiques découlant du déploiement et de l'exposition aux combats. Plus importants encore, ces résultats indiquent clairement la nécessité des services familiaux pour les vétérans présentant des symptômes de TSPT. Cela entraînera notamment l'adaptation des systèmes de services afin d'intégrer la question de la réintégration familiale et de la parentalité, ainsi que la mise en valeur de l'importance de s'engager à long terme à l'égard des vétérans et de leur famille, puisque les difficultés peuvent n'apparaître que plus tard. Les répercussions des problèmes de santé mentale prennent différentes formes et atteignent différents niveaux. Si les améliorations symptomatiques constituent le résultat visé, celles-ci ne se répercuteront pas nécessairement sur le bien-être et le fonctionnement de la famille s'il n'est pas spécifiquement ciblé.

Toute évaluation des besoins des vétérans et de leur famille en matière de santé mentale post-traumatique nécessite d'adopter une approche qui cible à la fois l'unité familiale ainsi que chaque membre individuel de cette unité. Ces données permettent d'indiquer la nécessité d'intégrer les familles dans tout examen des systèmes de soins et de services de santé destinés aux vétérans.

3.4.2.1 LE DYSFONCTIONNEMENT FAMILIAL ET LA VIOLENCE

Il est important d'analyser la question du dysfonctionnement familial et de la violence dans le contexte du service militaire. Comme mentionné précédemment, les taux élevés de violence et de dysfonctionnement au sein de la famille des vétérans atteints de TSPT et de dépression ont fait l'objet de nombreuses études. En plus des conséquences de la santé mentale des vétérans sur les relations intimes et familiales, les facteurs associés au contexte militaire sont également importants à considérer.

Un récent examen systématique de la violence conjugale parmi les militaires américains a permis d'identifier une prévalence élevée chez les personnes des deux sexes, la violence émotionnelle et psychologique étant la plus courante (Sparrow et autres, 2020). Une série de facteurs liés au service militaire ont démontré des connexions irrégulières avec le risque, notamment le service, le grade et le statut de transition. Par exemple, une étude a révélé des taux de prévalence plus élevés dans l'armée que dans les autres directions au sein desquelles le service est effectué, mais plusieurs autres études n'ont pas relevé ce type de lien. La moitié des études ayant examiné la violence conjugale par rapport au grade ont fait état de taux plus élevés chez les militaires des rangs inférieurs que chez les plus hauts gradés. Enfin, les taux de victimisation étaient beaucoup plus variés chez les militaires actuellement en service que chez les vétérans, les estimations présentant des écarts supérieurs beaucoup plus élevés. Les données sont également mitigées à l'égard du divorce au sein des populations de militaires, certaines études révélant des taux plus élevés que dans les échantillons de la collectivité (Pethrus et autres, 2019), alors que d'autres recherches indiquent des taux comparables dans les deux groupes (Karney et autres, 2012). Néanmoins, le divorce et la séparation de la famille sont associés à des niveaux de détresse élevés, ainsi qu'à certains troubles, dont la dépression et l'anxiété (Wang et autres, 2015).

Les facteurs de stress militaires – notamment les cycles d'affectation, la perte des réseaux de soutien ainsi que les contraintes liées aux finances, à l'emploi et au logement – ont tous été associés à une augmentation du dysfonctionnement familial, de la violence conjugale et de la maltraitance des enfants au sein des familles de vétérans (Ridings et autres, 2019).

3.4.3 Les besoins de la famille

Si le bien-être de la famille revêt une importance évidente pour la santé mentale et le bien-être des vétérans, on en connaît étonnamment peu sur la nature et la prévalence des besoins des familles des vétérans en matière de santé mentale et de bien-être.

Un défi particulier pour améliorer la santé mentale et le bien-être du conjoint ou partenaire et des enfants consiste à définir quels aspects de leurs problèmes et de leurs besoins sont imputables aux expériences et/ou aux comportements du vétéran et lesquels sont apparus sans rapport avec le contexte militaire.

Il est impossible de répondre véritablement à cette question, car les sensibilités individuelles interagissent avec la situation personnelle au moment de déterminer l'état de santé mentale. Bien que cela puisse devenir problématique dans certaines juridictions (certains services, par exemple, ne sont autorisés à offrir un traitement aux membres de la famille que si l'objectif réel est d'améliorer les résultats pour le vétéran), d'un point de vue clinique, il ne s'agit pas nécessairement d'un problème. Lors du traitement d'une personne, on doit examiner l'ensemble des facteurs au moment de formuler le cas et d'élaborer d'un plan de traitement.

3.4.3.1 LES FACTEURS STRUCTURELS DANS L'ÉVALUATION DES BESOINS DES FAMILLES

De façon générale, lorsque l'on évalue les besoins des familles, un certain nombre de questions liées aux systèmes et à la structure doivent être examinées de prime abord.

Outre les vétérans et les membres de leur famille eux-mêmes, la structure de leur ménage, leur situation financière et professionnelle ainsi que leurs responsabilités en matière de soins peuvent tous accroître le risque de dysfonctionnement familial, et ce, à tous les niveaux (Ridings et autres, 2019). Les chercheurs Cramm et autres (2019b) ont également mis en relief l'importance de la structure, des rôles et des routines de la famille par rapport à leur incidence respective sur la santé mentale des vétérans et des membres de leur famille. De plus, il est important de tenir compte d'une série de facteurs de protection, notamment un logement stable, un emploi sûr, une stabilité financière, le soutien social et le sentiment de maîtriser sa propre situation, ainsi que des facteurs généraux qui sont liés à l'exercice, à une bonne alimentation et au sommeil.

Lorsque l'on réfléchit au système familial, il faut également tenir compte de certains autres membres de la famille, comme les parents du vétéran, notamment pour le soutien ou la contribution qu'ils peuvent fournir en matière de santé mentale et de bien-être. Par exemple, les chercheurs Farero et autres (2019a) ont constaté qu'une relation solide entre les parents et le militaire était associée à de meilleurs résultats de santé mentale après le déploiement, chez les membres de la Garde nationale américaine. Certaines données indiquent également que les préoccupations des vétérans à propos de leur famille peuvent influencer leur santé mentale et leur bien-être (Sanders et autres, 2019).

3.4.3.2 LA NATURE ET LA PRÉVALENCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE (CHEZ LES FAMILLES)

Bien que la recherche sur la santé mentale des familles des vétérans soit relativement limitée, plusieurs études ont permis de fournir des estimations relatives à la santé mentale, à la santé comportementale et au bien-être, ainsi qu'aux problèmes affectifs et comportementaux du conjoint ou partenaire, des enfants à charge et des enfants adultes des vétérans. Par ailleurs, plutôt que de fournir des estimations de la prévalence générale, la plupart des études s'intéressent à la santé mentale des membres de la famille par rapport à une série d'indicateurs de risque et de protection, notamment des facteurs liés au service militaire comme les cycles d'affectation, le déploiement, les traumatismes liés au service militaire et la transition après le service militaire; des facteurs familiaux, comme les rôles, la structure et le fonctionnement de la famille; ainsi que la santé mentale des vétérans eux-mêmes.

Des études portant sur la prévalence des problèmes liés à la santé mentale et comportementale ainsi qu'au bien-être chez les conjoints ou partenaires des vétérans révèlent des données indiquant des taux élevés d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique; des symptômes comme la colère ainsi que les comportements présentant des risques pour la santé, dont la surconsommation d'alcool, une mauvaise condition physique et des problèmes de sommeil (Kulak et autres, 2019). Les chercheurs Kulak et autres (2019) ont constaté que les conjoints ou partenaires des vétérans présentaient des problèmes de santé liés à leurs comportements, indépendamment des antécédents de déploiement de leur partenaire, notamment la surconsommation d'alcool. On a également constaté que la colère était plus élevée chez ces derniers que dans la population générale, la plupart d'entre eux présentant des symptômes d'anxiété, et environ le tiers d'entre eux des symptômes de dépression. On a pu réaliser certains liens entre la consommation d'alcool et d'autres problèmes de santé mentale chez les conjoints ou partenaires.

Dans le contexte australien, la plupart des études de recherche portant sur la santé mentale et le bien-être des familles étaient axées sur les populations de vétérans ayant vécu des déploiements, et les conclusions se sont avéré mitigées. Cela est probablement dû aux différences méthodologiques observées dans la réalisation des études, notamment les contextes temporels (études contemporaines ou rétrospectives) et à la situation des vétérans, à savoir s'ils étaient actuellement en service ou non.

L'étude sur la famille Timor-Leste – Timor-Leste Family Study (TLFS) – n'a révélé aucune donnée probante indiquant une prévalence élevée de problèmes de santé mentale chez les conjoints ou partenaires de vétérans ayant vécu des déploiements (McGuire et autres, 2012), alors que l'étude sur les familles des vétérans du Vietnam – Vietnam Veterans Family Study (VVFS) – a constaté que les taux de troubles anxieux et de dépression récurrente sévère étaient plus élevés chez les conjoints ou partenaires des vétérans qu'au sein de la collectivité civile de l'Australie (O'Toole et autres, 2010).

Plus récemment, l'étude sur le bien-être de la famille – Family Wellbeing Study (FWS) –, qui fait partie du programme de recherche sur la transition et le bien-être – Transition and Wellbeing Research Programme –, a révélé que les conjoints ou partenaires présentaient une santé mentale semblable à celle de la population générale, bien que les parents aient déclaré de nombreux problèmes émotionnels et comportementaux chez leurs enfants à charge. Ces résultats concordent avec les recherches internationales montrant une prévalence élevée des problèmes émotionnels et comportementaux chez les enfants à charge d'âge scolaire des vétérans (Daraganova, 2019).

Les enfants adultes des vétérans ont fait l'objet d'études plus limitées, mais la VVFS a révélé des taux élevés d'anxiété, de dépression et de suicidabilité, notamment des idées suicidaires et des tentatives de suicide, chez les enfants adultes des vétérans ayant vécu un déploiement au Vietnam, par rapport à d'autres enfants adultes à la même époque, ce qui suggère que le service militaire peut également avoir des répercussions intergénérationnelles à plus long terme sur les membres de la famille. L'existence d'effets intergénérationnels des traumatismes est largement admise. Cette question devrait être envisagée au moment de répondre aux besoins actuels et futurs des familles des vétérans, en particulier dans le contexte où l'on connaît les expositions traumatisantes à survenir dans le cadre du service militaire.

Comme c'est le cas avec les besoins particuliers des vétérans, les besoins des familles devraient également être considérés dans une perspective qui tient compte de l'ensemble du parcours de la vie, y compris les besoins qui varient selon les différentes

étapes de vie. Un examen rapide des données probantes concernant la prestation de services de soutien aux familles des vétérans a permis de constater qu'il n'existe aucune approche universelle qui réponde aux besoins de toutes les familles (Lawn et autres, 2017). Il est nécessaire de mettre en place des cadres diversifiés et adaptés pour l'accès aux services et aux mesures de soutien. Les besoins psychosociaux des familles ont été négligés, mais ils sont d'une importance capitale dans le soutien aux vétérans et aux réseaux familiaux qui les entourent.

3.4.3.3 LES FAMILLES COMME SOURCE DE SOINS ET DE SOUTIEN

Lorsque l'on s'intéresse aux besoins des familles des vétérans en matière de santé mentale, la question de la prestation de soins s'avère particulièrement pertinente.

Les membres de la famille assument souvent le rôle d'aidant principal pour les vétérans atteints de problèmes de santé mentale. Il est important de noter que le fait de s'occuper de vétérans, en particulier s'ils présentent des problèmes de santé et des comorbidités importants, comme le TSPT, peut représenter un lourd fardeau pour les familles (Brickell et autres, 2019a). Le fardeau perçu entraîne des effets sur la santé physique et mentale ainsi que sur le bien-être des membres de la famille, c'est pourquoi il est primordial d'en tenir compte. Alors que les soins et les activités liées aux soins constituent en soi un fardeau important par rapport au temps qui doit y être consacré, les chercheurs Brickell et autres (2019a) ont constaté que la prestation de soins avait une incidence sur l'emploi et les finances, sur le temps consacré à prendre soin de soi et sur les responsabilités parentales, ce qui contribue à accroître le fardeau perçu.

Ces facteurs soulignent la nécessité d'aborder le fardeau indépendamment des besoins spécifiques liés aux troubles du vétéran. Les membres de la famille constituent également pour les vétérans l'une des principales voies d'accès aux soins. Un certain nombre d'études ont révélé que les besoins et les préoccupations des membres de la famille peuvent inciter les vétérans à demander de l'aide, et ces membres de la famille sont souvent ceux qui facilitent l'accès aux soins de santé (Forbes et autres, 2018).

Tout cela souligne l'importance de tenir compte des besoins des vétérans en matière de santé mentale dans le cadre des besoins de leur unité familiale. Malgré les données indiquant l'importance des systèmes familiaux pour les vétérans qui présentent divers besoins en matière de santé mentale, les besoins des familles ne sont pas bien définis ou sont souvent relégués aux systèmes de soins de santé.

L'accumulation de besoins non satisfaits peut avoir des conséquences désastreuses pour les membres de la famille ainsi que pour les vétérans, entraînant notamment une moins bonne santé chez les membres de la famille ainsi que des effets négatifs sur leur capacité à soutenir le vétéran de la famille (Brickell et autres, 2019a).

La famille joue un rôle capital dans le soutien de la santé mentale et du bien-être des vétérans. C'est pourquoi il est crucial de la faire participer aux systèmes de soins et à la prise de décisions concernant les soins. Les services et les mesures de soutien visant à mieux préparer les familles auront des effets bénéfiques sur les vétérans.

3.5 Résumé

Les troubles mentaux sont très répandus parmi les vétérans, touchant jusqu'à 25 % d'entre eux. L'étiologie des problèmes de santé mentale chez les vétérans est multidimensionnelle et la nature des problèmes de santé mentale est complexe, la comorbidité étant courante. Un système de soins répondant aux problèmes de santé mentale des vétérans doit adopter une approche holistique du bien-être, en mettant l'accent sur la prévention et l'intervention précoce ainsi que sur le traitement. Il doit également adopter une perspective longitudinale qui tient compte de l'ensemble du parcours de vie du vétéran, et selon laquelle la transition après le service militaire est reconnue comme une période de grande vulnérabilité pour l'apparition des problèmes de santé mentale. Le bien-être de la famille est essentiel au bien-être du vétéran, c'est pourquoi le système de soins doit répondre aux besoins du vétéran dans le contexte de sa famille, quelle que soit la composition de celle-ci pour l'individu à un moment précis, ainsi qu'aux besoins de la famille, pas seulement à ceux du vétéran.

Dans le contexte où les besoins des vétérans et de leur famille ont été déterminés, la prochaine section s'intéresse au système de services et de mesures de soutien actuel, et présente une vision pour l'avenir en matière d'optimisation des services de santé mentale pour les vétérans.

4 Le système actuel et une vision pour l'avenir

Cette section décrit comment les besoins définis dans la section précédente sont généralement satisfaits par le système de services et de mesures de soutien actuel. Puis elle explore les arguments en faveur d'un changement et énonce une vision d'un système encadrant les soins en santé mentale post-traumatique qui soit hautement performant. Un système auquel nous pouvons tous aspirer.

Principaux points de cette section :

Comme c'est le cas pour de nombreux systèmes de santé et de bien-être occidentaux, les mesures de soutien et les services offerts aux vétérans et à leur famille en réponse aux besoins en santé mentale post-traumatique s'inscrivent dans un système fort complexe et évolutif, dans lequel il est souvent difficile de s'y retrouver alors qu'il comporte un large éventail d'intervenants y exerçant de multiples fonctions.

Partout dans le monde, on s'entend pour dire que les systèmes de soins de santé actuels ne répondent pas de manière adéquate aux besoins des vétérans et de leur famille, et ce, dans pratiquement tous les domaines.

Certes, de nombreux pays offrent déjà de bons services et de bonnes mesures de soutien aux vétérans et à leur famille, mais les défis typiques auxquels ceux-ci sont confrontés demeurent importants, qu'il s'agisse notamment :

- de leur attitude en regard de l'autosuffisance et de leur volonté de répondre à leurs besoins particuliers par eux-mêmes;
- de leur réticence à obtenir des soins en raison de la stigmatisation autour des problèmes de santé mentale dont ils croient faire l'objet;
- des barrières à l'accès, notamment sur les plans administratif, géographique et économique, mais aussi à l'égard des horaires de travail, de la garde des enfants, de la culture, de l'ethnicité et de l'identité;
- de la planification inadéquate des traitements qui leur sont offerts, ce qui entraîne des réactions insuffisantes aux interventions, alors qu'ils auraient avantage à mieux cerner et comprendre les facteurs associés à la « réaction au traitement » ainsi que le calendrier du traitement;
- de la capacité restreinte des fournisseurs de services due à des problèmes tels que les pénuries de personnel, le roulement du personnel, les longues listes d'attente, les pressions liées à la charge de travail et le mauvais état des infrastructures matérielles;
- de l'inefficacité des traitements offerts, en raison notamment du manque d'engagement de la part des vétérans et de leur famille, de modes d'interventions inappropriés, d'un manque de fidélité des traitements, de problèmes de rétention, de questions de comorbidité, de chronicité et d'autres facteurs complexes;
- de la fragmentation et de la mauvaise coordination des services et des prestataires;
- du manque de données probantes quant aux traitements efficaces;
- de la contribution des familles et des pairs qui est souvent négligeable.

L'important fardeau sur les plans social, sanitaire et économique émanant des problèmes de santé mentale post-traumatique au sein de la communauté des vétérans plaide fortement en faveur d'un changement systémique en vue de relever les défis qui y sont associés et d'améliorer les résultats obtenus au bénéfice des vétérans et de leur famille.

De nombreuses données factuelles démontrent le coût-avantage de recourir à un traitement du TSPT et des états de santé mentale connexes

fondé sur des données probantes. Les données disponibles indiquent en effet qu'un système de soins en santé mentale post-traumatique efficace et efficient, à l'intention des vétérans, est susceptible de réduire la violence conjugale, l'éclatement de la famille, le taux de suicide, le chômage, l'itinérance et le nombre d'années de vie touchées par l'incapacité (moins d'années de vie en bonne santé perdues), ainsi que de favoriser des économies à plus long terme sur les coûts en matière de soins de santé et de soutien psychosocial.

Il y a manifestement lieu d'apporter des changements importants au système afin d'améliorer les résultats obtenus.

Nous proposons que la conception d'un futur système repose sur les sept principes suivants :

1. Le respect et la dignité
2. L'engagement et la participation
3. Un accès équitable
4. Une diversité des mesures de soutien
5. Des soins et des traitements de haute qualité
6. Des résultats globaux
7. Une responsabilité économique.

La conception du système met en relief les principales caractéristiques de ces principes, notamment les connaissances en santé mentale post-traumatique; le rôle des pairs et des intervenants revendiquant l'importance de l'expérience vécue; un modèle de soins échelonnés et adaptés comportant des services à divers niveaux; des ressources numériques ainsi que des voies d'accès à des systèmes de soins et de soutien plus vastes; le rôle de l'admission, de l'évaluation ainsi que du service de coordination des soins et d'orientation dans la structure de services; des réseaux d'excellence en matière de traitement sensibles à la collecte de données; le contrôle de la qualité et l'amélioration continue; le rôle des mégadonnées et des analyses avancées; ainsi que les modèles de financement et les mesures incitatives.

Un large éventail d'intervenants sont en mesure d'influencer la conception du système, son fonctionnement ainsi que les résultats obtenus au bénéfice des vétérans et de leur famille. La participation active de tous ces groupes d'intervenants à l'élaboration et à l'exploitation d'un système revisité de soins en santé mentale post-traumatique sera cruciale – aucun organisme ne peut à lui seul mettre en œuvre ce nouveau système intégré.

Le présent Cadre conceptuel ne vise pas l'élaboration en détails de tous les éléments de la conception future du système, et met plutôt l'accent sur l'une de ses composantes les plus fondamentales : les interventions et les traitements fondés sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes.

4.1 Les défis au sein des systèmes actuels encadrant les traitements et les mesures de soutien

Après avoir fait l'examen des besoins en matière de santé mentale post-traumatique chez les vétérans et des besoins plus généraux des familles qui les soutiennent, il importe de déterminer dans quelle mesure les systèmes traditionnels encadrant les services et les mesures de soutien répondent à ces besoins.

Il ne s'agit pas de faire l'analyse d'un système actuel en particulier, ni d'engager une réflexion ou d'émettre une critique au sujet des approches et des politiques courantes adoptées par divers pays. Il ne fait aucun doute que de nombreux pays, dont le Canada et l'Australie, offrent déjà de bons services et de bonnes mesures de soutien aux vétérans et à leur famille. Étant donné la nature du *Cadre conceptuel*, l'objectif est avant tout de décrire les défis typiques auxquels sont confrontés les vétérans et leur famille, et tels qu'ils les perçoivent au moment de chercher de l'aide.

Comme c'est le cas pour de nombreux systèmes de santé et de bien-être occidentaux, les mesures de soutien et les services offerts aux vétérans et à leur famille en réponse aux problèmes de santé mentale post-traumatique s'inscrivent dans un système fort complexe et évolutif, dans lequel il est souvent difficile de s'y retrouver alors qu'il comporte un large éventail d'intervenants y exerçant de multiples fonctions.

Partout dans le monde, on s'entend pour dire que les systèmes de soins de santé actuels ne répondent pas de manière adéquate aux besoins des vétérans et de leur famille, et ce, dans pratiquement tous les domaines. L'importance croissante accordée à la santé et au bien-être holistiques suivant une approche globale de la

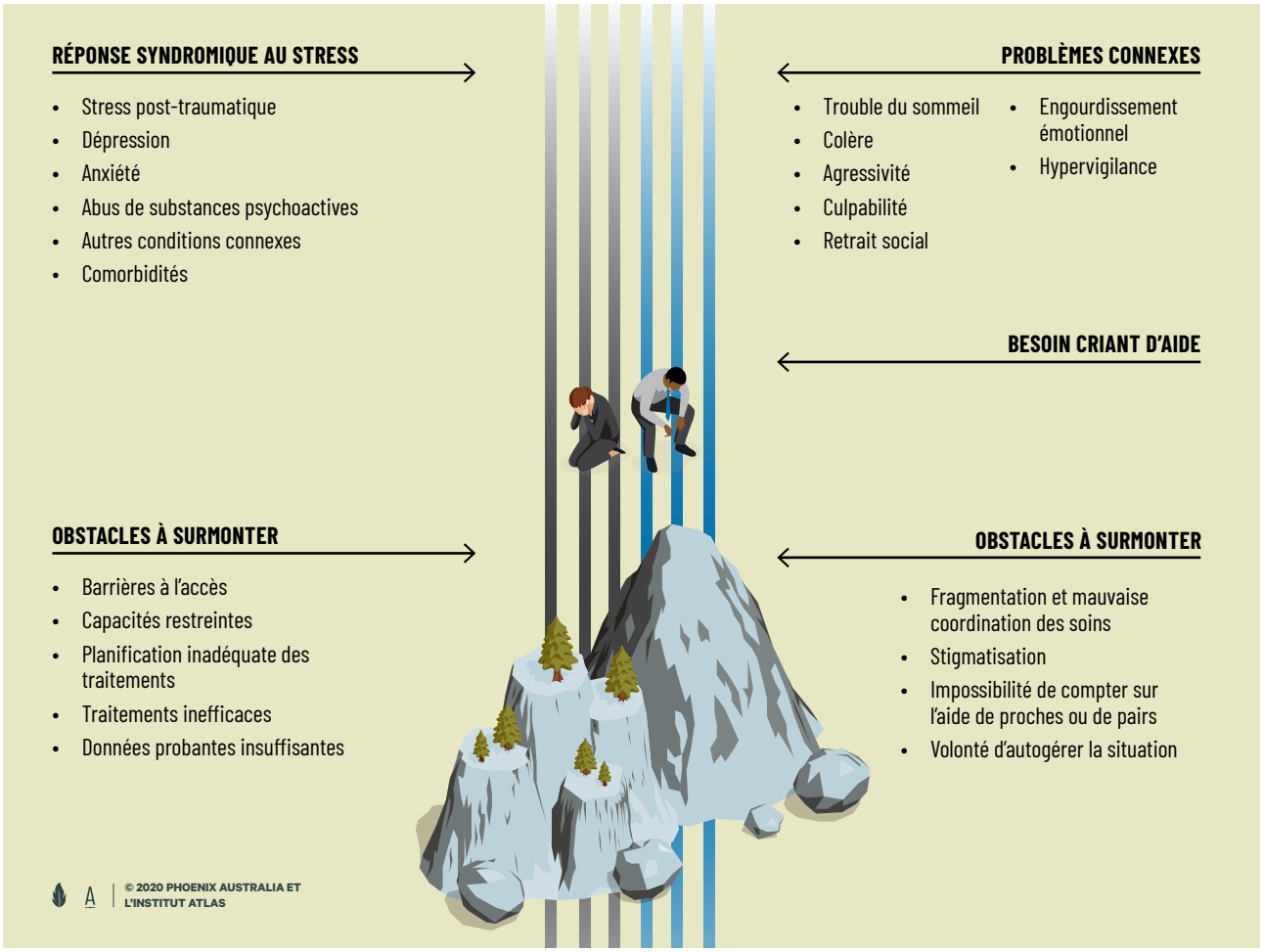


Figure 4 : Défis typiques rencontrés par les vétérans et leur famille dans les systèmes de soins actuels

vie, ainsi que la reconnaissance du rôle essentiel des familles, suggèrent qu'il est possible de faire nettement mieux dans une multitude de domaines. Voici les défis typiques auxquels sont confrontés les vétérans et leur famille :

4.1.1 La tendance à l'autosuffisance et à l'autogestion

On observe souvent chez les militaires une tendance à l'autosuffisance et à la volonté qui l'accompagne de gérer la situation par eux-mêmes. Certains vétérans peuvent également être réticents à recourir à des soins formels en santé mentale. Dans ce contexte, si le recours à des programmes de traitement et à des interventions efficaces constitue un élément fondamental des meilleures pratiques, il faut toutefois faire preuve d'une certaine souplesse dans l'utilisation de ces dernières auprès des vétérans. Bien que l'efficacité de certaines interventions demeure faible ou limitée (ex. : les thérapies animalières et les retraites pour vétérans), ou inférieure aux autres traitements de première ligne, elles peuvent néanmoins être utiles pour inciter les vétérans à se faire soigner. En outre, il appert que les sources de soutien non professionnelles constituent également un moyen efficace pour engager le dialogue avec ceux et celles qui, autrement, pourraient être réticents à recourir à des soins formels en santé mentale (Currier et autres, 2018).

Des recherches récentes ont démontré l'utilité de certaines applications mobiles et d'autres technologies, et ce, surtout en ce qui concerne l'autogestion. Celles-ci peuvent être utilisées non seulement afin d'encourager des comportements positifs susceptibles de favoriser une bonne santé mentale, comme l'activité physique, une bonne alimentation et de bonnes habitudes de sommeil, mais aussi, plus important encore, en vue d'établir des liens sociaux.

Cette approche est utile pour l'autogestion, et l'est tout autant pour la gestion partagée des soins avec un professionnel. Les données provenant des applications et des technologies prêt-à-porter pourraient être utilisées pour discuter des progrès du traitement, des réactions aux médicaments ou des soins fondés sur des données probantes, comme la thérapie cognitivo-comportementale, et en cas de rétablissement, pour déceler des signes avant-coureurs de rechute, comme des troubles du sommeil, un retrait de la vie sociale ou une réduction de l'activité physique.

La conception des services doit donc tenir compte de la façon de superviser et d'orienter la mise en œuvre des applications et l'utilisation de la technologie au sein du système de services. Aux États-Unis, ce défi a été relevé grâce à l'élaboration de lignes directrices sur les pratiques de santé mobiles et à la création d'une boutique d'applications accessible par le biais du ministère des Anciens Combattants, qui met en relief les applications s'adressant spécifiquement au personnel de la Défense et aux vétérans (https://mobile.va.gov) [Armstrong et autres, 2017].

4.1.2 La stigmatisation

On sait depuis longtemps que les préjugés négatifs au sujet des problèmes de santé mentale ont souvent pour effet de dissuader les gens de se faire soigner.

Une distinction est parfois faite entre la stigmatisation publique, où la culture dans laquelle la personne évolue a tendance à « punir » ledit comportement (ex. : les individus sont désavantagés s'ils admettent avoir des problèmes de santé mentale), et l'autostigmatisation, où les valeurs et les croyances de la personne sont heurtées par l'émergence de problèmes de santé mentale (ex. : avoir un problème de santé mentale signifie que je suis faible). Les militaires et les vétérans sont particulièrement vulnérables à ces deux types de réprobations : même si la culture militaire évolue et fait preuve d'une plus grande ouverture envers les problèmes de santé mentale, la personne qui en souffre est susceptible de continuer à intérioriser une certaine philosophie de combattant – soit le besoin de se montrer fort et indestructible, et de « ne pas laisser tomber ses camarades ». De tels jugements négatifs peuvent dissuader les individus de demander de l'aide en temps opportun pour des problèmes de santé mentale.

La stigmatisation chez les militaires et les vétérans peut générer diverses réactions, notamment la peur de perdre le respect de leurs pairs et de leurs supérieurs. À titre d'exemple, dans une enquête britannique portant sur la propension des gens à recourir à des soins en santé mentale, 44 % des militaires en service affirmaient que « les dirigeants de [leur] unité pourraient [les] traiter différemment » et 43 % estimaient qu'« [ils] seraient considérés comme faibles » (Sharp et autres, 2015). De nombreux vétérans et membres du personnel en service craignent que cela ait des répercussions sur leur carrière et leur situation financière, en plus de subir de la discrimination si d'autres personnes

devaient apprendre qu'ils ont des problèmes de santé mentale (Coleman et autres, 2017; Forbes et autres, 2018; National Institute for Clinical Excellence, 2018; Van Hooff et autres, 2012).

Les recherches suggèrent également que la stigmatisation est susceptible de causer davantage de problèmes aux officiers qu'aux militaires des autres grades, peut-être en raison de l'importante pression que ceux-ci s'imposent dans l'espoir de devenir de solides leaders (Van Hooff et autres, 2012). Il n'est peut-être pas surprenant par ailleurs que les personnes ayant un problème de santé mentale soient plus préoccupées par la stigmatisation que celles qui n'en souffrent pas (Van Hooff et autres, 2012). Or, si bon nombre de ces problèmes de stigmatisation peuvent être particulièrement préoccupants pour les militaires en service, ils le sont manifestement aussi pour les vétérans.

Sur une note plus positive, il semblerait que la stigmatisation ne soit pas un obstacle aussi important à la demande d'aide qu'il y paraît à première vue, du moins chez les militaires. Bien que les études soient nombreuses à souligner les préoccupations que suscite la stigmatisation chez les militaires, cela ne les empêcherait pas nécessairement de chercher de l'aide (Rafferty et autres, 2017; Sharp et autres, 2015). Un examen systématique récent du lien entre la stigmatisation et la demande d'aide a révélé que neuf études n'ont trouvé aucun lien entre la stigmatisation anticipée et les intentions de recourir à de l'aide, ou l'utilisation de services de santé mentale, alors que quatre études ont en fait constaté une relation positive entre ces éléments. Et contre toute attente, ceux et celles qui appréhendaient fortement de subir de la stigmatisation auraient continué à utiliser les services de santé mentale ou à chercher de l'aide (Sharp et autres, 2015).

Dans le même ordre d'idées, les convictions personnelles au sujet du traitement de la santé mentale – à savoir notamment si le traitement peut être utile – constituent également un obstacle à la recherche de soins, de nombreux vétérans estimant préférable de gérer leurs problèmes de santé mentale par eux-mêmes, sans intervention professionnelle (Bovin et autres, 2018; Coleman et autres, 2017; Rafferty et autres, 2017). Il existe un certain manque de confiance envers les services de santé militaires, notamment entourant les questions de confidentialité (Fikretoglu et autres, 2008), bien que, sur une note plus encourageante, les services à l'intention des vétérans sont ceux qui obtiennent généralement les taux de satisfaction les plus élevés de la part des vétérans (Forbes et autres, 2018).

Malgré certains résultats contradictoires concernant la stigmatisation en tant qu'obstacle à la recherche d'aide, elle demeure une composante importante à cibler lors des interventions, au même titre que l'est l'éducation quant aux avantages de recourir à un traitement.

Malgré certains résultats contradictoires concernant la stigmatisation en tant qu'obstacle à la recherche d'aide, elle demeure une composante importante à cibler lors des interventions, au même titre que l'est l'éducation quant aux avantages de recourir à un traitement fondé sur des données probantes dans le cas de problèmes de santé mentale post-traumatique. En effet, la plupart des services à l'intention des militaires et des vétérans proposent diverses interventions psychoéducatives visant à réduire la stigmatisation envers les problèmes de santé mentale et à encourager le personnel à demander de l'aide en temps opportun. Les programmes *Battlemind* aux États-Unis (Adler et autres, 2011) et *Trauma Risk Management* au Royaume-Uni (Greenberg et autres, 2011). en sont des exemples. Certaines données indiquent que ces programmes peuvent être efficaces. Par exemple, des recherches menées au Royaume-Uni ont révélé une réduction substantielle de la stigmatisation entre 2008 et 2011, ce qui suggère que les campagnes de lutte contre la stigmatisation pourraient avoir eu des effets positifs (Osorio et autres, 2013). Dans cette optique, l'une des priorités stratégiques fondamentales devrait être de cibler la communauté des vétérans et de leur fournir une psychoéducation afin de les sensibiliser aux problèmes de santé mentale et aux répercussions qu'ils peuvent avoir sur la famille, le fonctionnement sur les plans social et professionnel, la santé physique et la qualité de vie. Cette psychoéducation devrait également porter sur les attentes en matière de traitement, les avantages d'une aide professionnelle et la façon d'accéder aux services disponibles.

4.1.3 Les barrières à l'accès

Si l'on parvient à surmonter les obstacles à la participation des vétérans et de leur famille à un traitement – c'est-à-dire en les aidant à reconnaître qu'ils peuvent avoir un problème et à prendre la décision de demander des soins –, les obstacles liés à l'accès et à l'acceptabilité demeurent.

4.1.3.1 LA BARRIÈRE ADMINISTRATIVE

Il est souvent difficile pour les vétérans et leur famille de s'y retrouver dans l'offre de services de santé mentale compte tenu de la forte complexité du système qui les encadre (National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2018; Rafferty et autres, 2017). La potentielle méconnaissance en ce qui a trait à l'admissibilité, en particulier chez les membres de la famille, s'ajoute à la confusion quant à la manière de demander des soins et d'y accéder. Dans certains pays, les processus de demande s'avèrent complexes et frustrants pour de nombreuses personnes dont les capacités sont limitées en raison de problèmes de santé mentale. Des stratégies devraient donc être mises en place afin d'alléger le fardeau administratif qui pèse sur les vétérans qui veulent obtenir des soins.

4.1.3.2 LA BARRIÈRE GÉOGRAPHIQUE

Il peut également y avoir des problèmes d'accessibilité liés à la disponibilité des services dans la région des vétérans. Pire encore, certains endroits n'offrent tout simplement pas de services adaptés, ce qui est surtout le cas dans les zones rurales et éloignées. En outre, même lorsque des services sont disponibles d'un point de vue géographique, les vétérans et leur famille se heurtent parfois à d'autres problèmes d'accessibilité, notamment à des problèmes de transport (National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2018; Rafferty et autres, 2017). Il va sans dire que garantir l'accès aux services, quel que soit l'emplacement géographique, est d'une importance cruciale. Or, cela nécessite non seulement des moyens de transport appropriés, mais aussi, au besoin, d'autres approches, comme la télésanté, les traitements offerts sur Internet et les services de consultation par téléphone.

4.1.3.3 LA BARRIÈRE ÉCONOMIQUE

Bien que, dans de nombreux pays, les services de santé mentale pour les vétérans soient entièrement couverts sur le plan financier, le statut socioéconomique et la pauvreté demeurent souvent des obstacles à l'accès au traitement. En effet, les personnes qui ont du mal à satisfaire leurs besoins essentiels, comme se nourrir et se loger, n'accordent vraisemblablement pas la priorité aux besoins en matière de santé mentale. Les vétérans et leur famille ne sont pas toujours en mesure d'organiser ou de payer le transport pour se rendre à leurs rendez-vous, même si les frais encourus leur sont remboursés par la suite. De plus, s'ils sont en emploi, il ne leur est pas toujours possible de se libérer afin de recevoir un traitement, surtout lorsqu'ils occupent un travail faiblement rémunéré et précaire. Certains n'ont en outre pas les moyens de payer les médicaments essentiels à leur plan de traitement. En bref, la pauvreté et les ressources limitées sont susceptibles de rendre l'accès aux soins de santé mentale trop complexe, et de tels obstacles économiques doivent être abordés de manière proactive.

4.1.3.4 LA BARRIÈRE PRATIQUE

Les questions d'ordre pratique relatives à l'accès aux services de santé mentale, conjuguées aux exigences liées au rôle parental et aux heures de travail, constituent des obstacles potentiels particulièrement pertinents pour les jeunes vétérans (Lehavot et autres, 2013; Marmar, 2009; Yano et autres, 2010). En raison de leur âge, les jeunes vétérans sont plus susceptibles d'avoir une jeune famille et des engagements en matière de garde d'enfants, et ceux qui ont quitté le service militaire occupent souvent un emploi civil, ce qui risque de compliquer l'accès à de tels services pendant leurs heures normales de travail. De façon plus générale, les vétérans peuvent aussi avoir d'autres engagements concrets, notamment en matière de soins à des personnes âgées, qui entravent leur capacité et leur flexibilité d'accès aux services. Par conséquent, une amélioration de la souplesse des modalités de prestation de services (ex. : le recours à la télésanté) et l'augmentation de l'accès au-delà de la norme « 9 h à 17 h » constituent une étape importante en vue de garantir un accès équitable aux services.

4.1.3.5 LA CULTURE, L'ETHNICITÉ, L'IDENTITÉ

Les groupes minoritaires, quelles que soient leur origine ethnique, leur race, leur culture et eur identité, peuvent éprouver des difficultés à utiliser les services de santé mentale actuellement offerts aux vétérans (Hogan et Seifert, 2010). En effet, en raison de leur

besoins particuliers ni les compétences culturelles ou le langage appropriés (comme mentionné précédemment dans cette section). Par exemple, pour améliorer les résultats en matière de bien-être mental des vétérans issus des peuples autochtones et de leur famille, il faut avant tout s'attarder à des facteurs allant au-delà du traitement formel de la santé mentale, et notamment tenir compte de la culture, de la langue, du rôle des aînés et de la famille, et des croyances qui leur sont propres en matière de bien-être mental. Ainsi, une personne d'une confession religieuse particulière préfèrera peut-être consulter un prestataire qui partage et comprend ses croyances. Eliacin et autres (2019). insistent sur l'importance d'axer les soins sur le patient en donnant la priorité aux valeurs, aux besoins et aux objectifs de celui-ci, en vue de remédier aux disparités raciales et ethniques en matière de qualité des soins et d'accès aux soins de santé pour les vétérans appartenant à une minorité raciale ou ethnique. Plutôt que d'utiliser une approche uniforme, ce modèle de soins reconnaît l'ampleur des différences entre tous et tient compte de la situation et des expériences de chaque vétéran. Un certain nombre d'études récentes ont également examiné les obstacles en matière de soins chez les personnes ayant une orientation sexuelle ou une identité de genre minoritaire, et soulignent la nécessité que les services intègrent des compétences, une compréhension et une sensibilité aux diverses cultures qui soient adéquates pour en faciliter l'accessibilité et l'acceptabilité. Ainsi, chez les vétérans s'identifiant au groupe LGBT par exemple, leur identité LGBT (y compris les préjugés sociaux et institutionnels traditionnels qui y sont associés) et les politiques historiques anti-LGBT spécifiques à la culture militaire s'entrecroisent, ce qui renforce et aggrave les obstacles auxquels ce groupe est confronté (Valentine et autres, 2019). Or, ces préjugés et ces politiques historiques peuvent imprégner la culture des services existants, et donner l'impression d'un environnement hostile et peu accueillant, ce qui risque de réduire l'accès aux minorités sexuelles et de genre. En outre, en l'absence de formation et de sensibilisation explicite aux besoins et à l'expérience des personnes LBGT, et sans une compréhension appropriée de la culture militaire, les services offerts risquent d'être implicitement discriminatoires.

Dans l'ensemble, il y a encore peu de données probantes sur la meilleure façon d'aborder les questions de culture, d'ethnicité et d'identité dans les services de santé mentale, en particulier ceux qui sont axés sur les vétérans. Ainsi, en plus de tenir compte de ces divers éléments de l'identité de chaque vétéran dans la conception de tout service et système de traitement global, il faut également mettre l'accent sur une meilleure compréhension et une meilleure connaissance de la façon dont ces questions se posent spécifiquement chez les vétérans.

4.1.4 La planification inadéquate des traitements

Malgré les progrès considérables réalisés au cours des deux dernières décennies afin de mieux comprendre l'efficacité des traitements, il y a encore beaucoup à faire et à apprendre. Voici quelques-uns des défis auxquels sont confrontés les cliniciens dans la planification des interventions.

4.1.4.1 LES RÉACTIONS INSUFFISANTES AUX TRAITEMENTS

Il faut reconnaître que les résultats des traitements du TSPT et des états de santé mentale connexes chez les vétérans demeurent modestes par rapport aux résultats observés dans la communauté en général. Selon de récentes études, bien que 50 % à 70 % des vétérans souffrant du TSPT qui reçoivent un traitement psychologique fondé sur des données probantes et axé sur les traumatismes signalent une diminution appréciable de leurs symptômes, les résultats suivant le traitement se situent en moyenne au niveau ou juste au-dessus des seuils cliniques, et près des deux tiers des vétérans répondent toujours aux critères de TSPT après avoir suivi un traitement (Haagen et autres, 2015; Steenkamp et autres, 2015).

Les données montrent clairement que les interventions pharmacologiques (bien qu'elles constituent manifestement une composante du traitement) sont moins efficaces que les interventions psychologiques, surtout à long terme (Lee et autres, 2016; Merz, Schwarzer, et Gerger, 2019). Ces résultats quelque peu décevants soulèvent plusieurs questions importantes. Comment déterminer ce qui constitue une bonne réponse au traitement? Pourquoi certains vétérans réagissent-ils mieux que d'autres? Quelle devrait-être la réaction des cliniciens lorsqu'une personne est insensible au traitement? Que peut-on faire pour améliorer l'efficacité du traitement? Notre capacité de répondre à ces questions est limitée à ce stade, chacune d'entre elles constituant des axes pertinents pour la recherche future. Voici un aperçu des enjeux soulevés par ces questions.

4.1.4.2 LA DÉFINITION DE LA « RÉPONSE AU TRAITEMENT »

Il n'y a guère de consensus sur ce qui constitue une réponse appropriée au traitement et un rétablissement efficace. La plupart des études portant sur les résultats des traitements se concentrent presque exclusivement sur la réduction des symptômes, et utilisent des critères arbitraires comme l'évolution en pourcentage avant et après le traitement (ex. : réduction de 30 % de la gravité des symptômes), l'amélioration absolue (ex. : réduction de 10 points sur l'échelle CAPS), le bon fonctionnement en fin de traitement (ex. : notation en deçà d'un seuil de symptôme spécifié) et le retrait du diagnostic (Sippel et autres, 2018). Peu de ces approches, s'il en existe, n'ont pu être validées de façon empirique ou n'ont su démontrer une signification clinique. En effet, un vétéran (ou son partenaire) peut connaître une amélioration cliniquement significative sans pour autant répondre à l'une de ces définitions arbitraires ou, inversement, peut répondre à l'une des définitions sans toutefois ressentir de bénéfices cliniquement significatifs.

Les modèles contemporains de rétablissements adoptent une vision plus large et plus globale. Cette position sera examinée plus loin, mais elle soutient essentiellement que la réponse efficace au traitement doit aller au-delà de la simple réduction des symptômes, et inclure des facteurs tels que l'évolution dans un environnement de vie stable et sécuritaire, la participation à des activités significatives et la construction de solides réseaux sociaux. En effet, les modèles de rétablissement mettent fortement l'accent sur l'importance de la connectivité sociale comme facteur favorable à une bonne santé mentale et à la guérison. Quelles que soient les attentes envers le système encadrant les services de santé mentale à l'intention des vétérans, les résultats doivent à l'évidence aller au-delà de la simple réduction des symptômes et inclure également l'amélioration du fonctionnement et de la qualité de vie des vétérans au terme du traitement. Ces composantes plus générales de la réponse au traitement doivent se refléter dans l'utilisation de mesures appropriées des résultats. Bien que les recommandations concernant les meilleures mesures à adopter dépassent la portée du présent document, il est pertinent de noter que plusieurs tentatives ont été faites au cours des dernières années pour générer une liste « d'éléments de données communs », afin de faciliter les comparaisons entre les contextes cliniques et de recherche en matière de santé mentale des vétérans (Barnes et autres, 2019). Il sera important de s'appuyer sur ces travaux, dans le cadre d'une collaboration internationale, pour convenir des mesures les plus appropriées à adopter dans l'ensemble du système.

4.1.4.3 LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA RÉPONSE AU TRAITEMENT

Une meilleure compréhension de ce qui rend susceptibles les patients de répondre ou non au traitement permettra aux systèmes encadrant les services de santé mentale à l'intention des vétérans de structurer les interventions afin de mieux répondre aux besoins des vétérans et de leurs partenaires qui pourraient être « insensibles » au traitement. Bien que l'on n'ait accès qu'à peu de recherches de haute qualité dans ce domaine, les données préliminaires suggèrent qu'une meilleure réponse au traitement du TSPT peut être associée à divers facteurs, notamment au genre féminin, à des facteurs de protection sociale ou psychologique plus importants et à un niveau de scolarisation plus élevé, alors qu'une moins bonne réponse au traitement peut être associée à l'ethnicité, à un trouble de la personnalité avec comorbidité, à une intensité de la douleur plus importante et à une demande d'indemnisation en cours liée à l'invalidité (Sripada et autres, 2019). Une étude portant sur les indicateurs de la réponse au traitement chez les vétérans canadiens touchés par le TSPT a révélé que la dépression comorbide en était l'indicateur le plus significatif (Richardson et autres, 2014), Une étude australienne a quant à elle démontré que les vétérans chez qui coexistent à la fois un TSPT grave, une dépression et un sentiment de culpabilité étaient ceux qui répondaient le moins au traitement (Phelps et autres, 2018a; Richardson, Elhai, et Sarreen, 2011a). Au-delà de cela, cette question constitue manifestement une piste importante de recherche pour les études à venir et elle aura tout avantage à être intégrée à la pratique clinique courante et à la collecte de données.

Il est essentiel de tenir compte de la santé et du bien-être des vétérans dans le cycle de transition de la vie civile à la vie militaire, puis de nouveau à la vie civile, au moment de concevoir et de cibler les services. Comme discuté précédemment, les données disponibles montrent que la présence de troubles mentaux chez les vétérans ne se manifeste pas pleinement au cours de leur service militaire.

Les fournisseurs de services et les cliniciens doivent comprendre les trajectoires à long terme de bon nombre de symptômes, de douleurs et de comorbidités qui peuvent être observés dans cette population. Il faut également parvenir à établir une communication entre tous les éléments formant le système de services.

4.1.4.4 LE MOMENT IDÉAL

Il est généralement admis que plus tôt un problème de santé mentale est détecté et traité, meilleur est le résultat à long terme. Or, comme l'ont fait remarquer d'autres auteurs (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013), les données n'appuient pas nécessairement cette hypothèse lorsqu'il est question de l'efficacité du traitement du TSPT. À ce jour, seules deux études ont été conçues explicitement pour répondre à cette question, les deux n'utilisant qu'un délai de 12 semaines d'attente, et aucune d'entre elles n'a pu relever une différence entre les résultats obtenus chez les personnes recevant un traitement précoce et chez celles du groupe traité tardivement (Duffy et autres, 2007; Shalev et autres, 2012). De même, un examen rétrospectif des dossiers a révélé que la chronicité du TSPT n'était pas liée au résultat du traitement (Richardson et autres, 2014). D'autres études importantes portant sur les résultats du traitement du TSPT qui ont examiné cette question de manière rétrospective (c.-à-d. la durée de la maladie avant la recherche d'un traitement) sont généralement arrivées à la même conclusion (ex. : Gillespie et autres, 2002; Resick et autres, 2002). Bien que cela semble contre-intuitif, il est possible que les personnes qui retardent leur traitement soient certes bien différentes de celles qui cherchent rapidement à obtenir des soins, et peut-être que ces différences influencent leur aptitude à répondre au traitement. Cela revêt une importance particulière pour les vétérans qui, comme nous l'avons souligné dans la section précédente, ont tendance à laisser passer quelques années avant de rechercher un traitement. Ainsi, mieux nous comprendrons ce qui pousse ce groupe à éviter de se faire soigner, meilleures seront nos chances de régler le problème.

Il est important de noter qu'une intervention précoce pourrait être associée à de meilleurs résultats en matière de traitement de la dépression (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013; Ghio et autres, 2014) et, comme mentionnée précédemment, la dépression coexiste souvent avec le TSPT chez les vétérans. Il en va de même pour les troubles liés à la consommation de substances psychoactives (Timko et Cucciare, 2020), qui présentent également des taux de prévalence élevés chez les vétérans et qui sont parfois utilisées comme automédication afin de gérer les symptômes insoutenables. D'un point de vue clinique, on peut supposer qu'une maladie de plus longue durée sera associée à une panoplie d'autres problèmes sociaux et professionnels, ainsi qu'à une détresse importante. Par conséquent, il serait judicieux d'encourager les vétérans souffrant du TSPT à recourir à un traitement le plus tôt possible. De même, il serait avisé d'informer les vétérans ayant vécu un traumatisme il y a un certain temps que le traitement peut être efficace, quelle que soit la durée de la maladie.

Le moment idéal pour procéder à une intervention peut être envisagé dans une perspective de prévention. La prévention primaire vise à prévenir les maladies ou les blessures avant qu'elles ne surviennent. Dans le contexte militaire, les programmes de résilience psychologique et la formation préalable au déploiement, ainsi que le dépistage des problèmes de santé mentale pendant et immédiatement après le déploiement, en vue de procéder à des interventions préventives rigoureuses au besoin, en sont des exemples. Or, bien qu'un tel système ait du potentiel, il repose presque entièrement sur l'honnêteté du militaire dans sa réponse en lien avec les outils de dépistage. L'examen de la fiabilité et de la validité des programmes de dépistage de troubles de santé mentale dépasse la portée du présent document (Forbes et autres, 2019), mais le seul fait de reconnaître les limites d'un tel mécanisme permet d'en cerner les problèmes et justifie une intervention précoce. À titre d'exemple, une étude américaine sur le dépistage anonyme a révélé que les taux de dépistage étaient deux à quatre fois plus élevés lorsque l'on procédait à une enquête anonyme, comparativement aux enquêtes de routine. L'étude a conclu que les programmes de dépistage « ne parviennent pas à identifier la plupart des soldats ayant d'importants problèmes de santé mentale [traduction] » (Warner et autres, 2011). En outre, le dépistage pourrait éventuellement impliquer la détermination de certains biomarqueurs comme marqueurs de risque de TSPT (McFarlane et autres, 2017).

Ce problème de réticence à reconnaître les problèmes nuit également aux tentatives de prévention secondaire. La prévention secondaire vise à réduire les effets d'une maladie ou d'une blessure qui s'est déjà développée en la détectant et

en la traitant le plus tôt possible, afin de faciliter le rétablissement et le retour aux fonctions antérieures à la maladie, en plus de prévenir les problèmes à long terme. Une fois de plus, le fait que les vétérans mettent du temps à avouer à leur entourage (et, dans bien des cas, à se l'avouer à eux-mêmes) qu'ils ont des problèmes de santé mentale peut également compliquer l'intervention précoce à ce niveau. Les systèmes encadrant les services de santé mentale à l'intention des vétérans doivent donc s'occuper principalement de la prévention tertiaire, c'est-à-dire du traitement des maladies qui bien souvent sont devenues chroniques, et ce, dans le but non seulement d'en réduire les symptômes, mais aussi de traiter un ensemble complexe d'autres problèmes psychosociaux et physiques qui en découlent.

Cette brève discussion sur le défi d'intervenir le plus tôt possible en vue de minimiser l'importance des symptômes et des troubles fonctionnels met en relief la nécessité pour les systèmes encadrant les services de santé mentale de s'attaquer à ces obstacles en matière de soins. Il faudra inévitablement adopter une approche à plusieurs volets, et possiblement recourir à des programmes de psychoéducation, à une approche communautaire et à des programmes de soutien par les pairs, en plus d'offrir un soutien aux familles (sans qui, bien souvent, les vétérans n'auraient pas accepté de suivre un traitement). Ces questions feront l'objet d'une attention particulière dans la section suivante.

4.1.5 Les capacités restreintes

Les services de santé mentale peuvent eux-mêmes pâtir de problèmes, comme le manque de personnel et le roulement élevé du celui-ci, les longues listes d'attente, la cessation prématurée des services offerts par les fournisseurs (malgré des symptômes persistants) en raison de la pression exercée par la charge de travail, et de mauvaises infrastructures matérielles, telles que le manque de stationnement, un accès restreint aux transports publics et des installations inadéquates, ce qui rend les services inaccessibles, voire inacceptables pour les vétérans et leur famille. Dans certains pays, les longs délais d'attente peuvent dissuader les vétérans de demander des services auprès de fournisseurs spécifiques, mais aussi de manière plus générale. Par exemple, un vétéran cherchant à obtenir des soins pour un TSPT par le biais de prestations d'invalidité devra attendre près de 42 semaines en moyenne pour sa première demande (Anciens Combattants Canada, 2020).

En outre, la communauté des vétérans présente de multiples défis pour les services de traitement : la complexité des besoins qui lui sont propres est généralement élevée et, comme mentionnés précédemment, les vétérans réagissent souvent peu aux traitements. Par conséquent, certains systèmes de soins de santé (en particulier ceux qui ne sont pas dédiés aux vétérans) peuvent démontrer un certain manque d'engagement envers la santé mentale des vétérans et une réticence à chercher à relever les défis que ceux-ci présentent pour les cliniciens.

4.1.6 Le traitement inefficace

4.1.6.1 L'ENGAGEMENT

Les systèmes encadrant les services de santé mentale à l'intention des vétérans pourraient intégrer de nombreuses options afin d'améliorer l'efficacité des traitements au niveau du système, des établissements et des cliniciens sur le plan individuel.

Le premier défi est possiblement d'améliorer l'engagement : il peut être ardu d'amener les vétérans à se faire soigner, surtout au début de la maladie. Cela tient peut-être en partie au fait que les services et les mesures de soutien ne sont souvent pas conçus pour répondre à leurs besoins spécifiques. Près de la moitié des vétérans américains qui ont besoin de soins de santé mentale n'utilisent pas les services de santé mentale (du ministère des Anciens Combattants ou autres) [National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2018]. Encore plus nombreux sont ceux qui suivent un traitement qui n'est pas fondé sur des données probantes, alors que seulement 3 % à 4 % de l'ensemble des vétérans touchés par le TSPT suivent un tel traitement (Sayer et autres, 2017). Moins de 10 % des membres des FAC répondant aux critères d'un trouble mental au cours de la dernière année ont eu recours à un traitement auprès d'un fournisseur de soins de santé mentale, et la majorité d'entre eux ont déclaré avoir participé à cinq séances ou moins pendant l'année (Fikretoglu et autres, 2009). Environ 60 % des militaires en service au Royaume-Uni ayant un diagnostic de trouble mental ne sont pas à la recherche d'un traitement professionnel, la plupart ne reconnaissant pas le besoin de se faire soigner (Fikretoglu et autres, 2008; Sharp et autres, 2015; Stevelink et autres, 2019).

Le tableau est légèrement plus optimiste en Australie, alors que 84 % des membres de l'ADF ayant récemment fait une transition vers la vie civile et ayant un diagnostic de trouble mental ont demandé des soins, la plupart du temps auprès d'un professionnel de la santé mentale. Bien qu'il s'agisse d'un résultat satisfaisant selon les normes internationales et en comparaison avec leurs homologues civils, environ 25 % seulement de ceux qui ont des problèmes de santé mentale ont reçu des traitements fondés sur des données probantes au cours des 12 derniers mois (Forbes et autres, 2018). Malgré des signes encourageants voulant que les vétérans tardent moins de nos jours à recourir à des traitements que dix ans plus tôt (Boulos et Zamorski, 2016; Forbes et autres, 2018; Murphy et Busuttil, 2018), l'engagement des vétérans (et de leur partenaire) dans un traitement demeure un défi important pour tous les fournisseurs de services de santé mentale destinés aux vétérans. Le processus d'engagement dans un traitement comporte plusieurs étapes – reconnaître le problème, décider de se faire soigner, accéder aux soins et maintenir le traitement – et des solutions différentes pour chacune d'entre elles. Dans le contexte australien, bien que l'on observe des taux d'engagement initial et d'utilisation des services de santé mentale raisonnablement élevés chez les vétérans, on constate un sous-engagement dans les traitements fondés sur des données probantes (Forbes et autres, 2018). Cela est attribuable à une accumulation de facteurs qui surviennent à chacune des étapes du processus de recherche d'aide en ce qui a trait à l'engagement, au maintien du traitement et à l'offre de soins axés sur les meilleures pratiques, et démontre la nécessité de renforcer les systèmes à chacun des points de contact. Une réflexion entourant les stratégies visant à renforcer l'engagement est présentée ci-après. En outre, il est prouvé que la prévalence de troubles mentaux demeure importante malgré le recours à des soins de santé. Cela soulève d'importantes questions sur la disponibilité des traitements fondés sur des données probantes qui peuvent être offerts et fournis à cette communauté ainsi que sur les limites des traitements actuels fondés sur des données probantes.

4.1.6.2 LE MODE DE PRESTATION DE SERVICES

Le rapport « Pathways to Care » (Accessibilité aux soins) présente un tableau intéressant des types de modes de prestation de services qui sont privilégiés (Forbes et autres, 2018). Par exemple, bien qu'environ 50 % des participants à cette étude disaient préférer recevoir des renseignements sur la santé mentale en personne, environ 30 % des membres de l'ADF en transition et des membres réguliers interrogés ont déclaré un intérêt et une préférence pour les renseignements fournis en ligne, les membres en transition ayant notamment tendance à accéder à ces informations tard le soir ou la nuit.

Cette constatation se révèle pertinente pour les praticiens et les décideurs, car cette approche a généralement été présentée comme un moyen rentable de fournir des services, et il est clair, d'après les données, qu'elle est également considérée comme pratique et non stigmatisante, en plus d'offrir la possibilité de choisir la façon de se renseigner et le lieu où le faire.

Il est prouvé que la prévalence de troubles mentaux demeure importante malgré le recours à des soins de santé. Cela soulève d'importantes questions sur la disponibilité des traitements fondés sur des données probantes qui peuvent être offerts

Aux vues de ce qui a été évoqué précédemment, le mode de prestation doit également tenir compte de la culture et des questions identitaires. Ces facteurs peuvent influencer les types de traitements et de services privilégiés auxquels on a accès. L'enjeu d'équité en matière de connaissances et de production de données probantes est ici important. En santé mentale, les modalités des traitements actuels sont principalement axées sur une clientèle anglophone, et les pratiques fondées sur des données probantes en témoignent. Bien que cette situation soit portée à évoluer avec l'intensification des recherches sur diverses interventions d'appoint – la méditation de pleine conscience basée sur des méthodes traditionnelles orientales en étant un exemple –, il importe de reconnaître davantage les rôles que jouent la culture et l'identité dans les choix de traitements et de services à privilégier.

4.1.6.3 LA FIDÉLITÉ DU TRAITEMENT

La recherche sur les traitements efficaces en santé mentale a fait beaucoup de chemin au cours des 20 dernières années, et il existe aujourd'hui des traitements fondés sur des données probantes pour la plupart des maladies à forte prévalence (y compris pour le TSPT) susceptibles d'aider la plupart des vétérans (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013; Bernardy et autres, 2017; National Institute for Clinical Excellence, 2018). Or, si la fidélité du traitement peut être raisonnablement assurée au cours des essais cliniques (grâce à des contrôles réguliers effectués par des experts dans le traitement), ce n'est pas nécessairement le cas dans la pratique clinique de routine. Au contraire, les cliniciens formés pour des approches spécifiques de traitement du TSPT chez les vétérans (ex. : l'exposition prolongée et la thérapie du processus cognitif) ont tendance à s'éloigner du protocole de traitement au fil du temps. Cela peut être justifié par une décision fondée sur un jugement clinique (qui peut être valable ou non), ou par un simple manque d'engagement du clinicien envers l'approche thérapeutique. Quoi qu'il en soit, il est important que les systèmes encadrant les services de santé mentale à l'intention des vétérans élaborent des stratégies appropriées afin d'assurer la fidélité du traitement après la formation, telles qu'une supervision et des consultations régulières auprès des thérapeutes. Cette question sera traitée plus en détail dans la section suivante.

4.1.6.4 LA RÉTENTION

Par extension, la discussion sur l'engagement nous amène à la question de la rétention : si les vétérans acceptent de s'engager à suivre un traitement, s'y investiront-ils suffisamment longtemps pour que celui-ci leur soit bénéfique? Comme indiqué plus tôt, parmi les peu nombreux (9,1 %) membres des FAC souffrant de troubles mentaux ayant eu recours à un traitement, la majorité disait avoir participé à seulement cinq séances ou moins au cours de l'année précédente (Fikretoglu et autres, 2009) et la situation est similaire dans d'autres pays. Une étude menée récemment aux É.-U. a révélé que près de 40 % des vétérans qui ont entamé un traitement fondé sur des données probantes (thérapie par exposition prolongée ou thérapie du processus cognitif) ont abandonné le traitement prématurément, et qu'environ 25 % de ceux-ci abandonnent après seulement une ou deux séances. Bien que de nombreuses recherches se soient penchées sur les raisons d'un tel abandon, peu de résultats cohérents ont pu être obtenus, si ce n'est que les jeunes vétérans étaient plus susceptibles d'abandonner que les vétérans plus âgés (Eftekhari et autres, 2019; Kehle-Forbes et autres, 2016). Une étude qualitative récente portant sur les raisons pour lesquelles les vétérans mettaient fin prématurément à leur traitement a toutefois relevé plusieurs facteurs, notamment le manque d'adhésion au bien-fondé du traitement ou aux tâches spécifiques de la thérapie, la conviction que le traitement ne fonctionne pas, des problèmes d'alliance, le passage à un autre traitement, le fait que le traitement génère trop de stress ainsi que des obstacles pratiques (Hundt et autres, 2018). Quelles qu'en soient les raisons, il est clair qu'il faudra s'attaquer au problème d'abandon prématuré des traitements afin d'offrir des services de santé mentale aux vétérans mieux adaptés.

4.1.6.5 LA GESTION DE LA COMORBIDITÉ, DE LA CHRONICITÉ ET D'AUTRES ÉLÉMENTS COMPLEXES

Comme cela a été souligné précédemment, la comorbidité est la norme plutôt que l'exception chez les vétérans souffrant de problèmes de santé mentale. Bien que les données demeurent contradictoires, il semble que les affections comorbides préexistantes, telles que la dépression, l'abus de substances psychoactives, l'anxiété, la culpabilité et la colère, peuvent avoir un effet

négatif sur la réaction au traitement du TSPT (Phelps et autres, 2018a; Richardson et autres, 2014; Richardson et autres, 2011a). D'importantes recherches ont été publiées sur le traitement du TSPT dans le contexte de troubles comorbides en toxicomanie chez les vétérans, les conseils étant généralement de traiter les deux affections simultanément (Back et autres, 2019; Najavits et autres, 2018). Cependant, la plupart des systèmes et des programmes de traitement ne sont pas conçus pour traiter des maladies concomitantes. Il est donc surprenant que les cliniciens disposent de peu d'indications, que ce soit dans la documentation de recherche ou dans les principales directives thérapeutiques, sur la manière et le moment à privilégier pour gérer les affections comorbides. De même, de nombreux vétérans présentent des maladies chroniques. Cela signifie presque inévitablement que d'autres aspects de la vie du vétéran – notamment ses relations, son emploi, sa santé physique, etc. – ont été considérablement affectés par le temps investi dans un traitement. Là encore, les cliniciens doivent composer avec peu de données probantes quant aux approches à adopter pour gérer les problèmes de santé mentale dans un tel contexte. Ils doivent s'en remettre à leur jugement clinique et faire preuve de bon sens. Une approche psychosociale plus large du rétablissement et du bien-être mental est donc tout indiquée lorsqu'interviennent les maladies chroniques, les affections comorbides et d'autres états empreints de complexité.

4.1.7 LA FRAGMENTATION ET LA MAUVAISE COORDINATION DES SOINS

Les systèmes encadrant les services de santé mentale à l'intention des vétérans varient énormément d'un pays à l'autre. Certains pays, comme les États-Unis, offrent des services de santé très complets et adaptés aux vétérans, spécialement conçus pour leur fournir des soins à plusieurs niveaux. D'autres, comme le Royaume-Uni, n'offrent que très peu de services spécifiques aux vétérans, voire aucun, et encouragent plutôt les vétérans à se tourner vers les services de santé publics et de santé mentale traditionnels. Le Canada et l'Australie ont une offre plus diversifiée et donnent accès aux vétérans touchés par des problèmes de santé mentale à la fois à des soins de santé mentale spécifiques aux vétérans et à des soins de santé mentale généraux (ex. : la possibilité d'accéder à des psychiatres et à des psychologues communautaires). Cependant, quel que soit le système, tous ces modèles font face à un défi de taille en matière de coordination des soins destinés aux vétérans et à leur famille. Il existe en fait de multiples points d'entrée et de passage dans tous ces systèmes. Il s'avère donc fort difficile d'assurer une communication efficace entre les différents niveaux d'intervention, qu'il s'agisse de la gravité du problème (légère, modérée ou sévère), de sa chronicité et de son niveau de complexité (un diagnostic unique aigu comparativement à un diagnostic complexe avec problèmes multiples) et de la façon dont se présente le problème (ex. : TSPT, toxicomanie, problèmes relationnels et besoin d'une aide professionnelle). Une coordination inadéquate des différents prestataires, cadres d'intervention, objectifs de traitement, et plus encore, compromettra inévitablement la qualité des soins, et les vétérans les plus vulnérables et les moins bien soutenus pourraient bien être échappés. Il incombe donc aux systèmes encadrant les services de santé mentale à l'intention des vétérans d'optimiser les modèles de coordination des soins afin de faciliter la communication entre les prestataires, les vétérans et leur famille.

Alors que les systèmes mixtes (ex. : destinés aux vétérans ou à la population en général, hospitaliers ou communautaires) présentent des avantages pour ce qui est d'offrir un choix aux vétérans et à leur famille, ils sont par ailleurs susceptibles de créer des problèmes. Ainsi, les divers services et/ou cliniciens agissant à titre individuel risquent de percevoir une certaine concurrence entre eux et de ne pas toujours agir dans l'intérêt fondamental de la communauté des vétérans. Il existe également un risque de duplication des services, à la fois sur le plan géographique et dans le contexte particulier d'un patient vétéran. À une époque où les ressources sont limitées, il est important de tenir compte de ces facteurs lorsque l'on examine la rentabilité des différents systèmes encadrant les services de santé mentale à l'intention des vétérans.

Dans certaines juridictions, c'est notamment le cas du NHS (service national de santé) du Royaume-Uni, les soins de santé pour les vétérans, qu'ils soient en service ou en transition, sont intégrés dans le système de santé publique. Aux États-Unis, les soins aux vétérans relèvent de la compétence du ministère des Anciens Combattants, qui supervise un système de santé intégré fournissant des soins dans plus de 1 200 établissements. Plus récemment, afin d'augmenter les options de soins pour les vétérans, cette compétence a été élargie en vue d'inclure l'option de soins financés par le ministère des Anciens Combattants au sein de la

communauté. Cela signifie qu'il existe actuellement un réseau complexe et diversifié de fournisseurs de soins provenant à la fois du ministère des Anciens Combattants et de la communauté, et que les vétérans ont la possibilité de décider vers qui se tourner pour obtenir des services (Greenstone et autres, 2019).

En Australie, la structure actuelle de prestation de services de santé pour le personnel et les vétérans de l'ADF varie en fonction du fait que le membre est en service actif ou non. Il y a une rupture critique entre les services de santé dont dispose le militaire actif et ceux qui lui sont offerts pendant et après sa transition. L'un des aspects importants est que les services offerts par le DVA pendant et après la transition sont financés par les systèmes de rapatriement sanitaire dont les critères d'admissibilité sont très spécifiques. Cela signifie qu'ils ne sont accessibles qu'aux personnes ayant certains droits et qu'ils sont probablement sous-utilisés en raison de leurs différents règlements et modes de financement. Malgré le déploiement d'importantes initiatives, comme la « carte blanche » permettant d'accéder à un traitement gratuit pour tout problème de santé mentale, le Transition and Wellbeing Research Programme (programme de recherche sur la transition et le bien-être) [Forbes et autres, 2018; Van Hooff et autres, 2018] a constaté qu'un pourcentage important d'anciens membres de l'ADF (et même de certains membres actuels) utilisaient principalement les services de santé financés par le système de santé publique australien ainsi que les soins financés par une assurance maladie privée. Cette déconnexion entre les divers services de santé que peut utiliser un vétéran au cours de sa vie est susceptible d'entraîner à la fois un accès réduit aux services et un faible recours à des soins fondés sur des données probantes.

Au Canada, les membres des FAC passent d'un système de santé hautement spécialisé et géré par le gouvernement fédéral, les Services de santé des Forces canadiennes (SSFC), à un système de santé provincial financé par l'État en fin de carrière (Aiken et autres, 2016). Les vétérans des FAC peuvent bénéficier de prestations de maladie additionnelles de la part d'Anciens Combattants Canada (ACC), toutefois, seulement 35 % des vétérans des Forces régulières affirment recevoir de telles prestations (Thompson et autres, 2014). Environ le tiers des clients d'ACC sont des vétérans ayant servi en temps de guerre, le tiers sont des familles survivantes de vétérans, et 27 % sont des membres ou des vétérans des FAC (Anciens Combattants Canada, 2014). La transition à la vie civile constitue déjà une adaptation difficile pour près du quart des vétérans, et cette difficulté est susceptible d'être exacerbée par les défis inhérents à la recherche de services de santé appropriés au sein du système provincial suivant une transition du système fédéral (Thompson et autres, 2011).

4.1.8 Les lacunes en matière de données probantes

Comme nous l'avons vu précédemment, si des progrès substantiels ont été réalisés ces dernières années en ce qui concerne le traitement des problèmes de santé mentale chez les vétérans, il existe toujours d'importantes lacunes en matière de données probantes.

Compte tenu de la proportion relativement élevée de vétérans qui ne répondent pas aux traitements ou qui n'y répondent que partiellement, la manière d'améliorer les résultats du traitement suscite un intérêt important. Plusieurs pistes de réflexion sont actuellement à l'étude.

Dans un premier temps, les traitements actuels peuvent-ils être complétés ou perfectionnés? On pourrait notamment faire l'ajout d'*interventions pharmacologiques* en vue d'intégrer la prescription de médicaments spécifiques – comme la MDMA, la yohimbine, l'ocytocine et le propranolol –, ou d'*interventions comportementales* axées entre autres sur l'exercice physique, à une thérapie d'exposition prolongée (Metcalf et autres, 2020). On pourrait également procéder à une restructuration des interventions, comme des interventions d'exposition très brèves, ou une exposition prolongée intensive par rapport à une exposition prolongée espacée (Foa et autres, 2018).

Deuxièmement, existe-t-il de nouveaux traitements qui devraient être testés pour le TSPT et les états de santé mentale connexes chez les vétérans? Cela exige une certaine prudence, car de nos jours, de nouveaux remèdes miracles pour le TSPT sont annoncés presque chaque semaine, et il n'est dans l'intérêt de personne d'en faire la promotion en l'absence de données probantes solides. Néanmoins, certaines nouvelles approches sont prometteuses, comme la pleine conscience (Boyd et autres, 2018), le recours aux dérivés du cannabis (Abizaid et autres, 2019) et les interventions technologiques (ex. : l'utilisation d'applications mobiles) (e.g., mobile apps) [Sander et autres, 2020].

Troisièmement, les résultats du traitement du TSPT seraient-ils meilleurs si différents objectifs de traitement étaient ciblés? Pensons notamment au préjudice moral, un sujet qui a suscité beaucoup d'intérêt ces dernières années (Litz et autres, 2009). Par exemple, le fait de cibler le fonctionnement social (ex. : relations, réinsertion sociale) ou le fonctionnement professionnel (ex. : travail bénévole ou rémunéré, passe-temps significatifs) permettrait de réduire la gravité des symptômes du TSPT ou de rendre le trouble de base plus facile à traiter. Ce sont toutes d'importantes questions qui auraient avantage à être incluses dans un programme de recherche.

Comme il en a été question plus tôt, de nombreux vétérans présentent des symptômes résiduels même après avoir reçu un traitement fondé sur des données probantes. Malheureusement, peu de recherches se sont penchées sur la nature de tels symptômes résiduels ni, ce qui est encore plus important, sur les meilleures stratégies à adopter pour les gérer. Cela laisse aux cliniciens le soin de juger s'ils doivent ou non traiter les problèmes qui subsistent et, le cas échéant, de déterminer la manière de procéder. Bien que le jugement clinique demeure un élément important, il est préférable de fournir des directives précises aux cliniciens quant aux résultats attendus en fin de traitement, au temps et aux efforts à consacrer à la prise en charge des symptômes résiduels et aux types d'interventions susceptibles d'être efficaces (lorsque les traitements fondés sur des données probantes n'ont pas donné de résultats satisfaisants). De même, les vétérans touchés par le TSPT et les états de santé mentale connexes risquent de connaître des rechutes à l'occasion, notamment lorsqu'ils sont soumis à un stress, comme un conflit interpersonnel, des problèmes financiers et des problèmes de santé, ou lorsqu'ils sont confrontés à de puissants rappels de leurs expériences traumatisantes. Bien que la plupart des cliniciens aient une bonne compréhension du concept de rechute, la documentation sur le sujet appartient principalement au domaine de la toxicomanie, et la prévention des rechutes en lien avec le TSPT en particulier (c'est-à-dire lorsqu'il ne survient pas en comorbidité avec l'abus de substances psychoactives) a reçu peu d'attention.

Bref, l'ensemble de ces lacunes dans les données probantes présentent des défis pour les systèmes encadrant les services de santé mentale à l'intention des vétérans, ainsi que pour les équipes cliniques qui s'y consacrent. Les prestataires doivent trop souvent se limiter à leur propre jugement clinique, qui, aussi bon qu'il soit, ne saurait se substituer aux résultats de recherches rigoureuses permettant de mieux guider la prise de décision clinique.

4.1.9 La contribution des familles et des pairs souvent négligeable

Bien souvent, on néglige la contribution des familles dans l'organisation des soins de santé destinés aux vétérans et en regard de leur collaboration avec les divers services. Ces systèmes et ces services ont tendance à être très fragmentés et réservés aux experts et aux patients, alors qu'il est prouvé que les familles et les amis jouent un rôle important non seulement en encourageant et en soutenant la prise en charge, mais aussi en facilitant l'accès aux soins. La Family Wellbeing Study (étude sur le bien-être des familles) a révélé que les familles elles-mêmes reconnaissaient la nécessité de fournir des services mieux adaptés et simplifiés, et que les processus permettant d'accéder aux divers services soient davantage proactifs et moins complexes pour les membres des familles des vétérans qui ont aussi besoin de soutien (Smart et autres, 2018). Compte tenu de leur rôle important en matière de soutien aux vétérans, une amélioration des connaissances en matière de santé mentale et de ce qu'implique la navigation à travers le système est essentielle à la conception de tout système de services, ce qui fait actuellement défaut.

De plus en plus de recherches témoignent du rôle important que peuvent jouer les pairs en matière de soutien en santé mentale et de bien-être, ainsi que d'encouragement envers la recherche d'aide, en tirant profit de leur propre expérience (Jain et autres, 2012). Ce rôle peut être formel, c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire à gestion partagée, comme l'essai en réseau de soutien par les pairs actuellement mené par l'organisme Open Arms à Townsville, dont les résultats à ce jour sont prometteurs (Van Hooff et autres, 2019). Les réseaux de soutien par les pairs peuvent également être informels grâce aux réseaux sociaux qui permettent aux gens d'entrer en contact et de communiquer entre eux. De plus en plus de forums destinés aux membres de la Défense et aux vétérans offrent des possibilités de discussion en ligne, mais la plupart ne font l'objet d'aucune modération (sans facilitateur ni règles précises). Des forums structurés avec animation par des pairs fournissant des recommandations en matière de sécurité et de principes d'engagement à respecter constituent une autre avenue à explorer en matière de soutien.

4.2 Les arguments en faveur d'un changement

Il est communément admis que ceux et celles qui ont servi dans les forces armées de leur pays, ainsi que leur famille, méritent un accès équitable à des mesures de soutien et à des services novateurs, de calibre mondial et fondés sur des données probantes.

Les sections précédentes ont mis en relief l'hétérogénéité du groupe, les considérations étiologiques ainsi que les besoins propres aux vétérans et à leur famille, avant d'aborder les obstacles qu'ils doivent surmonter pour obtenir du soutien, accéder à des services et s'engager à suivre un traitement.

L'important fardeau sur les plans social, sanitaire et économique émanant des problèmes de santé mentale post-traumatique au sein de la communauté des vétérans plaide fortement en faveur d'un changement systémique en vue d'améliorer les résultats obtenus au bénéfice des vétérans et de leur famille.

Par fardeau social, on entend les dommages causés aux relations tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la famille. La section précédente a mis en relief les importantes répercussions sur les familles que peut avoir la cohabitation avec un vétéran ayant des problèmes de santé mentale post-traumatique. Les caractéristiques communes au TSPT et aux états de santé mentale connexes, telles que la consommation de substances psychoactives, la colère, l'engourdissement émotionnel et le retrait social, peuvent nuire au climat familial et le rendre malsain pour les partenaires et les enfants, et avoir une incidence parallèle sur leur santé mentale.

Au-delà de la famille, les problèmes de santé mentale du vétéran peuvent en outre entraîner des perturbations, voire un dysfonctionnement des relations avec ses amis et ses collègues, l'amenant à se retirer progressivement de son travail et à abandonner ses activités de loisirs. Les sources de stress liées aux finances, au logement, à l'emploi, aux relations, aux questions légales et à d'autres facteurs exacerbent la fragilité de l'état mental du vétéran et l'entraînent dans une spirale descendante de désespoir et d'impuissance. Il devient alors de plus en plus difficile pour celui-ci de fonctionner dans la société et d'en demeurer un membre actif.

Ces répercussions sociales provoquent non seulement une grande détresse et d'immenses souffrances psychologiques chez toutes les personnes concernées, mais créent également un fardeau financier considérable pour la communauté. Les coûts d'indemnisation pour les problèmes de santé mentale des vétérans s'élèvent à plusieurs milliards de dollars et les pertes en matière de productivité sont colossales. De nombreuses études ont démontré que le TSPT et les états de santé mentale connexes sont associés à un nombre important de cas d'incapacité, à une réduction substantielle de la productivité et à une détérioration considérable de la qualité de vie (ex. : Alonso et autres, 2004). Le World Mental Health Project (Projet mondial sur la santé mentale) s'est penché sur l'incapacité associée à une série d'affections physiques et mentales, et a constaté que le TSPT et la dépression (les deux problèmes les plus courants chez les vétérans) entraînaient systématiquement les niveaux les plus élevés d'incapacités partielles (Bruffaerts et autres, 2012). Or, ces incapacités engendrent des coûts pour la communauté. Une étude réalisée en Irlande du Nord a notamment estimé qu'en 2008, le TSPT a coûté 140 millions de livres sterling à la communauté en matière de réduction de la productivité (absences du travail pour des raisons d'incapacité ou productivité réduite pendant le travail), en plus des coûts liés aux soins de santé (Ferry et autres, 2015).

Bien entendu, les coûts liés aux soins de santé sont également considérables. Les personnes souffrant du TSPT et de problèmes de santé mentale post-traumatique, en particulier, engendrent des coûts en matière de soins de santé significativement plus élevés que celles présentant d'autres diagnostics psychiatriques (Ivanova et autres, 2011; Walker et autres, 2003). En effet, celles-ci font un usage plus important des services de consultations externes et des urgences, des séjours en milieu hospitalier pour des raisons de santé mentale, de consultations médicales et de médicaments (Lamoureux-Lamarche et autres, 2016; Mavranezouli et Mihalopoulos, 2020). Si la plupart des recherches ont été menées auprès de civils ayant survécu à un traumatisme (ex. : à un accident de la route),

Résumé des arguments en faveur d'un changement systémique

Fardeau sur le plan social	• Des facteurs de stress psychosociaux tels que le stress financier, les problèmes de logement, l'itinérance, le chômage et la capacité de travail réduite. • Un stress familial, notamment le risque accru de problèmes de santé mentale chez les partenaires et les enfants, la violence conjugale, le divorce et l'éclatement de la famille ainsi que des problèmes de comportement chez les enfants. • Un isolement sur le plan social, notamment la perte d'amis et de réseaux de soutien, l'abandon des passe-temps et des activités de loisirs ainsi que la faible participation sociale au sein de la communauté.
Fardeau sur le plan sanitaire	• Une détresse importante et une piètre qualité de vie chez les vétérans et leur famille. • Une prévalence importante de troubles mentaux, notamment le TSPT, la dépression, les troubles liés à la consommation de substances psychoactives, les troubles anxieux et le suicide. • Des problèmes de santé physique connexes importants, comme les troubles cardiovasculaires, métaboliques et musculosquelettiques. • Des taux élevés d'invalidité et de nombreuses années de vie touchées par l'incapacité (perte d'années de vie en bonne santé).
Fardeau sur le plan économique	• Une augmentation des demandes d'indemnisation pour des problèmes de santé mentale. • Des coûts élevés en matière de soins de santé en raison des problèmes de santé physique et mentale. • Un taux de chômage élevé, une productivité réduite et une faible contribution à la société.

un nombre important d'études se sont également penchées sur le fardeau financier imputable aux soins des vétérans. À titre d'exemple, une étude portant sur des vétérans américains ayant combattu en Irak et en Afghanistan et souffrant de dépression – avec ou sans TSPT – a révélé un recours plus important à des traitements spécialisés en santé mentale, à d'autres services de consultations externes et à des médicaments antidépresseurs, ainsi qu'un coût global plus élevé lié aux soins de santé mentale chez les personnes touchées par le TSPT (Chan et autres, 2009). Le National Bureau of Economic Research des États-Unis a estimé que les coûts des soins de santé liés au TSPT induit par le combat à la suite des récents conflits au Moyen-Orient se situaient entre 1,5 et 2,7 milliards de dollars américains (Cesur, Sabia, et Tekin, 2011).

Certes, les coûts liés aux soins de santé ne se limitent pas aux soins de santé mentale, le TSPT et les états de santé mentale connexes étant également associés à de nombreux problèmes de santé physique. Une récente étude dans le domaine a notamment présenté des données probantes sur le risque accru de troubles cardiovasculaires, métaboliques et musculosquelettiques chez les patients atteints de TSPT (Ryder et autres, 2018). Bien que les mécanismes exacts qui sous-tendent ces relations ne soient pas parfaitement clairs, ces auteurs mentionnent par ailleurs que de nombreuses études ont révélé des altérations de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et du système nerveux sympathique, ainsi que la présence d'inflammations et d'une mauvaise hygiène de vie chez les personnes souffrant du TSPT – autant de facteurs susceptibles d'augmenter les risques de maladie. Indépendamment des mécanismes, toutefois, les coûts accrus pour le système de santé engendrés par cette mauvaise santé physique créent un fardeau additionnel notable au-delà des soins de santé mentale.

En résumé, les problèmes de santé mentale post-traumatique font peser un fardeau économique disproportionné sur les systèmes de santé, ainsi que sur les particuliers, les aidants et leur famille, les services sociaux et la société dans son ensemble.

Heureusement, de nombreuses données factuelles démontrent le coût-avantage de recourir à un traitement du TSPT et des états de santé mentale connexes fondé sur des données probantes (ex. : Issakidis et autres, 2004; Mavranezouli et Mihalopoulos, 2020). Le défi est de s'assurer que les vétérans et leur famille comprennent les voies d'accès aux soins et parviennent à accéder à ces traitements. Un système amélioré, présentant une plus grande efficacité, une meilleure coordination des soins et de meilleurs résultats aux traitements, est susceptible d'engendrer des économies substantielles à long terme, tout en améliorant la qualité de vie des vétérans et de leur famille à court terme. Les données disponibles indiquent en effet qu'un système de soins efficace et efficient de soins en santé mentale post-traumatique à l'intention des vétérans est susceptible de réduire la violence conjugale, l'éclatement de la famille, le taux de suicide, le chômage, l'itinérance et le nombre d'années de vie touchées par l'incapacité (moins d'années de vie en bonne santé perdues), ainsi que de favoriser des économies à plus long terme sur les coûts en matière de soins de santé et de soutien psychosocial.

L'amélioration du système encadrant les soins en santé mentale post-traumatique à l'intention des vétérans constitue non seulement un devoir éthique (servir à notre tour ceux et celles qui ont servi notre pays) – et crucial afin d'améliorer les résultats en matière de bien-être ainsi que l'engagement communautaire des vétérans et de leur famille –, mais elle est également susceptible de favoriser des économies considérables dans de multiples secteurs. Bien que l'amélioration du système entraîne inévitablement des coûts, elle comporte aussi d'importants avantages à long terme à la fois sur les plans social, sanitaire et économique.

4.3 La conception du futur système : un système hautement performant encadrant les soins en santé mentale post-traumatique

Les services et les mesures de soutien en santé mentale post-traumatique à l'intention des vétérans forment un système complexe qui doit être en mesure de s'adapter et d'évoluer en collaboration avec les autres types de services, à savoir les services de santé et de santé mentale plus généraux ainsi que les services sociaux. Ledit système doit couvrir à la fois les secteurs public, privé et sans but lucratif.

Les systèmes encadrant les soins en santé mentale post-traumatique ne disposent généralement pas d'entité organisatrice unique, comme un gestionnaire de système à qui incombe la responsabilité globale

des résultats obtenus auprès des vétérans et de leur famille. Ainsi, on ne saurait les qualifier de systèmes au sens traditionnel du terme, à savoir des ensembles « d'intervenants » (fournisseurs de soins, institutions et autres ressources) qui s'emploient à travailler en collaboration en vue d'atteindre un objectif prédéterminé (offrir des services répondant aux besoins des populations ciblées). Toutefois, comme nous l'avons vu en introduction, pour les vétérans et leur famille, il s'agit bel et bien de systèmes, si bien que ceux-ci devraient être reconnus et abordés comme tels.

Il ne fait aucun doute que de nombreux pays, dont le Canada et l'Australie, offrent déjà de bons services et de bonnes mesures de soutien aux vétérans et à leur famille. Cependant, comme nous l'avons souligné un peu plus tôt dans cette section, il y a manifestement lieu d'apporter des changements aux systèmes afin d'améliorer les résultats obtenus.

La compréhension des besoins des vétérans en matière de soins en santé mentale post-traumatique ainsi que des besoins connexes de leur famille trace la voie à l'élaboration d'un futur système dans lequel :

- les vétérans et leur famille demeurent au cœur de l'organisation et de l'orientation de chacune des entités;
- les vétérans et leur famille, sans exception, se disent absolument convaincus que leur santé et leur bien-être constituent une priorité absolue.

Cette conception du futur système, qui est représentée visuellement ci-après, repose sur les sept principes suivants :

1. Le respect et la dignité

Chacun des vétérans et des membres de leur famille est traité comme un individu. Le système reconnaît et respecte l'étiologie qui est propre à chacun, son hétérogénéité, ses choix, ses objectifs et ses priorités.

2. L'engagement et la participation

Les voix du vétéran et de sa famille sont entendues, car elles jouent un rôle crucial, agissant comme « experts » en matière d'expérience, et sont intégrées dans toutes les sphères du système. Le principe suivant lequel « aucune décision au sujet de l'individu ne peut être prise sans son consentement » prévaut, et les soins reposent sur des canaux de communication honnêtes, ouverts et réguliers entre le vétéran, les personnes qui lui assurent des soins et (s'il y consent) les membres de sa famille. La prise de décision partagée est un concept bien ancré et mûrement réfléchi s'exprimant à tous les niveaux du système, mais particulièrement dans le cadre du traitement.

Ce principe comprend également l'adoption et l'utilisation de modèles de coproduction / coconception impliquant un engagement significatif et authentique des individus dont l'expérience actuelle et passée est pertinente.

3. Un accès équitable

L'équité dans le contexte des problèmes de santé mentale post-traumatique chez les vétérans est au cœur de la conception de ce futur système et, par conséquent, du présent *Cadre conceptuel*.

Comme nous l'avons vu précédemment, les iniquités sont souvent liées à des facteurs sociaux, économiques, démographiques et géographiques, et comportent une atteinte à l'équité et aux droits de la personne. L'une des principales caractéristiques des groupes susceptibles de souffrir d'iniquité est le fait qu'ils aient peu de voix au chapitre et de pouvoir dans les sphères politique, sociale et économique. Or, cette situation peut à son tour entraîner des iniquités à la fois permanentes et systémiques dans le fait que certaines populations reçoivent des soins appropriés et d'autres non, ainsi que dans la qualité des soins prodigués.

3. Un accès équitable (continued)

L'enjeu d'équité soulève également la question de l'intersectionnalité, à savoir comment les aspects identitaires – notamment le sexe, la race/l'ethnicité, le statut socioéconomique, le contexte professionnel et l'emplacement géographique – interagissent et dans quelle mesure ils influencent la participation et la représentation des divers individus dans le système et les services.

Il importe donc que nous tenions tous compte des mécanismes et des facteurs susceptibles d'entraîner des iniquités à tous les niveaux du système de soins, en fonction de ces éléments identitaires appelés à interagir : les personnes qui utilisent le système, celles qui fournissent les services ainsi que la conception et la mise en œuvre du système encadrant les services.

À cette fin, l'élaboration de systèmes durables visant à remédier aux iniquités devrait évoluer parallèlement à toute possibilité d'accroître la capacité du secteur à s'attaquer aux iniquités systémiques.

4. Une diversité des mesures de soutien

Le système adopte une approche rigoureuse axée sur le rétablissement, qui repose sur le bien-être, la prévention et l'intervention précoce, et offre à la fois la possibilité de recourir à des soins modérés au sein de la communauté et d'accéder rapidement à des soins actifs et tertiaires pour ceux qui en ont vraiment besoin.

Une approche générale de la prestation de services allant au-delà des modèles traditionnels de traitement de la santé mentale comprend, notamment, l'attention portée à la santé physique, le soutien social, la réinsertion et la réadaptation professionnelle.

5. Des soins et des traitements de haute qualité

Les options de traitement se situent à l'avant-garde des meilleures pratiques actuelles à l'échelle internationale. Les traitements offerts sont fondés sur des données probantes dans la mesure du possible et, en l'absence de telles données, ceux-ci reposent sur des données factuelles. Lorsqu'il y a des lacunes, l'accent est mis sur la constitution d'une base de données recensant les succès (par la recherche, les données et les analyses), sur l'apprentissage et sur l'adaptation. Les enjeux d'équité en matière de qualité des traitements offerts aux vétérans sont explicitement reconnus et pris en compte.

Le système est fortement axé sur les parcours de soins et la coordination des soins, ce qui favorise les partenariats, les collaborations et la convergence.

6. Des résultats globaux

Le système favorise un éventail de résultats au bénéfice des vétérans et de leur famille, au-delà de la simple réduction des symptômes, l'accent plus large portant également sur le fonctionnement sur les plans social et professionnel, les relations, les activités significatives, le bien-être psychologique et la qualité de vie.

7. Une responsabilité économique

La priorité absolue est d'optimiser les résultats au bénéfice des vétérans et de leur famille, en procédant d'une manière responsable sur le plan économique.

La viabilité financière à long terme du système est considérée dans le contexte plus large des avantages économiques et financiers que procure un système hautement performant.

Ces principes influencent toutes les sphères de la conception du futur système, décrite dans la présente section.

*Figure 5: Système hautement performant de soins en santé mentale post-traumatique axé sur les vétérans**

* La conception de ce diagramme est une adaptation du diagramme des services de l'organisme Redbridge Health and Wellbeing présenté dans le document Removing the policy care in England, Ham et Smith (2020).

y barriers to integrated

Alors que les vétérans et leur famille se retrouvent au cœur même du système, ceux-ci doivent pouvoir accéder au plus grand nombre de services possible à proximité de leur lieu de résidence. Il s'agit du principe central d'organisation et d'orientation que doivent adopter toutes les entités opérant au sein du système.

Le système doit démontrer une compréhension et une reconnaissance de l'hétérogénéité et de la diversité au sein du groupe, et chacun des services doit témoigner de **ce savoir-faire culturel**. Les divers besoins culturels des Autochtones ainsi que des autres groupes ethniques minoritaires doivent également être pris en compte. La mobilisation soutenue et à long terme des vétérans et de leur famille doit en outre être intégrée dans l'ensemble des éléments du système, une approche qui tient compte à la fois de l'unité familiale et des individus au sein de cette même unité.

Il importe de promouvoir **les connaissances en santé mentale post-traumatique** afin de prévenir l'asymétrie d'information. Le système doit reconnaître que les pairs ont un rôle essentiel à jouer, par exemple, pour orienter la personne vers les mesures de soutien et les services appropriés.

Les services et les mesures de soutien à l'intention des vétérans doivent à la fois être accessibles et acceptables, en plus d'être offerts dans une variété de modes de prestation de plus en plus diversifiés, notamment en empruntant les canaux numériques, en fonction des besoins de chacun. Les vétérans et leur famille doivent bénéficier d'un accès universel et équitable à des services et à des mesures de soutien de même qualité, peu importe leur situation géographique, culturelle, démographique ou socioéconomique. De multiples stratégies doivent être déployées afin de faciliter l'accès aux services pour les vétérans et leur famille qui recherchent de l'aide.

Cet accès aux services et aux mesures de soutien doit en outre reposer sur **une culture inclusive**, l'entrée dans le système faisant l'objet de peu de critères. La détection précoce de la détresse et de difficultés doit être facilitée et les vétérans doivent être encouragés à se faire soigner.

Une équipe hautement compétente – composée de cliniciens qualifiés ayant une connaissance approfondie de la gamme complète des services disponibles – doit être formée afin d'évaluer rapidement la situation et de planifier le traitement approprié. Les services d'orientation à travers le système doivent constituer une fonction et un ensemble de compétences reconnues et distinctes de la coordination des soins. L'approche adoptée doit être fondée sur le parcours de vie, et permettre divers points de contact pour un dépistage, une évaluation et une intervention lors de périodes critiques, et doit pouvoir s'adapter aux changements quant aux types de besoins et d'accès auxquels répondre.

Le système doit comporter **des réseaux d'excellence en matière de traitement**, ceux-ci offrant une variété d'options et différentes modalités de traitement, idéalement via un point d'accès unique.

La planification des traitements doit intégrer une compréhension approfondie des caractéristiques des vétérans, y compris la participation à un déploiement, les affectations, la disponibilité de mesures de soutien pour les militaires et la capacité d'y accéder, la santé mentale et physique du militaire/vétéran, ainsi que les facteurs psychosociaux liés à la structure familiale, aux rôles, aux routines, à la prestation de soins, aux interactions sociales et au soutien social.

Un modèle de soins échelonnés et adaptés doit avant tout offrir **des options de traitements fondés sur des données probantes** ainsi que **des soins fondés sur la mesure**, et offrir des services et des mesures de soutien fondés sur des données probantes des plus efficaces, des plus faciles à comprendre, et administrés à plus grande échelle. Les vétérans doivent pouvoir compter sur des soins actifs et tertiaires de haute qualité, compte tenu de la fréquence à laquelle ils se retrouvent en situation de crise. La cohérence et la qualité des options offertes en matière de traitement et de réadaptation doivent être améliorées par l'engagement précoce et la rétention des vétérans et de leur famille dans le processus de soins. Les services de traitement ont pour but de maximiser les chances d'un rétablissement complet et de permettre au patient de retrouver un sentiment de bien-être et une qualité de vie comparable à celle qui était attendue suivant le parcours antérieur à la maladie.

Les services offerts dans l'ensemble des secteurs doivent être bien coordonnés afin que les vétérans et leur famille puissent bénéficier d'un parcours sans heurts entre les différentes parties du système. Les services doivent être en mesure de répondre à un large éventail de troubles psychiatriques, et doivent s'opérer en étroite collaboration avec les services de santé physique spécialisés, les fournisseurs de services en réadaptation professionnelle, etc.

Il importe d'optimiser les modèles de coordination des soins afin de faciliter la communication entre les fournisseurs, le personnel offrant des services d'orientation, les vétérans et leur famille. La continuité des services de santé et de santé mentale doit demeurer une priorité fondamentale afin de soutenir adéquatement les vétérans lors de leurs nombreuses transitions de vie, y compris la transition vers la vie civile.

En ce qui concerne l'amélioration des services et des mesures de soutien, il convient de **bien détailler les services existants et d'en favoriser une bonne compréhension**, de déterminer les lacunes dans l'offre de services et de mieux gérer la communication et la coordination entre les divers services. Des stratégies appropriées doivent être élaborées en vue d'assurer une fidélité du traitement après la formation, comme une supervision et des consultations régulières auprès des thérapeutes.

Manifestement, les principes et les pratiques à la base d'un système qui se veut « apprenant » conduisent à un système qui doit :

- être transparent, s'appuyant sur des données factuelles et probantes (à tous les niveaux du système) et favorisant la mise en commun de l'information et des apprentissages entre les divers intervenants à tous les niveaux;
- être sensible au contrôle de la qualité et à l'amélioration des pratiques;
- être dynamique et évolutif, encourageant l'amélioration et l'innovation continues;
- miser sur l'éducation, la formation et la consolidation en vue d'optimiser la qualité des soins;
- être axé sur l'utilisation de données probantes dans la mise en œuvre de nouvelles pratiques – un environnement propice à l'innovation et à l'élaboration de politiques et de services centrés sur l'humain.

Tous les niveaux du système doivent témoigner d'un engagement et d'**un leadership cliniques**, et l'on doit se faire une priorité d'y intégrer des programmes de recherche, d'éducation et de prestation de services. Un programme de recherche et d'application de la recherche axé sur les vétérans devra être publié et en cours de réalisation, afin d'améliorer considérablement le délai de mise en service des dernières avancées en matière de traitement.

Des cadres de compétences globales sur les plans organisationnel et du personnel (notamment un savoir-faire culturel) doivent être opérationnels à tous les niveaux du système, des effectifs étant prévus à chacun des niveaux, mais particulièrement aux points d'entrée dans les services, qui doivent compter un personnel qualifié en regard des « pratiques adaptées aux vétérans » et des soins axés sur les traumatismes.

Les métadonnées et les techniques d'analyse avancées, y compris l'IA, l'apprentissage automatique, etc., doivent être utilisées de manière cohérente afin de favoriser la prise de décision fondée sur des données probantes. Les avancées technologiques de même que les programmes de télésanté et de santé mobile doivent être rapidement déployés et mis à profit.

Pour ce qui est des catalyseurs du système, les principaux leviers entourant la réglementation, le financement, les politiques, les programmes, la réforme du personnel et la performance doivent travailler de concert vers l'objectif commun.

Les modèles de financement doivent favoriser l'accès des vétérans et de leur famille à des traitements efficaces. Les services doivent être adéquatement financés, dûment encouragés et faire l'objet d'un engagement soutenu envers la santé mentale post-traumatique des vétérans et de leur famille. Il convient d'élaborer des mécanismes de financement plus cohérents dans l'ensemble du continuum de bien-être et de soins, récompensant la prestation de soins, les comportements et les résultats appropriés, dans un cadre des plus efficaces et efficients qui soient (ex. : à l'extérieur de l'hôpital). Le financement et les récompenses basés sur les résultats pour l'ensemble du parcours de soins et des prestataires doivent être de plus en plus envisagés, qu'il s'agisse notamment de financer la recherche afin de combler les lacunes en matière de données probantes et d'orienter les pratiques « imminentes ».

Il importe de miser sur **la viabilité financière à long terme** de l'ensemble du système, sur **les soins axés sur la valeur** et sur l'équilibre entre l'efficacité et les résultats souhaités, l'expérience et la qualité

du service. Les normes et les mesures de la performance doivent être cohérentes et contrôlées par l'ensemble des prestataires de services ainsi que par une série d'indicateurs : accès, qualité/sécurité, résultats, finances, etc.

4.4 La concrétisation de cette vision et de cette conception

La sous-section précédente propose une conception globale d'un futur système hautement performant de soins en santé mentale post-traumatique.

Comme mentionné à plusieurs reprises dans le présent document, un large éventail d'intervenants sont en mesure d'influencer la conception du système, son fonctionnement et les résultats obtenus au bénéfice des vétérans et de leur famille.

Parmi ces intervenants, les vétérans et leur famille se retrouvent au cœur même du système. Ceux-ci doivent être soutenus et guidés à travers le système par l'ensemble de la communauté des vétérans, notamment par les pairs aidants formels et informels, ainsi que par les professionnels de la santé qui fournissent des services d'évaluation, de planification des traitements et de soins de santé mentale aux particuliers et aux familles. L'intégration de divers organismes offrant du soutien et effectuant des interventions dans d'autres domaines – notamment la santé physique, la réadaptation et le soutien professionnels, le logement, les conseils financiers, etc. – ainsi qu'une étroite collaboration avec ceux-ci doit faire partie intégrante du système. Ainsi, les organismes de financement et les assureurs, les décideurs, les autorités de réglementations, les administrateurs et les gestionnaires du système s'inscrivent tous dans le contexte général dans lequel le système doit évoluer.

La participation active de tous ces groupes d'intervenants à l'élaboration et à l'exploitation d'un système revisité de soins en santé mentale post-traumatique sera cruciale – aucun organisme ne pouvant à lui seul mettre en œuvre ce nouveau système intégré.

Tout plan de travail ayant pour objet une telle réalisation devra tenir compte de la disparité des divers systèmes quant à leur point de départ – les multiples groupes et organismes concernés auront déjà fait des progrès en regard de différents éléments de cette conception – ainsi que des différents rôles et différentes responsabilités qui incomberont aux intervenants au sein de chacun des systèmes.

Le présent *Cadre conceptuel* ne vise pas l'élaboration en détail de tous les éléments de la conception future du système, et met plutôt l'accent sur l'une de ses composantes les plus fondamentales : les interventions et les traitements fondés sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes. Il s'appuie sur une série de principes et de caractéristiques de la conception du futur système, tous centrés sur un macromodèle de soins – un modèle de nouvelle génération, échelonné et adapté.

5 Les interventions et les traitements fondés sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes

L'objectif de cette section du Cadre conceptuel est de fournir un aperçu des modèles d'intervention et des programmes de traitement fondés sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes.

Cet exercice comprend :

- Un macromodèle de soins – échelonnés et adaptés – pour contribuer à structurer les modèles d'intervention et les programmes de traitement fondés sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes. La description fournie est suffisamment large pour permettre une applicabilité universelle.
- Des données probantes soutenant l'efficacité des interventions et des programmes de traitement aux différents « niveaux » du modèle, en utilisant principalement le traitement du TSPT comme exemple. Cela inclut les nouveaux modèles de soins et les traitements renforcés, pour lesquels des données probantes supplémentaires sont encore requises.

Cette section repose sur les données probantes associées aux « meilleures pratiques » actuelles disponibles et propose une discussion sur les initiatives liées aux « pratiques imminentes » soutenues par des données probantes. Elle a été élaborée afin de fournir une structure en fonction de laquelle les initiatives courantes et prévues en matière de développement de services seront examinées, constituant ainsi un guide pour développer des systèmes et favoriser l'innovation future dans les services. La force des données probantes soutenant les interventions varie d'un niveau à l'autre, et elles semblent souvent proposer un compromis entre la portée et l'efficacité (Taylor, Fitzsimmons-Craft, et Graham, 2020). Aux niveaux inférieurs, les interventions visent l'ensemble de la population et leur portée est large. On y trouve donc, notamment, du matériel de psychoéducation en ligne ainsi que des ressources numériques d'auto-assistance. À l'échelle de la population, il est possible d'obtenir de meilleurs résultats pour les vétérans et leur famille si ces derniers sont nombreux à accéder à ces ressources, et ce, même pour les traitements dont l'efficacité est minime. En revanche, la portée des traitements fondés sur des données probantes et dispensés aux niveaux supérieurs par des praticiens très spécialisés est moindre, mais ces derniers sont plus efficaces. Par exemple, un simple essai clinique comparatif mené par Phoenix Australia en collaboration avec Open Arms Veterans and Families Counselling Service a révélé que la formation en thérapie du processus cognitif et son application, dans un cadre clinique naturaliste, produisaient de meilleurs résultats que le traitement habituel fourni par Open Arms. Comme le montre la figure 6, les vétérans ayant reçu la thérapie du processus cognitif ont obtenu d'importants résultats cliniques (ampleur de l'effet : 1,4) comparativement aux résultats modérés de 0,70 obtenus par ceux qui ont reçu le traitement habituel de Open Arms. Ces résultats ont ensuite été mis en valeur lorsque la thérapie du processus cognitif a été déployée à l'échelle nationale par l'intermédiaire de Open Arms afin d'évaluer les 100 premiers cas dont les résultats cliniques sont demeurés importants – avec des effets cliniques de 1,0.

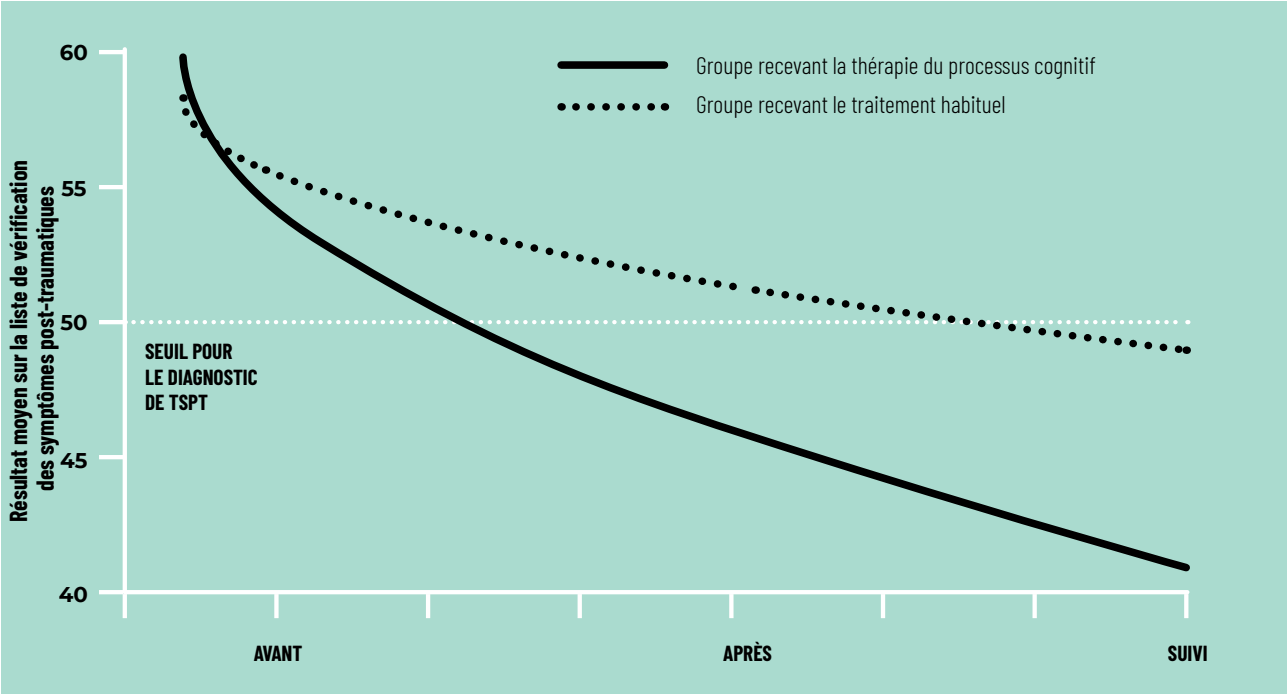


Figure 6 : Effets cliniques de la thérapie du processus cognitif par rapport au traitement habituel dans le cadre d'un essai clinique comparatif réalisé par Open Arms (Forbes et autres, 2012)

Lorsque l'on cherche à optimiser les résultats pour les vétérans et leur famille à l'échelle de la population, la portée et l'efficacité sont deux facteurs importants à considérer, et le défi consiste à viser la portée tout en améliorant l'efficacité.

Principaux points de cette section :

Un macromodèle de soins permet d'encadrer les interventions et les traitements fondés sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes. Il s'inscrit lui-même dans une série de principes et de caractéristiques associés à l'élaboration globale du futur système en plus de s'en inspirer.

Le modèle échelonné et adapté que l'on propose repousse les limites des modèles actuels afin de créer un système de services dynamique qui optimise les résultats à l'échelle de la population, tout en mettant l'accent à la fois sur la portée, l'adoption, l'engagement et les résultats.

Il adopte une approche holistique du bien-être fondée sur les traumatismes et les forces personnelles, tout en réorientant le modèle (ainsi que les intervenants qui y travaillent à tous les niveaux) sur le bien-être des vétérans et de leur famille, plutôt que sur la psychopathologie et la réduction des symptômes.

Le point d'entrée dans le système comporte une évaluation multimodale complète de la personne et de la famille. Non seulement cette évaluation permet aux cliniciens d'assortir les besoins particuliers du vétéran et de sa famille aux interventions de services et de soutien optimales, mais elle favorise également la prise de décisions partagée afin de permettre au vétéran et à sa famille de participer au processus de planification du traitement.

En plus de l'admission, de l'évaluation et de la planification du traitement, le service d'évaluation et d'intervention aigu est disponible à tous les niveaux. Il est essentiel qu'un tel service d'évaluation aiguë et de triage facilement accessible existe pour les vétérans et leur famille dont les besoins connaissent une aggravation soudaine.

Les vétérans et leur famille bénéficient du soutien de « navigateurs de services » qui non seulement connaissent chacune des composantes du système ainsi que les services connexes, mais qui connaissent aussi bien les vétérans et leur famille. Ces navigateurs aident les vétérans et leur famille en les assistant dans leurs tentatives d'accéder au système de santé mentale ainsi qu'aux nombreux autres organismes et agences à qui ils devront faire appel.

Les systèmes de services disposent des meilleurs modèles possible en matière de coordination des soins, ce qui permet de faciliter la communication entre les fournisseurs, les vétérans et leur famille.

Un élément important de ce modèle de nouvelle génération est l'engagement et la collaboration étroite avec d'autres organismes offrant des mesures de soutien et des services. Ces derniers comprennent notamment des services de soins primaires, d'autres services de santé, des services de réadaptation professionnelle, des services de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, des services aux familles, des services communautaires, des mesures de soutien fournis par des organismes d'anciens combattants, etc. L'accès à ces mesures de soutien est facilité à tous les niveaux de ce modèle.

Les pratiques fondées sur des données probantes sont importantes dans le cadre des interventions fondées sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes. Cette approche de la prestation de soins de santé mentale vise à conjuguer les meilleures études et données probantes avec l'expertise des cliniciens, en plus d'intégrer les préférences et les valeurs des patients.

- Cette approche a pour but d'offrir des soins de meilleure qualité, d'améliorer les résultats des patients, de réduire les coûts et d'accroître la satisfaction du personnel et des patients par rapport aux approches traditionnelles des soins.
- Elle vise à faire participer le personnel et les patients, à tous les niveaux, à l'identification des pratiques pouvant être améliorées, à l'identification des obstacles et des facteurs favorables, à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une intervention fondée sur les résultats de recherche et les données des patients, à la révision et à l'adaptation de l'intervention si nécessaire, et à l'élaboration de stratégies visant à maintenir le changement.

5.1 Un macromodèle de soins : le modèle de soins échelonnés et adaptés de nouvelle génération

Ce macromodèle de soins s'inscrit dans le cadre de la conception du futur système tel que décrit dans la section précédente et s'appuie sur une série de principes et de caractéristiques de ce concept. À certains égards, il se recoupe également avec la prochaine section du *Cadre conceptuel*, notamment en ce qui concerne la manière dont les systèmes peuvent aborder la mise en œuvre des meilleures pratiques actuelles et imminentes en matière de services et de mesures de soutien. Le modèle échelonné et adapté que l'on propose repousse les limites des modèles actuels afin de créer un système de services dynamique qui optimise les résultats à l'échelle de la population, tout en mettant l'accent à la fois sur la portée, l'adoption, l'engagement et les résultats (Taylor et autres, 2020). Toutes les composantes de ce modèle s'appuient sur des pratiques qui tiennent compte des traumatismes, constituant « un cadre fondé sur les forces et ancré sur la compréhension des conséquences des traumatismes et de la sensibilité à ces dernières, qui est centré sur la sécurité physique, psychologique et émotionnelle de chacun, et qui permet aux survivants de retrouver un sentiment de maîtrise et d'autonomie » [traduction] (Hopper, Bassuk, et Olivet, 2010).

Le principe général des modèles de soins échelonnés pour la prestation de services de santé est largement accepté. De nombreux pays ont recours à ces modèles, dans un vaste éventail de contextes de santé et de santé mentale, comme cadre permettant de répertorier les services et les besoins, et d'identifier les lacunes du système.

Le principal défi, que les modèles de soins échelonnés traditionnels ne parviennent souvent pas à relever, est de permettre l'entrée dans le système à de nombreux points et de faciliter le mouvement à l'intérieur du système, à travers les différents niveaux d'intensité et de sophistication des traitements selon les besoins.

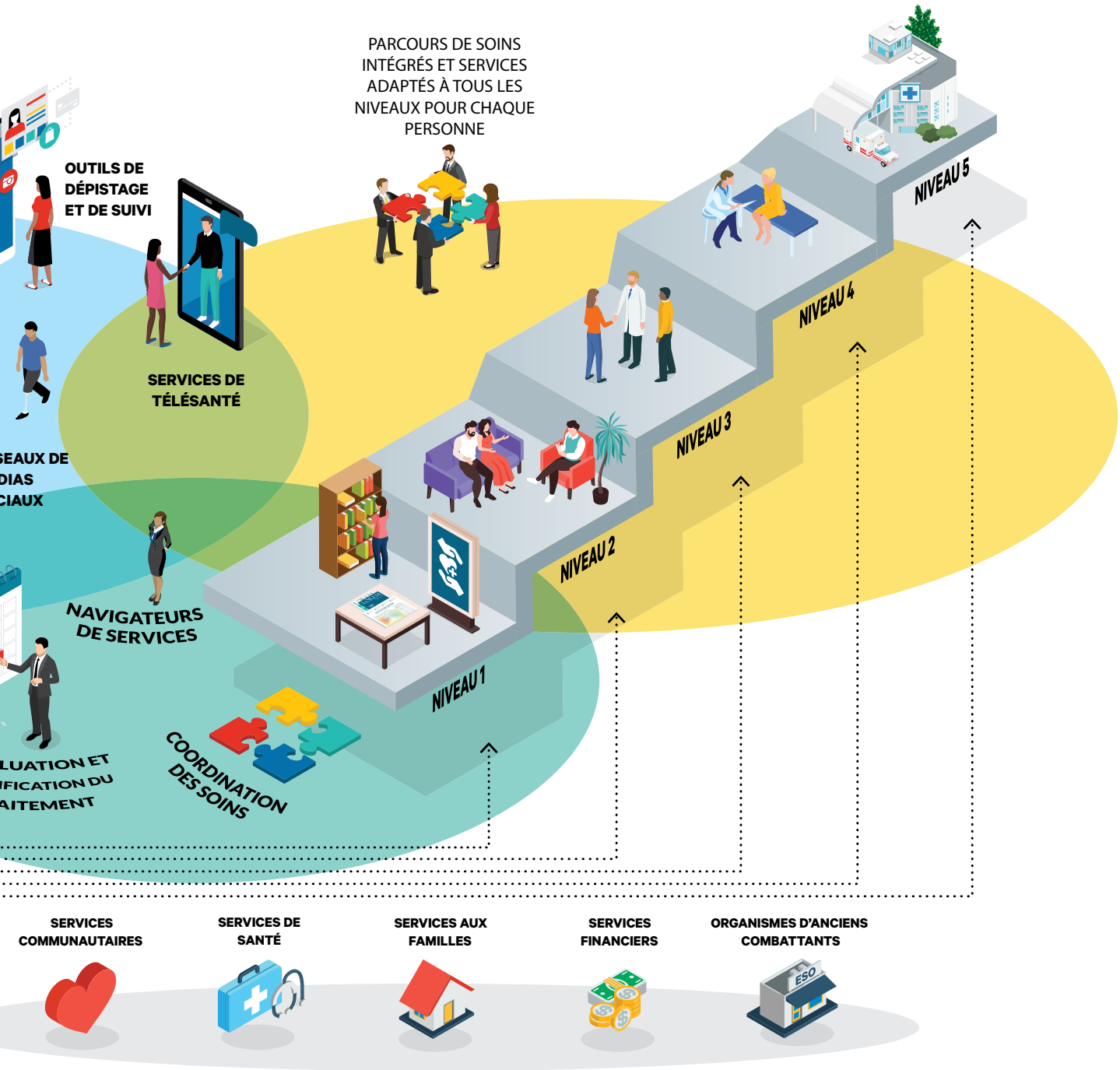
Les modèles de soins échelonnés traditionnels insistent généralement pour que la personne y accède au niveau de soins inférieur, ou à proximité, et qu'elle ne passe au niveau suivant que lorsque les interventions de niveaux inférieurs se sont révélées

Figure 7 : Modèle de soins échelonnés et adaptés de nouvelle génération

MODÈLE DE SOINS ÉCHELONNÉS ET ADAPTÉS

ETRAITEMENT FONDÉ SUR DES DONNÉES PROBANTES ET SOINS S'APPUYANT SUR DES MESURES

CONTINUITÉ DU SOUTIEN À TRAVERS LES TRANSITIONS DE LA VIE
PRINCIPES LIÉS À LA PROMOTION ET À LA SANTÉ DE LA POPULATION



SERVICES COMMUNAUTAIRES | **SERVICES DE SANTÉ** | **SERVICES AUX FAMILLES** | **SERVICES FINANCIERS** | **ORGANISMES D'ANCIENS COMBATTANTS**

SYSTÈMES DE SOINS PLUS LARGES

SENSIBILISATION ET PARCOURS D'ORIENTATION « BIENVEILLANTS »

© 2020 PHOENIX AUSTRALIA ET L'INSTITUT ATLAS

Dans les modèles traditionnels de soins échelonnés, la personne accède d'abord au niveau de soins le plus bas et ne passe au niveau suivant que lorsque les interventions de niveaux inférieurs se sont révélées inefficaces. Le modèle échelonné et adapté de nouvelle génération facilite pour sa part l'entrée dans le système à divers niveaux, en fonction des besoins.

inefficaces. L'avantage présumé de cette approche est que les niveaux de soins les plus intensifs (et coûteux) ne sont offerts que s'ils sont vraiment nécessaires, et ils ne sont pas utilisés pour les personnes dont les besoins seraient satisfaits par des interventions moins intensives. L'inconvénient est que les personnes qui accèdent au système peuvent perdre un temps précieux en passant par des interventions qui ne conviennent vraiment pas au niveau de leurs besoins, ce qui entraîne de la frustration et accroît le risque de voir ces personnes abandonner.

Le modèle échelonné et adapté de nouvelle génération, qui est proposé et décrit à la page précédente, s'appuie sur le *Tiered Model of Services and Supports: A Mixed Stepped-Care/Matching Approach* (modèle de services et de soutiens à niveaux : une approche mixte de soins par étapes et adaptés), élaboré par les Services de santé Royal Ottawa et l'Institut Atlas. Il se distingue des modèles traditionnels de plusieurs façons :

- Il adopte une approche holistique du bien-être en réorientant le modèle (ainsi que les intervenants qui y travaillent à tous les niveaux) sur le bien-être des vétérans et de leur famille, plutôt que sur la psychopathologie et la réduction des symptômes.
- Il permet à la personne d'accéder directement au niveau approprié à son besoin du moment.
- En plus d'une évaluation approfondie au point d'entrée, les décisions concernant les besoins éprouvés tout au long du traitement sont prises de façon collaborative par les vétérans et leur famille avec les prestataires grâce à un suivi régulier et constant des résultats au moyen d'une variété d'outils d'évaluation fiables et pertinents.
- Il propose divers échelons ou « niveaux » de services et de mesures de soutien en fonction des besoins et de leur gravité. L'objectif est d'assortir les personnes – qu'il s'agisse de vétérans ou de membres de leur famille – au niveau de soins qui répond le mieux à leurs besoins. Grâce à un examen clinique approprié et/ou une aide à la navigation (une carte, des renseignements ou un pair navigateur), les vétérans (ou les membres de leur famille) peuvent passer à un niveau de soins plus – ou moins – intensif à l'intérieur du système, en fonction de leurs besoins à ce moment précis.
- Il permet de s'assurer que le niveau qui exige le moins de ressources convienne au plus grand nombre de personnes, chaque niveau successif visant à répondre aux besoins d'un nombre de plus en plus restreint de personnes, de sorte que le niveau supérieur, pour les soins très intensifs, soit réservé au petit nombre de personnes qui en ont le plus besoin. Ainsi, la base du modèle – élaborée pour promouvoir la bonne santé psychologique de tous les vétérans et de leur famille – met fortement l'accent sur la promotion de la santé, par des stratégies visant à développer la littératie en matière de santé et de bien-être, à renforcer la résilience et la capacité d'adaptation, ainsi qu'à créer des communautés qui favorisent le soutien et les liens sociaux. Le sommet de la pyramide comporte un traitement en milieu hospitalier très intensif destiné aux personnes ayant les problèmes de santé mentale les plus graves.
- Il propose plusieurs options de traitement à chaque niveau afin d'assortir de façon optimale les modalités spécifiques du traitement aux caractéristiques et aux besoins uniques des vétérans.
- Il s'engage à offrir des soins fondés sur la mesure – l'utilisation systématique de données relatives aux résultats et de processus permettant d'appuyer la prise de décisions cliniques en consultation avec les vétérans et

l'équipe de soins. La collecte et la mesure des résultats, ainsi que l'évaluation de ces résultats au départ et tout au long des épisodes de soins, permettent aux cliniciens et aux vétérans (ou aux partenaires) d'examiner et de suivre l'évolution du traitement. Ce système a été élaboré à partir d'un ensemble approuvé de mesures validées de résultats axés sur le patient en fonction d'un éventail de troubles.

- Il propose une combinaison de services en personne et de ressources numériques qui fonctionnent en synergie et qui sont intégrés aux concepts de navigation dans les services (y compris la navigation numérique) et de coordination des soins.
- Il englobe une compréhension et une intégration de l'ensemble des services de soutien destinés aux vétérans et à leur famille.

Ces distinctions, ainsi que les mécanismes d'admission, d'évaluation, de navigation du système et de coordination des soins, démontrent que le modèle échelonné et adapté offre la possibilité de fournir des soins personnalisés, de manière flexible et en tenant compte des traumatismes, afin de répondre aux besoins en constante évolution des vétérans et de leur famille.

5.2 Les caractéristiques fondamentales du modèle échelonné et adapté de nouvelle génération

Avant d'examiner les divers niveaux du modèle, il est important de présenter les caractéristiques fondamentales qui contribuent à une mise en œuvre réussie du modèle.

5.2.1 L'admission, l'évaluation et la planification du traitement

Le rôle de l'évaluation multimodale complète de la personne et de sa famille au point d'entrée est crucial pour ce modèle de nouvelle génération. Elle permet aux cliniciens non seulement d'assortir le vétéran et sa famille aux interventions de service et de soutien optimales selon leurs besoins particuliers, mais aussi de favoriser la prise de décisions partagée afin de permettre au vétéran et à sa famille de participer au processus de planification du traitement. Cela est essentiel, notamment pour répondre aux défis décrits à la section 4, comme les attitudes entourant la gestion de la situation par eux-mêmes, les préférences en matière de modalités de traitement ainsi que les valeurs et les croyances liées à l'identité.

L'évaluation à l'entrée est cruciale pour atteindre le plein engagement des vétérans et de leur famille dans le système – ces derniers doivent avoir le sentiment que leur opinion est entendue, que leurs besoins sont compris et que le système est en mesure de leur apporter l'aide qu'ils recherchent. Les familles ont besoin d'être rassurées à savoir que le fardeau de soins qu'elles supportent sera réduit. Cette approche est en cohérence avec les tendances actuelles en faveur d'une médecine et d'approches thérapeutiques personnalisées.

En ce qui a trait à la planification du traitement, bien qu'il n'existe aucune donnée probante pour guider la recommandation des traitements fondés sur des données probantes existants – par exemple, qui bénéficiera davantage d'une exposition prolongée (PE) que d'une thérapie de traitement cognitif? –, il est approprié de miser sur le jugement clinique. Le plus important est que le plan de traitement soit élaboré en étroite collaboration avec les vétérans et/ou les membres de leur famille.

5.2.2 L'évaluation et l'intervention pour cas aigus

En plus de l'admission, de l'évaluation et de la planification du traitement, l'évaluation et l'intervention pour cas aigus sont accessibles à tous les niveaux. L'existence d'un service d'évaluation et de triage pour cas aigus facilement accessible est essentielle pour les vétérans et leur famille dont les besoins connaissent une aggravation soudaine. Ces épisodes de symptômes aigus peuvent survenir dans le cadre de problèmes secondaires légers, modérés ou graves, mais on suppose en général que le vétéran n'entretient pas, à ce moment précis, de lien étroit avec un service spécialisé sur qui il peut compter en cas de crise. De tels scénarios ne sont pas rares dans la communauté des vétérans et peuvent être déclenchés par une série de facteurs de stress de la vie courante, comme des conflits relationnels, des problèmes liés aux finances ou à l'emploi et l'abus de substances psychoactives. En principe, les services auxquels le vétéran a accès dans un tel contexte offriront leurs meilleurs soins, mais de façon générale, ils devront consulter un spécialiste pour obtenir une opinion d'expert ainsi que des soins aigus.

En principe, le service d'évaluation pour cas aigus est offert en tout temps afin d'évaluer les vétérans et d'organiser le niveau de soins nécessaire (dans la mesure du possible, bien sûr, en optant pour le niveau le moins intensif requis permettant de répondre aux besoins). S'il suffit parfois d'orienter la personne vers son groupe de pairs ou son fournisseur communautaire, l'équipe doit tout de même avoir accès aux admissions de cas aigus lorsque la personne représente un risque pour elle-même ou pour les autres.

5.2.3 La navigation dans les services

Le modèle échelonné et adapté comporte de nombreux éléments qui agissent à la fois à l'intérieur et à l'extérieur des cadres de santé mentale traditionnels. Si certains vétérans n'ont accès qu'à un élément du modèle – un bref épisode de traitement, par exemple –, plusieurs autres ont accès à de nombreux services à différents niveaux. Ces vétérans et leur famille bénéficient du soutien des « navigateurs de services » qui connaissent non seulement chacune des composantes du système et des services connexes, mais aussi les vétérans et leur famille. Ces navigateurs aident ces derniers en les assistant dans leurs tentatives d'accéder au système de santé mentale ainsi qu'aux nombreux autres organismes et agences à qui ils devront faire appel.

L'une des prémisses de cette fonction est que les services sont répertoriés, compris et constamment mis à jour, et que les navigateurs de services sont en mesure de compléter ce répertoire ou d'y avoir facilement accès.

La navigation dans les services s'effectue à différents niveaux d'intensité. Dans le cadre d'une approche axée sur le bien-être, le point de départ fondamental pour tous est la mise en place de stratégies visant à rendre autonomes les consommateurs de services – les vétérans et leur famille – afin qu'ils deviennent leurs propres navigateurs, du moins dans une certaine mesure. Cela nécessite d'éduquer la communauté des vétérans sur les diverses composantes du système de santé mentale post-traumatique et des services connexes. La navigation comportera des sources écrites et numériques (ex. : un guide présentant les services et la façon d'y accéder), donnant ainsi aux vétérans et à leur famille les compétences nécessaires pour participer activement aux décisions concernant leurs propres soins. Pour certains, ce type d'assistance peut suffire. À ce niveau de soutien, l'intégration de navigateurs numériques est essentielle.

Ceux qui ont besoin d'une orientation un peu plus soutenue en matière de services de navigation pourront bénéficier de l'éducation et du soutien, par exemple, de pairs spécialement formés appartenant à la communauté des vétérans. En effet, bien qu'on ne s'attende pas à ce qu'ils agissent comme des navigateurs de services à part entière, les pairs ont un rôle important à jouer en tant que navigateurs travaillant étroitement avec les vétérans et leur famille, et ce, à tous les niveaux de service.

Pour les personnes dont les besoins en matière de santé mentale nécessitent des interventions aux niveaux intermédiaires du modèle, les pairs navigateurs sont supervisés par l'un des prestataires traitants, que ce soit le médecin généraliste, le psychologue ou le psychiatre. De nombreux prestataires exercent déjà un tel rôle.

À l'autre extrémité du spectre où les symptômes sont les plus graves, les cas complexes présentant des besoins multiples nécessiteront une aide à la navigation combinée à une gestion et une coordination plus intensives afin d'instaurer une approche intégrée des soins. La navigation dans les services est une fonction distincte de la coordination des soins, que l'on explore ci-dessous.

5.2.4 La coordination des soins

Les services en santé mentale post-traumatique des vétérans varient grandement à l'échelle mondiale. Certains pays comme les États-Unis disposent de services spécifiques aux vétérans très complets, conçus pour leur fournir des soins en fonction de plusieurs niveaux. D'autres pays comme le Royaume-Uni ne disposent que de peu ou pas de services spécifiques aux vétérans, et ils encouragent plutôt ces derniers à se faire soigner par les services de santé et de santé mentale du secteur public. Quant au Canada et à l'Australie, ils offrent aux vétérans souffrant de problèmes de santé mentale post-traumatique un accès mixte à la fois à des services spécifiques aux vétérans et à des services de santé mentale post-traumatique s'adressant

au grand public (offerts par des psychiatres et des psychologues communautaires).

Quel que soit le système, tous ces modèles sont confrontés à un défi de taille : la coordination des soins à prodiguer aux vétérans et à leur famille. Tous ces services disposent de nombreux points d'entrée et de parcours variés. Il devient difficile de maintenir une communication efficace entre les divers niveaux, par exemple, de gravité (légère, modérée, grave), de chronicité et de complexité (diagnostic unique aigu, diagnostic complexe avec des problèmes multiples) et de problèmes principaux (ex. : TSPT, consommation de substances psychoactives, difficultés relationnelles, aide professionnelle).

Inévitablement, une coordination inadéquate entre les divers prestataires, milieux, objectifs de traitement et autres nuira à la qualité des soins, et les personnes les plus vulnérables et les moins soutenues risquent de tomber entre les mailles du filet. Il incombe donc au système de services en santé mentale post-traumatique d'instaurer les meilleurs modèles possible en matière de coordination des soins afin de faciliter la communication entre les prestataires, les vétérans et leur famille.

Si le choix offert au sein des systèmes mixtes constitue un avantage pour les vétérans et leur famille, il engendre également des problèmes potentiels. Ce contexte risque d'amener les différents services ou cliniciens à se considérer comme des compétiteurs les uns avec les autres, ce qui peut leur faire oublier d'agir dans le seul souci de la communauté des vétérans. Il existe également un risque de duplication de services, tant sur le plan géographique que dans le contexte d'un vétéran précis.

Alors que la coordination des cas à ce niveau existe depuis longtemps, la qualité de ce type de soutien varie grandement. Pour une coordination efficace dans le contexte de cas cliniques complexes, le responsable doit être hautement compétent, et il doit disposer de ressources adéquates et avoir suffisamment de temps à consacrer au vétéran et à sa famille lors des étapes de soins intensifs. Le 1er exemple de cas (section 5.4.1) illustre la coordination des soins dans la pratique.

> Dans le cadre d'une approche axée sur le bien-être, le point de départ fondamental pour tous les niveaux est la mise en place de stratégies visant à rendre les vétérans et leur famille autonomes afin qu'ils deviennent leurs propres navigateurs.

5.2.5 La vision holistique du système et les parcours intégrés

Le système de santé mentale post-traumatique ne doit pas (et ne peut pas) fonctionner de manière isolée, coupée des activités, des mesures de soutien et des services de la communauté au sens large. Il est irréaliste et inutile de supposer que le système de santé mentale post-traumatique pourvoira à tous les besoins. L'ensemble des mesures de soutien communautaires en matière d'éducation, d'emploi, de logement et autres est essentiel pour favoriser le rétablissement de chaque vétéran et de sa famille.

Les vétérans et leur famille ont le droit d'accéder aux soins, aux mesures de soutien et aux activités de bien-être offerts dans leur communauté, et il y a des avantages à les aider à s'engager dans des services de santé mentale non post-traumatique et non spécifiques aux vétérans. Un élément important de ce modèle de nouvelle génération est l'engagement et la collaboration étroite avec d'autres organismes offrant des mesures de soutien et des services. Ces derniers comprennent notamment des services de soins primaires, d'autres services de santé, des services de réadaptation professionnelle, des services de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, des services aux familles, des services communautaires, des mesures de soutien fournis par des organismes d'anciens combattants, etc. L'accès à ces mesures de soutien est facilité à tous les niveaux de ce modèle.

À tous les niveaux de ce modèle, mais en particulier aux Niveaux 1 et 2, le succès repose fondamentalement sur la participation active de la communauté des vétérans. Ces personnes et ces organismes constituent les piliers des services dispensés aux Niveaux 1 et 2. Les éléments les plus importants d'entre eux sont sans aucun doute les pairs qui apporteront leur soutien aux vétérans et aux familles qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale. Certains, comme les travailleurs spécialisés en matière de soutien par les pairs et les intervenants qui contribuent au rétablissement, formés et rémunérés pour leur travail, participeront aux programmes officiels de soutien par les pairs. Ces pairs, en général associés aux organismes d'anciens combattants ou à d'autres organismes bénévoles, sont souvent axés sur le bien-être et aident à répondre à une variété de besoins psychosociaux. Ils disposent des compétences nécessaires pour identifier les vétérans et les membres de leur famille qui ont besoin de soins plus spécialisés et ils sont capables d'œuvrer à tous les niveaux pour offrir une navigation active vers les différents services et parcours de soins.

D'autres pairs feront partie des grands réseaux informels de vétérans et de partenaires qui se soutiennent mutuellement. On ne peut surestimer l'importance de ce type de soutien par les pairs et tout ce que le système de services peut faire pour les appuyer devrait être envisagé. Ainsi, comme mentionné précédemment, les organismes d'anciens combattants et d'autres organismes bénévoles auront un rôle essentiel à jouer aux Niveaux 1 et 2 en diffusant de l'information, en facilitant l'accès aux ressources, en offrant du soutien et en aidant les vétérans et leur partenaire à s'orienter dans les parcours de soins.

5.2.6 La recherche, l'évaluation et l'amélioration continue

La notion de « recherche et évaluation » couvre un large éventail d'activités destinées à accroître les connaissances et, en définitive, à améliorer les résultats.

Un système de santé mentale post-traumatique des vétérans hautement performant accorde une priorité marquée et manifeste à la recherche, et ce, à tous les niveaux du système. Les soins fondés sur la mesure, décrits plus en détail à la section 6.4.6 (« L'utilisation des données et de la rétroaction pour soutenir le changement »), constituent la base d'un cadre d'évaluation pour un service ou un ensemble d'interventions – il s'agit d'un processus d'évaluation, de rétroaction et d'amélioration continue à l'égard de la qualité des services. En l'absence de soins fondés sur la mesure, d'un processus d'évaluation complet et d'un accès régulier aux plus récents résultats de recherche, les possibilités de développement des services seraient sérieusement compromises. Il deviendrait impossible d'élaborer des politiques cliniques et des lignes directrices relatives aux pratiques fondées sur des données réelles et pertinentes à l'échelle locale.

Outre l'évaluation constante qui fait partie du fonctionnement quotidien d'un service ou d'un système, il y a de nombreux avantages à développer un programme de recherche plus vaste dans le domaine de la santé mentale post-traumatique des vétérans et des militaires. En principe, un service devra financer l'infrastructure de base d'un tel programme, par exemple en nommant un directeur de recherche et en embauchant un ou deux employés supplémentaires, mais le financement des projets en soi devra être obtenu autrement, d'une manière concurrentielle, par exemple auprès de ministères du gouvernement, d'organismes de financement de la recherche et d'organisations philanthropiques. La grande force d'un tel programme est l'incroyable possibilité de recherche qu'il permet à propos des utilisateurs des services (y compris, évidemment, les approbations et les consentements éthiques appropriés), à des coûts supplémentaires relativement faibles.

Un programme de recherche doit être élaboré en consultation avec les principaux intervenants (qui inclut ici la communauté des vétérans) afin de prioriser les projets de recherche les plus susceptibles de bénéficier aux vétérans et à leur famille.

Voici quelques exemples de questions importantes auxquelles le domaine est confronté (dont certaines font déjà l'objet d'études au Canada ou ailleurs) :

L'absence de réponse au traitement :

- Définitions objectives validées de la réponse et de l'absence de réponse au traitement : comment détermine-t-on ce qui constitue une bonne réponse au traitement?
- Réaction à l'absence de réponse : que doivent faire les cliniciens lorsque le traitement choisi est inefficace? Est-il possible de développer des algorithmes fondés sur des données probantes?

Facteurs associés à la réponse au traitement : pourquoi certains vétérans répondent-ils mieux au traitement que d'autres?

- Indicateurs prévisionnels génotypiques de réponse aux approches de traitements pharmacologiques et/ou psychologiques particuliers
- Indicateurs prévisionnels neurologiques ou biologiques de réponse aux interventions spécifiques (ex. : EEG portable, fréquence cardiaque et autres données connexes)
- Profils psychologiques (ex. : type de personnalité, antécédents, intelligence) qui prédisent la réponse globale au traitement et/ou à des interventions précises

Que peut-on faire pour améliorer l'efficacité du traitement?

- Examiner l'incidence de l'application des traitements fondés sur des données probantes à d'autres contextes de soins (ex. : soins primaires, télémédecine)
- Examiner le lien entre l'engagement des patients et certains aspects liés aux soins de santé, comme l'engagement à l'égard d'une orientation axée sur le rétablissement, les processus cliniques, les facteurs d'accès, le temps d'attente, etc.

Recherche sur les mesures :

- Peaufiner les mesures afin de cerner avec précision la complexité de la stigmatisation et de la recherche d'aide
- Peaufiner la mesure des comportements d'adhésion (ex. : traitement terminé dans les délais prévus, exécution des « devoirs » à faire à la maison, contribution aux séances de thérapie) en identifiant les facteurs potentiellement modulables et en évaluant les interventions en matière d'adhésion

Recherche sur le suicide :

- Améliorer la collecte de données sur les suicides réalisés, les tentatives et les idées suicidaires des vétérans dans le but de renforcer la cohérence internationale
- Améliorer la coordination à l'échelle nationale et internationale afin de tirer parti des ensembles de données combinées et de faire progresser le domaine, en utilisant éventuellement des techniques d'apprentissage automatique
- Se concentrer davantage sur l'identification des parcours ou des algorithmes de suicidabilité, plutôt que sur la production de nouvelles listes concernant les facteurs de risque et de protection

5.3 Un aperçu des niveaux et des meilleures pratiques pour chaque niveau

Après avoir réalisé un survol général du modèle, les prochaines sous-sections présentent un aperçu de chaque niveau, y compris une courte description de ce que chaque niveau offre en matière de services de santé mentale post-traumatique des vétérans, mais aussi et surtout les populations ciblées, des exemples d'interventions fondées sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes au sein de ce niveau, ainsi qu'une indication de la qualité des données probantes à l'égard de ces interventions.

Les pratiques fondées sur des données probantes sont importantes dans le cadre des interventions fondées sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes. Cette approche de la prestation de soins de santé mentale vise à conjuguer les meilleures études et données probantes avec l'expertise des cliniciens, en plus d'intégrer les préférences et les valeurs des patients. Cette approche a pour but d'offrir des soins de meilleure qualité, d'améliorer les résultats des patients, de réduire les coûts et d'accroître la satisfaction du personnel et des patients par rapport aux approches traditionnelles des soins. Elle vise à faire participer le personnel et les patients, à tous les niveaux, à l'identification des pratiques pouvant être améliorées, à l'identification des obstacles et des facteurs favorables, à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une intervention fondée sur les résultats de recherche et les données des patients, à la révision et à l'adaptation de l'intervention si nécessaire, et à l'élaboration de stratégies visant à maintenir le changement (Straus et autres, 2018).

Veuillez prendre note que ce qui suit constitue un modèle général et que la délimitation exacte de chaque niveau n'est pas d'une grande importance. Ce qui importe, c'est la capacité des personnes à accéder facilement au niveau approprié et à se déplacer dans le système, à la fois vers les niveaux supérieurs et inférieurs, au fur et à mesure que leurs besoins évoluent.

5.3.1 Un exemple de menu récapitulatif des pratiques fondées sur des données probantes

Le tableau ci-dessous présente un menu récapitulatif des pratiques fondées sur des données probantes qui est axé principalement sur les interventions liées au TSPT et qui reflète le contenu qui sera abordé plus en détail dans chaque sous-section suivante. Il ne se veut pas exhaustif et ne contient pas toutes les interventions fondées sur des données probantes pour le TSPT et d'autres troubles de santé mentale post-traumatique. Il vise plutôt à fournir des exemples de ce qui pourrait être inclus, approfondi et utilisé par tous les intervenants d'un système de santé mentale post-traumatique. Dans ce tableau, ainsi que dans chacun des niveaux abordés dans les sous-sections suivantes, la qualité des données probantes (vert, jaune, rouge) par rapport à leur incidence est indiquée comme suit :

Vert :	Interventions dont l'incidence est attestée par de fortes données probantes et que nous pouvons considérer comme des meilleures pratiques de première ligne
Jaune :	Interventions dont l'incidence est soutenue par des données probantes modérées, pouvant nécessiter des recherches et des données probantes supplémentaires afin de la confirmer
Rouge :	Interventions dont l'incidence est appuyée par des données probantes faibles, nécessitant des recherches plus approfondies afin de la déterminer avec certitude

Niveau 0 Santé de la population	Niveau 1 Mesures de soutien communautaires informelles	Niveau 2 Mesures de soutien et services communautaires formels (incluant les médecins généralistes)	Service trauma
• Campagnes de santé publique dans les médias • Campagnes publiques de lutte contre la stigmatisation	• Programmes de cohésion sociale	• Thérapie cognitivo-comportementale de faible intensité • Thérapies en ligne • Applications numériques d'auto-assistance • Bibliothérapie • Services d'assistance téléphonique • Pharmacologie – à court terme • Traitements brefs ou en séance unique liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues • Groupes de soutien par les pairs et communautaires • Soutien par les pairs de faible intensité (pairs formés)	• Thérap compo • Thérap • Thérap • Intégra les mo • Exposi • Thérap compo trauma
• Campagnes ciblées de sensibilisation du public à la santé mentale des militaires	• Programme de réduction de la stigmatisation – En route vers la préparation mentale (RVPM) • Programme de réduction de la stigmatisation – L'esprit au travail (EAT) • Programme de réduction de la stigmatisation – Changer les mentalités		• Psycho • Thérap

Legend

Interventions dont l'incidence est attestée par de fortes données probantes et que nous pouvons considérer comme des meilleures pratiques de première ligne

Interventions dont l'incidence est soutenue par des données probantes modérées, pouvant nécessiter des recherches et des données probantes supplémentaires afin de la confirmer

Interventions dont l'incidence est appuyée par des données probantes faibles, nécessitant des recherches plus approfondies afin de la déterminer avec certitude.

Tableau 1 : Menu récapitulatif des pratiques fondées sur des données probantes axé principalement sur les interventions liées au TSPT

Niveau 3
es de santé mentale post-
tique et services sociaux formels

ie cognitivo-
rtementale
ie du processus cognitif
ie cognitive
tion neuro-émotionnelle par
uvements oculaires (EMDR)
tion prolongée
ie cognitivo-
rtementale axée sur le
atisme

éducation
ie brève

Niveau 4
Services spécialisés en santé mentale post-traumatique

- Thérapie du processus cognitif
- Thérapie cognitive
- Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR)
- Exposition prolongée
- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme
- Modèles de soins chroniques collaboratifs

- Thérapie d'exposition narrative
- Thérapie centrée sur le présent
- Entraînement par l'inoculation au stress
- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme, en groupe
- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme, dirigée sur Internet
- Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine
- Venlafaxine

- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme, en couple
- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme, en groupe et individuelle (combinée)
- Séance unique de thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme
- Thérapie cognitivo-comportementale non axée sur le traumatisme
- Thérapie métacognitive
- Reconsolidation des souvenirs traumatisants
- Thérapie par réalité virtuelle
- Thérapie d'exposition par l'écriture
- Kétamine, Quétiapine
- Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr)
- Rétroaction neurologique
- Réduction du stress par la pleine conscience (RSPC)
- Méditation transcendantale
- Acupuncture
- Yoga, exercice physique

Niveau 5
Services de santé mentale post-traumatique très intensifs

- Programmes de réadaptation d'un traumatisme (TRP) – Australie
- Programmes de traitement intensif (PTI) – R.-U.

5.3.2 Niveau 0 : La santé de la population

Aperçu

Les services de santé mentale des vétérans ne fonctionnent pas (ou, du moins, ne devraient pas fonctionner) en vase clos. Ils font plutôt partie intégrante d'une vaste approche axée sur la santé de la population des vétérans. À ce titre, les services de santé mentale plus spécialisés devraient être intégrés aux activités de promotion de la santé mentale, de la prévention des maladies et de l'intervention précoce réalisées à l'échelle de la population à l'égard des vétérans et de leur famille. Le niveau 0 de ce modèle couvre ces interventions.

Une approche portant sur la santé de la population vise à répondre aux besoins de groupes entiers de personnes, c'est-à-dire de l'ensemble de la communauté des vétérans, y compris les familles, plutôt que se limiter aux besoins individuels. Elle est axée sur la prévention et vise à répondre aux besoins de la population en général (en maintenant les personnes en bonne santé) ainsi qu'aux besoins des personnes qui nécessitent des services de santé mentale et de bien-être de plus en plus intenses et sophistiqués.

Population(s) cible(s) / admissibilité

On adopte une approche globale de la population incluant l'ensemble des vétérans et de leur famille.

Rôle principal du traitement et contexte du traitement

L'accent est mis sur l'amélioration et le maintien du bien-être dans l'ensemble de la communauté, y compris chez les groupes et les cultures minoritaires. En parallèle, des initiatives de sensibilisation aux problèmes de santé mentale et aux ressources en matière de santé mentale, ainsi que des initiatives qui favorisent la prévention et l'intervention précoce, sont menées dans le cadre du Niveau 0.

Interventions fondées sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes

Il s'agit des interventions qui favorisent la santé et le bien-être et qui renforcent la résilience afin de fournir une plateforme où tous les membres de la communauté, y compris les vétérans, pourront s'épanouir. Les interventions sont généralement des campagnes de sensibilisation portant sur :

- la sensibilisation à la santé publique, par exemple : les messages positifs sur l'activité physique, la promotion d'un mode de vie plus actif et l'éducation sur les risques pour la santé associés à l'obésité;
- la santé préventive, par exemple : la prévention du suicide, le renoncement au tabagisme, la réduction de la consommation et de l'abus d'alcool et la réduction des méfaits liés à l'alcool, comme la conduite en état d'ébriété et les campagnes sur la protection des rapports sexuels, y compris la prévention liée au VIH;
- les examens de santé et le dépistage, par exemple : l'importance de la vaccination, le dépistage des cancers – des intestins, du col de l'utérus, du sein, de la prostate et de la peau (mélanome) –, l'identification des signes et des symptômes des maladies du cœur, des accidents vasculaires cérébraux et du diabète de type 2, et l'importance de l'intervention précoce;
- la littératie en matière de santé et de santé mentale, par exemple : la diffusion d'information sur comment rester en santé et reconnaître les maladies, comprendre comment et où obtenir des soins et comment évaluer et comprendre les renseignements sur la santé et les soins de santé;
- la réduction de la stigmatisation, par exemple : l'entraînement à la réduction de la stigmatisation (Dickstein, Vogt, Handa, et Litz, 2010; Hurtado, Simon-Arndt, McAnany, et Crain, 2015).

Exemples d'interventions spécifiques

Les campagnes publiques actuelles sur la santé mentale liées aux vétérans sont axées sur la réduction de la stigmatisation, la sensibilisation et la promotion de la recherche d'aide, notamment :

- *Movember* Canada – un organisme de bienfaisance de premier plan qui vise à changer le portrait de la santé masculine. Depuis 2003, Movember a financé plus de 1 250 projets sur la santé masculine dans le monde entier. Cet organisme offre un regard masculin sur la prévention du suicide, l'intervention et la promotion de la santé. Son objectif est axé sur l'éducation, la promotion de conversations saines, la défense des intérêts masculins, les services, la recherche et les approches communautaires.
- *Man Up* – un documentaire en trois parties financé par Movember Australie qui se penche sur la relation qui existe entre les normes masculines traditionnelles, comme le stoïcisme et l'autonomie, et le suicide. À la suite du visionnement du documentaire, un essai clinique randomisé a révélé chez les hommes une augmentation significative des intentions de demander de l'aide (manup.org.au).
- Campagne *Real Warriors* – une initiative multimédia de sensibilisation du public lancée en 2009 dans le cadre d'un mandat émis par le Sénat américain visant à réduire les obstacles aux soins de santé psychologique et à promouvoir des renseignements exacts en matière de santé psychologique auprès de la communauté militaire. Real Warriors fait désormais partie du centre d'excellence en santé psychologique (Psychological Health Center of Excellence) de la Research and Development Directorate au sein de la US Defense Health Agency.
- *Man Therapy* de Beyond Blue – une campagne multiplateforme comprenant des passages à la télévision, à la radio, dans la presse écrite et en ligne, qui vise à sensibiliser les hommes de 30 à 54 ans aux signes et aux symptômes de dépression, et à encourager les hommes présentant des signes et symptômes de dépression à agir (www.mantherapy.org.au https://www.beyondblue.org.au/who-does-it-affect/men).

5.3.2 Niveau 0 : La santé de la population

Qualité des données probantes (concernant l'incidence des interventions)

Modérée

Les données probantes sont modérées quant à l'incidence de ce type d'interventions, selon les études portant sur l'ensemble de la population.

Les campagnes de santé publique dans les médias de masse visent généralement à accroître les connaissances, à sensibiliser et à modifier les attitudes, dans le but d'augmenter les bons comportements en matière de santé.

Des données probantes ont révélé des changements de comportement à la suite de telles interventions, certaines évaluations améliorées offrant une meilleure compréhension des contextes dans lesquels ces campagnes peuvent avoir une incidence. À voir aussi :

- Wakefield, M., Loken, B. et Hornik, R. (2010). « Use of mass media campaigns to change health behaviour », *The Lancet*, vol. 376, nº 9748, p. 1261 à 1271.
- Quattrin, R., Filiputti, E. et Brusaferro, S. (2015). « Health Promotion Campaigns & Mass Media: Looking for evidence », *Primary Health Care*, vol. 5, nº 1.
- Public Health Association Australia (2018). Top 10 public health successes over the last 20 years, PHAA Monograph Series No. 2, Canberra: Public Health Association of Australia. (https://www.phaa.net.au/documents/item/3241).
- Lotfi-Jam, K. L., O'Reilly, C. L., Feng, C. S., Wakefield, M. A., Durkin, S. et Broun, K. H. (2019). « Increasing bowel cancer screening participation: integrating population-wide, primary care and more targeted approaches », *Public Health Research & Practice*, vol. 29, nº 2 : 2921916.

Faible

Les données probantes sont faibles quant à l'incidence de ce type d'interventions auprès des populations de vétérans, principalement en raison du nombre insuffisant d'évaluations réalisées à cet égard, qui sont limitées par la taille de l'échantillon et les difficultés d'interprétation.

Enfin, concernant spécifiquement les vétérans, il est difficile d'évaluer l'incidence des campagnes de sensibilisation du public plus ciblées sur la santé mentale des militaires, le résultat principal indiquant une augmentation de l'utilisation des traitements de santé mentale. En fait, les chercheurs Acosta et autres (2019) mettent en garde contre l'évaluation de telles campagnes diffusées auprès de sous-ensembles de la population, étant donné que leur représentation est généralement trop faible et que l'interprétation des résultats est souvent plus spéculative que basée sur de solides données probantes.

5.3.3 Niveau 1 : Les mesures de soutien communautaires informelles

Aperçu

L'objectif principal de ce niveau est de maintenir le bien-être et de prévenir le développement de problèmes importants en améliorant la prise de conscience, les soins personnels et les réseaux de soutien naturels.

Les interventions visent à accroître la littératie en matière de santé et de bien-être, à renforcer la résilience et à améliorer l'adaptation, à créer des communautés de soutien et à favoriser la cohésion sociale, ainsi qu'à promouvoir les stéréotypes positifs de la vie auprès des vétérans et de leur famille après le service militaire (contrairement aux modèles, aux attentes et aux incitatifs pouvant servir à promouvoir la maladie et l'incapacité).

À ce stade, un élément clé est la mise en place d'un éventail de stratégies de psychoéducation destinées aux vétérans, à leur famille, aux organismes d'anciens combattants et à la communauté en général. Ces stratégies se déploient selon diverses formes (ex. : des dépliants et des bulletins d'information imprimés, des applications mobiles et des sites Web, des balados ainsi que des récits et des articles dans les médias). En soi, elles seraient (dans la plupart des cas) largement et constamment accessibles. Si les phases initiales de conception et de mise en œuvre de ces stratégies entraînent des frais, les coûts récurrents devraient être minimes. Le contenu pourrait, par exemple, comprendre des renseignements sur les types de problèmes que les vétérans et leur famille peuvent rencontrer, des conseils simples sur les soins personnels et sur l'importance de l'engagement et du soutien social, ainsi que la manière et le moment de demander de l'aide, si nécessaire.

Toutes ces initiatives peuvent s'adresser non seulement aux vétérans, mais aussi aux partenaires et aux familles. Le rôle des pairs dans ce processus (ainsi qu'à chaque étape du modèle) ne peut être sous-estimé. Les réseaux de bénévoles, comme les organismes d'anciens combattants et d'autres groupes de soutien par les pairs, jouent un rôle central dans la diffusion de ces renseignements et dans l'aide apportée aux vétérans et à leur famille afin qu'ils les utilisent de façon efficace.

Une deuxième approche générale à ce niveau consiste à faciliter le développement des réseaux de soutien naturels en encourageant (et éventuellement en parrainant) des initiatives comme celles de Men's Sheds (groupes masculins), les groupes de marche et les groupes de bénévolat (ex. : les groupes de jardinage et d'entretien simple des maisons pour les aînés). L'avantage de ces groupes est qu'ils sont orientés sur une tâche précise, au lieu de se concentrer ouvertement sur le soutien aux vétérans et à leur famille (ce qui peut s'avérer trop menaçant pour plusieurs d'entre eux). Ce genre de groupe peut aussi être très profitable pour les partenaires et les enfants des vétérans, leur offrant une occasion de partager des expériences et des conseils avec d'autres personnes vivant des situations semblables.

Ce niveau est conçu pour l'ensemble de la communauté des vétérans et ne se limite pas à attendre que les vétérans ou les membres de leur famille indiquent qu'ils éprouvent des problèmes. En soi, c'est un niveau qui a une portée très large, des coûts faibles en matière de ressources et un grand potentiel (s'il est déployé correctement) pour réduire le recours aux soins spécialisés. Lorsqu'il y a un besoin, ce niveau est conçu pour faciliter l'engagement à l'égard des soins appropriés, d'une manière non menaçante et non intrusive.

5.3.3 Niveau 1 : Les mesures de soutien communautaires informelles

Population(s) cible(s) / admissibilité

Il existe certaines similitudes entre l'activité de ce niveau et celle du Niveau 0, mais l'accent y est mis sur une approche large du bien-être, à l'échelle de la population des vétérans.

Les initiatives ne ciblent pas nécessairement un problème ou une pathologie spécifique, et les interventions sont de nature préventive, mais elles s'avèrent particulièrement pertinentes pour les vétérans et les membres de leurs familles qui éprouvent des difficultés, qui sont vulnérables ou qui sont « à risque » de voir leur santé mentale ou leur bien-être général se détériorer.

Rôle principal du traitement et contexte du traitement

À ce niveau, le rôle principal du traitement vise à accroître la littératie en matière de santé mentale des vétérans par le biais d'initiatives éducatives qui améliorent la sensibilisation aux pratiques favorables à la santé et à la santé mentale, mettent en valeur l'importance de prendre soin de soi et de s'engager à cet égard, et offrent la possibilité de renforcer la cohésion sociale et d'améliorer les réseaux sociaux de soutien. L'engagement auprès de l'ensemble de la communauté et des organismes d'anciens combattants pour élargir les réseaux sociaux de soutien constitue une priorité.

Interventions fondées sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes

À ce niveau, les interventions visent à :

1. Renforcer la littératie en matière de santé mentale, accroître la diffusion des renseignements et des initiatives éducatives qui sont généralement élaborées pour et par :
    - des sites Web
    - des webinaires
    - des médias sociaux (pour leur utilisation envisagée)
    - des dépliants et des bulletins d'information imprimés
    - des applications mobiles et des sites Web
    - des balados
    - des récits et des articles dans les médias
2. Aborder les questions de stigmatisation, en particulier au sein de la population des vétérans
3. Renforcer la cohésion sociale par le biais de groupes et d'organismes communautaires et de vétérans
4. Mettre en œuvre des initiatives visant à sensibiliser les gens aux réseaux de soutien par les pairs, à la façon d'y accéder et à ce qu'ils peuvent offrir comme moyen de créer des liens au sein de la communauté
5. Développer des liens avec les organismes d'anciens combattants, en mettant l'accent sur la valeur des liens communautaires et en faisant connaître les possibilités associées à la défense des droits et au soutien social

Exemples d'interventions spécifiques

Les exemples d'initiatives de Niveau 1 contribuent à renforcer la littératie en matière de santé mentale dans deux domaines en particulier : la réduction de la stigmatisation et le renforcement de la cohésion sociale.

RÉDUCTION DE LA STIGMATISATION

Le programme En route vers la préparation mentale (RVPM), élaboré par le ministère canadien de la Défense nationale, a été conçu dans le but de réduire la stigmatisation liée à la santé mentale et de renforcer la résilience, visant à améliorer la recherche d'aide, si nécessaire. Le programme utilise un modèle de continuum de la santé mentale pour enseigner aux gens à reconnaître, chez eux-mêmes et chez les autres, certains signes et indicateurs de comportements et à agir en conséquence lorsqu'ils apparaissent. Les couleurs désignent les degrés de gravité, en contournant les étiquettes et la stigmatisation qui sont associées au diagnostic. L'incidence positive du programme a mené la Commission de la santé mentale du Canada à adapter le programme pour les policiers et les premiers intervenants. (R2MR for First Responders)

L'esprit au travail (EAT) est un programme fondé sur des données probantes, élaboré par la Commission de la santé mentale du Canada, dans le but de promouvoir la santé mentale et de réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale en milieu de travail. (https://www.espritautravail.ca/lesprit-au-travail)

Changer les mentalités est une initiative qui vise à éradiquer la stigmatisation associée à la maladie mentale. Mise sur pied par la Commission de la santé mentale du Canada en 2009, cette initiative utilise l'éducation basée sur le contact comme élément central des interventions et s'appuie sur une forte composante d'évaluation pour assurer une amélioration continue. L'éducation basée sur le contact se produit lorsque des personnes atteintes d'une maladie mentale racontent leur histoire personnelle de rétablissement et d'espoir. La philosophie qui sous-tend ce programme consiste à identifier tous les programmes existants qui fonctionnent et à exploiter leurs forces afin d'étendre leur portée à l'échelle nationale. (https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/changer-les-mentalites)

AMÉLIORATION DE LA COHÉSION SOCIALE

Les initiatives de Niveau 1 visant à renforcer la cohésion sociale comprennent des projets communautaires généraux ainsi que des initiatives spécifiques aux vétérans qui permettent d'établir des liens à l'échelle locale, notamment :

- L'adhésion à la Returned Soldiers League (RSL) de la Légion royale canadienne
- La fréquentation du centre Men's Shed local pour les vétérans
- L'établissement de liens avec un club sportif communautaire par le biais d'organisations sportives de vétérans ou d'organismes communautaires de soutien (voir https://Veteransport.org.au/news/a-new-team-on-the-green/)
- L'adhésion à la section locale d'un club de motocyclistes vétérans
- La participation à des sports :
    - Les Jeux Invictus. Les Jeux Invictus sont réalisés par une fondation de renommée internationale qui fait valoir « le pouvoir du sport à inspirer le rétablissement et soutenir la réadaptation de ceux et celles, blessés et malades, qui ont servi leur pays, en plus de susciter une meilleure compréhension et un plus grand respect à leur égard »
    - Veteran Sport Australia. Reconnaissant le pouvoir du sport de rassembler les gens, l'organisme Veteran Sport Australia, financé par la Returned Soldiers League New South Wales (RSL NSW), œuvre avec des groupes sportifs, des organismes d'anciens combattants et des groupes communautaires et de vétérans afin d'éliminer les obstacles à la participation et d'offrir de nouvelles possibilités aux vétérans et à leur famille de devenir actifs en établissant des liens plus étroits avec les groupes sportifs de vétérans et d'organismes communautaires locaux.

5.3.3 Niveau 1 : Les mesures de soutien communautaires informelles

Qualité des données probantes (concernant l'incidence des interventions)

Forte

Les données probantes sont fortes quant à l'incidence des interventions liées à la cohésion sociale, à la fois dans l'ensemble de la population et au sein des vétérans.

AMÉLIORATION DE LA COHÉSION SOCIALE

Les données probantes indiquant un lien entre la cohésion sociale et une bonne santé au sein de la communauté au sens large sont irréfutables (voir Cruwys et autres, 2013; Ding, Berry et O'Brien, 2015; Saeri et autres, 2018). Des liens ont également été établis pour démontrer l'opposé – la solitude/l'impression de manquer de soutien et la diminution du bien-être – notamment dans le contexte des transitions de vie stressantes (voir Praharso, Tear et Cruwys, 2017; Seymour-Smith et autres, 2017). La solitude et l'isolement social ont également été jugés problématiques chez les vétérans (voir Wilson, Hill et Kiernan, 2018).

Les données recueillies auprès des populations de vétérans du R.-U. et des É.-U. suggèrent que les raisons courantes pour lesquelles les vétérans se sentent seuls et isolés sont notamment la perte de contact avec leurs camarades, les problèmes de santé physique ou mentale et la difficulté à établir des liens avec les civils (Kuwert, Knaevelsrud et Pietrzak, 2014; Royal British Legion, 2014). Les vétérans à qui l'on a demandé d'évaluer les interventions visant à atténuer la solitude et l'isolement social ont également reconnu positivement le soutien par les pairs en raison du sentiment d'identité commune avec d'autres vétérans et du lien qu'ils permettent d'établir avec les organismes communautaires (Burnell, Needs et Gordon, 2017; Gould et autres, 2017).

Modérée

Les données probantes sont modérées quant à l'incidence des interventions de littératie en matière de santé mentale et de réduction de la stigmatisation chez les vétérans.

DÉVELOPPEMENT DE LA LITTÉRATIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE AUPRÈS DES VÉTÉRANS

Les études continuent de démontrer qu'une littératie faible en matière de santé est liée à de nombreux résultats négatifs sur le plan de la santé et des liens sociaux, notamment des taux accrus de maladies chroniques, une utilisation réduite des services de santé, une augmentation des coûts des soins de santé et une mortalité précoce (Kutcher, Wei et Coniglio, 2016). Cela dit, il n'y a pas suffisamment de données probantes indiquant que les efforts visant à améliorer la littératie en matière de santé mentale du grand public et de groupes spécialisés, y compris les vétérans, ont eu une quelconque incidence positive (Mansfield, Patalay et Humphrey, 2020). L'une des principales préoccupations est que le domaine de la littératie en matière de santé mentale est encore dominé par la recherche menée dans les pays occidentaux développés, qui adopte une approche principalement axée sur la mauvaise santé mentale (Mansfield et autres, 2020). Il est recommandé d'approfondir les recherches dans ce domaine de manière plus générale, afin de développer et de valider des mesures qui évaluent la capacité de chercher, de comprendre, d'interpréter et d'appliquer des renseignements relatifs à l'état de santé mentale global, y compris les états de santé positifs, plutôt que d'évaluer uniquement la littératie liée aux troubles mentaux (Kinderman et autres, 2013; Kutcher et autres, 2016; Mansfield et autres, 2020).

5.3.3 Niveau 1 : Les mesures de soutien communautaires informelles

Qualité des données probantes (concernant l'incidence des interventions)

Modérée

RÉDUCTION DE LA STIGMATISATION

En route vers la préparation mentale (RVPM) : Dans leur approche méta-analytique de l'évaluation des résultats du programme RVPM dans plusieurs milieux, les chercheurs Szeto, Dobson et Knaak (2019) ont signalé une augmentation des perceptions de résilience et, surtout, une réduction des comportements stigmatisants maintenus lors du suivi à court terme.

L'esprit au travail (EAT) : Dans leur méta-analyse du programme EAT, les chercheurs Dobson, Szeto et Knaak (2019) ont indiqué que celui-ci était associé à une réduction modérée de la stigmatisation et à une augmentation de la résilience et de l'adaptation autodéclarées dans certains contextes (c.-à-d. dans huit affiliations du programme en place dans de nombreuses juridictions canadiennes entre décembre 2013 et mai 2015). Toutefois, puisque les données probantes proviendraient à ce jour de méthodologies observationnelles et qualitatives, leur qualité est jugée de faible à modérée.

Changer les mentalités : Des données probantes fortes soutiennent l'utilisation de séances basées sur le contact (des séances incluant des « experts chevronnés ») pour réduire la stigmatisation de la santé mentale (Patten et autres, 2012; Stuart et autres, 2014). L'évaluation du programme était limitée aux données observationnelles et qualitatives. Il est intéressant de noter que, comme cela a été observé dans d'autres évaluations de campagnes de santé publique, les résultats positifs des campagnes de lutte contre la stigmatisation se dissipent assez rapidement, ce qui indique la nécessité d'un investissement continu si l'on souhaite obtenir une réduction durable des comportements à l'égard des questions touchant au bien-être mental et à la mauvaise santé mentale (Lindsay, Henderson et Szeto, 2018).

5.3.4 Niveau 2 : Les mesures de soutien et les services communautaires formels (incluant les médecins généralistes)

Aperçu

Ce niveau est destiné aux vétérans et aux membres de leur famille qui éprouvent des problèmes mineurs nécessitant un peu plus que ce qui est offert au Niveau 1, mais qui ne conviennent pas (ou qui ne sont pas prêts à accéder) aux niveaux d'intervention plus élevés.

L'objectif est de traiter ces problèmes psychosociaux légers avec des interventions simples de faible intensité afin de prévenir toute détérioration de la santé mentale. C'est au Niveau 2 que sont introduits dans le système des travailleurs rémunérés. Il peut s'agir de travailleurs rémunérés chargés du soutien par les pairs et de travailleurs de la santé non spécialisés, comme des prestataires de soins de santé communautaires et de services de counseling de faible intensité liés à la consommation de drogues et d'alcool (qui doivent tous avoir reçu une formation de sensibilisation à la situation des vétérans).

Les médecins de soins primaires (médecins généralistes) ont également un rôle à jouer à ce niveau (ainsi qu'au Niveau 3) puisqu'ils sont souvent le premier point de contact des vétérans et de leur famille. Le Niveau 2 peut également intégrer des traitements de faible intensité et une offre de soutien, comme la thérapie dirigée par Internet et d'autres initiatives de cybersanté, des services de soutien téléphoniques (ex. : ligne d'assistance aux vétérans) ou des groupes de soutien plus formels. Toutes les initiatives de Niveau 2 peuvent être adaptées de façon spécifique ou être offertes dans le cadre de la documentation destinée aux vétérans, aux partenaires et aux enfants.

Ce niveau est étroitement intégré au Niveau 1 et fait appel à des ressources similaires. Les services sont largement accessibles et constituent une approche très rentable pour traiter les vétérans et leur famille présentant des problèmes de faible niveau.

Population(s) cible(s) / admissibilité

Il s'agit des vétérans ou des membres de leur famille qui éprouvent des problèmes de santé mentale légers et à forte prévalence résultant de l'exposition à un traumatisme, généralement non compliqués ou dans les premières phases de régression.

Ce groupe fait état de divers degrés préoccupants de stress ou de fonctionnement altéré, mais il possède en général suffisamment de ressources personnelles et de soutien social pour tirer parti d'une intervention de faible intensité.

Exemple de vétéran recevant un traitement à ce niveau

Un vétéran de l'armée âgé de 30 ans, travaillant comme monteur sur une plateforme pétrolière en mer selon une rotation de deux semaines de travail pour deux semaines de repos, se présente, suivant les conseils de collègues vétérans, chez un médecin généraliste local proche des vétérans pour parler de ses difficultés croissantes en lien avec l'insomnie, l'irritabilité et la colère.

Le vétéran demande des suggestions de médicaments à prendre pour améliorer ses nuits de sommeil. Il mentionne au médecin qu'il aimerait que « la vie soit un peu plus paisible chez lui », notamment entre lui et sa femme.

Rôle principal du traitement et contexte du traitement

Le rôle principal du traitement à ce niveau est de fournir une intervention ponctuelle, brève et de faible intensité, conformément aux thérapies fondées sur des données probantes et inspirées par celles-ci. Le but est d'encourager l'engagement dans des activités de soutien qui favoriseront le rétablissement et éviteront les rechutes.

Interventions fondées sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes

Les interventions clés proposées à ce niveau sont généralement qualifiées d'interventions de catégorie soins primaires de large portée afin d'offrir des interventions non compliquées et de faible intensité pour les cas à prévalence élevée, comme le soutien et la supervision d'un médecin généraliste, et les interventions de faible intensité soutenues par le gouvernement ainsi que les organismes non gouvernementaux et de bienfaisance.

Les services de faible intensité minimisent (ou éliminent) le temps de contact du thérapeute spécialisé avec les clients du service, favorisent l'intervention précoce, l'auto-assistance et le développement des compétences, peuvent être dispensés de façon individuelle, en groupe, en personne, par téléphone ou en ligne (ou en combinaison), sont peu coûteux et sont facilement accessibles par référence ou par autoréférence; et incluent notamment :

- Thérapie cognitivo-comportementale de faible intensité
- Thérapies en ligne et autres initiatives de cybersanté
- Applications d'auto-assistance
- Bibliothérapie – proposition de documents de lecture pertinente
- Services de soutien téléphonique
- Pharmacologie – à court terme
- Traitement bref ou en séance unique des problèmes de consommation liés à l'alcool et d'autres drogues
- Groupes communautaires et de soutien par les pairs établis
- Soutien par les pairs de faible intensité, en supposant que les pairs ont été formés aux compétences de base ET qu'ils ont des limites et bénéficient d'un soutien adéquat dans leur rôle

Ce groupe est également susceptible de tirer profit des interventions de Niveau 1, en particulier de la création de liens sociaux et d'un réseau social de soutien.

INTERVENTIONS FAMILIALES ET RELATIONNELLES – FAIBLE INTENSITÉ, DIRIGÉES PAR DES PAIRS

L'inscription à des groupes de communication pour aidants ou partenaires ayant une approche axée sur les pairs offre un soutien et des interventions éducatives visant à améliorer la connaissance et la compréhension entre les membres du couple. Ces interventions peuvent être réservées aux partenaires ou s'adresser aux couples et aux familles.

5.3.4 Niveau 2 : Les mesures de soutien et les services communautaires formels (incluant les médecins généralistes)

Exemples d'interventions spécifiques

Voici des exemples d'interventions de faible intensité efficaces :

- Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the UK – *améliorer l'accès aux thérapies psychologiques au R.-U.* (https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/)
- NewAccess en Australie (traitement individuel dispensé par des non-professionnels de la santé mentale)
- MindSpot (approche australienne d'une clinique en ligne)
- MoodGYM (programme en ligne pour les adolescents et les adultes de l'Australie)
- The BRAVE Program (programme australien en ligne pour les enfants et les adolescents)
- Alcooliques anonymes / Narcotiques anonymes (AA/NA) – dans le but d'obtenir des rencontres plus adaptées aux vétérans, si elles sont disponibles et souhaitées

Outre ces interventions de faible intensité, voici des éléments qui s'inscrivent de façon appropriée à ce niveau :

Examens de santé annuels gratuits pour les vétéran
(https://www1.racgp.org.au/newsgp/clinical/take-action-to-stay-well-tailored-health-incentive)
Conscient que les vétérans de l'ADF sont exposés à des expériences uniques et parfois très stressantes au cours de leur carrière, le ministère des Anciens Combattants de l'Australie a mis en place un programme qui offre des examens de santé gratuits pour tous les vétérans. L'objectif du message véhiculé encourage les vétérans à prendre la responsabilité de leur santé et à obtenir de l'aide rapidement (c.-à-d. pour une intervention précoce) s'ils détectent un problème. Le but est l'adoption du programme à la fois par les vétérans et par les services de soins primaires.

Programme de navigation thérapeutique proactif axé sur le rétablissement visant à inciter les vétérans de diverses origines raciales à s'intéresser à la santé mentale (PARTNER-MH).

Ce programme d'orientation des patients par des pairs vers des cliniques ambulatoires de santé mentale de VHA s'étend sur une période de 6 mois. L'objectif de PARTNER-MH est : 1) d'obtenir l'engagement des vétérans issus de minorités dans les services de santé mentale de VHA; 2) d'outiller les vétérans afin qu'ils deviennent des collaborateurs actifs dans leurs propres soins; et 3) d'améliorer leurs aptitudes de communication, notamment en augmentant leur participation à la prise de décisions commune.

Qualité des données probantes (concernant l'incidence des interventions)

Modérée

Les données probantes sont modérées quant à l'incidence modérée des interventions à ce niveau. Il existe un manque de données probantes de haute qualité à l'égard des interventions de faible intensité, découlant du nombre insuffisant d'études de haute qualité répondant aux questions relatives à :

i. l'efficacité des interventions, et
ii. les facteurs modérateurs qui ont une incidence sur une mise en œuvre réussie.

Il existe des données probantes à l'appui des interventions de faible intensité pour les adultes, en particulier pour les femmes et les adolescents. L'essentiel de ces données concerne le traitement des troubles à prévalence élevée comme l'anxiété et la dépression, ainsi que la consommation abusive d'alcool et de substances psychoactives, y compris le diagnostic mixte (Cuijpers et autres, 2011; Cuijpers et autres, 2010; Ernst et Young, 2015; Haug et autres, 2012; Mukuria et autres, 2013; Zhou et autres, 2016). Il existe peu de données probantes soutenant l'utilisation de ces interventions pour les troubles à prévalence faible comme la schizophrénie et la psychose. En ce qui concerne la consommation abusive d'alcool et de substances psychoactives, certaines données probantes soutiennent les interventions brèves et les approches en groupe, informatiques et en ligne.

Des données encourageantes ont été relevées concernant l'efficacité des interventions de faible intensité pouvant être dispensées par des non-professionnels de la santé mentale, dans certains cas, et qui constituent donc une option de rechange rentable aux thérapies plus intenses.

Un certain nombre d'interventions ont été soumises à des tests plus approfondis. Le test le plus impressionnant est le programme IAPT du R.-U., dans le cadre duquel les paraprofessionnels formés dispensent une thérapie cognitivo-comportementale de faible intensité aux personnes dans un cadre de soins échelonnés. L'IAPT offre une formation, une supervision, des évaluations et des mécanismes bien structurés permettant d'augmenter progressivement l'intensité du traitement et de l'évaluation. L'IAPT a été en mesure d'offrir d'excellents résultats thérapeutiques après un an. Parmi les 19 395 patients traités, 40,3 % ont montré un rétablissement fiable et 63,7 % une amélioration fiable (Gyani, Shafran et autres, 2013). On a constaté que les taux de rétablissement plus élevés étaient associés à une plus grande adhésion au modèle de l'IAPT et à des taux plus élevés d'orientation vers des services de niveau supérieur, lorsque nécessaire. Des coûts-avantages associés à un rétablissement accru sont susceptibles d'être obtenus par le biais d'économies réalisées sur les soins de santé physique, d'une productivité accrue de la main-d'œuvre et de l'amélioration de la qualité de vie (Layard et Clark, 2015).

En revanche, il existe peu de données probantes indiquant l'efficacité pour certains groupes de la population, en particulier pour les Autochtones et les Insulaires du détroit de Torres, ainsi que pour les peuples diversifiés sur le plan culturel et linguistique.

En fait, toutes les interventions de faible intensité ne fonctionneront pas pour tous les consommateurs, il est donc nécessaire d'établir un cadre de soins échelonnés, l'absence de réponse nécessitant une identification rapide et une transition vers un traitement d'intensité supérieure ou d'un autre type.

Il y a une mise en garde importante à l'effet que des programmes comme l'IAPT soient difficiles à transposer du système de santé nationale du R.-U. vers les systèmes fragmentés des fournisseurs et des politiques – comme avec le système de santé mentale des vétérans. Ainsi, les données probantes associées aux services de faible intensité de l'IAPT indiquent qu'un cadre complet de formation, de supervision et de surveillance sous-tend la fidélité des patients à l'égard du service ainsi que leurs bons résultats, MAIS qu'il dépend d'investissements considérables qui ne sont pas disponibles pour de nombreux systèmes. Cela dit, une enquête qualitative sur les services de faible intensité de l'IAPT pour les vétérans a fait état d'une meilleure acceptabilité et d'une augmentation de la recherche d'aide dans le cadre d'un service de faible intensité adapté pour les vétérans (Farrand et autres, 2018).

5.3.4 Niveau 2 : Les mesures de soutien et les services communautaires formels (incluant les médecins généralistes)

Qualité des données probantes (concernant l'incidence des interventions)

Modérée

Les applications pour téléphones portables et tablettes constituent une autre façon de dispenser des services de santé mentale de faible intensité. Il existe un très grand nombre d'applications liées à la santé mentale, mais les évaluations de ces applications suggèrent que le nombre d'entre elles qui sont fondées sur des données probantes et des évaluations est assez faible. Ce domaine en plein essor offre plusieurs possibilités, mais doit être exploré avec précaution. L'application myCompass, qui repose sur la thérapie cognitivo-comportementale, s'est avérée un outil efficace pour traiter la dépression et l'anxiété légères à modérées.

Le principal atout des interventions de faible intensité dispensées dans ce contexte peut être de fournir un point d'entrée initial non intimidant dans les services.

En matière de pharmacologie, les meilleures données probantes suggèrent que la pharmacothérapie ne devrait pas être utilisée comme première option (voir Veterans' Mates : https://www.veteransmates.net.au/topic-49-therapeutic-brief).

En ce qui concerne le soutien par les pairs en santé mentale post-traumatique, les chercheurs Repper et Carter (2011) ont effectué un examen complet de la documentation évaluée par les pairs et de la littérature grise portant sur les pairs en santé mentale au sein des organismes de santé entre 1995 et 2010 et ont conclu 1) qu'aucune donnée probante claire ne suggérait que les pairs présentaient un bienfait quelconque, et 2) que des données limitées faisaient état d'avantages pour le pair s'engageant dans un rôle de pair, y compris la progression de son propre rétablissement.

Le chercheur Kent (2019) a réalisé un examen général actualisé de la documentation sur les pairs et a conclu, comme précédemment, que le manque de données probantes empêche toujours de formuler des recommandations fiables à propos de la valeur des pairs.

En résumé, le domaine du soutien par les pairs en santé mentale est en plein essor. Malgré cela, on observe un écart entre l'utilisation croissante des programmes s'appuyant sur les pairs et l'évaluation rigoureuse de leurs bienfaits.

5.3.5 Niveau 3 : Les services de santé mentale post-traumatique et les services sociaux formels

Aperçu

L'objectif de ce niveau est de fournir un traitement plus spécialisé aux vétérans et à leur famille ayant des problèmes de degré modéré.

À ce niveau, les services offerts comprennent des services de soins primaires (qui incluent au moins une certaine formation sur les questions spécifiques à la santé mentale des vétérans), ainsi que des services de santé mentale ambulatoires. Le traitement dispensé à ce niveau doit être conforme aux interventions fondées sur des données probantes pour les troubles à prévalence élevée, comme le TSPT, la dépression, l'anxiété et la consommation de substances psychoactives, même s'ils ne sont que de gravité modérée. Le Niveau 3 propose une évaluation spécialisée des nouveaux cas référés et les praticiens doivent avoir de l'expérience dans la formulation de cas et la planification de traitement.

Les services peuvent être fournis par diverses disciplines, notamment des médecins généralistes, des infirmières praticiennes, des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des thérapeutes familiaux et des conseillers en toxicomanie. Même s'ils ne sont pas formellement spécialisés en psychiatrie des vétérans, tous doivent posséder une connaissance approfondie des problèmes et des besoins des vétérans en matière de santé mentale. Comme il est mentionné dans le document *Tiered Model of Services and Supports* (modèle de services et de soutiens à niveaux), certains des services offerts par les cliniques canadiennes spécialisées dans les blessures de stress opérationnel seraient inclus dans ce niveau.

Il faut tenir compte de la nature des services destinés aux partenaires et aux familles à ce niveau, ainsi que des services de counseling relationnel et de thérapie familiale qui incluent le vétéran dans le processus. Il n'y a aucune raison de ne pas offrir ces services dans le même établissement dans certains cas, bien qu'une autre option soit parfois souhaitable. Cela s'avère particulièrement important dans les situations où la violence verbale ou physique constitue un problème au sein de la relation. Le cas échéant, la priorité est bien sûr la sécurité.

Le principe sous-jacent est d'offrir aux vétérans et à leur famille un accès aux meilleurs soins et au meilleur soutien possible. Dans certains domaines – et le counseling relationnel en est un – il est possible que l'orientation vers des services spécialisés ambulatoires soit la meilleure option.

Population(s) cible(s) / admissibilité

Les problèmes de santé mentale génériques à prévalence plus élevée et modérément graves découlant de l'exposition à un traumatisme et comportant des problèmes durables ou des troubles résiduels ou récidivants justifient une intervention. Les personnes correspondant aux services de ce niveau atteignent les critères de seuil pour le diagnostic, qui sont déterminés par des symptômes s'accompagnant généralement de conséquences légères ou modérées sur leur fonctionnement, leur qualité de vie et leur bien-être.

5.3.5 Niveau 3 : Les services de santé mentale post-traumatique et les services sociaux formels

Population(s) cible(s) / admissibilité

Exemple de vétéran recevant un traitement à ce niveau

Un vétéran de 27 ans ayant récemment reçu un diagnostic de TSPT, de dépression et d'une dépendance aux jeux de hasard qui découlerait de son service militaire antérieur comme marin dans un sous-marin, se présente à un service communautaire de lutte contre la toxicomanie en demandant de l'aide pour un trouble lié aux jeux de hasard.

Le vétéran reçoit un bon traitement pour son TSPT et sa dépression, géré par un psychiatre et un psychologue réputés parmi les services aux vétérans. Toutefois, le vétéran anéantit tous les efforts déployés pour freiner sa dépendance aux jeux en ligne et il s'endette fortement. La voiture familiale a été saisie et la partenaire du vétéran craint de plus en plus de ne pas être en mesure de rembourser l'hypothèque de la maison. Les factures ne sont pas payées et des boîtes de nourriture leur sont offertes.

La partenaire du vétéran s'apprête de nouveau à le quitter, cette fois pour de bon, avec leur jeune garçon. La famille bénéficie d'un bon soutien social, mais elle ne peut y accéder facilement, car elle habite assez loin des amis et de la famille. D'après une expérience antérieure, le vétéran risque de voir sa santé mentale se détériorer considérablement dans tous les domaines si le couple se sépare.

Rôle principal du traitement et contexte du traitement

Le rôle principal du traitement à ce niveau est d'offrir une intervention ponctuelle et à durée limitée en ayant recours à des thérapies fondées sur des données probantes et centrées en général sur un seul problème, d'une durée modérée, et incluant une analyse plus approfondie des besoins et des interactions liés au traitement, si cela est jugé utile.

Il est possible qu'un fournisseur de services parvienne à répondre aux besoins du vétéran et de sa famille, mais des traitements et des mesures de soutien supplémentaires devraient être envisagés ou menés en parallèle si l'on décide de compléter le traitement par une intervention de même niveau ou d'autres niveaux.

Une évaluation de la complexité du plan de traitement et des ressources individuelles est nécessaire afin de déterminer si l'individu est en mesure de gérer la navigation dans le système par lui-même et avec ses proches ou si le principal fournisseur de services est disposé à assumer ces responsabilités de façon temporaire.

Interventions fondées sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes

Compte tenu de la prévalence et de la forte demande, mais de l'intensité modérée des interventions à ce niveau, le traitement peut être géré au niveau des services de soins primaires, au sein d'un organisme de bienfaisance non gouvernemental plus spécialisé pour vétérans ou dans le contexte d'un service de santé mentale secondaire dont les seuils d'inclusion au traitement sont plus bas. Les possibilités d'améliorer ou de renforcer le traitement doivent être envisagées en tenant compte de tous les niveaux, en particulier si l'on adopte une approche axée sur le vétéran et que l'on vise un rétablissement plus stable.

5.3.5 Niveau 3 : Les services de santé mentale post-traumatique et les services sociaux formels

Interventions fondées sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes

Les services suivants sont les services adaptés aux vétérans à privilégier, et ils offrent des interventions pour les problèmes de santé mentale caractéristiques des vétérans et de leur famille, notamment :

- Pour les troubles comme le TSPT, le trouble de l'adaptation, la dépression, les troubles anxieux, l'insomnie, la colère problématique et les diverses dépendances, les interventions psychothérapeutiques comme la thérapie cognitivo-comportementale et les médicaments sont depuis longtemps considérés comme les piliers du traitement et peuvent s'avérer efficaces pour améliorer les symptômes, les résultats liés au fonctionnement et la qualité de vie. Les traitements fondés sur des données probantes décrits ci-dessous sont également inclus au Niveau 4.
- L'évaluation et la proposition d'une mesure de soutien ou d'une intervention formelle aux partenaires, aux aidants et aux familles devraient être considérées. Le cas échéant, les difficultés relationnelles ou les conflits familiaux peuvent être résolus adéquatement par des interventions brèves et à court terme.
- Les interventions plus largement axées sur le bien-être sont à considérer, notamment les traitements offerts à des niveaux inférieurs qui garantissent aux vétérans et à leur famille des bienfaits significatifs.

INTERVENTIONS POUR LE TSPT – PSYCHOLOGIQUES

Il existe cinq interventions psychologiques de première ligne (dispensées dans un cadre individuel) pour les adultes présentant des symptômes de stress post-traumatique pertinents sur le plan clinique (Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020) :

Exposition prolongée
L'objectif principal de la thérapie par exposition est d'aider la personne à affronter l'objet de son anxiété. Un principe fondamental qui sous-tend le processus d'exposition est celui de l'accoutumance, la notion qui détermine que si les gens peuvent être maintenus en contact avec le stimulus anxiogène pendant suffisamment longtemps, leur anxiété finira inévitablement par diminuer. Des modèles plus contemporains mettent l'accent sur le traitement de l'information comme mécanisme clé. L'exposition prolongée est une thérapie dirigée qui consiste en une psychoéducation sur les réactions courantes aux traumatismes, une rééducation respiratoire, une exposition in vivo (qui consiste à aborder les situations sûres que les patients évitaient en raison de la peur liée au traumatisme), une exposition par imagerie (qui consiste à raconter de façon répétitive les souvenirs traumatisants pendant les séances et à réécouter les récits enregistrés pendant les séances de thérapie) et une rétroaction (qui consiste à discuter des pensées et des sentiments reliés aux exercices d'exposition).

Thérapie du processus cognitif
La thérapie du processus cognitif est une forme de thérapie cognitive perfectionnée spécifique au traitement du TSPT. Il s'agit d'un traitement cognitivo-comportemental pour le TSPT, dirigé et offert en 12 séances, qui aborde systématiquement les principaux thèmes post-traumatiques, notamment la sécurité, la confiance, le pouvoir et le contrôle, l'estime de soi et l'intimité. Le but principal de ce traitement est de créer des croyances et des pensées post-traumatiques plus équilibrées, adaptées et multidimensionnelles. Le traitement aide la personne à discerner les pensées et les croyances inutiles (« points de blocage »), à les remettre en question et à les remplacer par d'autres options rationnelles, dans le cadre d'une adaptation des approches standards de la thérapie cognitive. L'exposition y est moins importante que dans le cadre de la thérapie par l'exposition en imagination (qui se limite à la rédaction d'un compte rendu de l'expérience). Cette thérapie permet également de traiter les problèmes connexes comme la dépression, le sentiment de culpabilité et la colère.

5.3.5 Niveau 3 : Les services de santé mentale post-traumatique et les services sociaux formels

Interventions fondées sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes

Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme
La thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme est un terme général qui englobe tout traitement utilisant les principes de base de la thérapie cognitivo-comportementale combinés à une forme de traitement du traumatisme. En général, cette thérapie intègre des principes de la thérapie cognitivo-comportementale et des composantes de la thérapie par exposition, notamment l'exposition en imagination et l'exposition in vivo graduelle. Le scénario habituel de la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme comporte de la psychoéducation, un entraînement à la respiration et à la relaxation (stratégies de réduction de l'excitation), une exposition en imagination, une exposition in vivo et une restructuration cognitive.

Thérapie cognitive
La thérapie cognitive est une variante de la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme dans laquelle le thérapeute et le patient développent en collaboration une version individualisée du modèle de TSPT de Ehlers et Clark (2000) qui sert de cadre à la thérapie. Les chercheurs Ehlers et Clark suggèrent que le TSPT devient persistant lorsque la personne traite le traumatisme d'une manière qui conduit à une impression de menace grave et actuelle. L'hypothèse est que ce sentiment de menace est le résultat d'une évaluation excessivement négative du traumatisme et/ou de ses séquelles et d'une perturbation de la mémoire autobiographique du traumatisme, ce qui mène à la réviviscence involontaire de certains aspects du traumatisme. Le problème est nourri par des stratégies comportementales et cognitives inutiles qui visent à contrôler les symptômes et la perception de menace. Par conséquent, la thérapie cognitive pour le TSPT vise à modifier les évaluations excessivement négatives, à corriger la perturbation de la mémoire autobiographique et à éliminer les stratégies comportementales et cognitives problématiques.

En général, la thérapie cognitive est dispensée en un traitement qui s'étend sur 12 séances hebdomadaires (de 90 minutes pour les premières séances et de 60 minutes pour les séances suivantes).

Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR)
L'EMDR est une thérapie standardisée en huit étapes, axée sur le traumatisme, qui fait appel à la stimulation physique bilatérale (mouvements oculaires, tapotements ou tonalités). L'EMDR repose sur l'hypothèse selon laquelle lors d'un événement traumatisant, des émotions bouleversantes ou des processus dissociatifs peuvent compromettre le traitement de l'information. Ainsi, l'expérience se retrouve stockée de manière « non traitée », déconnectée des réseaux de mémoire existants. Dans le cadre de l'EMDR, on demande à la personne de se concentrer sur l'imagerie liée au traumatisme, ainsi que sur les pensées, les émotions et les sensations corporelles qui y sont associées, pendant que l'on effectue une stimulation physique bilatérale, comme le mouvement des yeux avant-arrière. Les cibles du traitement peuvent être des événements passés, des déclencheurs actuels et un fonctionnement adapté pour l'avenir. Cette double attention faciliterait le traitement du souvenir traumatisant au sein des réseaux de connaissances existants, mais le mécanisme spécifique impliqué est inconnu.

Autres interventions brèves à court terme :

Psychoéducation (individuelle et/ou familiale)

Thérapie brève

Le counseling actif, directif et bref, limité dans le temps et axé sur le présent, vise à traiter les symptômes actuels. Il s'appuie sur les forces du client et les solutions.

5.3.5 Niveau 3 : Les services de santé mentale post-traumatique et les services sociaux formels

Exemples d'interventions spécifiques

Voici des exemples de services et d'interventions efficaces à ce niveau :

SERVICES :

- *Medicare (Australie)* – Le gouvernement australien offre des traitements psychiatriques et psychologiques subventionnés aux psychiatres et aux psychothérapeutes possédant les titres de compétences appropriés. Les services et les personnes ayant de l'expertise et de l'expérience de travail avec les troubles de santé mentale associés aux vétérans et à leur famille sont souvent embauchés pour dispenser des traitements fondés sur des données probantes et limités dans le temps, notamment des interventions psychothérapeutiques comme la thérapie cognitivo-comportementale ou, dans certains cas, des médicaments.
- *Open Arms (Australie)* – L'organisme Open Arms offre du soutien en matière de santé mentale et de bien-être aux membres actuels et anciens de l'ADF et à leur famille. Ce service est financé par le ministère des Anciens Combattants de l'Australie. Les services de counseling sont dispensés gratuitement à tout vétéran ayant effectué au moins une journée de service militaire ainsi qu'à sa famille. Ce service est centré sur les vétérans et fait preuve de discrimination positive en recrutant des employés qui sont eux-mêmes des vétérans. Des structures de qualité axées sur le développement professionnel et la supervision soutiennent la grande fidélité aux traitements fondés sur des données probantes.
- *Relationships Australia* – L'organisme Relationships Australia offre un service de counseling s'appuyant sur les moyens aux couples éprouvant des problèmes relationnels, notamment des problèmes liés aux jeux de hasard, ainsi que d'autres besoins généraux liés au bien-être.
- *Clinique pour traumatismes de stress opérationnel du Royal* – Ce programme ambulatoire spécialisé s'adresse aux vétérans et aux membres actuels des Forces armées canadiennes. Les membres de la famille des clients sont également admissibles à ces services. La clinique offre des évaluations complètes des traumatismes de stress opérationnel (TSO), un traitement fondé sur des données probantes qui inclut une thérapie spécialisée individuelle, de groupe et de couple, ainsi que de la pharmacothérapie, en plus de fournir de l'éducation aux vétérans, aux militaires et à leur famille. La thérapie comprend souvent des médicaments combinés à une thérapie cognitivo-comportementale. L'approche globale de la Clinique pour TSO en matière de rétablissement inclut des interventions visant à améliorer le degré de préparation au traitement, à réduire les symptômes et à offrir une aide à la réintégration de la communauté.
- *Services d'aide aux militaires et à leur famille (Gouvernement du Canada, 2020)* – Les services d'aide aux militaires et à leur famille sont des services de consultation offerts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, en personne ou par téléphone. Les membres des Forces armées canadiennes (FAC) et leur famille qui sont aux prises avec des problèmes personnels nuisant à leur bien-être personnel et/ou à leur rendement au travail peuvent faire appel à ces services sur une base confidentielle et volontaire. Tous les membres de la Force régulière ainsi que toutes les classes du service de la Réserve, des Cadets et des Rangers, ainsi que les membres de leur famille, peuvent utiliser ces services pour discuter de problèmes divers. Il s'agit d'un service d'intervention à court terme : souvent, il ne suffit que de quelques séances pour résoudre le problème. Si une aide plus spécialisée ou à plus long terme est requise, les personnes peuvent être orientées vers une ressource professionnelle plus appropriée.

5.3.5 Niveau 3 : Les services de santé mentale post-traumatique et les services sociaux formels

Exemples d'interventions spécifiques

INTERVENTIONS LIÉES AU TSPT :

- Thérapie du processus cognitif
- Thérapie cognitive
- Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR)
- Exposition prolongée
- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme

INTERVENTIONS LIÉES À DIVERS TROUBLES DE SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES (EX. : JEUX DE HASARD) :

- Thérapie cognitivo-comportementale d'intensité élevée
- Psychoéducation
- Thérapie brève

Qualité des données probantes (concernant l'incidence des interventions)

Forte

Les données probantes sont fortes quant à l'incidence des interventions suivantes, selon les examens systématiques des essais cliniques randomisés et d'autres études et évaluations.

INTERVENTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL :

- Thérapie cognitivo-comportementale d'intensité élevée

INTERVENTIONS LIÉES AU TSPT :

Pour les adultes présentant des symptômes de stress post-traumatique pertinents sur le plan clinique, les interventions suivantes font l'objet d'une forte recommandation d'utilisation (Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020).

TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES (DISPENSÉS DANS UN CONTEXTE INDIVIDUEL) :

- Thérapie du processus cognitif
- Thérapie cognitive
- Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR)
- Exposition prolongée
- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme

5.3.5 Niveau 3 : Les services de santé mentale post-traumatique et les services sociaux formels

Qualité des données probantes (concernant l'incidence des interventions)

Modérée

- Psychoéducation

En tant qu'élément de traitement précoce
Les données probantes sont insuffisantes à cet égard, toutefois l'expérience clinique suggère que la psychoéducation est une étape initiale essentielle de la thérapie (Creamer et Forbes, 2004) (c.-à-d. comme élément d'un autre type de traitement, par exemple : la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme, la thérapie par exposition à la réalité virtuelle, la thérapie du processus cognitif, la thérapie centrée sur le présent, la thérapie d'exposition par l'écriture et l'exposition prolongée).

En tant que traitement autonome, dispensé par la télésanté (aucunes données probantes à l'appui)
La psychoéducation dispensée par la télésanté présente des taux d'achèvement élevés (> 80 %) (Niles et autres, 2012), mais obtient, pour la réduction temporaire des symptômes, des résultats inférieurs à ceux d'une intervention brève de pleine conscience (la psychoéducation n'a eu aucune incidence sur les symptômes liés au TSPT).

En tant que traitement autonome, dispensé par des applications mobiles (quelques données probantes à l'appui)
Les applications qui fournissent de la psychoéducation sur les symptômes reliés au TSPT comprennent PTSD Coach, PE Coach et LifeArmor. Des résultats préliminaires suggèrent que l'utilisation de ces applications (c.-à-d. PE Coach et LifeArmor), avec ou sans directives précises, réduit la gravité des symptômes (Kuhn et autres, 2017; Roy et autres, 2017)

En tant qu'option pour des questions liées à la famille et aux relations (données probantes à l'appui)
Le programme REACH (Reaching Out to Educate and Assist Caring, Healthy Families), une adaptation du programme de psychoéducation en groupe multifamilial élaboré à l'intention des vétérans souffrant de TSPT et les membres de leur famille, entraîne une amélioration du fonctionnement familial et de l'état des symptômes, tant pour les vétérans que pour les membres de leur famille (Fischer et autres, 2013)

Un examen des interventions destinées aux partenaires des vétérans atteints de TSPT a révélé que l'élément le plus courant dans les interventions était la psychoéducation sur des sujets comme la communication, la résolution de problèmes et la régulation des émotions. Il s'agit de la composante de traitement précoce la plus souvent utilisée à l'étape de stabilisation initiale des thérapies axées sur le traumatisme (Turgoose et Murphy, 2019)

Comparativement à d'autres traitements de première ligne (essais cliniques randomisés), elle est inférieure
Lorsqu'on la compare à une intervention de renforcement de la motivation (visant à motiver la personne à s'engager à suivre le traitement du TSPT) (Murphy et autres, 2009) et à l'exposition prolongée pour traiter les patients atteints de troubles liés à la consommation de substances psychoactives ou de TSPT (Norman et autres, 2016), la psychoéducation s'est avérée inférieure.

- Thérapie brève

Séance unique de thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme : certaines données probantes, bien que minimes, appuient ce traitement dans les populations de vétérans (Basoglu, Salcioglu et Livanou, 2007; Başoğlu et autres, 2005; Sloan et autres, 2018).

5.3.6 Niveau 4 : Les services de santé mentale post-traumatique spécialisés

Aperçu

Le Niveau 4 est destiné aux vétérans et à leur famille dont les problèmes sont trop graves pour être gérés au Niveau 3 ou qui n'ont pas obtenu de résultat bénéfique d'une intervention à ce niveau.

Il s'agit de services spécialisés en matière de santé mentale des vétérans qui nécessitent un degré élevé d'expertise et d'expérience dans le traitement de problèmes de santé mentale plus graves. Les services à ce niveau peuvent inclure des modèles déployés en milieu hospitalier et résidentiel, ainsi que des soins ambulatoires intensifs, et le traitement est assuré par des psychiatres, des psychologues cliniciens ainsi que d'autres spécialistes possédant les compétences appropriées. Une approche reposant sur une équipe multidisciplinaire est recommandée à ce niveau. La pharmacothérapie est très susceptible de faire partie du modèle de traitement.

Comme mentionné dans le document *Tiered Model of Services and Supports*, certains des services d'intensité élevée offerts par les cliniques canadiennes de TSO seraient inclus à ce niveau, ainsi que les spécialistes de la santé mentale de la communauté ayant une expertise reconnue en matière de santé mentale des vétérans. Une certaine forme d'accréditation est recommandée pour ces fournisseurs afin de faciliter l'orientation des prestataires de services des niveaux inférieurs du modèle vers ce niveau de traitement spécialisé.

Population(s) cible(s) / admissibilité

Ayant des problèmes de santé mentale plus graves ou des troubles résiduels persistants ou récidivants résultant de l'exposition à un traumatisme de gravité et de complexité croissante, l'individu fait généralement état d'un certain nombre de comorbidités et de facteurs de stress socioéconomiques, ainsi que des ressources personnelles limitées (c.-à-d. « à risque » d'être excédé ou enclin à un épuisement temporaire).

Il est également probable que les personnes orientées vers ce niveau présentent des antécédents de difficultés chroniques reliées à leurs symptômes et à leur fonctionnement, associés à d'importants antécédents de réponse faible au traitement – résistance partielle ou complète au traitement et symptômes résiduels persistants. Ces personnes devront probablement faire appel à plusieurs fournisseurs de services, à différents niveaux, pour obtenir traitement et soutien.

Un passé incluant des événements indésirables dans l'enfance et de mauvaises relations, notamment avec les fournisseurs de traitement, peuvent rendre le cas plus complexe et le traitement plus difficile à fournir. Les tensions familiales et les difficultés relationnelles sont courantes. Ainsi, il n'est pas rare que la personne dispose d'un faible soutien social et qu'elle se soit éloignée de ses amis et de sa famille.

Ce groupe se montre couramment très préoccupé par un risque aigu et croissant pour lui-même ou pour autrui, ce qui nécessite parfois de passer à un traitement plus intensif et de niveau supérieur.

Exemple de vétéran recevant un traitement à ce niveau

Un vétéran de 62 ans, retraité, présente des diagnostics de TSPT, de dépression et d'une accumulation de problèmes de santé physique résultant de 30 ans de service militaire avec de nombreux déploiements dans des rôles opérationnels d'intensité élevée. Il se présente au centre de services de santé mentale pour vétérans accompagné de sa partenaire à la recherche d'aide pour la gestion de la colère et d'une consultation en matière de relations, en disant que sa deuxième épouse l'avait avisée qu'elle allait le quitter en raison d'une série d'attaques verbales répétitives. Elle craint qu'il s'en prenne physiquement à elle si les choses continuent.

5.3.6 Niveau 4 : Les services de santé mentale post-traumatique spécialisés

Target populations / eligibility (continued)

Le vétéran est bien connu du service. Il a déjà été hospitalisé pour recevoir des services spécialisés de santé mentale plus aigus et intensifs pour le TSPT, et a fait de brèves tentatives de participer à des programmes de santé mentale offerts par les organismes d'anciens combattants locaux. Il a eu par le passé des épisodes sporadiques de consommation excessive d'alcool qui ont été étroitement liés à quatre condamnations pour agression, la dernière ayant entraîné, 10 ans auparavant, une peine de prison de 12 mois en raison d'une altercation avec un collègue de travail.

Le vétéran ne dispose d'aucun soutien social et déclare qu'il a été banni « indéfiniment » du centre de services aux vétérans et du club sportif de sa communauté. Il a l'habitude de commencer et d'abandonner des traitements, de se plaindre constamment des psychiatres et des psychologues qu'il consulte avant de les envoyer promener. Il a terminé un traitement recommandé par les directives pour le TSPT et a participé à un certain nombre d'épisodes de soins pour la dépression.

Le vétéran est vu régulièrement par un psychiatre local, qui lui prescrit une panoplie de médicaments que le vétéran a tendance à ajuster comme bon lui semble. Il consulte régulièrement une clinique de traitement de la douleur, mais, de son propre aveu, il ne se conforme pas à toutes les suggestions visant à améliorer sa santé physique.

Le vétéran indique qu'il a déjà tenté à deux reprises de suivre une thérapie psychologique individuelle pour sa colère et qu'il a assisté à « la moitié » d'un programme de groupe. Il a admis avoir renvoyé une série de consultants individuels et abandonné quelques programmes de groupe axés sur la colère, en particulier ceux qui ne s'adressaient pas particulièrement aux vétérans. Le vétéran a déclaré avoir peu d'amis, et aucun d'entre eux n'est un « civil ». Il est divorcé de sa première épouse avec qui il a été marié 15 ans et n'a eu aucun contact avec ses deux enfants adultes depuis plus de 10 ans.

Rôle principal du traitement et contexte du traitement

Le rôle principal du traitement à ce niveau est d'offrir une intervention fondée sur des données probantes de haute fidélité, en groupe ou en individuel, dans un cadre centré sur les vétérans chaque fois que possible, adaptée aux conditions de santé mentale caractéristiques des vétérans et de leur famille et dispensée par des cliniciens qualifiés ayant l'expérience et l'expertise nécessaires pour offrir des interventions appropriées sur le plan culturel.

Les problèmes de santé mentale de cette gravité tirent généralement profit de la pharmacologie et d'interventions à plusieurs niveaux, y compris des niveaux plus intensifs. L'intervention peut comprendre de brèves périodes de traitement intensif en milieu hospitalier ET une aide à l'individu et à la famille ou aux aidants sous forme de soutien formel et informel offert à des niveaux inférieurs.

Compte tenu de la complexité croissante des soins dispensés à ce niveau, le vétéran est susceptible de tirer profit d'un traitement prolongé, échelonné adéquatement afin de gérer toute comorbidité, et de la désignation d'un professionnel qui sera chargé de coordonner le déroulement du traitement, c.-à-d. la coordination des soins.

5.3.6 Niveau 4 : Les services de santé mentale post-traumatique spécialisés

Rôle principal du traitement et contexte du traitement (continued)

Il est possible que les initiatives visant à améliorer le bien-être, le fonctionnement et la qualité de vie, offertes aux niveaux inférieurs, soient omises ou éclipsées par la gravité des symptômes, mais elles constituent des atouts supplémentaires précieux pour les vétérans et leur famille, car l'amélioration progressive de la qualité du rétablissement devient plus souvent le point de mire des personnes souffrant de problèmes chroniques à long terme. communication est primordiale entre les services et les cliniciens d'un même niveau et de niveaux différents.

Par ailleurs, les niveaux de risque chroniques pour soi-même ou les autres sont fréquents chez les personnes ayant des problèmes liés à la santé mentale ou au bien-être à ce niveau et peuvent entraîner des préoccupations pour les partenaires et les familles. Le risque justifie donc une surveillance continue, la coordination des services est essentielle et la communication est primordiale entre les services et les cliniciens d'un même niveau et de niveaux différents.

Interventions fondées sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes

Les principales interventions à ce niveau sont généralement proposées dans le cadre de services spécifiques aux vétérans, par le biais de programmes ambulatoires individuels, de groupe et parfois de jour.

Les interventions s'adressent à des cas de santé mentale complexes et caractéristiques des vétérans et des membres de leur famille, mais elles sont généralement dispensées dans des contextes plus intensifs. La comorbidité est courante, ce qui entraîne en général une complexité accrue, une stabilité précaire et une progression fragile des efforts de rétablissement. La gravité du cas est proportionnelle à la sophistication et à la complexité des plans de traitement, qui sont déployés à long terme et couvrent plusieurs niveaux de traitement.

INTERVENTIONS POUR LE TSPT – PSYCHOLOGIQUES (DÉCRITES EN DÉTAIL AU NIVEAU 3)

Il existe cinq interventions psychologiques de première ligne (dispensées dans un cadre individuel) pour les adultes présentant des symptômes de stress post-traumatique pertinents sur le plan clinique (Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020) :

- Exposition prolongée
- Thérapie du processus cognitif
- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme
- Thérapie cognitive
- Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR)

INTERVENTIONS POUR LE TSPT – PHARMACOLOGIQUES

Bien qu'elles ne constituent pas des recommandations de première ligne dans le contexte australien, les interventions pharmacologiques s'appuyant sur des données probantes modérées comprennent :

- Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ex. : fluoxetine, paroxetine et sertraline)
- Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (ex. : venlafaxine)

5.3.6 Niveau 4 : Les services de santé mentale post-traumatique spécialisés

Interventions fondées sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes (continued)

INTERVENTIONS POUR LE TSPT – NON PSYCHOLOGIQUES ET NON PHARMACOLOGIQUES

Des données probantes faibles, mais encourageantes indiquent la pertinence de renforcer les interventions de première ligne pour le TSPT par diverses approches comme l'exercice, la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (STMr), l'acupuncture, la restructuration cognitive et l'hydrocortisone. Un examen récent des interventions renforcées pour le TSPT a permis d'identifier 28 approches de renforcement ciblant huit mécanismes d'intervention (Metcalf et autres, 2020). Les huit mécanismes étaient : 1) l'amélioration neuro-cognitive globale (ex. : STMr), 2) l'amélioration neuro-cognitive spécifique (ex. : restructuration cognitive), 3) la réduction de la détresse émotionnelle (ex. : entraînement à la régulation des émotions), 4) l'extinction de la peur (ex. : d-cyclosérine), 5) les combinaisons de première ligne, 6) la pharmaco-polythérapie, 7) l'amélioration du sommeil (thérapie par imagerie mentale) et 8) la réadaptation sociale (ex. : thérapie de gestion du traumatisme). L'examen a conclu que seules les approches de renforcement ciblant l'amélioration neuro-cognitive globale ont semblé prometteuses. En revanche, les approches inefficaces étaient celles qui ciblaient un mécanisme similaire à l'intervention de première ligne, qui combinaient deux interventions de première ligne ou qui étaient des interventions pharmacologiques ciblant l'extinction de la peur.

GESTION DE CAS / SOINS COORDONNÉS

La gestion de cas est une intervention utile pour les vétérans et leur famille qui se voient offrir des traitements à ce niveau, afin d'assurer une coordination optimale des services et des traitements.

Les soins coordonnés (collaboratifs) permettront d'élaborer de nouveaux plans de traitement qui tiennent compte de la séquence de traitement en présence d'une importante comorbidité ainsi que de la nécessité de chercher d'autres options, de renforcer ou de prolonger les traitements lorsque la réponse est lente, partielle ou inexistante, ce qui est souvent nécessaire pour les vétérans qui souhaitent un traitement de la qualité offerte à ce niveau ou au niveau supérieur.

Les modèles de soins chroniques collaboratifs font appel à des équipes interdisciplinaires de professionnels de la santé pour coordonner les soins. En plus d'optimiser le travail d'équipe et les processus de soins, les modèles collaboratifs visent également à aider les patients à prendre un rôle plus actif dans leurs soins (US Department of Veterans' Affairs, 2019). Les composantes des modèles de soins collaboratifs comprennent : la redéfinition des rôles de travail afin de soutenir les soins préventifs et continus, l'aide à l'autogestion, le soutien à la décision du clinicien, les systèmes de renseignements cliniques, le lien avec les ressources communautaires et le soutien à la direction. Ces éléments sont mis en œuvre de manière flexible en fonction des besoins, des capacités et des priorités locales (Bauer et autres, 2019).

5.3.6 Niveau 4 : Les services de santé mentale post-traumatique spécialisés

Interventions fondées sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes (continued)

GESTION DE LA COMORBIDITÉ

Le traitement simultané (ou « traitement intégré ») est l'une de quatre approches au traitement des troubles concomitants (en comorbidité). Les trois autres sont : l'approche séquentielle (le traitement d'un trouble, suivi par le traitement de l'autre), l'approche parallèle (le traitement de chaque trouble, mais dans le cadre de traitements distincts) et le diagnostic unique (le traitement d'un seul trouble, qui peut avoir une incidence sur les troubles concomitants, même s'il n'a pas été conçu à cet égard à l'origine) (Najavits et autres, 2009). En cas de comorbidité, les praticiens devraient se référer aux directives pertinentes pour le traitement de chaque trouble (Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020). Dans le cas du TSPT, des données probantes soutiennent le traitement simultané du TSPT et du trouble lié à la consommation de substances psychoactives (van Dam, Vedel et autres, 2012), ainsi que le traitement du TSPT en vue d'améliorer à la fois le TSPT et la comorbidité de dépression (Adams et autres, 2019; Richardson et autres, 2011b).

INTERVENTIONS À L'INTENTION DES MEMBRES DE LA FAMILLE ET DES AIDANTS

Bien qu'il existe un certain nombre de protocoles d'intervention destinés spécifiquement aux familles de militaires, ceux-ci sont généralement offerts au Niveau 3 ou aux niveaux inférieurs, mais des efforts récents ont été déployés afin d'intégrer les traitements fondés sur des données probantes standards au contexte familial. Les chercheurs Ridings et autres (2019) décrivent un protocole familial pour la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme, qui est destiné à traiter les enfants. En plus du protocole standard, on intègre une composante parentale/familiale basée sur les compétences. Cette dernière s'inspire d'éléments des thérapies familiales fondées sur le comportement et les compétences, pour lesquelles il existe un certain nombre de protocoles reconnus. Malgré l'existence de données probantes soutenant les adaptations réussies de la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme au sein de diverses populations, il n'existe pas encore de données probantes portant sur le contexte spécifique des familles de militaires (Ridings et autres, 2019).

5.3.6 Niveau 4 : Les services de santé mentale post-traumatique spécialisés

Exemples d'interventions spécifiques

INTERVENTIONS POUR LE TSPT – PSYCHOLOGIQUES
(Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020)

- Exposition prolongée
- Thérapie du processus cognitif
- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme
- Thérapie cognitive
- Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR)

INTERVENTIONS POUR LE TSPT – PHARMACOLOGIQUES

- Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ex. : fluoxetine, paroxetine et sertraline)
- Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (ex. : venlafaxine)

CASE MANAGEMENT/ CO-ORDINATED CARE

Collaborative care for Mental Health at the US Department of Veterans Affairs (VA) (US Department of Veterans' Affairs, 2019). The VA recently implemented a collaborative care model to treat mental health at 30 VA medical centres. An evaluation of the model using a randomised controlled trial (N=5,596) revealed improvements in mental health assessments in patients with comorbid conditions, and lower rates of mental health hospitalisations (Bauer et autres, 2019).

GESTION DE CAS / SOINS COORDONNÉS

Collaborative Care for Mental Health (US Department of Veterans Affairs, 2019) – soins collaboratifs en matière de santé mentale

Le ministère américain des Anciens Combattants a récemment instauré, dans 30 centres médicaux du Ministère, un modèle de soins collaboratifs pour le traitement de la santé mentale. Une évaluation du modèle réalisée lors d'essais cliniques randomisés (N=5 596) a révélé des améliorations dans les évaluations de la santé mentale chez les patients ayant des troubles en comorbidité et des taux plus faibles d'hospitalisation en santé mentale (Bauer et autres, 2019).

Comorbidité du TSPT et de la dépression

- Centrally Assisted Collaborative Telecare (CACT) – *téléassistance collaborative centralisée* (Engel et autres, 2016) : combinaison d'une thérapie cognitivo-comportementale et d'une pharmacothérapie ciblant le TSPT et la dépression
- Cognitive Behavioural Social Rhythm Therapy (CBSRT) – *thérapie comportementale sur le rythme social* (Haynes et autres, 2016) : thérapie de groupe ciblant le TSPT, le trouble dépressif caractérisé et les troubles du sommeil chez les vétérans
- Vets Prevail – *les vétérans avant tout* (Hobfoll et autres, 2016) : intervention en ligne basée sur une thérapie cognitivo-comportementale pour le TSPT et la dépression

Comorbidité du TSPT et du trouble lié à l'abus de substances psychoactives

- Pour les personnes souffrant d'une comorbidité de TSPT et du trouble lié à la consommation de substances psychoactives, les approches de traitement séparé (« séquentiel ») sont compliquées en raison des effets réciproques des deux troubles l'un envers l'autre, ce qui indique qu'il peut être préférable d'opter pour des approches de traitement intégré. En général, le traitement séquentiel est la norme de soins pour la comorbidité du TSPT et du trouble lié à la consommation de substances psychoactives, la toxicomanie étant traitée en premier, suivie d'un traitement ciblé du TSPT.

5.3.6 Niveau 4 : Les services de santé mentale post-traumatique spécialisés

Exemples d'interventions spécifiques (continued)

Comorbidité du TSPT et du trouble lié à l'abus de substances psychoactives (continued)

- Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders using Prolonged Exposure (COPE) – *traitement simultané du TSPT et des troubles liés à la consommation de substances psychoactives avec l'exposition prolongée* (Back et autres, 2015) : forme dirigée de thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme avec exposition prolongée visant à traiter simultanément le TSPT et le trouble lié à la consommation de substances psychoactives
- Thinking Forward – *projections d'avenir* (Acosta et autres, 2017) : intervention en ligne qui s'étend sur 12 semaines basée sur la thérapie cognitivo-comportementale ciblant la comorbidité du TSPT et de la surconsommation de substances psychoactives
- Programme de gestion des soins de télésanté à domicile pour le TSPT (Battaglia et autres, 2016), complété par un élément de sevrage lié au tabagisme réalisé lors d'entretiens de motivation
- Intervention combinée de thérapie cognitivo-comportementale et de pharmacologie (N acétylcystéine) ciblant le TSPT et le trouble lié à la consommation de substances psychoactives cooccurrents (Back et autres, 2016)

Comorbidité de TSPT et de douleur

- Integrated Management of Pain and PTSD in Returning OEF/OIF/OND Veterans (IMPROVE) – *gestion intégrée de la douleur et du TSPT chez les vétérans ayant participé aux opérations OEF, OIF et OND* (Plagge et autres, 2013) : intervention utilisant l'activation comportementale et les soins collaboratifs
- Accelerated Resolution Therapy (ART) – *thérapie de résolution accélérée* (Kip et autres, 2014) : thérapie par l'exposition comprenant l'exposition en imagination, la modification du scénario de vie par l'imagerie et les mouvements oculaires bilatéraux

INTERVENTIONS POUR LES MEMBRES DE LA FAMILLE ET LES AIDANTS

Open Arms – Comme décrit dans le niveau précédent, l'organisme Open Arms offre du soutien en matière de santé mentale et de bien-être aux membres actuels et anciens de l'ADF et à leur famille. Ce service est financé par le ministère des Anciens Combattants du gouvernement fédéral de l'Australie. Les services de counseling sont dispensés gratuitement à tout vétéran ayant effectué au moins une journée de service militaire ainsi qu'à sa famille. Ce service est centré sur les vétérans et fait preuve de discrimination positive en recrutant des employés qui sont eux-mêmes des vétérans. Des structures de qualité axées sur le développement professionnel et la supervision soutiennent la grande fidélité aux traitements fondés sur des données probantes.

Services spécialisés pour les vétérans – organismes locaux, de district ou d'État, de bienfaisance ou privés. Services spécialisés et prestataires individuels ayant de l'expérience et de l'expertise dans les domaines liés à la santé mentale des vétérans.

La liste suivante met en relief les programmes dirigés qui soutiennent les vétérans et leur famille (Sherman et Larsen, 2018):

- FOCUS (Families OverComing Under Stress) Family Resilience Training – *entraînement à la résilience familiale*
- ADAPT : After Deployment : Adaptive Parenting Tools – *outils de parentalité adaptés après le déploiement*
- Cours pour les familles de militaires de la Croix-Rouge américaine
- Modèles de thérapie conjugale pour le TSPT, comme la thérapie cognitivo-comportementale conjointe pour le TSPT et la thérapie par approche structurée

5.3.6 Niveau 4 : Les services de santé mentale post-traumatique spécialisés

Exemples d'interventions spécifiques (continued)

INTERVENTIONS POUR LES MEMBRES DE LA FAMILLE ET LES AIDANTS

- Programme Support and Family Education (SAFE) – *programme de soutien et d'éducation familiale* : programme de 18 séances visant à soutenir les adultes qui prennent soin d'un vétéran souffrant d'une maladie mentale chronique ou du TSPT
- Operation Enduring Families (OEF) – *opération familles durables* : extension du programme SAFE, il s'agit d'un programme d'éducation et de soutien familial en cinq séances destiné aux vétérans récemment rentrés des opérations Operation Enduring Freedom (OEF) et Operation Iraqi Freedom (OIF)
- Programme Reaching Out to Educate and Assist Healthy, Caring Families (REACH) – *tendre la main pour éduquer et aider les familles saines et solidaires*
- Project Homefront de NAMI
- The TBI Family Caregiver Curriculum – *programme destiné aux aidants familiaux sur le traumatisme craniocérébral* – programme élaboré par le ministère de la Défense pour aider la famille d'un vétéran rentrant des opérations OEF ou OIF avec un traumatisme craniocérébral (TCC) http://www.dvbic.org/Families---Friends/Family-Caregiver-Curriculum.aspx

Qualité des données probantes (concernant l'incidence des interventions)

Forte

INTERVENTIONS POUR LE TSPT

Pour les adultes présentant des symptômes de stress post-traumatique pertinents sur le plan clinique, l'utilisation des interventions suivantes est fortement recommandée (Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020) :

TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES (DISPENSÉS DANS UN CADRE INDIVIDUEL)

- Thérapie du processus cognitif
- Thérapie cognitive

Aucunes données probantes spécifiques aux vétérans, mais certaines données sont dans le contexte du terrorisme et des conflits civils ainsi que chez les survivants d'accidents de véhicule.

- Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR)
- Exposition prolongée

Aucune étude menée auprès d'échantillons de vétérans, mais certains échantillons comptaient des personnes souffrant de TSPT lié au combat et d'autres touchées par le terrorisme.

- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme

MODÈLES DE SOINS COLLABORATIFS

- Les modèles de soins chroniques collaboratifs ont fait l'objet de nombreux essais cliniques randomisés afin d'en démontrer l'efficacité dans le cadre de maladies mentales graves (Bauer et autres, 2019); voir aussi Miller et autres (2013) et ICCSM (Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 2006)

5.3.6 Niveau 4 : Les services de santé mentale post-traumatique spécialisés

Qualité des données probantes (concernant l'incidence des interventions) (continued)

Modérée

Pour les adultes présentant des symptômes de stress post-traumatique pertinents sur le plan clinique, l'utilisation des interventions suivantes a fait l'objet d'une recommandation conditionnelle (Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020) :

INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES (DISPENSÉES DANS UN CADRE INDIVIDUEL)

- Thérapie d'exposition narrative

Aucunes données probantes spécifiques aux vétérans. Principalement des données liées à des personnes touchées par des catastrophes ainsi que des demandeurs d'asile et des réfugiés à la suite d'un conflit.

- Thérapie axée sur le présent
- Entraînement par l'inoculation au stress

Aucunes données probantes spécifiques aux vétérans. Principalement des échantillons composés de femmes victimes de viol et d'agressions sexuelles.

INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES (DISPENSÉES DANS UN CADRE DE GROUPE)

- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme (de groupe)

INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES (DISPENSÉES SUR INTERNET)

- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme, dirigée sur Internet

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

- Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine
- Venlafaxine

Aucun échantillon composé spécifiquement de vétérans, mais certaines études comptaient une certaine proportion de vétérans dans leurs échantillons (Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, 2015; Katzman et autres, 2014; Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020).

Faible

Pour les adultes présentant des symptômes de stress post-traumatique pertinents sur le plan clinique, les interventions suivantes disposent de faibles données probantes et nécessitent des recherches supplémentaires (Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020) :

INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES

- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme, en couple
- Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme, en groupe et individuelle (combinée)

Aucune donnée probante spécifique aux vétérans, seulement des données liées à des agressions sexuelles dans l'enfance.

- Thérapie métacognitive

Aucune donnée probante spécifique aux vétérans.

5.3.6 Niveau 4 : Les services de santé mentale post-traumatique spécialisés

Qualité des données probantes (concernant l'incidence des interventions) (continued)

Faible

INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES (CONTINUED)

- Thérapie cognitivo-comportementale non axée sur le traumatisme (régulation affective)
- Reconsolidation des souvenirs traumatisants (RTM)
- Séance unique de thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme

Données probantes limitées par rapport aux vétérans.

- Thérapie par réalité virtuelle
- Thérapie d'exposition par l'écriture

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

- Kétamine
- Quétiapine

INTERVENTIONS NON PSYCHOLOGIQUES ET NON PHARMACOLOGIQUES

- Acupuncture

Sans donnée probante spécifique aux vétérans.

- Réduction du stress par la pleine conscience (RSPC)
- Rétroaction neurologique
- Exercices physiques
- Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr)
- Méditation transcendantale
- Yoga

5.3.7 Niveau 5 : Les services de santé mentale post-traumatique très intensifs

Aperçu

Le Niveau 5 est très exigeant en matière de ressources et vise à répondre aux besoins du nombre relativement restreint de personnes présentant les problèmes les plus graves.

Il s'agit de cas cliniques complexes, généralement chroniques, avec des degrés de comorbidité très élevés ainsi que des antécédents courants de violence envers soi-même ou envers les autres. La plupart de ces services sont dispensés en milieu hospitalier, au moins pendant une certaine période, bien qu'une transition vers un programme intensif en contexte ambulatoire soit recommandée dès que possible. Lorsque la personne ne nécessite pas de séjour en milieu hospitalier, elle peut être prise en charge par une gestion de cas intensive, c.-à-d. avec contact quotidien ou, au moins, presque tous les jours.

Les interventions psychologiques et pharmacologiques sont dispensées de manière intensive par des cliniciens spécialisés travaillant en équipe multidisciplinaire. Le retour au Niveau 4 est approprié lorsque la personne est suffisamment stable, mais il faut reconnaître que même avec les meilleurs soins possible, certains vétérans oscillent entre les Niveaux 4 et 5 pendant une période prolongée.

En principe, les meilleurs services disponibles à ce niveau pour les partenaires et les enfants doivent être dispensés dans le cadre du système de services de santé mentale des vétérans. Toutefois, étant donné la nature hautement spécialisée de ce travail, il est possible que certains des services destinés aux enfants et aux familles qui sont nécessaires à ce niveau d'intensité soient mieux adaptés dans le secteur civil.

Population(s) cible(s) / admissibilité

Les vétérans qui reçoivent un traitement à ce niveau présentent généralement des troubles de santé mentale complexes, accompagnés de problèmes relationnels et familiaux (dans les cas où les relations et la famille sont encore intactes). Ces vétérans éprouvent généralement des symptômes graves qui nécessitent un traitement et un soulagement immédiats ou encore des symptômes chroniques persistants qui répondent partiellement au traitement, mais qui ne répondent pas aux traitements moins intensifs offerts aux niveaux inférieurs. Les traitements nécessitent généralement un plus grand nombre de séances offertes de manière intensive ou à plus long terme par des praticiens mieux formés et plus expérimentés. L'engagement peut s'avérer problématique, pouvant varier entre une participation faible et une dépendance au traitement.

En général, ce groupe est affligé de symptômes graves, de comorbidité élevée et d'un fonctionnement considérablement altéré. Certaines données probantes supplémentaires indiquent des facteurs de stress socioéconomiques élevés, un soutien social négligeable et une faible participation des proches. Ces vétérans ainsi que les membres de leur famille et leurs aidants risquent constamment d'être dépassés.

Le risque pour soi-même ou les autres constitue un problème chronique et pertinent, qui est plus important qu'aux niveaux inférieurs et qui justifie une surveillance continue.

5.3.7 Niveau 5 : Les services de santé mentale post-traumatique très intensifs

Population(s) cible(s) / admissibilité (continued)

Exemple de vétéran recevant des soins à ce niveau

Un vétéran âgé de 50 ans, ayant cumulé 21 ans de service militaire et qui a été libéré sur demande trois ans auparavant, se présente avec un TSPT et une comorbidité de dépression majeure ainsi que des antécédents de dépendance à l'alcool et aux médicaments de prescription pour des douleurs intenses aux hanches, aux genoux et au bas du dos depuis 15 ans.

Le vétéran a un emploi d'agent de sécurité / gardien de nuit contractuel, mais est en congé prolongé pour avoir été surpris endormi et en état d'ébriété sur son lieu de travail. Il est séparé de sa famille, isolé et sans soutien familial. Depuis plus de deux ans, il a l'habitude de commencer et d'abandonner des traitements, sans obtenir de réel progrès. Il n'a pas encore reçu de traitement fondé sur des données probantes pour le TSPT en raison de son alcoolisme chronique. Il adopte des comportements très risqués (ex. : conduite en état d'ébriété), ce qui lui a d'ailleurs valu de perdre son permis de conduire.

Le vétéran a des idées suicidaires et des pensées impulsives persistantes, bien que, lorsqu'il est sobre, il nie avoir un plan ou l'intention de se causer du tort. Il a déclaré qu'il était trop en colère pour s'engager dans un processus de demande d'aide auprès du ministère des Anciens Combattants, ce qui compromet ses tentatives d'obtenir un traitement.

L'équipe clinique à laquelle il a été référé envisage une intervention complexe, notamment un sevrage d'alcool en milieu hospitalier ainsi qu'une réadaptation à court terme en milieu hospitalier, incluant une consultation liée à sa douleur et une révision de ses médicaments. Par la suite, l'accent sera mis sur sa stabilisation dans un centre de réadaptation pour alcooliques et sur l'orientation directe vers un programme de traitement fondé sur des données probantes pour le TSPT en milieu hospitalier.

Rôle principal du traitement et contexte du traitement

Le rôle principal du traitement à ce niveau est de s'occuper des cas les plus graves et les plus complexes dans la communauté, ce qui nécessite généralement la participation de plusieurs disciplines, professions et services, et qui comprend un accès direct et une relation de travail étroite avec les services offerts aux niveaux supérieurs, c.-à-d. les services de relève et les services aux patients hospitalisés. Les vétérans et les membres de leur famille qui requièrent des interventions intenses à ce niveau tireront profit des programmes de soutien offerts aux niveaux inférieurs. La gestion de cas dynamique est chose courante, tout comme les interventions intenses axées sur le soutien psycho-social (ex. : logement accompagné, conseils financiers et soutien).

Certains de ces services sont offerts de jour ou en milieu hospitalier. Étant donné la nécessité de s'assurer que l'intervention se poursuive au domicile et dans la communauté du vétéran, tout en atténuant sa dépendance à celle-ci (compte tenu du coût de tels programmes), ces services sont généralement dispensés sous forme d'intervention intensive de courte durée.

5.3.7 Niveau 5 : Les services de santé mentale post-traumatique très intensifs

Interventions fondées sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes

Les services destinés aux vétérans proposent des soins hautement spécialisés par l'intermédiaire de cliniciens experts ayant une expérience et une formation approfondies dans plusieurs contextes, notamment dans le cadre individuel, de groupe, de jour et résidentiel, en milieu hospitalier. Le personnel de ces services est généralement reconnu comme une autorité dans l'application fidèle des traitements fondés sur des données probantes actuels.

Comorbidité, chronicité et complexité – Le traitement du TSPT complexe, de la comorbidité et de la chronicité nécessite une importante expertise dans la mise en œuvre d'interventions qui surpassent les recommandations relatives au TSPT seul.

Expertise dans l'application d'interventions pour la famille et les aidants – L'expertise dans ce groupe de traitement s'étend à la connaissance des traitements fondés sur des données probantes destinés aux proches et aux familles qui réclament de l'aide en raison des problèmes de santé mentale post-traumatique d'un partenaire ou d'un parent.

Exemples d'interventions spécifiques

Trauma Recovery Programs (TRP) (Australie) – programmes de rétablissement liés aux traumatismes – *et Combat Stress UK Intensive Treatment Program (ITP)* – programme de traitement intensif contre le stress offert par Combat Stress (R.-U.)

Ces deux programmes accrédités de traitement du TSPT sont proposés sous forme de programmes intensifs de jour ou en milieu hospitalier, généralement sur une période de 12 semaines avec suivi, dans le cadre d'une thérapie de groupe et individuelle combinée, qui traite le TSPT et les caractéristiques associées par des interventions recommandées par les directives et renforcées par un volet axé sur le bien-être (ex. : l'exercice et les activités significatives). Les deux programmes sont financés respectivement, au moins partiellement, par le ministère des Anciens Combattants de l'Australie et le Service national de la santé du R.-U.

Qualité des données probantes (concernant l'incidence des interventions)

Modérée

Un certain nombre de données probantes appuient l'utilisation de services et de mesures de soutien intensifs en matière de santé mentale pour les populations de vétérans. Par exemple, des études empiriques ont été menées pour examiner les résultats des traitements associés aux programmes de traitement de rétablissement de l'Australie (TRP) et au programme de traitement intensif du R.-U. (ITP) :

1. TRP : Les programmes TRP de l'Australie comportent 20 à 30 jours de traitement sur une période de trois mois. Pendant cette période, les patients reçoivent une thérapie individuelle et de groupe combinée. Les directives du programme énumèrent les composantes du traitement comme suit : 1) psychoéducation, 2) gestion des symptômes, 3) thérapie axée sur le traumatisme, 4) exposition in vivo graduelle, 5) interventions liées à l'abus de substances psychoactives, 6) aptitudes interpersonnelles, 7) problèmes liés à la santé physique et au mode de vie, 8) prévention des rechutes et 9) thérapie individuelle.

5.3.7 Niveau 5 : Les services de santé mentale post-traumatique très intensifs

Qualité des données probantes (concernant l'incidence des interventions) (continued)

Modérée

2. IITP : Le programme ITP est un programme résidentiel de traitement intensif de six semaines mis de l'avant par Combat Stress (organisme de bienfaisance du R.-U. qui soutient la santé mentale des vétérans). Le programme ITP consiste en une thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme dispensé individuellement et en groupe (en combinaison), tenue de 9 h à 17 h les jours de semaine, qui est normalisée et dirigée afin de garantir une expérience de traitement homogène pour les participants. Chaque vétéran est désigné à un groupe fermé de huit personnes et se voit proposer un minimum de 15 séances individuelles de thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme (d'une durée de 90 minutes) et 55 séances de groupe (d'une durée de 60 minutes chacune).

Une étude menée par Phelps et autres (2018a) a exploré différentes trajectoires de réponses au traitement chez les vétérans de l'ADF atteints de TSPT qui ont participé à un programme TRP accrédité pour le TSPT dans un contexte ambulatoire. Les résultats de cette étude ont révélé différents types de réponses au fil du temps (au moment de l'admission au programme, à la fin du traitement, trois mois après la fin du traitement et neuf mois après la fin du traitement), qui démontrent tous des réductions à différents degrés avec le temps. Il est important de noter que plusieurs de ces trajectoires (comprenant environ 70 % de l'échantillon) ont révélé d'importantes réductions liées au TSPT.

Dans le cadre d'une autre étude, Phelps et autres (2018b) ont également examiné les trajectoires d'évolution dans les grappes de symptômes du TSPT dans le cadre d'un échantillon de vétérans australiens atteints de TSPT ayant participé au programme TRP de l'Australie. En utilisant des tailles d'effet sur mesures répétées, ils ont constaté des réductions significatives au fil du temps dans toutes les grappes de symptômes, y compris l'excitation, l'indifférence, l'évitement et les intrusions. Plus précisément, les effets les plus importants ont été observés par rapport à l'excitation et à l'indifférence, entre le moment de l'admission au programme et après le traitement, alors que des réductions plus modestes ont été observées concernant l'évitement et les intrusions. On a également constaté un effet minime dans la grappe de symptômes des intrusions, démontré par des améliorations continues de trois à neuf mois après le traitement.

Par ailleurs, Murphy et autres (2015) ont examiné les résultats relatifs à la santé mentale et à l'altération fonctionnelle six mois après un programme de traitement intensif (ITP; dispensé par Combat Stress) de six semaines chez des vétérans du R.-U. ayant reçu un diagnostic de TSPT. Les résultats de l'étude ont révélé les améliorations les plus marquées pour les symptômes de TSPT et pour la réduction de l'altération fonctionnelle six mois après la fin du traitement. En outre, le traitement a également entraîné des améliorations notables, bien que plus modestes, sur d'autres aspects de la santé mentale, notamment les symptômes de dépression, d'anxiété et de colère.

Ensemble, ces études de recherche empiriques présentent des résultats cohérents et illustrent à quel point les services de santé mentale intensifs pour les vétérans peuvent être utiles et efficaces pour traiter les problèmes psychologiques auxquels cette population est confrontée. Ces résultats peuvent être renforcés par des efforts continus, ainsi que par d'autres études analysant les effets du traitement sur les vétérans inscrits aux programmes TRP et IPT, dans le but de développer une base de données probantes plus vaste en matière de services intensifs de santé mentale.

5.3.8 Les soins aigus ou de crise (accessibles à tous les niveaux)

Aperçu

Il ne s'agit pas d'un niveau à part entière au sein du modèle de soins échelonnés, mais plutôt d'un service disponible à tous les niveaux. Il est essentiel qu'un service d'évaluation et de triage des cas aigus facilement soit accessible pour les vétérans et les membres de leur famille dont les besoins sont soudainement aggravés.

Il est possible que ces épisodes aigus surviennent dans le contexte de problèmes secondaires légers, modérés ou graves, mais on suppose en général que la personne n'a pas de lien étroit avec un service spécialisé qu'elle peut consulter en période de crise. De tels scénarios ne sont pas rares dans la communauté des vétérans et peuvent être déclenchés par divers facteurs de stress comme des conflits relationnels, des problèmes liés aux finances ou à l'emploi et l'abus de substances psychoactives. En principe, les services de Niveau 1 ou 2 (ex. : offerts par des pairs aidants) entrent en action dans ces situations, mais ils doivent généralement pouvoir se référer à un spécialiste pour obtenir une opinion d'expert et des soins aigus.

Idéalement, le service d'évaluation des cas aigus doit être disponible à tout moment afin d'évaluer la personne et d'organiser le niveau de soins approprié (dans la mesure du possible, bien sûr, en optant pour le niveau le moins intensif permettant de répondre au besoin). Bien qu'il soit parfois suffisant d'orienter la personne vers le groupe de pairs ou le prestataire communautaire, l'équipe doit avoir accès aux admissions des cas aigus lorsqu'il existe un risque évident pour la personne ou pour les autres.

Population(s) cible(s) / admissibilité

Le niveau de risque élevé pour soi ou pour les autres indique souvent un état mental altéré et caractérisé par la désinhibition et l'impulsivité, associé à un faible soutien social et à des ressources limitées.

Exemple de vétéran recevant un traitement à ce niveau

Âgé de 28 ans, célibataire et sans emploi, un vétéran de l'Afghanistan, de l'Irak et du Timor oriental, libéré pour raison médicale et ayant quitté l'armée deux ans auparavant, a été diagnostiqué de TSPT, de dépression et de dépendance à plusieurs substances psychoactives. Il est sans abri et vit dans sa voiture depuis six mois.

Il a été escorté aux urgences par la police après avoir été trouvé inconscient et gravement intoxiqué dans sa voiture, près d'un parc local. On ne sait pas s'il s'agit d'une surdose délibérée ou accidentelle. Il a déjà fait deux surdoses au cours des six derniers mois, mais on n'a pas réussi à obtenir son engagement dans les services communautaires ni la participation de sa famille. Il a été placé en détention pour être évalué et stabilisé.

Rôle principal du traitement et contexte du traitement

Le rôle principal du traitement est d'offrir refuge et confinement ainsi que la possibilité de stabiliser l'état mental du vétéran. Il vise également à améliorer la perception du sentiment de contrôle et de l'autonomie chez le vétéran, tout en créant ou en rétablissant et en soutenant l'aidant, la famille ou tout réseau de soutien professionnel.

5.3.8 Les soins aigus ou de crise (accessibles à tous les niveaux)

Interventions fondées sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes
Soins intensifs – admission en milieu hospitalier de cas aigus dans un établissement fonctionnant 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et doté d'une équipe multidisciplinaire hautement qualifiée. Dans les régions rurales ou éloignées, les services dédiés aux vétérans soutenus par des lignes de crise 24 heures sur 24 (Open Arms) ou des lignes de crise communautaires, comme Lifeline et le Suicide Call Back Service, constituent la première ligne de soutien et peuvent orienter vers les services appropriés.
Exemples d'interventions spécifiques
Deux exemples de centres de santé mentale qui remplissent généralement cette fonction sont les centres de santé mentale spécifiques ou réservés aux vétérans qui disposent d'installations pour la détention involontaire des vétérans en vertu de la loi sur les soins de santé mentale ou les unités de santé mentale locales.

5.4 L'utilisation optimale du modèle de soins échelonnés et adaptés : exemples de cas

Les exemples de cas suivants visent à illustrer le modèle échelonné et adapté et à démontrer de quelle façon le modèle offre un soutien efficace aux vétérans souffrant de TSPT.

5.4.1 1er exemple de cas : Greg A.

5.4.1.1 L'ADMISSION ET L'ÉVALUATION (PREMIÈRE PRÉSENTATION)

Greg, un vétéran de 27 ans, marié, travailleur autonome ayant quitté l'armée il y a 18 mois, consulte un médecin généraliste « proche des vétérans » qui lui a été recommandé par d'autres vétérans de la région. Ils lui ont dit : « il comprendra d'où tu viens et il t'offrira ce dont tu as besoin ».

Lors de l'ouverture de son dossier, Greg confirme qu'il est vétéran des forces armées, où il faisait partie de l'infanterie, et qu'il a quitté l'armée neuf mois auparavant, après avoir servi pendant sept ans. Lorsqu'on l'invite à entrer dans le cabinet et qu'on lui demande pour quelle raison il consulte, Greg informe le médecin qu'il se sent vraiment excédé. Il explique qu'il a l'impression d'échouer dans tous les rôles de sa vie – comme travailleur, ami, époux et père – et qu'il a de plus en plus de mal à croire que la vie vaut la peine d'être vécue. Il est conscient qu'il a des « problèmes » depuis un certain temps, mais qu'il a tardé à demander de l'aide, espérant que les choses allaient s'améliorer par elles-mêmes. Il pense aussi que son entourage en a assez. Sa femme lui a dit d'aller chercher de l'aide, sinon il devra quitter la maison familiale, et il mentionne avec

embarras que ses deux jeunes garçons, âgés de 4 ans et de 2 ans, l'évitent. Il ajoute qu'il ressent beaucoup de colère dernièrement et que, depuis qu'il est sans travail, sa consommation d'alcool a augmenté, mentionnant qu'il a l'impression d'en avoir « probablement » déjà trop abusé.

Greg informe le médecin généraliste qu'il passe la plupart de ses soirées seul dans sa remise à boire jusque tard dans la nuit. Greg ajoute qu'il a des problèmes de sommeil, parce que la nuit, il se sent à cran et ses pensées s'accélèrent plutôt que de se ralentir. Il pense qu'il dort en moyenne entre trois et quatre heures par nuit, se réveillant tôt et n'arrivant pas à se rendormir. Greg déclare qu'il a une douleur constante de faible intensité à l'épaule, résultat d'une blessure encourue dans l'armée, et qu'elle semble s'aggraver pendant la nuit et devenir de plus en plus dérangeante. Greg affirme qu'il a cessé de parler à sa famille et de voir ses amis, et qu'il a évité tout type de contact au cours des trois à six derniers mois. Il explique qu'il ne prend pas plaisir à rencontrer des gens, qu'il s'énerve et qu'il a tendance à boire trop et à « s'attirer des ennuis ». Greg précise que la plupart de ses amis sont des vétérans et qu'ils ont essayé d'entrer en contact avec lui. Plusieurs lui disent d'aller chercher de l'aide.

Greg affirme qu'il a de la difficulté à trouver un bon emploi depuis qu'il a quitté l'armée. Avant d'être libéré, Greg avait obtenu un permis de conduire de classe supérieure, ce qui lui permet de conduire de gros camions et de manœuvrer de la machinerie lourde, mais il n'a pu obtenir que des contrats de travail. Greg avoue qu'il en est à son troisième contrat et que, la semaine précédente, on l'a informé qu'on n'avait plus besoin de ses services. Il précise qu'il a l'impression de n'avoir pas beaucoup de points communs avec les civils et qu'il critique sans cesse ses collègues de travail et ses gestionnaires au sujet des « normes ». Greg déclare qu'il est en état d'ébriété depuis qu'il a perdu son travail et qu'il est découragé à l'idée de chercher un autre emploi sans aucune référence.

Lorsque le médecin lui demande des renseignements complémentaires, Greg l'informe qu'il a été déployé à trois reprises pendant qu'il était dans l'armée et qu'il avait l'impression de s'en sortir relativement bien jusqu'à sa dernière affectation en Afghanistan. Greg explique qu'il avait été déclassé pour des raisons médicales pendant environ 12 mois, résultat d'un mélange de problèmes au genou et à l'épaule qui nécessitaient une chirurgie mineure et d'humeur négative.

Greg précise qu'il ne s'est « pas très bien adapté depuis le dernier déploiement ». Pendant la période où il était déclassé pour des raisons médicales, Greg explique qu'il avait alors perdu tout enthousiasme pour l'infanterie et pour le métier de soldat, et qu'il avait demandé un changement de poste, dans l'espoir d'obtenir un métier. Lorsque sa demande de transfert a échoué, Greg a commencé à planifier sa libération.

Greg expliqué qu'il s'est marié tôt, à 22 ans. Douze mois plus tard, le couple a eu son premier enfant. Son épouse, précise-t-il, venait d'une famille de militaires, alors elle a été affectée et réaffectée avec lui sans problème. Elle a une formation d'infirmière et elle est toujours parvenue à se trouver rapidement du travail partout où ils se trouvaient et à se constituer un bon réseau d'amis. Après sa libération, ils sont revenus dans leur ville natale, auprès de leur famille, qui a continué à leur offrir un bon soutien, notamment avec la garde des enfants. Greg avoue que le couple rencontre certains problèmes depuis la dernière année et que lui et sa femme passent rarement du temps ensemble. Greg ajoute que les disputes augmentent et que le ton monte, mais qu'il n'y a aucune violence. Il indique qu'il préfère se retirer et boire.

En ce qui concerne le reste de la famille, Greg déclare que son plus jeune fils a probablement des « intestins immatures », qu'il est chroniquement instable et qu'il est un « petit dormeur ». La famille vit actuellement dans sa maison, avec une petite hypothèque, car Greg avait bien investi l'argent de ses déploiements. Ils sont actuellement en mesure de payer les factures avec le salaire de son épouse et ils utilisent leurs économies pour se procurer des choses supplémentaires, bien que Greg soit conscient qu'il va devoir se trouver une carrière quelconque s'il veut continuer de soutenir la famille. Les membres de la famille propre de Greg sont dispersés dans tout le pays, et aucun d'entre eux n'habite à proximité. Son enfance a été difficile, et il s'est engagé dans l'armée, car il y voyait des possibilités favorables pour vivre du changement et faire carrière.

Le médecin généraliste et Greg s'entendent pour que ce dernier s'abstienne de boire ce soir-là et qu'il revienne le lendemain avec son épouse afin de discuter d'un plan de traitement. Le médecin lui prescrit une dose de somnifère pour la soirée.

5.4.1.2 LA PLANIFICATION ET LE TRAITEMENT

Lors de la rencontre le lendemain, le médecin généraliste accepté de travailler avec le couple afin de coordonner une approche par étapes du traitement, comprenant les éléments suivants selon un modèle échelonné et adapté :

Traitement et progression	**Interventions (indication des niveaux)**
Admission et évaluation (première consultation)	Complétée par le médecin généraliste (Niveau 2)
Étape 1	Orientation vers un psychiatre pour évaluation de la santé mentale et obtenir des recommandations de traitement (Niveaux 3 et 4) Orientation vers un chirurgien orthopédiste pour examen de l'épaule et de la douleur (Niveaux 3 et 4) Intervention dirigée par le médecin généraliste pour réduire la consommation d'alcool Psychoéducation sur la consommation, établissement d'objectifs, tenue d'un journal, identification des risques de rechute (Niveau 2) Envisager la prescription de médicaments pour réduire les effets du sevrage, le cas échéant (Niveau 2) Envisager la prescription de médicaments pour réduire les envies d'alcool, si problématique (Niveau 2) Orientation vers un groupe de AA dirigé par des pairs (Niveau 1)
Étape 2	*En fonction des résultats de l'évaluation et des interventions réalisées à l'étape 1, éléments à envisager :* Le médecin généraliste (Niveau 2) doit suivre les recommandations du psychiatre (Niveau 3) et du chirurgien orthopédiste (Niveau 3) concernant la gestion de la santé mentale et de la douleur ou de l'inconfort, travailler avec les deux niveaux (Niveaux 2 et 3) ou confier la prise en charge à l'un des spécialistes ou aux deux (Niveaux 3, 4 et 5, selon les spécialistes qui acceptent la prise en charge) Compte rendu sur la consommation d'alcool et transition vers l'étape suivante (orientation vers un praticien ou un service spécialisé en consommation de substances – Niveaux 3, 4 et 5), maintien de l'intervention (médecin généraliste et/ou AA – Niveaux 1 et 2) ou passage au niveau inférieur (sans intervention ou groupe sur l'alcoolisme dirigé par les pairs; Niveau 1) au besoin Orientation vers des agents des services sociaux pour appuyer la demande d'examen du dossier au ministère des Anciens Combattants (Niveau 1) Demande de soutien par les pairs pour aider le vétéran à « naviguer dans le système » en fonction des ressources, de la familiarité, de la confiance et du soutien dont Greg bénéficie au sein de son propre réseau social Orientation vers un psychologue ou un médecin spécialisé dans le sommeil (Niveau 3) ou une « clinique du sommeil » (Niveaux 3 et 4) pour évaluation et traitement de l'insomnie (Niveau 2)

Traitement et progression	Interventions (indication des niveaux)
Étape 2	Orientation vers un psychologue ou un service « proche des vétérans » offrant un traitement de la colère fondé sur des données probantes en groupe (Niveaux 1 et 2) ou de façon individuelle (Niveaux 2 et 3) Participation de l'épouse à un groupe de soutien aux partenaires, dirigé par des pairs et géré par un organisme d'anciens combattants (Niveaux 1 et 2) ou intégration d'un counseling relationnel plus approprié pour le couple (Niveaux 2 et 3) Orientation du couple vers un physiologiste de l'exercice pour gérer la réadaptation physique et l'exercice (Niveaux 2 et 3)
Étape 3	*En fonction des progrès réalisés suivant les interventions des étapes 1 et 2, éléments à envisager :* Rencontre avec le médecin généraliste pour évaluation des progrès et transition vers la prochaine étape, maintien ou reprise du traitement lié aux problèmes de santé mentale, physique et fonctionnelle, au besoin (Niveau 2) Orientation vers un service d'emploi spécifique aux vétérans (Niveau 1) Engagement en physiologie de l'exercice, adhésion à un gym local ou à un club sportif de vétérans ou communautaire afin d'améliorer la santé physique et les relations avec les autres (Niveaux 1 et 2) Élaboration d'un plan pour améliorer les liens sociaux avec la famille, les amis et la communauté, y compris les organismes d'anciens combattants (Niveaux 1 et 2) Évaluation et rétroaction sur la possibilité ou l'avantage de l'intervention pour améliorer la relation et soutenir le fonctionnement de la famille

5.4.2 2e exemple de cas : Carol C.

5.4.2.1 L'ADMISSION ET L'ÉVALUATION (PREMIÈRE PRÉSENTATION)

Carol est une gestionnaire de soins infirmiers de 51 ans, célibataire et au chômage depuis peu. Elle a servi dans l'armée pendant 25 ans, au sein du corps des infirmières, avant de prendre sa retraite des forces il y a 8 ans, en 2012. Carol a entrepris un traitement à la suite d'une évaluation médicale liée à une demande d'indemnisation, après que ses parents et ses amis et anciens camarades, qu'elle revoit tous les trois ou quatre mois, l'ont encouragée à « remplir les formulaires ».

À l'époque, elle s'inquiétait, car elle éprouvait de plus en plus de difficulté à faire son travail en raison de problèmes persistants liés à une agitation, à une colère croissante ayant entraîné des conflits avec le personnel, et à une humeur de plus en plus maussade, pessimiste et abattue.

Carol consulte le psychiatre désigné pour une évaluation. En présentant ses états de service, elle indique qu'elle s'est engagée dans l'armée à l'âge de 18 ans, avec le soutien de sa famille, en cherchant à faire carrière en soins infirmiers, ce qu'elle avait toujours voulu faire. Elle est heureuse d'avoir conservé ce rôle tout au long de sa carrière et connu un certain succès qui l'a amené à monter dans les grades, terminant sa carrière au rang de sergent. Carol a participé à plusieurs déploiements dans des zones de guerre pendant son service ainsi qu'à des opérations de secours lors de catastrophes. Carol déclare qu'elle a le sentiment d'avoir bien géré les déploiements, y compris les occasions où elle s'est retrouvée en première ligne, dans la ligne de tir, ou que son unité a été la cible d'engins explosifs improvisés. Cela dit, Carol affirme qu'elle se sent plus perturbée qu'auparavant, depuis sa dernière mission en Afghanistan. Bien qu'elle ait toujours été déstabilisée après ses affectations, cette mission en particulier était en quelque sorte différente, même si elle considère qu'elle était moins mouvementée que les autres.

En donnant des renseignements sur sa situation sociale, Carol révèle qu'elle est divorcée et qu'elle a un fils adulte né de ce mariage. Elle précise qu'elle et son ancien mari se sont séparés à l'amiable après 25 ans de mariage, ajoutant que les nombreuses périodes de séparation ont creusé une distance croissante entre eux, ainsi qu'entre Carol et son fils. Le fils de Carol, déclare-t-elle, est autiste et il ne parvenait pas à gérer les changements constants associés aux affectations, aux déploiements et aux exercices prolongés, qui entraînaient les départs fréquents de sa mère de la maison familiale. Par conséquent, lors de ses deux dernières affectations, avant qu'elle et son mari ne se séparent, Carol est partie seule. Par la suite, le divorce a semblé la suite naturelle des choses pour Carol. Elle n'a eu aucun contact avec son ancien mari ni avec son fils au cours des 18 derniers mois. Elle vit dans sa propre maison de trois chambres, située dans un cul-de-sac à la périphérie de la ville, avec un système de sécurité sophistiqué pour protéger la maison. Carol est financièrement stable et n'a qu'un petit prêt à rembourser sur sa voiture. Cependant, elle précise qu'elle a besoin de travailler pour payer les factures et l'entretien de la maison.

Carol indique qu'elle souffre de douleurs au bas du dos, qu'elle a quelques kilos en trop et qu'elle ne fait pas d'exercice. Elle qualifie son alimentation de « déplorable », la majeure partie de son régime étant constitué de plats surgelés à réchauffer au micro-ondes. Carol commande sa nourriture et son alcool en ligne et se les fait livrer, expliquant que les foules la rendent frustrée et que les deux dernières fois qu'elle est entrée dans une épicerie, elle a quitté précipitamment sans rien prendre. Carol voit peu d'amis, principalement d'anciennes collègues infirmières de l'armée, et a de rares contacts avec ses parents et son frère, qui vivent dans une autre région du pays. Elle reconnaît qu'elle s'isole de plus en plus.

Après l'évaluation, le psychiatre diagnostique chez Carol un TSPT avec comorbidité de troubles anxieux et de dépression. On lui a également diagnostiqué une consommation abusive d'alcool lorsqu'elle a reconnu qu'elle ne passait aucune journée sans prendre d'alcool dans une semaine, qu'elle buvait en moyenne quatre à six verres moyens chaque soir et qu'elle s'adonnait à au moins une beuverie excessive chaque semaine lorsqu'elle ne travaillait pas le lendemain.

Le fils de Carol, déclare-t-elle, est autiste et il ne parvenait pas à gérer les changements constants associés aux affectations, aux déploiements et aux exercices prolongés, qui entraînaient les départs fréquents de sa mère de la maison familiale.

5.4.2.2 LA PLANIFICATION DU TRAITEMENT

Lors d'une rencontre de suivi visant à discuter du traitement, le psychiatre travaille avec Carol pour élaborer et gérer un plan de traitement initial. Au fur et à mesure que le plan évolue, le psychiatre recommande que Carol soit orientée vers l'équipe

de gestion de cas du ministère des Anciens Combattants, qui s'occupera de la coordination de son traitement. Le plan de traitement présenté au gestionnaire de cas désigné pour Carol prévoit, en premier lieu, une orientation vers un traitement psychologique recommandé par les directives pour le TSPT ainsi qu'un suivi de sa consommation d'alcool, et invite l'équipe de gestion de cas à envisager des interventions visant à s'occuper des « problèmes associés mode de vie » de Carol. Le psychiatre précise qu'une nouvelle orientation pour Carol sera positive, si cela s'avère nécessaire.

Conformément à la demande du psychiatre et en concertation avec Carol, l'équipe de gestion de cas oriente Carol vers un psychologue local avec qui l'équipe travaille souvent pour proposer un traitement psychologique fondé sur des données probantes et recommandé par les directives pour le TSPT. Carol et le psychologue conviennent d'utiliser la thérapie du processus cognitif pour traiter son TSPT étant donné qu'elle comprend et qu'elle est prête à s'engager dans les activités à faire à la maison et la tenue d'un journal qu'exigent la thérapie. Par ailleurs, elle croit qu'il lui sera utile de disposer d'un espace où elle pourra réfléchir à certaines de ses suppositions inutiles à propos des lieux et des personnes, ainsi que des actions qui la ciblaient et la menaçaient délibérément. Le psychologue accepte de travailler avec Carol pour surveiller sa consommation d'alcool tout en lui dispensant la thérapie du processus cognitif, mais il précise que, si la situation devenait problématique, une orientation vers un programme ou un service plus spécialisé dans le domaine pourrait être indiquée. Le gestionnaire de cas est chargé de discuter avec Carol d'une ou de plusieurs intervention(s) à envisager pour résoudre les « problèmes liés au mode de vie ».

Le gestionnaire de cas et Carol conviennent que la priorité de Carol à l'heure actuelle est de faire progresser sa demande d'indemnisation auprès du Ministère en vue de stabiliser sa situation financière.

5.4.2.3 LE PROGRÈS DU TRAITEMENT

Carol se rend à une rencontre de suivi avec son gestionnaire de cas désigné pour discuter des progrès réalisés. Elle l'informe qu'elle a participé à 13 séances hebdomadaires de thérapie du processus cognitif, qui viennent de se terminer, et qu'elle a le sentiment d'avoir obtenu un certain bienfait du traitement, bien qu'elle continue d'éprouver certains problèmes résiduels et qu'elle n'observe pas encore de changement concret concernant son fonctionnement et sa qualité de vie.

Carol parle plus ouvertement de ses problèmes de santé mentale, semblant bénéficier de la composante psychoéducationnelle du traitement. Dans ce contexte, elle indique qu'elle demeure soucieuse de son niveau élevé d'hypervigilance et de ses inquiétudes à l'égard de menaces « potentielles », en plus d'observer une aggravation de son insomnie. Carol fait état d'une certaine amélioration de son humeur, ce qui indique que le fait de reconnaître qu'elle a un problème de santé lié à son service militaire et l'expérience positive du traitement en soit ont contribué à lui remonter le moral. En outre, Carol ajoute qu'elle a été informée qu'elle recevrait un paiement compensatoire du Ministère. Elle précise que cela lui assurera une certaine sécurité financière le temps qu'elle poursuit son traitement et que cette nouvelle a considérablement réduit son anxiété. Sur une note plus décourageante, Carole affirme qu'elle a récemment cessé de conduire en ville et retardé ses efforts pour retourner au travail. Parallèlement, en refusant d'utiliser les transports en commun, Carole s'isole de plus en plus. Elle souligne que sa consommation d'alcool a diminué pendant son traitement, passant d'abord à un, puis à deux jours sans alcool par semaine, mais elle sent que sa consommation augmente à nouveau. Carole a déclaré qu'elle craint que son humeur ne suive le même schéma, ce qui suggère qu'elle a établi un lien entre son niveau de consommation d'alcool et son humeur. Carole et son gestionnaire de cas planifient une autre séance de suivi où ils solliciteront les commentaires du psychologue afin de réfléchir aux prochaines étapes.

5.4.2.4 LA PLANIFICATION DU TRAITEMENT (REFORMULATION)

Lors de la rencontre suivante, le gestionnaire de cas de Carol communique avec le psychologue traitant (celui qui a proposé la thérapie du processus cognitif à Carol) pour connaître son avis. Le psychologue convient avec Carol qu'elle a effectivement tiré profit du traitement de son TSPT, ayant obtenu une certaine réduction dans la fréquence et l'intensité des symptômes liés au TSPT, mais qu'une intervention supplémentaire serait utile et indiquée.

Reconnaissant qu'il existe d'autres options dans le cadre des recommandations liées au traitement du TSPT ainsi que de plus en plus de documentation sur le renforcement des traitements recommandés par les directives pour le TSPT (voir Metcalf et autres, 2020), les deux intervenants travaillent avec Carol à

formuler un nouveau plan de traitement. En accord avec les objectifs et les priorités de Carol en matière de traitement, il est convenu de réorienter cette dernière vers le psychiatre qui a diagnostiqué son TSPT, dans le but d'envisager l'essai de médicaments recommandés par les directives pour le TSPT. Par la suite, puisque Carol accorde sa priorité à une meilleure gestion de l'hyperexcitation, de l'irritabilité et de l'insomnie, on discute des options qui se présentent à elle. Au terme de la discussion, Carol a la possibilité d'opter pour une réorientation et l'intensification de son traitement en optant pour un programme intensif à court terme pour le TSPT (si possible) ou d'envisager un plan de traitement personnalisé adapté à ses besoins spécifiques.

Les programmes intensifs sur le TSPT sont axés en général sur le TSPT et se concentrent en particulier sur le traitement des grappes de symptômes (ex. : la gestion de l'excitation) et des comorbidités caractéristiques (ex. : la consommation abusive d'alcool) tout en offrant aux personnes des options et des initiatives qui renforcent la valeur du traitement en mettant l'accent sur le fonctionnement, le bien-être et le changement positif du mode de vie (ex. : l'alimentation, l'utilisation significative du temps de loisir et l'exercice). Ce traitement est généralement offert dans un contexte mixte de groupe et individuel, et présente des bienfaits supplémentaires découlant du fait de se trouver avec d'autres vétérans ayant des problèmes semblables et de créer un réseau social de soutien qui est favorable pour le vétéran qui sympathise avec les autres membres.

Comme option, on informe Carol qu'un programme individualisé peut présenter les mêmes caractéristiques qu'un programme intensif sur le TSPT, tout en permettant de personnaliser davantage le traitement, ce qui constitue des bienfaits supplémentaires. On informe Carol que la gestion de cette approche requiert plusieurs orientations vers divers services, en établissant un équilibre entre les demandes de traitement et les problèmes plus généraux associés au mode de vie. Pour assurer le succès de cette approche, il est important que Carol, le gestionnaire de cas et le(s) fournisseur(s) de traitement soient régulièrement en communication afin de discuter de la fréquence, de l'intensité et de l'étendue du traitement ainsi que de son incidence. Dans cette optique, une liste de domaines d'intervention et de mesures de soutien potentiels est dressée afin d'établir le parcours de traitement prioritaire avec Carol.

Confrontée au choix qu'elle doit faire, Carol fait savoir qu'elle ne se sent pas à l'aise de s'engager à suivre un programme de groupe à ce stade et qu'elle préfère concevoir son propre programme. Carol a toujours eu du mal à comprendre comment elle pouvait souffrir d'un TSPT alors que d'autres personnes occupant des postes de première ligne dans l'armée n'en souffraient pas. Elle mentionne qu'elle aimerait d'abord discuter de la question des médicaments avec le psychiatre. Ensuite, elle souhaite participer à un programme de gestion de l'anxiété afin de trouver des moyens pour mieux composer avec son anxiété. Enfin, elle désire consulter un spécialiste à propos de son sommeil. Elle reconnaît qu'elle a besoin de socialiser davantage et « peut-être » de renouer avec sa famille et ses amis. Elle admet également qu'elle doit être plus vigilante quant à sa consommation d'alcool. Carol rechigne à discuter de certains facteurs liés au mode de vie, comme le régime alimentaire, et soupire longuement à l'idée de faire de l'exercice, indiquant qu'une motivation externe comme un physiologiste de l'exercice ou autre serait utile pour l'aider à commencer. Elle déclare qu'un objectif important pour elle serait de reprendre le travail. Tous les participants quittent la rencontre avec un plan, une date de révision et la compréhension à savoir que les plans de traitement devront probablement être formulés et reformulés au fur et à mesure que Carol progresse dans son rétablissement.

5.4.2.5 RÉSUMÉ EN FONCTION D'UN MODÈLE ÉCHELONNÉ ET ADAPTÉ

Traitement et progression	Interventions (indication des niveaux)
Admission et évaluation (première consultation)	Évaluation et formulation des problèmes avec le psychiatre désigné par le ministère des Anciens Combattants (Niveau 3) Le psychiatre réclame une orientation pour un traitement psychologique recommandé par les directives pour le TSPT (Niveaux 3 et 4), une surveillance de la consommation d'alcool (Niveau 2) et invite l'équipe de gestion de cas à se pencher sur les questions liées au mode de vie problématique de Carol, prévoyant une rencontre de suivi dans trois mois (Niveaux 1, 2 et 3).
Étape 1	Le médecin généraliste, le psychiatre et le psychologue proposent une psychoéducation sur le TSPT (Niveaux 1, 2 et 3). Le psychologue et Carol traitent le TSPT en utilisant la thérapie du processus cognitif (Niveaux 3 et 4). Le psychologue accepte de surveiller la consommation d'alcool de Carol (Niveaux 2 et 3). Les services de gestion de cas et d'aide sociale font avancer les efforts de stabilisation financière (Niveaux 2 et 3).
Étape 2	Réorientation vers le psychiatre qui a diagnostiqué le TSPT de Carol afin de discuter des interventions pharmacologiques recommandées pour le TSPT (Niveaux 3 et 4) Envisager une approche plus large du TSPT adoptée par certains programmes spécialisés en matière de TSPT qui proposent des interventions visant à gérer les troubles de comorbidité mentionnés par Carol (c.-à-d. l'alcool, l'anxiété, l'irritabilité et la colère, ainsi que les troubles du sommeil). Offrir une vaste exposition à des traitements de l'excitation fondés sur des données probantes (ex. : la pleine conscience et la méditation). Réfléchir aux questions liées au mode de vie, notamment en lien avec l'exercice et l'alimentation. Envisager des interventions pour améliorer la cohésion sociale (Niveau 5). Envisager une intervention de gestion de l'anxiété recommandée par les directives, en soulignant les avantages d'améliorer ses capacités d'adaptation, associée à une pratique instaurée dans le cadre d'une hiérarchie d'exposition sur mesure, qui s'applique directement aux problèmes liés au mode de vie (c.-à-d. les avantages concrets pour Carol) (Niveaux 3 et 4). Orientation vers une évaluation des troubles du sommeil et, en supposant que le problème est l'insomnie, Carol entreprend le traitement recommandé par les directives pour l'insomnie (c.-à-d. la thérapie cognitivo-comportementale axée sur l'insomnie) (Niveaux 3 et 4).

Treatment / Progression	Interventions (Tier alignment)
Étape 2	En fonction de la préférence et du besoin perçu, une réflexion est menée sur les moyens de freiner la consommation problématique d'alcool. Les options comprennent le rehaussement du traitement à un niveau supérieur afin d'obtenir un traitement plus spécialisé dans le domaine des dépendances, la possibilité de faire passer le traitement au niveau inférieur OU de le renforcer en ayant recours à un traitement offert dans le cadre d'un programme de groupe dirigé par des pairs, comme celui offert par les Alcooliques anonymes (AA), en plus d'envisager les interventions pharmacologiques ciblant les envies et les pulsions (Niveaux 2, 3 et 4). Envisager une orientation vers un physiologiste de l'exercice afin de concevoir et de démarrer un programme d'exercices régulier (Niveaux 2 et 3).
Étape 3	Poursuite des consultations avec le gestionnaire de cas désigné pour discuter des plans de traitement et de la coordination des soins (Niveaux 3 et 4). Envisager l'orientation vers un service de réadaptation professionnelle favorisant le retour au travail (Niveaux 1, 2 et 3). Soutien continu à l'égard des interventions afin de favoriser le développement d'un réseau social de soutien, y compris un counseling de soutien pour aider à renouer les liens avec la famille (Niveaux 1 et 2).

6 La mobilisation des connaissances et la mise en application des meilleures pratiques

La section précédente du Cadre conceptuel a décrit une composante essentielle d'un système hautement performant de soins en santé mentale post-traumatique – un macromodèle de soins, échelonnés et adaptés, en présentant des interventions et des programmes de traitement efficaces et fondés sur des données probantes aux divers niveaux du modèle et en regard de divers problèmes de santé.

Cette section du Cadre conceptuel a pour but de comprendre comment optimiser la mise en œuvre du modèle de soins échelonnés et adaptés ainsi que de pratiques fondées sur des données probantes. Il sera notamment question :

- de l'importance de la mobilisation des connaissances et de la science de l'application des connaissances, de ce dont il s'agit et des raisons d'y porter notre attention;
- des défis typiques que comporte la mise en application efficace des meilleures pratiques, notamment pour les praticiens, les fournisseurs/organismes et le système, ainsi que pour les vétérans eux-mêmes et leur famille;
- des composantes d'une mise en application efficace des meilleures pratiques, y compris de précisions sur les étapes à suivre dans la mise en application du modèle de soins échelonnés et adaptés et de pratiques fondées sur des données probantes.

Comme nous l'avons vu en introduction, bien que cette section du Cadre conceptuel soit abordée du point de vue d'un organisme intermédiaire, elle demeure pertinente pour les autres intervenants. Malgré l'intérêt particulier accordé à la mise en application du système, elle se veut un instrument utile au plus vaste public possible, à savoir l'ensemble des intervenants ayant la capacité d'influencer les résultats obtenus au bénéfice des vétérans et de leur famille, notamment : les organismes de financement; les assureurs; les décideurs; les gestionnaires de systèmes; les autorités de réglementation; les organismes intermédiaires; les fournisseurs de services; les organismes de soutien; les praticiens et les particuliers; les familles et les communautés elles-mêmes.

Principaux points de cette section :

La mise en application d'un modèle de soins échelonnés et adaptés de nouvelle génération en réponse aux problèmes de santé mentale post-traumatique de la communauté des vétérans exige une participation importante de ces derniers ainsi que de leur famille, l'élaboration de pratiques relativement à l'admission, à l'évaluation et à la planification des traitements, des services d'orientation à travers le système et la coordination des soins dans les secteurs de la santé et de l'aide sociale, ainsi qu'un engagement envers l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes et de stratégies pratiques en vue d'en favoriser l'intégration.

La mise en œuvre de programmes efficaces à l'intention des vétérans et de leur famille nécessite des changements au sein de systèmes fort complexes et évolutifs qui impliquent de multiples acteurs, notamment des décideurs, des organismes de financement, des groupes de défense et des groupes communautaires, des services de santé et d'aide sociale, ainsi que des chercheurs.

Afin de promouvoir les meilleures pratiques et l'utilisation durable de pratiques fondées sur des données probantes, il est nécessaire d'adopter des modèles efficaces qui aident à ancrer le changement de pratiques dans le contexte de

constante évolution des systèmes.

La mobilisation et la mise en pratique des connaissances font partie d'un cycle itératif dans lequel non seulement les nouvelles connaissances viennent enrichir la pratique, mais la pratique elle-même éclaire aussi à son tour les connaissances qui en résultent et l'application la plus efficace à adopter. Ainsi, la mobilisation et la mise en pratique des connaissances influencent non seulement la façon dont les données probantes sont utilisées pour améliorer la vie des vétérans et de leur famille, mais aussi la planification et le développement de la recherche.

Afin que la mise en œuvre soit efficace, des stratégies sont non seulement nécessaires pour promouvoir l'adoption en temps utile de pratiques fondées sur des données probantes, mais aussi pour augmenter et maintenir la portée et l'efficacité de telles pratiques au fil du temps au sein de la communauté ciblée. Cela implique de bien comprendre les besoins des divers intervenants ainsi que les obstacles potentiels à une pratique efficace, comme ce qui peut lui être favorable, et ce, à tous les niveaux du système de soins en santé mentale post-traumatique, notamment :

- **Les facteurs liés aux praticiens**, tels que leurs connaissances et leurs compétences, leur perception à l'égard de pratiques fondées sur des données probantes ainsi que leur apprentissage continu;
- **Les facteurs organisationnels**, tels que les ressources et le leadership des prestataires (ou des services) ainsi que leur culture en matière de changements et de pratiques fondées sur des données probantes;
- **Les facteurs systémiques**, tels que les contextes politique et législatif, les priorités en matière de financement et la façon dont le système de services est conçu;
- **Les facteurs liés aux vétérans et à leur famille**, tels que la perception qu'ils ont de leurs propres besoins et du système de services, leurs expériences de désavantage systémique, leur capacité d'accéder à l'information ainsi qu'à la prestation de services et de s'y engager, et leur relation avec les fournisseurs de services.

L'approche des soins proposée dans ce document, qui consiste à déterminer les soins les plus efficaces en fonction des besoins des vétérans et de leur famille, à l'aide d'évaluations individualisées effectuées à tous les niveaux du système de soins de santé, exige non seulement une collaboration entre de multiples secteurs et systèmes de soins, mais aussi de tenir compte de la façon dont ceux-ci évolueront au fil du temps. Il faut en outre que les priorités de recherche soient établies en temps opportun en fonction des lacunes dans la pratique et des besoins de la communauté.

Les liens entre les chercheurs, les décideurs et les services doivent être bien établis afin que les pratiques fondées sur des données probantes et les nouvelles connaissances puissent être intégrées aux systèmes de services de manière utile à l'ensemble des intervenants, et particulièrement aux vétérans et aux familles.

Ainsi, les composantes de la mobilisation et de la mise en pratique des connaissances doivent tendre vers les objectifs suivants :

1. Élaborer **une approche inclusive du partage des connaissances et de l'amélioration du système**, qui place les besoins de l'ensemble des vétérans au cœur de la transposition des données probantes dans la pratique;
2. Améliorer **les partenariats du savoir et le partage des connaissances** entre les chercheurs, les organismes de financement gouvernementaux et les décideurs, les praticiens et la communauté des vétérans;
3. Concevoir **des systèmes efficaces permettant de cerner les nouveaux besoins et les nouvelles connaissances** au sein de la communauté des vétérans et de leurs réseaux de soutien formels et informels, afin d'éclairer l'élaboration de politiques et d'orienter la recherche en temps opportun;
4. Augmenter **l'offre de soins efficaces** afin qu'un plus grand nombre de vétérans et de familles aient accès à des soins fondés sur des données probantes lorsqu'ils en ont besoin et suivant le degré d'intensité requis, comme indiqué dans la section précédente relativement aux niveaux de soins, qu'il s'agisse de services et de mesures formelles de soutien communautaire, de services et de mesures de soutien spécialisés en santé mentale ou de services et de mesures de soutien intensifs en santé mentale;
5. Favoriser **l'utilisation soutenue et l'efficacité des traitements fondés sur des données probantes** et des systèmes sous-jacents (ex. : les soins fondés sur des mesures et la coordination des soins).

présent Cadre conceptuel recommande de s'appuyer sur six composantes de base pour une mobilisation et une mise en pratique des connaissances efficaces au sein d'un système :

Encourager le leadership

- Collaborer avec les décideurs gouvernementaux afin que les orientations politiques adoptées et les ressources déployées soient conformes aux meilleures pratiques et favorisent leur mise en application. Un tel engagement implique non seulement des discussions au sujet du système ou des interventions à effectuer, mais il nécessite surtout des ressources et des conseils pour une mobilisation et une mise en application des connaissances efficaces et soutenues.
- Soutenir les organismes intermédiaires et les courtiers du savoir afin qu'ils puissent guider et faciliter la mise en pratique des connaissances. Le type de leadership fourni devrait être basé sur la place occupée par les organismes dans le système de services. Les organismes intermédiaires doivent être dotés des ressources nécessaires pour favoriser des partenariats durables entre les fournisseurs de soins, les chercheurs et la communauté.
- Soutenir les efforts de mise en œuvre et le leadership à tous les niveaux. Cela comprend un leadership centralisé afin de soutenir une vision commune et d'assurer la continuité du programme, ainsi que l'affectation de ressources appropriées et un leadership local pour fournir des conseils au jour le jour. Il n'est pas recommandé d'adopter des approches descendantes pour la mise en œuvre dans des systèmes complexes. Les dirigeants locaux doivent être dotés de ressources et soutenus afin que les interventions puissent être adaptées aux besoins locaux.
- Impliquer à la fois des leaders formels et informels dans la mobilisation des connaissances et le changement des pratiques. Les leaders informels, comme les leaders d'opinion ou les leaders communautaires devraient, dans la mesure du possible, s'engager à soutenir le changement et à favoriser l'amélioration de la qualité. Les leaders organisationnels doivent être dotés des ressources nécessaires pour soutenir les efforts de mise en œuvre dès le départ, afin de favoriser une bonne préparation organisationnelle et l'adoption rapide de pratiques fondées sur des données probantes, et d'en promouvoir le maintien au fil du temps.
- Renforcer la capacité de leadership afin de promouvoir l'amélioration des pratiques et la mise en application des innovations. D'autres recherches doivent être menées pour aborder cet aspect essentiel du changement de système et du soutien à la mise en œuvre.

Maximiser la collaboration

- Faire participer activement les praticiens et les clients à la planification et à la conception de travaux de recherche sur l'efficacité et la mise en œuvre afin de faciliter la diffusion et la mise en application efficaces de nouvelles approches.
- Inclure des modèles de recherche participative et d'évaluation des pratiques dans les priorités de recherche. Ces types de recherche aident à déterminer comment les systèmes et les contextes dans lesquels s'opèrent les services façonnent le comportement des praticiens et influencent l'accès des communautés aux services ainsi que l'utilisation qu'elles en font. Autant que possible, ces types de recherche devraient être utilisés comme une occasion de former des partenariats en vue d'efforts futurs de diffusion et de mise en application de pratiques fondées sur des données probantes.
- Favoriser la collaboration entre les concepteurs de traitements, les courtiers du savoir et les gestionnaires de services afin de promouvoir l'adoption et le maintien d'approches fondées sur des données probantes. Les programmes de mise en œuvre doivent comprendre des conceptions de système et des processus qui favorisent à la fois la collaboration afin d'adapter l'offre et la mise en application de pratiques fondées sur des données probantes aux besoins en matière de services; le courtage non directif de la mise en œuvre par des experts et/ou des formateurs; ainsi que les partenariats entre divers organismes.

- Veiller à ce que les programmes de mise en œuvre et la conception des trousses d'information sur les systèmes de services et les pratiques fondées sur des données probantes soient conçus en fonction des besoins de la communauté des vétérans et des connaissances à leur sujet. Il importe que les utilisateurs de services soient impliqués dans l'élaboration et l'examen des pratiques à adopter et/ou de la conception des services. Il est également essentiel d'utiliser les données sur les processus et les résultats recueillies auprès des utilisateurs de services afin d'orienter ce processus de collaboration.

Lutter contre les iniquités

- Tenir compte des facteurs d'iniquité lors de la conception de stratégies de mobilisation et de mise en pratique des connaissances, notamment dans la promotion de politiques, les partenariats entre la recherche et la pratique, le renforcement des capacités et l'évaluation des programmes de mise en œuvre.
- Effectuer une collecte de données, élaborer une infrastructure et produire des rapports afin que les décideurs gouvernementaux, les instances chargées des politiques, les chercheurs et les concepteurs/prestataires de services puissent établir des priorités en fonction des iniquités sur le plan de la santé.
- Adopter une approche largement inclusive pour définir les priorités en matière de connaissances et de recherche, et tenir compte des sources de connaissances non traditionnelles
- Donner voix au chapitre aux vétérans et à leur famille, notamment aux groupes sous-représentés parmi ceux-ci, dans tous les aspects de la recherche, de la conception et de la mise en application des programmes.
- Veiller à ce que la conception de la mobilisation des intervenants dans l'ensemble de la communauté des vétérans tienne compte des membres marginalisés et vulnérables de la communauté. Il s'agit notamment de bien comprendre les barrières à l'accès ainsi que les facteurs qui facilitent l'accès à des soins efficaces pour les vétérans plus vulnérables ou sous-représentés en raison de leur appartenance à une minorité.

Renforcer les capacités et les aptitudes

- Offrir des programmes de renforcement des capacités en tenant compte du contexte dans lequel ils sont proposés. Les besoins des praticiens sur le plan des connaissances et des compétences, ainsi que les ressources organisationnelles disponibles, le climat et la culture, doivent être pris en compte lors de l'élaboration des programmes de formation et de soutien.
- Intégrer des activités de renforcement des capacités, pour des questions d'efficacité, dans des programmes de mise en œuvre à volets multiples. Les programmes individuels de renforcement des capacités (comme des ateliers de formation ou l'autoformation par l'apprentissage en ligne) ont démontré des effets limités sur le comportement des praticiens et doivent être complétés par d'autres stratégies de mise en œuvre qui s'attaquent aux obstacles contextuels ainsi qu'aux facteurs facilitant la mise en application de pratiques fondées sur des données probantes. Afin d'intégrer les apprentissages, il importe que les programmes ne reposent pas uniquement sur des stratégies visant les praticiens sur le plan individuel (ex. : une supervision et des consultations continues devraient faire suite à la formation dans le cadre d'interventions cliniques complexes) ou sur des rappels cliniques (ceux-ci étant plutôt à privilégier dans le cadre d'interventions moins complexes, comme la prescription de médicaments).
- Créer des communautés d'apprentissage et des réseaux d'excellence sur le plan des traitements qui continueront à cerner les besoins en matière d'apprentissage, à assurer le contrôle de la qualité et à améliorer les pratiques. Ces réseaux de praticiens doivent être soutenus et dotés des ressources nécessaires pour procéder à la collecte et à l'utilisation continues de données afin d'améliorer les pratiques. Les membres du réseau doivent avoir pour priorité de travailler avec les vétérans et leur famille, et de veiller à ce que les fournisseurs et les praticiens du réseau acquièrent et maintiennent les

- aptitudes et les compétences dont doit disposer un personnel multidisciplinaire (compétences cliniques et culturelles).

Faire preuve de flexibilité

- Mettre l'accent sur l'exploitation de solutions émergentes plutôt que d'imposer un programme standardisé à un système de services lors de la mise en application ou de la transposition à plus grande échelle de programmes novateurs. En ce sens, la mobilisation auprès des intervenants du système de services doit aller au-delà de la simple consultation et favoriser la formation de partenariats entre divers intervenants partageant un même intérêt envers le changement des pratiques.
- Instaurer un processus et établir des partenariats afin de favoriser la production conjointe et la collaboration entre les organismes et/ou les équipes au moment de promouvoir des solutions émergentes. La production conjointe et la collaboration permettent de résoudre les problèmes récurrents et de tirer des enseignements de ce qui a été expérimenté à divers endroits ou par différentes équipes.
- Optimiser la manière dont les soins fondés sur des données probantes sont dispensés tout au long du processus de mise en œuvre. Il importe d'instaurer des processus rigoureux de collecte de données et de rétroaction afin de mieux comprendre comment adapter les pratiques fondées sur des données probantes aux contextes dans lesquels celles-ci s'inscrivent. Il convient d'utiliser des stratégies d'amélioration continue de la qualité, notamment de recourir à un solide processus de collecte et d'analyse des données ainsi que de rétroaction pour planifier et évaluer les éléments qui doivent être améliorés.
- Établir un processus permettant de comprendre quels éléments fondamentaux des pratiques conduisent à de bons résultats cliniques et adopter une approche planifiée d'assouplissement des programmes de traitement qui cible à la fois la prise de décision clinique et les barrières pratiques, étant donné que les praticiens adapteront les protocoles des pratiques fondées sur des données probantes.

Utiliser des données et de la rétroaction pour soutenir le changement

- Établir et maintenir un processus de collecte et d'analyse systématique des données pour faciliter la planification et l'adaptation continue des efforts de mise en application de pratiques fondées sur des données probantes.
- Réaliser des évaluations itératives des obstacles et des facteurs favorables sur les plans individuel, organisationnel et systémique pour aider à planifier les efforts de mise en œuvre et à adapter les stratégies de mise en œuvre ainsi que pour mieux comprendre les facteurs ayant conduit à l'adoption et à l'utilisation durable de pratiques fondées sur des données probantes.
- Évaluer les résultats de la mise en œuvre à plusieurs moments en cours de processus, notamment 1) l'efficacité et la fidélité de la prestation, 2) la portée des interventions chez les utilisateurs de services, 3) la pénétration (c'est-à-dire l'intégration des pratiques dans le système de santé ou les processus organisationnels) et 4) la durabilité de la portée et de la qualité des pratiques fondées sur des données probantes.
- Mettre en place des soins fondés sur la mesure, si possible, afin d'intégrer des pratiques fondées sur des données probantes grâce à la rétroaction individuelle et à une planification de l'amélioration de la qualité du système axée sur les données. Veiller à ce que la mise en œuvre des soins fondés sur la mesure soit soutenue par un système de TI doté de ressources suffisantes, des exigences claires et des mesures incitatives en matière de collecte de données, ainsi que par un cadre de rapport rigoureux, qui s'appuie sur le soutien et la collaboration des dirigeants.
- Veiller à ce qu'une culture de contrôle et d'amélioration de la qualité soit mise en place pour soutenir l'utilisation des données afin d'améliorer les pratiques et d'instaurer de manière durable des pratiques fondées sur des données probantes

6.1 L'importance de la mobilisation des connaissances et de la science de l'application des connaissances

La mise en application d'un modèle de soins échelonnés et adaptés de nouvelle génération en réponse aux problèmes de santé mentale post-traumatique de la communauté des vétérans repose sur bon nombre des caractéristiques et des principes énoncés dans la conception du futur système – à savoir, une participation importante des vétérans et de leur famille, l'élaboration de pratiques relativement à l'admission, à l'évaluation et la planification des traitements, des services d'orientation à travers le système et la coordination des soins dans les secteurs de la santé et de l'aide sociale, ainsi qu'un engagement envers l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes et de stratégies pratiques en vue d'en favoriser l'intégration.

Bien qu'une vaste gamme de services soit offerte à la communauté des vétérans pour les aider à prévenir les problèmes de santé mentale post-traumatique et à en assurer le traitement (comme indiqué dans la section précédente), et que de nombreux pays aient multiplié les efforts pour coordonner les soins tout au long du cycle de vie du personnel militaire, d'importants défis demeurent en regard de la mise en œuvre de programmes efficaces.

Malheureusement, la majorité des efforts déployés à ce jour pour instaurer des soins efficaces se sont limités à un secteur ou à un groupe cible particulier, et ont eu, par le fait même, une portée restreinte. Par exemple, de nombreux efforts ont été consacrés à fournir des conseils (ex. : protocoles et normes de soins) et à la formation des praticiens sur les pratiques fondées sur des données probantes, alors qu'il est démontré depuis de nombreuses années que de tels efforts se traduisent généralement par de faibles améliorations des soins qui s'avèrent souvent de courte durée, lorsqu'ils sont dispensés de manière isolée (Cook et autres, 2013; Prior, Guerin, et Grimmer-Somers, 2008; Ruzek et Rosen, 2009).

La plupart des systèmes actuels présentent deux problèmes majeurs qui soulignent la nécessité de recourir à de meilleures stratégies de mobilisation et de mise en application des connaissances. À savoir :

- Le fossé entre les données probantes et les pratiques;
- La réalisation de changements dans des systèmes complexes.

6.1.1 Le fossé entre les connaissances et les pratiques

Comme nous l'avons souligné dans les sections précédentes, nous disposons de plus en plus de données probantes sur les approches efficaces favorisant le soutien des personnes touchées par des problèmes de santé mentale post-traumatique, mais encore peu de vétérans parviennent à accéder à des programmes efficaces.

Le déploiement soutenu de systèmes de soins et d'interventions fondés sur des données probantes n'a que partiellement amélioré l'accès aux pratiques fondées sur de telles données. À titre d'exemple, le programme national de renforcement des capacités qui visait à accroître l'utilisation de traitements focalisés sur les traumatismes dans l'ensemble du système de services du ministère des Anciens Combattants des É.-U. n'a entraîné qu'une augmentation limitée du nombre de vétérans qui ont eu accès à de tels traitements (Cook et autres, 2013; Rosen et autres, 2017). De même, l'instauration de soins de soutien multidisciplinaires à l'intention des vétérans en situation d'itinérance ayant reçu un double diagnostic a obtenu de piètres résultats, peu d'entre eux ayant reçu les services recommandés (Chinman et autres, 2017).

En santé publique en général, il est bien connu qu'à peine plus de la moitié des programmes de prévention sont fondés sur des données probantes (Brownson, Fielding et Green, 2018). Dans de nombreux pays, les soins basés sur la mesure – un élément central de ce cadre – ne sont pas adéquatement utilisés, alors que moins de 20 % des prestataires, aux dires de certains auteurs, adopteraient des traitements fondés sur des données d'évaluation (Lewis et autres, 2019; Lewis et autres, 2015)

À l'inverse, les connaissances fondées sur la pratique n'éclairent pas toujours la recherche interventionnelle, ce qui complique l'amélioration des services et l'intégration des pratiques fondées sur des données probantes lorsque la structure des services s'avère plus complexe. Depuis de nombreuses années, les experts en transposition des connaissances préconisent une nouvelle façon d'aborder la recherche qui remet en question le processus plus traditionnel, qui consiste à passer de la recherche sur l'efficacité à la mise à l'essai de l'efficacité d'une intervention dans des conditions de vie réelles, à la synthèse de la recherche, puis à la diffusion des résultats (Graham, McCutcheon et Kothari, 2019; Holmes et autres, 2017). Cette approche plus traditionnelle est non seulement associée à de longs retards dans l'adoption de programmes efficaces (Green, 2008), mais peut également entraîner

des difficultés lors de la mise en œuvre de soins efficaces, car elle ne tient pas toujours compte des besoins de la communauté, des exigences des systèmes de services et des approches adoptées par les praticiens individuels dans l'élaboration de pratiques fondées sur des données probantes (Shelton, Cooper et Stirman, 2018).

6.1.2 La réalisation de changements dans des systèmes complexes

La mise en œuvre de programmes efficaces à l'intention des vétérans et de leur famille nécessite des changements au sein de systèmes fort complexes et évolutifs qui impliquent de multiples acteurs, notamment des décideurs, des organismes de financement, des groupes de défense et des groupes communautaires, des services de santé et d'aide sociale, ainsi que des chercheurs.

De nombreux experts ont qualifié la promotion de traitements efficaces au sein des systèmes de santé de « problème épineux » et estiment que l'élargissement des programmes de prévention est « l'un des défis les plus contrariants auxquels est confrontée la science en matière de prévention [traduction] » (Fagan et autres, 2019; Holmes et autres, 2017). Ces chercheurs s'entendent généralement pour dire que l'amélioration des soins de santé nécessite une approche holistique qui cible systématiquement l'engagement des utilisateurs, la conception des travaux de recherche et de l'évaluation, l'élaboration de politiques, ainsi que la gestion et la pratique cliniques.

La nature adaptative et en constante évolution des systèmes de santé complique le développement d'une base de données probantes pour les interventions et l'utilisation soutenue de programmes efficaces (Chambers, Glasgow et Stange, 2013; Holmes et autres, 2017; Proctor et autres, 2009). Afin de promouvoir les meilleures pratiques et l'utilisation durable de pratiques fondées sur des données probantes, il est nécessaire d'adopter des modèles efficaces qui aident à ancrer le changement de pratiques dans le contexte de constante évolution des systèmes.

La mobilisation des connaissances et la science de l'application des connaissances sont deux domaines

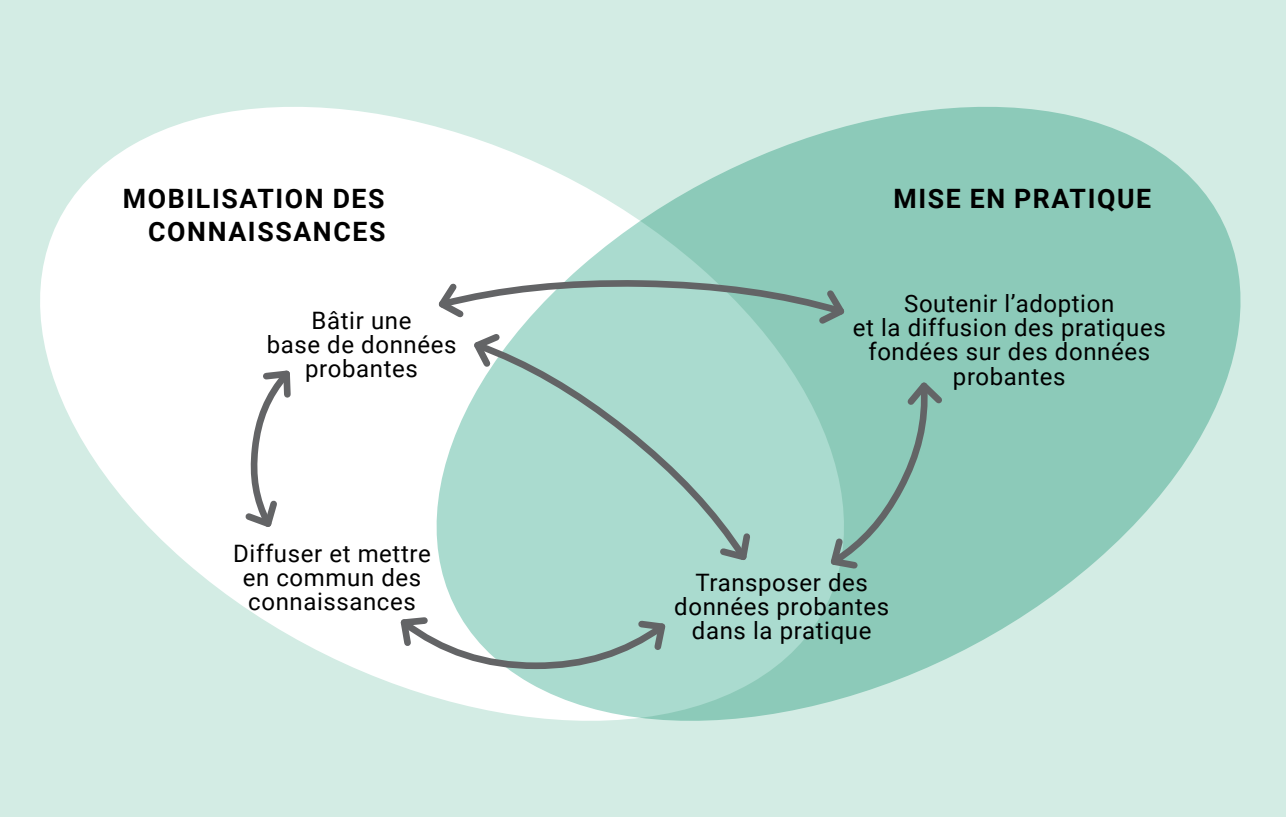


Figure 8 : Cycle de la mobilisation et de la mise en pratique des connaissances

étroitement liés qui visent à combler ces lacunes, à combler le fossé entre les connaissances et la pratique, et à promouvoir un changement efficace dans les systèmes fort complexes et évolutifs.

6.2 Le cadre de la mobilisation et de la mise en pratique des connaissances

La mobilisation et la mise en pratique des connaissances font partie d'un cycle itératif dans lequel non seulement les nouvelles connaissances viennent enrichir la pratique, mais la pratique elle-même éclaire aussi à son tour les connaissances qui en résultent et l'application la plus efficace à adopter (voir la figure 8). Ainsi, la mobilisation et la mise en pratique des connaissances influencent non seulement la façon dont les données probantes sont utilisées pour améliorer la vie des vétérans et de leur famille, mais aussi la planification et le développement de la recherche.

La mobilisation des connaissances met l'accent sur la manière de créer, de diffuser et d'utiliser les connaissances sur les meilleures pratiques pour améliorer les résultats au bénéfice de la communauté (Rycroft-Malone et autres, 2015; Ward, House et Hamer, 2009).

La mise en pratique décrit les stratégies et les processus nécessaires pour intégrer des traitements et des programmes fondés sur des données probantes dans la pratique clinique courante afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins (Nilsen, 2015; Proctor et autres, 2009).

Alors que la mobilisation des connaissances porte sur la manière d'accéder aux données de recherche et de les utiliser efficacement, la mise en pratique met l'accent sur les moyens de transformer les systèmes de services et les pratiques courantes afin d'accroître l'accès aux soins fondés sur des données probantes.

6.2.1 La mobilisation des connaissances : aller au-delà de la mise en pratique des données probantes

Les activités de mobilisation des connaissances comprennent généralement la synthèse des résultats de recherche et la diffusion des connaissances au sujet des pratiques fondées sur des données probantes et des systèmes de soins efficaces. Au cours de la dernière décennie, ces activités ont été considérées comme faisant partie d'un processus multidirectionnel entre les chercheurs, les décideurs, les praticiens et les communautés bénéficiaires des services. Les connaissances produites par les chercheurs ne sont plus considérées comme un produit clés en main à diffuser aux utilisateurs finaux, qui se veut acceptable, facile à comprendre et à mettre en pratique. Désormais, les spécialistes de l'application des connaissances se concentrent plutôt sur les moyens de réunir les connaissances fondées sur la pratique et les données de recherche afin de contribuer à l'amélioration des soins de santé (Best et Holmes, 2010; Rycroft-Malone et autres, 2015). En d'autres termes, une mobilisation efficace des connaissances ne cherche pas uniquement à promouvoir efficacement « l'assimilation des connaissances » par ceux et celles qui fournissent ou utilisent les services, mais aussi à déterminer comment favoriser des partenariats et des collaborations efficaces en matière de connaissances.

6.2.2 La mise en application : promouvoir l'adoption durable et efficace des pratiques fondées sur des données probantes à grande échelle dans des contextes évolutifs

Comme ce fut le cas de la mobilisation des connaissances, la science de l'application des connaissances a connu un changement d'orientation au cours des 10 dernières années. Au départ, les travaux de recherche sur la mise en œuvre avaient pour objectif de cerner les stratégies qui favorisent l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes par les praticiens et leur intégration dans la culture et les processus organisationnels. C'est-à-dire que la plupart des recherches sur la mise en œuvre ont examiné l'intention des praticiens d'utiliser une pratique, s'ils utilisaient cette pratique de manière cohérente et si la pratique était intégrée aux politiques, aux routines et à la prise de décision organisationnelles. Or, les facteurs qui favorisent l'adoption durable de pratiques fondées sur des données probantes au fil du temps orientent de plus en plus les efforts consacrés à la mise en œuvre (Chambers et autres, 2013; Shelton et autres, 2018). Les difficultés liées à la mise en application de programmes et d'interventions efficaces à plus grande échelle ont également fait l'objet d'un examen plus approfondi, car il a souvent été constaté que l'adoption initiale de pratiques fondées sur des données probantes ne conduisait pas à une utilisation ou n'en permettait pas l'accès à grande

échelle (Cook et autres, 2013; Fagan et autres, 2019). Afin que la mise en œuvre soit efficace, des stratégies sont non seulement nécessaires pour promouvoir l'adoption en temps utile de pratiques fondées sur des données probantes, mais aussi pour augmenter et maintenir la portée et l'efficacité de telles pratiques au fil du temps au sein de la communauté ciblée.

6.3 Les facteurs contextuels qui soutiennent ou entravent la mise en œuvre efficace des meilleures pratiques

Pour s'assurer que les interventions fondées sur des données probantes soient accessibles au plus grand nombre de vétérans et de familles possible, et qu'elles soient déployées de manière efficace et durable, il est essentiel de tenir compte du contexte dans lequel elles s'inscrivent (Damschroder et autres, 2009; Harvey et Kitson, 2016; Nilsen, 2015; Nilsen et Bernhardsson, 2019; Proctor et autres, 2009). Cela implique de bien comprendre les besoins des divers intervenants ainsi que les obstacles potentiels à une pratique efficace, comme ce qui peut lui être favorable, et ce, à tous les niveaux du système de soins en santé mentale post-traumatique, notamment :

- **Les facteurs liés aux praticiens**, tels que leurs connaissances et leurs compétences, leur perception à l'égard de pratiques fondées sur des données probantes ainsi que leur apprentissage continu;
- **Les facteurs organisationnels**, tels que les ressources et le leadership des prestataires (ou des services) ainsi que leur culture en matière de changements et de pratiques fondées sur des données probantes;
- **Les facteurs systémiques**, tels que les contextes politique et législatif, les priorités en matière de financement et la façon dont le système de services est conçu;
- **Les facteurs liés aux vétérans et à leur famille**, tels que la perception qu'ils ont de leurs propres besoins et du système de services, leurs expériences de désavantage systémique, leur capacité d'accéder à l'information ainsi qu'à la prestation de services et de s'y engager, et leur relation avec les fournisseurs de services.

La conceptualisation des facteurs contextuels varie selon les modèles de mise en œuvre (Nilsen et Bernhardsson, 2019), et les travaux de recherche n'ont pas toujours utilisé ces concepts de manière cohérente, ce qui a donné lieu à des résultats contradictoires. Les obstacles et les facteurs favorables qui sont les plus documentés ont été priorisés, tout comme les études qui ont examiné le changement à l'échelle des systèmes pour promouvoir des pratiques fondées sur des données probantes en santé mentale. Nous nous sommes également appuyés sur les enseignements tirés des programmes de mise en œuvre ciblés implantés au sein des divers organismes de santé mentale pour vétérans des ministères des Anciens Combattants des É.-U. et de l'Australie.

6.3.1 Les praticiens

Un certain nombre de facteurs individuels peuvent influencer la mise en application de soins efficaces, notamment les caractéristiques des praticiens (ex. : l'expérience et l'approche privilégiée), les attitudes (ex. : les croyances au sujet des interventions) et les habitudes comportementales (Damschroder et autres, 2009; Harvey et Kitson, 2016; Proctor et autres, 2009).

Il est particulièrement important de comprendre ce qui influence la prise de décision d'un praticien en particulier, car cela joue un rôle essentiel dans l'adoption initiale et l'utilisation durable de pratiques fondées sur des données probantes et des pratiques qui soutiennent celles-ci (ex. : les soins fondés sur la mesure). À titre d'exemple, une récente étude portant sur des fournisseurs de soins de santé américains travaillant auprès de patients atteints du VIH a révélé que l'administration de tests de routine était principalement motivée par la préférence des praticiens ou des politiques fondées sur la pratique, plutôt que par des directives nationales fondées sur des données probantes (Gunn et autres, 2019). Dans le domaine de la santé mentale des vétérans, les praticiens sont confrontés à un large éventail de problèmes mentaux qui se présentent sous diverses formes tout au long du cycle de vie du patient. Ainsi, choisir le traitement approprié en fonction des besoins des vétérans et de leur famille s'avère souvent fort complexe.

La compréhension des facteurs susceptibles d'influencer l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes est donc essentielle à la conception d'un modèle de soins échelonnés et adaptés. Or, un certain nombre de facteurs se sont révélés particulièrement importants dans ce domaine. Les compétences du praticien, son sentiment d'efficacité personnelle et sa perception de l'intervention recommandée influenceront son intention d'utiliser des pratiques fondées sur des données probantes et d'adhérer aux pratiques recommandées (Cook et autres, 2015; Couineau et Forbes, 2011; Ruzek et autres, 2016). Certains de ces éléments sont abordés plus en détail dans les paragraphes qui suivent.

6.3.1.1 LES COMPÉTENCES DES PRATICIENS

Les compétences des praticiens dans la mise en pratique d'une intervention sont cruciales, tout comme l'amélioration de la confiance des praticiens en leur propre capacité à procéder à une intervention en toute compétence dans leur contexte respectif. Plus un individu croit en sa capacité d'effectuer les changements nécessaires pour atteindre les objectifs de mise en œuvre, plus il est susceptible d'adopter l'intervention et de surmonter les divers obstacles à une mise en œuvre réussie. Ainsi, on peut s'attendre à ce que la connaissance préalable des modèles théoriques et cliniques sous-jacents à la nouvelle approche y soit favorable – par exemple une formation sur la thérapie cognitivo-comportementale lors de l'administration de traitements axés sur les traumatismes pour le TSPT ou une formation qui met l'accent sur l'utilisation de mesures pour orienter la prestation de soins. Cependant, les recherches à cet effet ne sont pas tout à fait claires. Certaines études ont révélé, comme prévu, que la concordance entre l'approche du clinicien et les pratiques fondées sur des données probantes peut avoir une incidence sur la mise en œuvre; celle-ci aurait en outre conduit des praticiens qui n'avaient aucune expérience de la thérapie cognitivo-comportementale à adopter ultérieurement la thérapie d'exposition prolongée, lors du processus d'implantation au sein des divers organismes de santé mentale du ministère des Anciens Combattants des É.-U (Rosen et autres, 2017). D'autre part, Eftekhari et autres (2015) ont constaté que l'orientation du traitement, l'expérience antérieure du traitement du TSPT et l'expérience antérieure de la thérapie d'exposition prolongée n'ont pas permis de prédire les résultats cliniques pendant la mise en œuvre. Cette dernière constatation est encourageante, compte tenu de la nécessité de mettre en œuvre des pratiques fondées sur des données probantes dans l'ensemble d'un système où les cliniciens proviennent de divers horizons.

6.3.1.2 LES CROYANCES ET LES ATTITUDES DES PRATICIENS

Au-delà des connaissances factuelles et cliniques requises pour mettre en pratique une intervention recommandée, les croyances et les attitudes des praticiens à l'égard de l'approche influeront sur l'efficacité de celle-ci. Or, ces attitudes sont influencées non seulement par la connaissance qu'ils ont de la littérature, mais aussi par les leaders d'opinion, les défenseurs locaux et les pairs, ainsi que par leur propre expérience clinique quant aux effets que pourrait avoir une telle pratique sur leurs patients ou sur eux-mêmes. En effet, l'opinion des pairs sur la base d'expériences personnelles est certes plus accessible et peut sembler plus convaincante que ce qui leur est alors présenté, les opinions positives

> Pour s'assurer que les interventions fondées sur des données probantes soient déployées de manière efficace auprès des vétérans et de leur famille, il est essentiel de tenir compte des facteurs liés aux praticiens, des conditions organisationnelles et systémiques, ainsi que du contexte des vétérans eux-mêmes.

contribuant à susciter l'enthousiasme et les opinions négatives étant susceptibles d'entraîner une résistance active ou passive (Damschroder et autres, 2009).

Il a été maintes fois démontré que les croyances sur le rôle et la valeur des données probantes ont une incidence sur l'intention d'un praticien d'utiliser des pratiques fondées sur de telles données (Aarons et Sommerfeld, 2012). La croyance en la valeur d'une intervention ou en regard des effets qu'elle pourrait avoir est également susceptible d'influencer l'adoption de nouvelles pratiques. Par exemple, une évaluation de la mise sur pied d'un suivi régulier des résultats dans des cliniques pour traumatismes de stress opérationnel au Canada a révélé que les employés affirmant faire peu usage des données obtenues dans leur pratique étaient moins susceptibles de croire en la valeur d'une telle surveillance des résultats, comparativement à ceux qui y recouraient davantage (Ross, Ionita, et Wiltsey Stirman, 2016). Les études portant sur les perceptions des praticiens à l'égard des interventions axées sur les traumatismes montrent qu'un obstacle commun à l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes est la crainte que les nouvelles interventions soient trop éprouvantes pour les vétérans et les familles, ce qui entraînerait une aggravation clinique plutôt qu'une amélioration (Couineau et Forbes, 2011; Gray et autres, 2007; Ruzek et autres, 2016). De telles attentes défavorables envers les résultats ont un effet négatif sur l'engagement et la motivation des cliniciens, qui sont de ce fait moins enclins à adopter ou à maintenir des pratiques fondées sur des données probantes. Bien qu'une formation et des consultations sur une base régulière puissent

contribuer à faire évoluer ces croyances (Ruzek et autres, 2016), ces changements ne conduiront pas nécessairement à une utilisation intensive de pratiques fondées sur des données probantes à long terme (Cook et autres, 2013; Rosen et autres, 2017). Par ailleurs, certaines études ont démontré que l'attitude positive des praticiens à la fois envers leur propre sentiment d'efficacité et l'efficacité des interventions après la mise en œuvre était associée à l'adoption de nouvelles pratiques à plus long terme et à une plus grande portée – c.-à-d. un plus grand nombre de clients bénéficiant des interventions recommandées (Rosen et autres, 2017). Ces résultats démontrent qu'il importe de mieux comprendre le rôle des croyances des praticiens, certaines croyances étant plus susceptibles d'être associées à l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes à la fois durable et à grande échelle.

6.3.2 Les fournisseurs de services et les organismes

En ce qui concerne les organismes, de multiples facteurs sont susceptibles de freiner ou de faciliter l'adoption et le maintien des pratiques recommandées. Les interventions proposées doivent notamment être cohérentes avec les objectifs et les valeurs de l'organisme. La culture organisationnelle doit en outre susciter une importante mobilisation envers les pratiques recommandées et le fait que celles-ci soient fondées sur des données probantes, de même qu'un engagement ferme et sans équivoque de la part des gestionnaires et des dirigeants cliniques (Aarons et autres, 2016; Powell et autres, 2016). Le personnel clinique doit non seulement posséder les compétences requises (ou être formé), mais il doit également s'engager activement dans le processus en tant que partenaire, collaborateur et défenseur. Les organismes qui se veulent souples et flexibles, ouverts aux nouvelles idées et disposés à revoir régulièrement leurs propres politiques, procédures et pratiques seront mieux outillés pour relever les défis de la mise en application de pratiques fondées sur des données probantes. De même, les organismes qui s'engagent à adopter les meilleures pratiques cliniques, comme la planification et la préparation des traitements, le contrôle de l'avancement des travaux et l'examen par les pairs, sont susceptibles de mieux réussir à implanter et à maintenir des pratiques fondées sur des données probantes. Certains de ces éléments sont abordés plus en détail dans les paragraphes qui suivent.

6.3.2.1 LA CULTURE ET LE CLIMAT ORGANISATIONNELS

Le climat de travail et la culture organisationnelle ont une influence importante sur la capacité d'améliorer les systèmes de soins ainsi que sur l'adoption et le maintien de pratiques fondées sur des données probantes. La culture organisationnelle renvoie aux

perceptions partagées des employés au sujet des valeurs, des attentes et des normes concernant la façon dont le travail doit être effectué au sein de l'organisme. Le climat organisationnel fait référence aux perceptions qu'ont en commun les employés de leur environnement de travail et des répercussions que celui-ci peut avoir sur leur bien-être personnel, et par conséquent, sur leur capacité à gérer le changement (Glisson, 2002; Glisson et autres, 2008a). Il fait également référence à la perception qu'ont les employés de la manière dont les politiques et les procédures, les récompenses et les attentes vont de pair avec les méthodes de travail privilégiées et les routines cliniques, ou dans quelle mesure elles les renforcent (Ehrhart, Aarons et Farahnak, 2014; Smith et autres, 2018). Concernant la mise en application de nouveaux systèmes de soins et de pratiques fondées sur des données probantes, il s'agit notamment de savoir si les employés estiment que l'organisme exige et valorise la flexibilité et l'ouverture aux pratiques fondées sur des données probantes, et qu'il offre un soutien stratégique et des récompenses pour l'utilisation de telles pratiques ou de pratiques qui leur viennent en appui – par exemple, une promotion, une reconnaissance ou une compensation monétaire (Ehrhart et autres, 2014; Ehrhart et autres, 2019).

Les cultures et les climats organisationnels positifs sont associés à des attitudes positives envers les pratiques fondées sur des données probantes (Aarons et Sommerfeld, 2012) et à un changement durable des pratiques (Glisson et autres, 2008). Selon certains chercheurs, les cultures et les climats organisationnels qui misent sur l'efficacité et les compétences, et qui sont associés à un stress moins important et à un engagement accru envers le changement et l'utilisation de données probantes, sont particulièrement favorables à une mise en œuvre réussie (Aarons et autres, 2012; Beidas et autres, 2014). Une étude portant sur des stratégies de mise en œuvre ciblées, qui visaient à éliminer les obstacles contextuels et liés aux processus d'adoption de nouvelles pratiques, a révélé que les cultures davantage axées sur les tâches (c.-à-d. axées sur la performance et les objectifs) ainsi que les cultures entrepreneuriales (c.-à-d. valorisant l'innovation et prêtes à prendre des risques) favorisaient l'efficacité de telles stratégies (Smith et autres, 2018).

6.3.2.2 L'HARMONISATION DES INTERVENTIONS AVEC LE CONTEXTE ORGANISATIONNEL ET L'ADAPTATION

La mise en pratique d'une nouvelle approche en matière de soins a beaucoup plus de chances de réussir si, aux yeux de l'ensemble des personnes impliquées, celle-ci s'harmonise avec les objectifs, les valeurs et les contextes organisationnels. Ainsi, sur le plan organisationnel, la mesure dans laquelle les interventions s'adaptent aux exigences de l'organisme, tout comme l'harmonisation perçue entre les interventions et les besoins du client et de l'organisme, influencera leur adoption ainsi que leur durabilité. Pour parvenir à une telle adéquation, les praticiens et les organismes doivent souvent adapter les programmes et les traitements à leurs groupes de clients, aux modèles de financement et aux structures. En fait, la plupart des modèles de mise en œuvre (ex. : Aarons, Hurlburt et Horwitz, 2011; Damschroder et autres, 2009; Harvey et Kitson, 2016) reposent sur le principe que des pratiques fondées sur des données probantes qui peuvent être adaptées au contexte clinique local ont plus de chances d'être adoptées, et que, dans la pratique, la plupart des praticiens ont tendance à faire preuve de flexibilité dans l'utilisation qu'ils en font. Il peut y avoir une adaptation mutuelle entre les interventions et l'organisme ou le système : les interventions peuvent être adaptées afin d'améliorer l'adéquation avec l'organisme et les procédures organisationnelles peuvent, elles aussi, être adaptées en vue de favoriser un meilleur alignement avec les interventions. Cohen et autres (2008) ont étudié l'adaptation au cours de la mise en œuvre de 10 programmes différents de promotion de la santé dans le domaine des soins primaires et ont constaté que tous les programmes nécessitaient des changements au fur et à mesure de leur intégration dans la pratique. De même, selon des chercheurs qui ont évalué le déploiement de thérapies axées sur les traumatismes au sein du ministère des Anciens Combattants des É.-U., les interventions doivent souvent être adaptées pour répondre aux besoins structurels des organismes participants (Cook et autres, 2013; Rosen et autres, 2017). Dans les deux études, les chercheurs ont par ailleurs noté que l'on disposait de peu d'informations sur la façon dont les pratiques fondées sur des données probantes étaient adaptées et ont appelé à poursuivre les recherches dans ce domaine.

Ainsi, bien que l'on reconnaisse généralement que l'adaptation est non seulement assez courante, mais qu'elle peut aussi être nécessaire, dans certains cas, pour assurer le maintien des nouvelles pratiques (Shelton et autres, 2018), peu de recherches se sont à ce jour penchées de manière adéquate sur le processus d'adaptation (Stirman et autres, 2012). En l'absence de directives empiriques solides, il faut s'assurer qu'une telle adaptation s'opère systématiquement en suivant un processus planifié, plutôt que de façon ponctuelle au fur et à mesure que la mise en œuvre progresse.

Il faut notamment veiller à ce que la fidélité des interventions soit maintenue pendant le processus d'adaptation, et tenir compte des implications connexes relatives à la mesure et à la promotion de cette fidélité (voir Cook et autres, 2013; Galovski et autres, 2012; Stirman et autres, 2012). Cela s'avère particulièrement important, une fidélité élevée au programme étant associée à des résultats positifs (Durlak et DuPre, 2008).

6.3.2.3 LE LEADERSHIP : DIRIGEANTS ET GESTIONNAIRES ORGANISATIONNELS

Les recherches montrent clairement que le leadership joue un rôle important pour faciliter l'amélioration des services et l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes (Aarons et autres, 2016; Aarons et Sommerfeld, 2012). Il a été démontré que le style de leadership permet de prédire le maintien total ou partiel, ou l'abandon des efforts de mise en œuvre, le rôle des dirigeants de « premier niveau » – soit ceux et celles qui supervisent les personnes fournissant des services directs aux clients – étant particulièrement critique. L'un des modèles les plus étudiés est celui du Full-Range Leadership (FRL; Bass, 1999), qui décrit les comportements de leadership selon deux dimensions principales : transformationnelle et transactionnelle. Le leadership transformationnel est la mesure dans laquelle un leader parvient à inspirer et à motiver les autres à suivre un idéal ou un plan d'action particulier. Il comporte quatre éléments clés : 1) la reconnaissance des contributions et des besoins individuels de chacun des membres du personnel, 2) la capacité de stimuler la réflexion et de faire preuve d'ouverture envers différents points de vue, 3) la capacité d'inspirer et de motiver le personnel, et 4) la mesure dans laquelle le dirigeant agit avec confiance, en suscitant la fierté, le respect, les valeurs et un fort sens collectif de la mission poursuivie. Le leadership transactionnel est quant à lui axé sur la gestion des mesures incitatives et des récompenses, le respect des normes en matière de qualité et l'offre de soutien dont le personnel a besoin pour accomplir ses tâches quotidiennes. Le leadership transformationnel et le leadership transactionnel sont tous deux importants pour gérer et soutenir le changement organisationnel. Un leadership n'étant pas caractérisé par ces facteurs, comme les styles de leadership passif ou évitant, n'est pas favorable au maintien de nouvelles initiatives (Aarons et autres, 2016).

En résumé, les styles de leadership qui favorisent un climat d'innovation et une attitude positive à l'égard de nouvelles pratiques, qui mettent l'accent sur des liens solides entre la direction et les employés ainsi qu'entre ces derniers, et qui adoptent des processus de gestion efficaces, comme les procédures de vérification et de rétroaction, sont les plus susceptibles de permettre l'adoption efficace et le maintien de pratiques fondées sur des données probantes et de systèmes qui soutiennent leur utilisation. De même, il est peu probable que le leadership à lui seul soit efficace pour la mise en application de pratiques fondées sur des données probantes si l'on ne prête pas attention à la question du contexte organisationnel abordée précédemment – les deux jouent un rôle important dans l'amélioration des pratiques et la promotion envers l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes.

6.3.2.4 LE LEADERSHIP : LEADERS D'OPINION

Les dirigeants officiels – qui agissent à titre de superviseurs et de gestionnaires – ne sont pas les seuls à exercer une influence importante au sein du système quant à l'adoption et au maintien de pratiques fondées sur des données probantes. Toute personne dans le système étant en mesure de promouvoir le changement peut jouer un rôle important dans le processus de mise en œuvre. De tels leaders d'opinion locaux se veulent crédibles et dignes de confiance aux yeux des responsables de la mise en œuvre de nouvelles pratiques. Ils peuvent notamment être impliqués dans le cadre de la formation ou de soutien individuel informel ou lors d'activités de sensibilisation communautaire. Le recours à des leaders d'opinion locaux est une stratégie potentiellement prometteuse pour combler le fossé entre les données probantes et la pratique (Flodgren et autres, 2019).

Certaines données empiriques démontrent l'efficacité des leaders d'opinion locaux, qu'ils agissent seuls ou de concert avec d'autres interventions, dans la promotion de pratiques fondées sur des données probantes. Malheureusement, les travaux de recherche sur le sujet s'avèrent contradictoires et les données sur l'efficacité varient à la fois dans le cadre d'une même étude et d'une étude à l'autre. Une récente analyse Cochrane en la matière a conclu que le recours aux leaders d'opinion locaux est susceptible d'améliorer la capacité des professionnels de la santé à suivre les directives fondées sur des données probantes, mais elle souligne surtout qu'on ne saurait dire si les patients bénéficient réellement de ces changements (Flodgren et autres, 2019). Les recherches couvertes par cette analyse n'étaient toutefois pas solides, la méthodologie appliquée étant généralement inadéquate et les descriptions de ce qui a été fait s'avérant fort limitées.

Ainsi, bien que le recours à des leaders d'opinion locaux en vue d'améliorer l'adoption et le maintien de pratiques fondées sur des données probantes puisse être envisagé, quoiqu'avec prudence, des

recherches plus approfondies s'imposent pour mieux comprendre les facteurs qui contribuent à leur efficacité. En résumé, il faut en savoir plus sur ce que font exactement les leaders d'opinion locaux ainsi que sur leur façon de procéder.

6.3.3 Le système

6.3.3.1 LES ORIENTATIONS POLITIQUES ET LE FINANCEMENT

Le contexte sociopolitique plus large dans lequel les services sont offerts peut également entraver ou faciliter la mobilisation et la mise en pratique des connaissances. La plupart des modèles actuels ayant pour but de cerner les facteurs qui influencent la diffusion des résultats ou le succès de la mise en œuvre adoptent une approche systémique pour comprendre le changement (Best et Holmes, 2010; Holmes et autres, 2017). Ceux-ci font généralement appel à des concepts qui représentent le contexte politique, socioéconomique et administratif, ainsi que le cadre de financement (Aarons et autres, 2011; Damschroder et autres, 2009; Harvey et Kitson, 2016; Nilsen, 2015).

Les priorités sur la scène politique ainsi que la couverture médiatique peuvent influencer les priorités des décideurs cliniques et, qui plus est, avoir une incidence sur le financement et les politiques. Par exemple, en Australie, l'étude commandée par la Royal Commission into Institutional Abuse (Commission royale sur les abus institutionnels) et l'Australian Defence Force (Forces de défense australiennes) en 2011 sur les agressions de nature sexuelle ou autre a suscité une attention accrue sur les traumatismes sexuels chez les militaires et la violence fondée sur le sexe pendant le service militaire. Cela a conduit à une réforme de la rémunération et au renforcement des capacités dans les secteurs de la santé et de la rémunération.

L'ensemble de la documentation scientifique fait état de l'influence importante des orientations politiques et du financement des services sur l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes et les efforts de mise en œuvre à grande échelle (Aarons et autres, 2016; Fagan et autres, 2019; Powell et autres, 2016; Stirman et autres, 2015). Il est toutefois difficile de mesurer l'incidence de ces facteurs sur les résultats de la mise en œuvre, particulièrement sur l'influence positive qu'ils peuvent avoir sur la portée des pratiques fondées sur des données probantes parmi les utilisateurs de services ou sur le maintien de ces pratiques dans le temps (Powell et Beidas, 2016). La plupart des recherches effectuées à ce jour ont adopté une approche qualitative, d'autres efforts seront donc nécessaires pour mieux comprendre l'incidence des facteurs systémiques.

6.3.3.2 LES MESURES INCITATIVES FINANCIÈRES

Un des types de financement qui a été examiné plus en détail – à savoir l'utilisation d'un paiement comme mesure incitative pour promouvoir l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes et de pratiques connexes, comme le suivi régulier des résultats – a conduit à des résultats mitigés. La plupart des recherches sur les mesures incitatives financières concernent les soins de santé primaires. Une étude Cochrane auprès de médecins de première ligne a notamment révélé que les données probantes demeuraient insuffisantes pour appuyer l'utilisation de mesures incitatives financières afin d'améliorer la qualité des soins de santé primaires (Scott et autres, 2011). Selon une étude canadienne portant sur les soins de santé primaires, le fait de rembourser une formation fondée sur des données probantes sur le dépistage et divers outils d'autogestion cognitivo-comportementale en lien avec la dépression, l'anxiété et les maladies chroniques était favorable à l'utilisation de tels outils, la formation étant perçue comme ayant une incidence positive sur les patients, et procurant une satisfaction sur le plan professionnel (MacCarthy et autres, 2013). Dans un contexte de services de santé mentale, une étude a révélé que le recours à des mesures incitatives financières, lorsqu'utilisées parallèlement à d'autres stratégies de mise en œuvre, peut conduire à un meilleur dépistage des utilisateurs de services qui ont besoin de soutien et à l'adoption accrue de pratiques fondées sur des données probantes (Beidas et autres, 2016). Un essai contrôlé randomisé – comparant l'utilisation de mesures incitatives financières à une formation standard complétée par un encadrement, en vue de mettre en pratique une intervention fondée sur des données probantes au bénéfice d'adolescents ayant des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives – a donné des résultats encourageants. Le versement de primes mensuelles liées à l'amélioration de la performance, combiné à un soutien en matière de formation et d'encadrement, a permis à la fois d'améliorer les compétences ainsi que l'offre du traitement cible aux patients, sans toutefois améliorer les résultats obtenus chez ceux-ci (Garner et autres, 2012).

6.3.4 Les vétérans et leurs familles

De nombreux facteurs culturels, démographiques et cliniques peuvent influencer la participation ou non des vétérans et de leur famille au traitement. Ces facteurs ont été examinés en détail dans les sections précédentes et certains le sont à nouveau dans cette section, cette fois en lien avec une mise en œuvre efficace. Ainsi, le succès de la mise en œuvre dépendra en partie de la capacité des systèmes de cerner et de faire participer les personnes et les

groupes qui sont les moins susceptibles de chercher un traitement pour leurs problèmes de santé mentale post-traumatique, ou ceux et celles qui rencontrent des obstacles importants pour accéder à des soins fondés sur des données probantes et s'y engager.

6.3.4.1 LES FACTEURS CULTURELS ET DÉMOGRAPHIQUES

D'un point de vue culturel, compte tenu de l'éthique guerrière qui valorise l'autonomie et la force face à l'adversité, si caractéristique des forces militaires partout dans le monde, il peut être difficile pour les vétérans de faire part de leurs problèmes aux autres, voire de se les avouer à eux-mêmes. Même lorsqu'ils admettent éprouver des difficultés, de nombreux vétérans refusent les soins de santé mentale au motif qu'ils préfèrent régler le problème par eux-mêmes (Naifeh et autres, 2016). Puisque cette attitude (« Je peux m'en occuper par moi-même ») semble relativement courante, il importe de mieux comprendre cette volonté de gérer seuls leurs problèmes afin d'accroître leur participation au traitement et de modifier, lorsque nécessaire, la manière dont les services leur sont fournis.

Cette attitude est étroitement liée aux questions plus larges des croyances personnelles de l'individu au sujet du traitement – efficacité, confidentialité, tolérance, etc. – qui influencent la décision de demander des soins (Bovin et autres, 2018; Coleman et autres, 2017). Tout ce qui couvre la culture des vétérans est, bien entendu, inextricablement lié à la question de la stigmatisation abordée précédemment dans la section 2. Dans certains pays, on a également constaté que la transition entre la recherche de soutien au sein des services de santé militaires et le contexte des services civils empêchent les vétérans d'accéder à un traitement en temps opportun, car ils doivent non seulement composer avec les barrières dont il a été question précédemment, mais aussi avec une culture différente, en plus d'être exposés à un tout autre contexte, les voies d'accès aux soins leur étant jusqu'alors inconnues (Thompson et autres, 2011). Ainsi, le fait de collaborer avec des organismes qui connaissent et comprennent la culture militaire peut aider à favoriser la participation des vétérans au traitement.

Sur le plan démographique, les recherches indiquent que de nombreux facteurs, dont l'âge, le sexe, la race, le statut socioéconomique et l'état civil, peuvent à la fois faire obstacle au traitement ou lui être favorable. Il est important de comprendre comment les systèmes de services et les programmes de traitement démontrent un engagement envers les différents groupes ainsi que les obstacles que ces derniers peuvent rencontrer. Par exemple, si un service de santé mentale s'adresse principalement aux vétérans de sexe masculin et n'aborde pas les questions de violence conjugale ou sexuelle de façon apparente, les vétérans de sexe féminin s'y sentiront moins à l'aise de révéler ce type d'expérience, voire de demander des soins. De même, un service qui est financé et structuré de façon à mettre principalement l'accent sur les facteurs de stress opérationnels ou liés au combat, ou encore sur l'expérience militaire, risque de suivre un modèle d'intervention ou d'évaluation peu adéquat en regard de la nature intergénérationnelle des traumatismes vécus par les vétérans d'origine autochtone (Sotero, 2006).

Si l'amélioration de l'accès aux soins repose sur l'adoption de stratégies plus larges visant à lutter contre la stigmatisation et à s'attaquer aux croyances qui amènent les vétérans à refuser des soins, il est également important de réfléchir au rôle de la communauté des vétérans dans la mise en application de pratiques fondées sur des données probantes et de systèmes de soins améliorés. En d'autres termes, les vétérans et leur famille, en particulier ceux et celles qui appartiennent à des groupes qui rencontrent des obstacles importants pour accéder aux soins, doivent participer à l'élaboration d'un système de soins afin que leurs besoins et leurs perceptions du contexte dans lequel s'inscrivent les services soient pris en compte.

6.3.4.2 LES FACTEURS CLINIQUES

D'un point de vue clinique, les fréquents comportements d'évitement caractéristiques du TSPT et des états de santé mentale connexes peuvent conduire les vétérans à refuser un traitement, surtout que la plupart des traitements du TSPT qui se veulent efficaces reposent sur l'adoption du comportement inverse à l'évitement, les patients étant amenés à affronter en détail les situations redoutées et le souvenir traumatique. Le comportement d'évitement est non seulement susceptible de dissuader le vétéran de s'engager à suivre un traitement, mais aussi de conduire à un abandon précoce et de retarder le retour au traitement. Parmi les autres facteurs cliniques, mentionnons la « volonté de changer », la capacité de tolérer et de composer avec les émotions négatives, et le fait de croire au bien-fondé du traitement, bien que l'on manque de données fiables chez les vétérans au sujet de ces facteurs (Kehle-Forbes et Kimmerling, 2017). Aider les clients à prendre des décisions en collaboration avec leur prestataire de soins sur la nature des soins et le moment auquel ceux-ci seront prodigués est donc un élément essentiel de la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes. Il convient également de noter que le processus d'indemnisation potentiellement conflictuel avec lequel les vétérans

doivent souvent composer peut également entraîner des retards et des interruptions de traitement, ce qui risque de compromettre le rétablissement.

6.3.4.3 LA PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE

Comme nous l'avons vu précédemment, la prise de décision partagée peut atténuer certains des obstacles rencontrés par les clients et devenir une caractéristique essentielle d'un système efficace de services de santé mentale post-traumatique à l'intention des vétérans.

La prise de décision partagée dans les soins de santé mentale post-traumatique implique une collaboration entre les cliniciens et les patients qui repose sur des renseignements précis sur les options de traitement, les résultats et les effets secondaires (Harik, 2018; Slade, 2017). Plusieurs raisons justifient l'importance d'une telle collaboration. Premièrement, la prise de décision partagée semble accroître l'engagement et la motivation du vétéran (ou du partenaire) et du clinicien, car ils travaillent en collaboration à la planification des traitements (Harik, 2018; Kehle-Forbes et Kimmerling, 2017). Deuxièmement, bien que l'on ne dispose pas de données empiriques solides, il est raisonnable de présumer que la prise de décision partagée permettrait d'améliorer les résultats (Harik, 2018). D'ailleurs, des tentatives préliminaires de prise de décision partagée dans le cadre de traitements du TSPT, faisant appel à des outils d'aide à la décision pour le patient, ont donné des résultats fort encourageants (Watts et autres, 2015). Ainsi, même en l'absence d'une véritable prise de décision partagée, les outils d'aide à la décision, comme les brochures qui instruisent et impliquent les patients dans les décisions liées au traitement, bien qu'à un degré relativement superficiel, peuvent améliorer la satisfaction des patients ainsi que les résultats du traitement (Harik, 2018). Enfin, il a été avancé que la prise de décision partagée – soit donner aux patients un choix éclairé dans leur traitement – est la meilleure avenue à emprunter sur le plan éthique (Slade, 2017). Un tel processus a beaucoup de potentiel pour soutenir des décisions éclairées liées au traitement, afin d'autonomiser le vétéran et/ou le membre de sa famille.

Bien que les avantages de la prise de décision partagée en santé mentale post-traumatique puissent être légèrement plus équivoques qu'en santé physique, l'approche est suffisamment appuyée pour que l'on en recommande son adoption systématique (Harik, 2018). À ce stade, il est important de réitérer le rôle joué par la prise de décision partagée pour faciliter l'engagement des vétérans dans un traitement fondé sur des données probantes.

La prise de décision partagée ne consiste pas en un long processus, complexe ou ardu, et peut donc être facilement mise en pratique. Par exemple, une étude pilote menée auprès de vétérans a démontré des résultats positifs au moyen d'une simple intervention de 30 minutes (Mott et autres, 2014). Dans le cadre de cette étude, un manuel a été utilisé pour guider les cliniciens à travers les principales étapes : une « discussion sur les choix » afin d'expliquer aux patients leur rôle dans les décisions liées au traitement; une « discussion sur les options » afin de fournir des renseignements sur les avantages, les risques et l'efficacité des traitements; et une « discussion sur la décision » afin d'aborder les préférences et parvenir à une décision. Ils ont également utilisé un outil d'aide à la décision du patient de 12 pages, proposant une comparaison entre les traitements proposés ainsi qu'une brève description des autres options. Ils ont constaté une préférence accrue des patients pour les pratiques fondées sur des données probantes et une meilleure rétention dans le traitement au sein du groupe suivant la prise de décision partagée. Un essai clinique randomisé ultérieur, de plus grande envergure (Watts et autres, 2015), a également révélé que la prise de décision partagée favorisait l'engagement des vétérans dans des traitements fondés sur des données probantes. Cette étude a adopté une approche encore plus simple, en utilisant uniquement un outil d'aide à la décision des patients (un livret illustré comportant une évaluation comparative des risques et décrivant les charges liées aux traitements ainsi que l'efficacité de ceux-ci) que ces derniers consultaient en privé sans aucune interaction avec le clinicien (ou le chercheur). Cette étude a également montré que les patients du groupe bénéficiant d'outils d'aide à la décision, même en l'absence de conseils de la part du clinicien, étaient plus susceptibles de choisir des pratiques fondées sur des données probantes et obtenaient des résultats supérieurs au traitement du TSPT par rapport au groupe témoin.

En résumé, aider les vétérans et leur famille à prendre des décisions concernant leurs soins et à intégrer ces décisions dans la planification des traitements et l'établissement des objectifs constitue un moyen relativement simple et efficace d'atténuer certains des obstacles qui se présentent à eux, de promouvoir l'engagement des vétérans et de leur famille dans des traitements fondés sur des données probantes et d'améliorer les résultats obtenus.

6.4 Par où commencer : les composantes de base pour une mobilisation et une mise en pratique des connaissances efficaces

L'approche des soins proposée dans ce document, qui consiste à déterminer les soins les plus efficaces en fonction des besoins des vétérans et de leur famille à l'aide d'évaluations individualisées effectuées à tous les niveaux du système de soins de santé, exige non seulement une collaboration entre de multiples secteurs et systèmes de soins, mais aussi de tenir compte de la façon dont ceux-ci évolueront au fil du temps. Il faut en outre que les priorités de recherche soient établies en temps opportun en fonction des lacunes dans la pratique et des besoins de la communauté.

Les liens entre les chercheurs, les décideurs et les services doivent être bien établis afin que les pratiques fondées sur des données probantes et les nouvelles connaissances puissent être intégrées aux systèmes de services de manière utile à l'ensemble des intervenants, et particulièrement aux vétérans et à leur famille.

Ainsi, les composantes de la mobilisation et de la mise en pratique des connaissances doivent tendre vers les objectifs suivants :

1. Élaborer **une approche inclusive du partage des connaissances et de l'amélioration du système**, qui place les besoins de l'ensemble des vétérans au cœur de la transposition des données probantes dans la pratique;
2. Améliorer **les partenariats du savoir et le partage des connaissances** entre les chercheurs, les organismes de financement gouvernementaux et les décideurs, les praticiens et la communauté des vétérans;
3. Concevoir **des systèmes efficaces permettant de cerner les nouveaux besoins** et les nouvelles connaissances au sein de la communauté des vétérans et de leurs réseaux de soutien formel et informel, afin d'éclairer l'élaboration de politiques et d'orienter la recherche en temps opportun;
4. Augmenter **l'offre de soins efficaces** afin qu'un plus grand nombre de vétérans et de familles aient accès à des soins fondés sur des données probantes lorsqu'ils en ont besoin et suivant le degré d'intensité requis, comme indiqué dans la section précédente relativement aux niveaux de soins, qu'il s'agisse de services et de mesures formelles de soutien communautaire, de services et de mesures de soutien spécialisés en santé mentale ou de services et de mesures de soutien intensifs en santé mentale;
5. Favoriser **l'utilisation soutenue et l'efficacité des traitements fondés sur des données probantes** et des systèmes sous-jacents (ex. : les soins fondés sur des mesures et la coordination des soins).

En se basant sur ces cinq objectifs, sur les défis typiques décrits dans la sous-section précédente et sur une synthèse de la littérature, le présent *Cadre conceptuel* met en relief les points forts d'une mobilisation et d'une mise en pratique des connaissances efficaces comme suit :

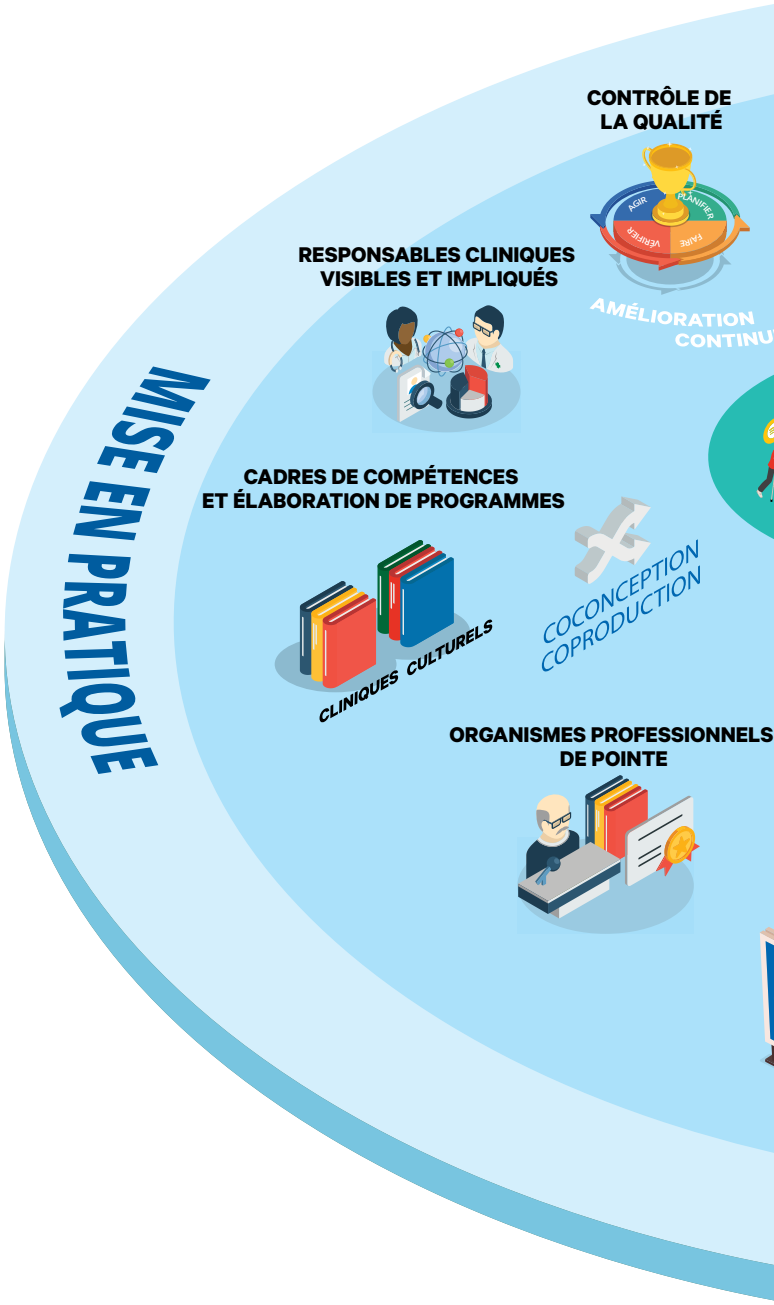
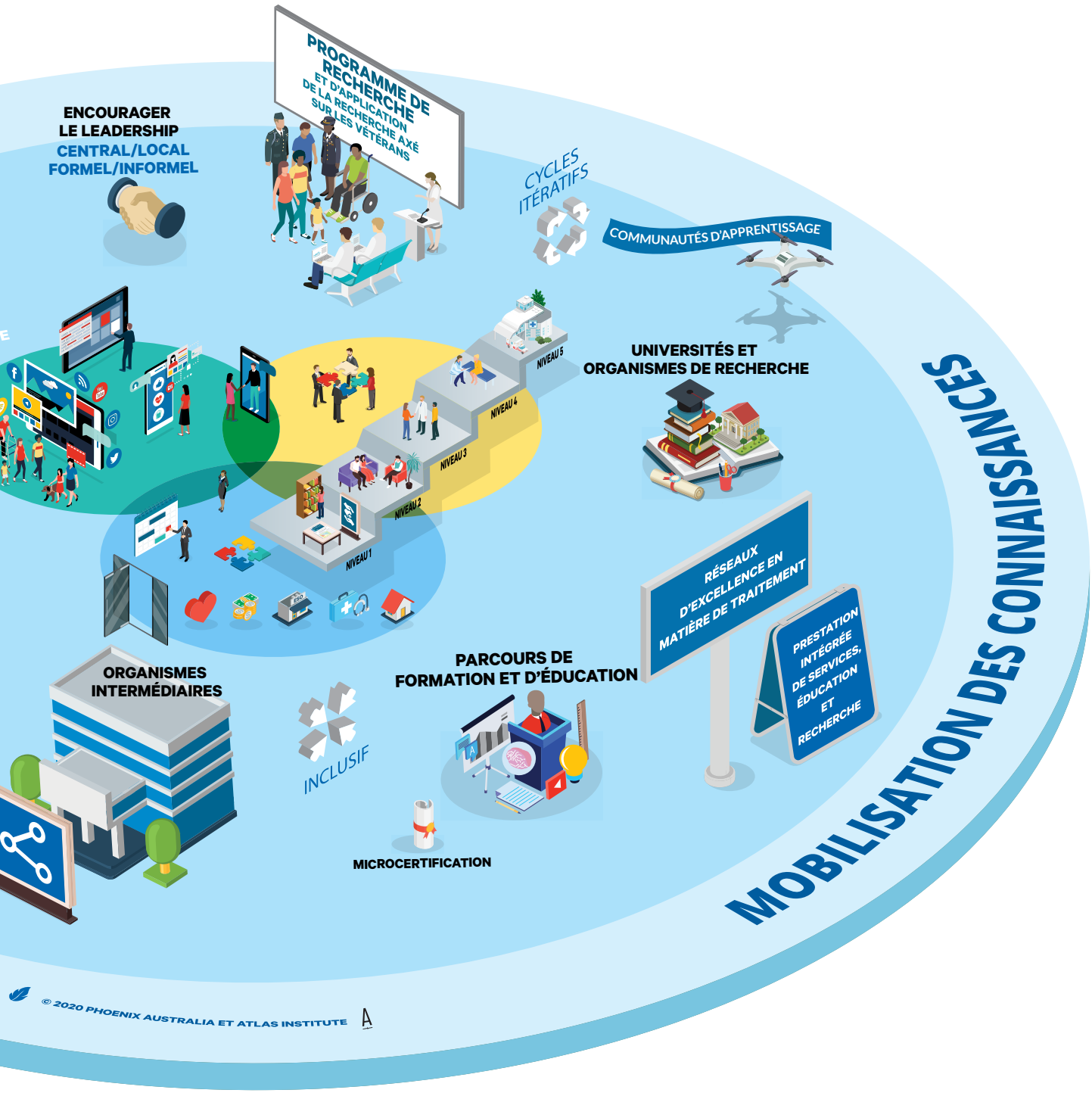


Figure 9 : Six composantes de base pour une mobilisation et une mise



e en pratique des connaissances efficaces au sein d'un système

Dans ce contexte, le présent *Cadre conceptuel* recommande de s'appuyer sur six composantes de base pour une mobilisation et une mise en pratique des connaissances efficaces au sein d'un système :

1. Encourager le leadership
2. Maximiser la collaboration
3. Lutter contre les iniquités
4. Renforcer les capacités et les aptitudes
5. Faire preuve de flexibilité
6. Utiliser les données et la rétroaction pour soutenir le changement

La nature exacte de ces six composantes de base est décrite plus en détail dans les pages suivantes. La description comporte notamment, pour chacune d'entre elles, un aperçu des principales approches et des secteurs à prioriser dans la mobilisation et la mise en pratique des connaissances, une ou deux études de cas illustrant la manière dont celles-ci ont été appliquées dans différents contextes pour améliorer les résultats obtenus par le biais des services offerts, ainsi qu'une liste de secteurs d'activité clés pour une mobilisation et une mise en pratique des connaissances efficaces.

6.4.1 Encourager le leadership

Le leadership, tant formel qu'informel, est un élément important pour favoriser l'efficacité de la mobilisation et de la mise en pratique des connaissances (Aarons et autres, 2015; Chinman et autres, 2017; Cook et autres, 2015; Flodgren et autres, 2019).

La mise en place et le maintien d'un système de soins intégré et fondé sur des données probantes à l'intention des vétérans et de leur famille impliquent une collaboration avec de multiples secteurs et systèmes de services ainsi qu'avec leurs structures de direction respectives. Dans un tel contexte, il est difficile d'avoir de l'influence et de favoriser la collaboration alors que l'on doit composer avec plus d'un pôle décisionnel ou d'influence (Holmes et autres, 2017). Des modèles de facilitation de la mise en œuvre et de courtage des connaissances peuvent contribuer à favoriser le leadership et la coordination à la fois aux niveaux local et sectoriel lors de l'introduction de nouveaux systèmes ou de pratiques fondées sur des données probantes.

6.4.1.1 LE LEADERSHIP DES DÉCIDEURS ET DES ORGANISMES DE FINANCEMENT

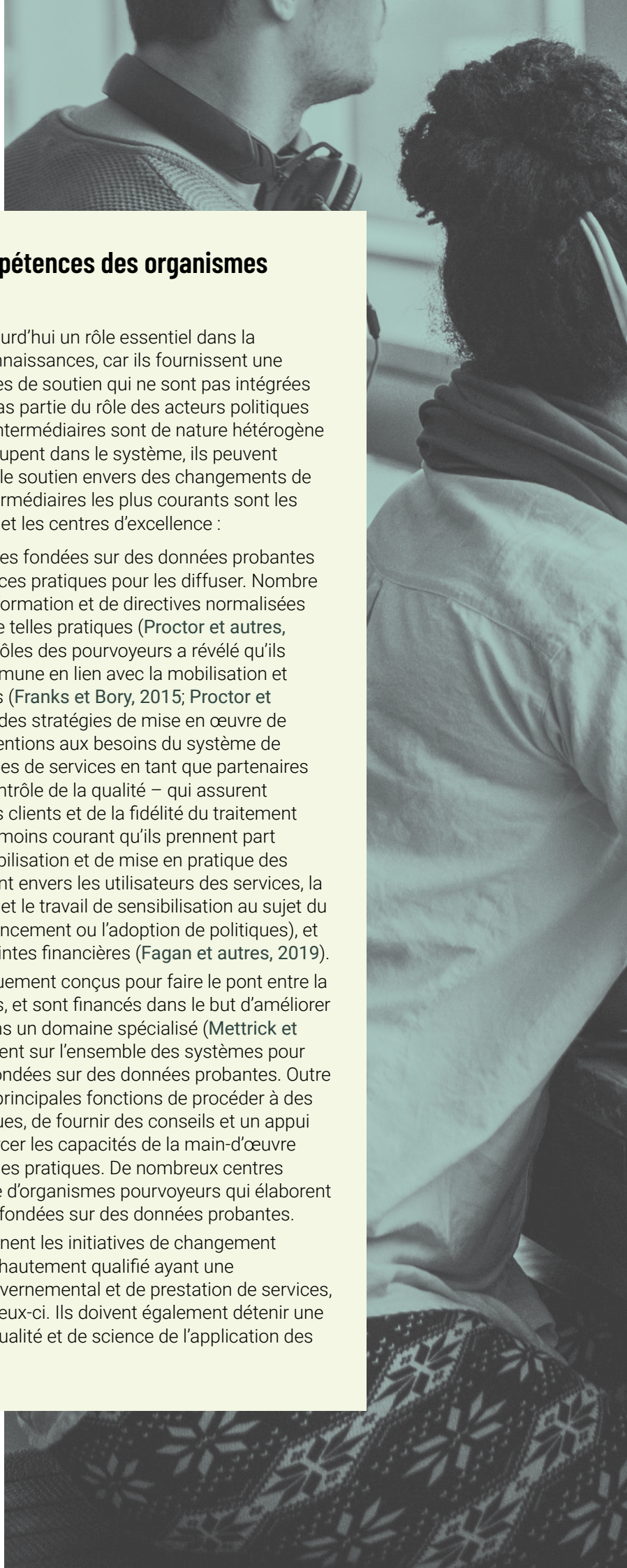
Les recherches sur la mise en œuvre et l'application des connaissances ont tendance à se concentrer sur le leadership au niveau du réseau ou sur le plan organisationnel. Cependant, de nombreux chercheurs notent l'importance du leadership fourni par les décideurs et les organismes de financement, les priorités des organismes et des groupes professionnels étant fortement influencées par les orientations politiques et les ressources disponibles (Aarons et autres, 2016; Fagan et autres, 2019; Powell et autres, 2016). Pour ancrer le changement, l'engagement des décideurs doit aller au-delà d'un soutien envers l'approche des soins à mettre en application (ex. : au moyen d'un modèle de financement soutenant l'approche ou le recours à des mesures incitatives ciblées sur les pratiques fondées sur des données probantes) et également voir à l'édification d'une infrastructure évolutive favorable à la mobilisation et à la mise en pratique des connaissances. Ainsi, il serait indiqué de formuler des recommandations ou de mobiliser des ressources afin d'étayer les éléments nécessaires à l'adoption durable d'un nouveau modèle de soins auprès des décideurs gouvernementaux.

6.4.1.2 LES ORGANISMES INTERMÉDIAIRES, LES COURTIERS DU SAVOIR ET LES FACILITATEURS DE LA MISE EN ŒUVRE

Les organismes intermédiaires, les courtiers du savoir ainsi que les facilitateurs de la mise en œuvre sont souvent appelés à jouer un rôle central dans la promotion et le soutien envers le changement d'un système. De nombreuses initiatives fructueuses de mobilisation et de mise en pratique des connaissances reposent sur des organismes intermédiaires ou des courtiers du savoir pour faciliter et coordonner le changement dans des systèmes complexes (Powell et autres, 2016; Resnick et Hoff, 2019). Il peut s'agir d'organismes ayant testé et regroupé des pratiques fondées sur des données probantes (pourvoyeurs), d'instituts de recherche axés sur la mise en pratique des connaissances, de fournisseurs de services non gouvernementaux ou d'organismes gouvernementaux offrant des services ou agissant en tant qu'autorités de réglementation (Bullock et Lavis, 2019; Fagan et autres, 2019).

Ces organismes servent souvent de pont entre les chercheurs, les décideurs gouvernementaux, les responsables cliniques et la communauté. De nombreux experts soulignent que cette capacité de former et de diriger des partenariats entre des groupes d'intervenants est essentielle à tout intermédiaire qui se veut efficace lorsqu'un changement d'envergure de système se présente, mais notent par ailleurs que les contraintes en matière de financement et de rôle peuvent miner cette capacité (Fagan et autres, 2019). D'autres font valoir que la présence d'un organisme intermédiaire dans le système de services et la sphère politique est essentielle à son succès. En d'autres termes, l'organisme intermédiaire doit être dans une position où il peut influencer les décideurs et/ou les processus clés (Bullock et Lavis, 2019). Par exemple, un organisme de réglementation peut jouer un rôle plus important de médiateur envers le changement et l'amélioration des pratiques lorsque le système est financé en grande partie par les deniers publics, tandis qu'une ONG ou un centre universitaire est mieux placé pour le faire lorsque les services sont financés à la fois par des fonds privés et publics. Il est essentiel de veiller à ce que le bon organisme intermédiaire dirige la mise en œuvre d'une pratique ou d'un système de soins fondés sur des données probantes et qu'il dispose des ressources nécessaires pour former des partenariats efficaces, afin d'assurer un changement de pratique réussi et durable.

Les organismes intermédiaires assurent le leadership et la coordination en matière de synthèse des connaissances et d'échange d'information, et favorisent une approche conjointe de la planification et du déploiement de la mise en œuvre ainsi que de l'évaluation des efforts qui doivent y être engagés. De nombreuses approches en matière de mise en œuvre reposent sur la facilitation assurée par un organisme intermédiaire ou une équipe spécialisée, ou des facilitateurs de la mise en œuvre au sein d'un système de services, afin de fournir une orientation et d'assurer la continuité de l'amélioration des services, en plus d'apporter un soutien technique ou spécialisé. Par exemple, de nombreuses stratégies regroupées autour d'une facilitation de la mise en œuvre ont été déterminées par des experts consultés à l'aide d'un Delphi pour élaborer une liste complète et une taxonomie des stratégies clés de mise en œuvre (Perry et autres, 2019; B. J. Powell et autres, 2015).

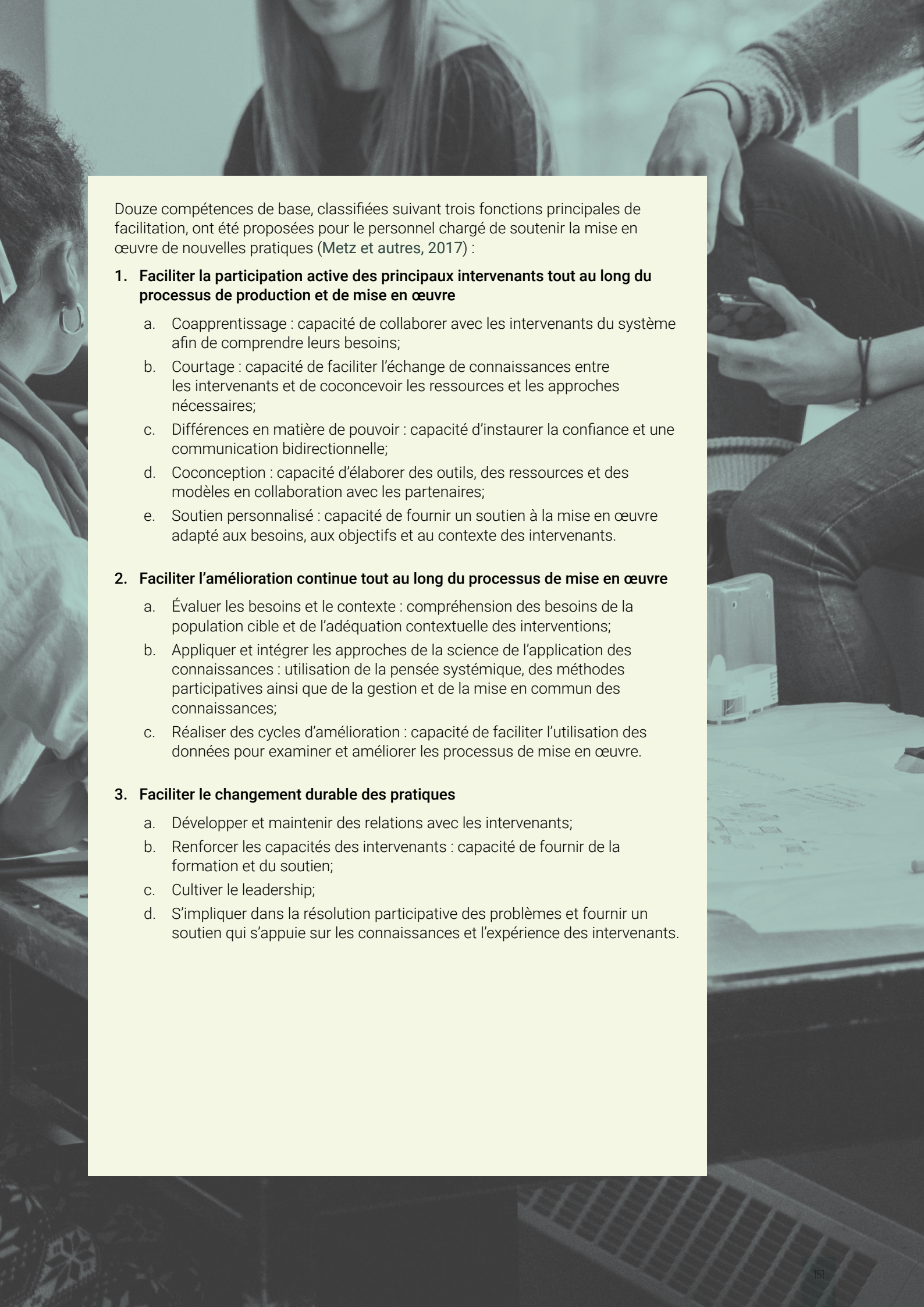


Pleins feux sur le rôle et les compétences des organismes intermédiaires

Les organismes intermédiaires jouent aujourd'hui un rôle essentiel dans la mobilisation et la mise en pratique des connaissances, car ils fournissent une expertise technique ainsi que des structures de soutien qui ne sont pas intégrées aux systèmes de services ou qui ne font pas partie du rôle des acteurs politiques (Bullock et Lavis, 2019). Les organismes intermédiaires sont de nature hétérogène et, selon leur capacité et la place qu'ils occupent dans le système, ils peuvent jouer différents rôles dans la promotion et le soutien envers des changements de pratique. Les deux types d'organismes intermédiaires les plus courants sont les concepteurs de traitements (pourvoyeurs) et les centres d'excellence :

- Les pourvoyeurs élaborent des pratiques fondées sur des données probantes et mettent à profit leur expertise dans ces pratiques pour les diffuser. Nombre d'entre eux disposent de trousses d'information et de directives normalisées qui les guident lors de l'implantation de telles pratiques (Proctor et autres, 2019). L'examen des pratiques et des rôles des pourvoyeurs a révélé qu'ils ne disposent pas d'une approche commune en lien avec la mobilisation et la mise en pratique des connaissances (Franks et Bory, 2015; Proctor et autres, 2019). Plusieurs ont recours à des stratégies de mise en œuvre de base – comme l'adaptation des interventions aux besoins du système de services, la participation des organismes de services en tant que partenaires et/ou l'établissement d'un cadre de contrôle de la qualité – qui assurent généralement le suivi des résultats des clients et de la fidélité du traitement (Franks et Bory, 2015). Il est toutefois moins courant qu'ils prennent part à d'autres activités essentielles de mobilisation et de mise en pratique des connaissances, comme un engagement envers les utilisateurs des services, la création de liens entre les organismes et le travail de sensibilisation au sujet du système (ex. : plaidoyers envers le financement ou l'adoption de politiques), et ce, principalement en raison de contraintes financières (Fagan et autres, 2019).
- Les centres d'excellence sont spécifiquement conçus pour faire le pont entre la recherche, les politiques et les services, et sont financés dans le but d'améliorer les connaissances et les pratiques dans un domaine spécialisé (Mettrick et autres, 2017). Ils travaillent généralement sur l'ensemble des systèmes pour promouvoir et appuyer les pratiques fondées sur des données probantes. Outre l'engagement partenarial, ils ont pour principales fonctions de procéder à des recherches et à l'évaluation des pratiques, de fournir des conseils et un appui à l'élaboration des politiques, de renforcer les capacités de la main-d'œuvre et de soutenir l'implantation de nouvelles pratiques. De nombreux centres d'excellence agissent également à titre d'organismes pourvoyeurs qui élaborent leurs propres ensembles de pratiques fondées sur des données probantes.

Les organismes intermédiaires qui soutiennent les initiatives de changement doivent pouvoir compter sur un personnel hautement qualifié ayant une compréhension globale des contextes gouvernemental et de prestation de services, et ayant la capacité de faire le pont entre ceux-ci. Ils doivent également détenir une expertise en matière d'amélioration de la qualité et de science de l'application des connaissances (Bullock et Lavis, 2019).



Douze compétences de base, classifiées suivant trois fonctions principales de facilitation, ont été proposées pour le personnel chargé de soutenir la mise en œuvre de nouvelles pratiques (Metz et autres, 2017) :

1. **Faciliter la participation active des principaux intervenants tout au long du processus de production et de mise en œuvre**
    a. Coapprentissage : capacité de collaborer avec les intervenants du système afin de comprendre leurs besoins;
    b. Courtage : capacité de faciliter l'échange de connaissances entre les intervenants et de coconcevoir les ressources et les approches nécessaires;
    c. Différences en matière de pouvoir : capacité d'instaurer la confiance et une communication bidirectionnelle;
    d. Coconception : capacité d'élaborer des outils, des ressources et des modèles en collaboration avec les partenaires;
    e. Soutien personnalisé : capacité de fournir un soutien à la mise en œuvre adapté aux besoins, aux objectifs et au contexte des intervenants.

2. **Faciliter l'amélioration continue tout au long du processus de mise en œuvre**
    a. Évaluer les besoins et le contexte : compréhension des besoins de la population cible et de l'adéquation contextuelle des interventions;
    b. Appliquer et intégrer les approches de la science de l'application des connaissances : utilisation de la pensée systémique, des méthodes participatives ainsi que de la gestion et de la mise en commun des connaissances;
    c. Réaliser des cycles d'amélioration : capacité de faciliter l'utilisation des données pour examiner et améliorer les processus de mise en œuvre.

3. **Faciliter le changement durable des pratiques**
    a. Développer et maintenir des relations avec les intervenants;
    b. Renforcer les capacités des intervenants : capacité de fournir de la formation et du soutien;
    c. Cultiver le leadership;
    d. S'impliquer dans la résolution participative des problèmes et fournir un soutien qui s'appuie sur les connaissances et l'expérience des intervenants.

6.4.1.3 LEADERSHIP CENTRALISÉ ET PARTAGÉ

Afin de favoriser une vision commune et de s'assurer que les dirigeants soutiennent l'amélioration des soins, il est important de mobiliser différents niveaux de leadership au sein du système de santé et de veiller à ce que tous les leaders aient la capacité de faciliter la mise en œuvre. Comme le soulignent certains chercheurs qui se sont intéressés au changement de systèmes, l'importance accordée au leadership centralisé, partagé et local doit être équivalente (Best et autres, 2012). Ils ont noté que, bien qu'un leadership centralisé soit nécessaire afin que toutes les personnes impliquées dans les efforts de mise en œuvre aient des objectifs cohérents, une vision commune et un accès à des ressources adéquates pour procéder au changement, un leadership au niveau local demeure nécessaire pour fournir des conseils sur la meilleure façon d'adapter les interventions aux besoins locaux (Holmes et autres, 2017). En fait, le simple fait de s'appuyer sur une approche descendante pour encourager le changement risque de réduire le taux d'adhésion aux mesures proposées. Par exemple, lors de l'évaluation de la mise en œuvre de soins basés sur la mesure dans l'ensemble des organismes de santé mentale du ministère des Anciens Combattants des É.-U., les chercheurs ont noté que la faible adoption de la nouvelle pratique était en partie due à la perception des employés qui estimaient que la mise en œuvre avait été précipitée par la haute direction, alors que les gestionnaires locaux n'avaient pas reçu suffisamment de ressources pour véritablement faciliter le changement (Resnick et Hoff, 2019). Dans une autre étude portant sur la mise en application de la thérapie cognitive dans l'ensemble d'un réseau de services communautaires, la collaboration entre les chefs de service locaux, conjuguée à l'aide et aux conseils centralisés fournis par un chef de projet et des experts universitaires, a été essentielle à la réussite (Stirman et autres, 2015).

6.4.1.4 LES LEADERSHIPS FORMEL ET INFORMEL

Au niveau local, les leaderships formel et informel peuvent être mis à profit afin de promouvoir l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes. Dans les organismes, le fait que les dirigeants facilitent activement les efforts de mise en œuvre – en proposant une vision du changement, en fournissant des encouragements et en implantant des processus pour faciliter et récompenser le changement de pratique – a une incidence manifeste sur l'adoption et le maintien de pratiques fondées sur des données probantes (Aarons et autres, 2016; Aarons et Sommerfeld, 2012). Par ailleurs, bien que leur rôle ait été mal défini dans la littérature scientifique, les leaders d'opinion informels peuvent également jouer un rôle important, en soutenant le changement et en facilitant la collaboration (Flodgren et autres, 2019).

Enfin, il importe d'impliquer les leaders organisationnels dès le début d'un processus de mise en œuvre, de comprendre leur style de leadership et de leur donner les outils nécessaires afin qu'ils puissent adopter une approche favorable au changement. Il est tout aussi important de comprendre qui sont les leaders d'opinion potentiels d'un système de services et de les mobiliser envers les efforts de mise en œuvre. Leur rôle et leur incidence doivent en outre être évalués afin de mieux comprendre comment ils peuvent contribuer à l'adoption et à l'utilisation continue de pratiques fondées sur des données probantes dans leur organisme et/ou leur réseau.

6.4.1.5 RENFORCER LA CAPACITÉ DE LEADERSHIP

La capacité ainsi que les styles de leadership nécessaires pour soutenir le changement de pratique et son maintien sont étudiés depuis de nombreuses années, et des programmes de formation et de mesures du leadership ont été élaborés pour promouvoir l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes et un climat de mise en œuvre qui y soit favorable (Aarons et autres, 2015; Aarons et Sommerfeld, 2012; Best et autres, 2012). Comme nous l'avons souligné précédemment, certaines aptitudes en matière de leadership sont favorables à la réussite de la mise en œuvre de nouvelles pratiques, notamment les connaissances des dirigeants et leur volonté d'adopter des pratiques fondées sur des données probantes ou de soutenir le changement de système, leur capacité de fournir une rétroaction et des récompenses en lien avec l'adoption de ces pratiques, ainsi que leur capacité d'inspirer leurs employés et de donner l'exemple dans la gestion du changement. Un aspect de la capacité de leadership qui est moins bien documenté ou compris, mais tout aussi important, est la capacité de collaborer avec d'autres niveaux de leadership, d'entretenir des relations et d'encadrer les leaders en devenir (Best et autres, 2012). Comme indiqué un peu plus tôt, étant donné que les améliorations apportées au système de santé à l'intention des vétérans impliquent de nombreux secteurs et types de leaders, notamment des leaders communautaires, des leaders d'opinion et des experts dans de multiples disciplines, la capacité de travailler en collaboration au-delà des frontières et de tirer parti de l'influence, des compétences en leadership et de l'expertise d'autres personnes dans le système est une capacité importante du leadership pour favoriser la mise en œuvre d'une nouvelle pratique.

6.4.2 Maximiser la collaboration

Étant donné le fossé artificiel entre ceux qui s'emploient à développer un savoir-faire et ceux qui sont à même de le mettre à profit, de nombreuses années s'écoulent généralement avant que les résultats de la recherche ne soient intégrés dans la pratique, et, ce qui est encore plus préoccupant, la déconnexion entre la création et l'utilisation des connaissances entraîne souvent l'élaboration d'interventions qui ne tiennent pas vraiment compte du contexte dans lequel elles seront implantées (Green, 2008; Holmes et autres, 2017; Shelton et autres, 2018).

PRINCIPAUX DOMAINES D'ACTION LIÉS À CETTE COMPOSANTE :

1. Collaborer avec les décideurs gouvernementaux afin que les orientations politiques adoptées et les ressources déployées soient conformes aux meilleures pratiques et favorisent leur mise en application. Un tel engagement implique non seulement des discussions au sujet du système ou des interventions à effectuer, mais il nécessite surtout des ressources et des conseils pour une mobilisation et une mise en application des connaissances efficaces et soutenues.
2. Soutenir les organismes intermédiaires et les courtiers du savoir afin qu'ils puissent guider et faciliter la mise en pratique des connaissances. Le type de leadership fourni devrait être basé sur la place occupée par les organismes dans le système de services. Les organismes intermédiaires doivent être dotés des ressources nécessaires pour favoriser des partenariats durables entre les fournisseurs de soins, les chercheurs et la communauté.
3. Soutenir les efforts de mise en œuvre et le leadership à tous les niveaux. Cela comprend un leadership centralisé afin de soutenir une vision commune et d'assurer la continuité du programme, ainsi que l'affectation des ressources appropriées et un leadership local pour fournir des conseils au jour le jour. Il n'est pas recommandé d'adopter des approches descendantes pour la mise en œuvre dans des systèmes complexes. Les dirigeants locaux doivent être dotés de ressources et soutenus afin que les interventions puissent être adaptées aux besoins locaux.
4. Impliquer à la fois des leaders formels et informels dans la mobilisation des connaissances et le changement des pratiques. Les leaders informels, comme les leaders d'opinion ou les leaders communautaires devraient, dans la mesure du possible, s'engager à soutenir le changement et à favoriser l'amélioration de la qualité. Les leaders organisationnels doivent être dotés des ressources nécessaires pour soutenir les efforts de mise en œuvre dès le départ, afin de favoriser une bonne préparation organisationnelle et l'adoption rapide de pratiques fondées sur des données probantes, et d'en promouvoir le maintien au fil du temps.
5. Renforcer la capacité de leadership afin de promouvoir l'amélioration des pratiques et la mise en application des innovations. D'autres recherches doivent être menées pour aborder cet aspect essentiel du changement de système et du soutien à la mise en œuvre.

6.4.2.1 LA COPRODUCTION DE CONNAISSANCES EN VUE D'AMÉLIORER LA DIFFUSION ET LES RÉSULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE

On croit souvent à tort qu'une intervention optimale et efficace peut être élaborée et testée indépendamment du contexte de services dans lequel les praticiens et les clients évoluent. De ce fait, l'incapacité d'adopter de nouvelles pratiques peut être perçue comme une résistance ou un problème lié au service en tant que tel, mais que l'on peut régler en faisant appel à des ressources supplémentaires (Chambers et autres, 2013). Or, certains experts soutiennent que le fait d'impliquer les praticiens et les clients dès le départ dans la recherche d'efficacité et de mise en application de nouvelles pratiques est susceptible d'en améliorer grandement l'efficacité et d'en favoriser la diffusion (Best et Holmes, 2010; Chambers et autres, 2013; Green, 2008).

Les modèles de recherche participative et d'évaluation des pratiques peuvent être particulièrement utiles pour déterminer comment les systèmes et les contextes dans lesquels s'opèrent les services façonnent le comportement des praticiens et influencent l'accès des communautés aux services ainsi que l'utilisation qu'elles en font. Ils fournissent également des méthodologies de recherche qui impliquent une collaboration étroite avec les praticiens et les clients. Cela peut aider à établir des partenariats continus en vue d'améliorer les systèmes de services (Best et autres, 2012). Toutefois, l'efficacité de tels partenariats entre chercheurs et praticiens afin de promouvoir l'utilisation durable de pratiques fondées sur des données probantes n'a pas été clairement démontrée.

En ce qui concerne la santé mentale des vétérans, de tels partenariats entre chercheurs, prestataires de services et leaders communautaires sont susceptibles de favoriser la prise en compte des enjeux culturels et structurels propres au service militaire et à la communauté des vétérans lors de l'élaboration d'interventions, de la diffusion de données probantes et de l'implantation de systèmes de soins. Par exemple, le sentiment d'être une communauté distincte dans laquelle règne un fort sentiment identitaire et de connexion peut avoir une incidence sur le rapport qu'auront les vétérans avec les systèmes de services civils et l'information transmise en matière de santé mentale.

6.4.2.2 LA COLLABORATION ET LA CONCEPTION CONJOINTE DE LA MISE EN ŒUVRE

La participation d'un large éventail d'intervenants ainsi que l'adoption d'une approche collaborative sont importantes pour maintenir l'adoption durable de pratiques fondées sur des données probantes (Damschroder et autres, 2009; Green et autres, 2016).

Les commentaires des intervenants lors des évaluations des programmes de mise en œuvre reflètent l'importance d'une collaboration continue entre les concepteurs de traitements, les courtiers du savoir ou les facilitateurs de mise en œuvre ainsi que les responsables des services pour promouvoir l'adoption de nouvelles mesures et en assurer le maintien (Beidas et autres, 2016; Stirman et autres, 2012).

Une évaluation quantitative et qualitative du rôle de la collaboration, dans le cadre de partenariats public-privé dans 11 systèmes de protection de l'enfance, a également permis de démontrer l'importance d'une collaboration efficace pour le maintien de pratiques fondées sur des données probantes (Green et autres, 2016). L'étude a révélé que les systèmes reposant sur des niveaux élevés de collaboration étaient plus susceptibles de maintenir l'adoption du programme et d'y demeurer fidèles. Elle a également souligné l'importance du rôle des facilitateurs de mise en œuvre dans une mise en œuvre efficace, en particulier leur capacité de faciliter le changement d'une manière collaborative et non directive, ainsi que le maintien des partenariats dans le temps.

De même, les administrateurs de services ainsi que les formateurs attitrés à la mise en application de la thérapie cognitive dans plusieurs organismes, ont vu dans la collaboration interorganismes et le partenariat avec des experts universitaires, la clé d'une mise en œuvre réussie (Stirman et autres, 2012). Ils ont par ailleurs souligné que la volonté des experts universitaires de collaborer avec les responsables des services afin d'adapter la formation et les interventions aux besoins en matière de services, ainsi que les apprentissages qui ont pu être partagés entre les organismes se sont avérés particulièrement importants.

6.4.2.3 FAVORISER LA PARTICIPATION DE LA COMMUNAUTÉ DES VÉTÉRANS À L'AMÉLIORATION DES SERVICES

Conformément aux principes de soins axés sur le patient, la planification et l'examen des services exigent une collaboration active avec les utilisateurs. Ce point a été décrit plus en détail précédemment dans le présent *Cadre conceptuel*. De plus, les chercheurs en matière de mise en œuvre de nouvelles pratiques ont dit souhaiter qu'une plus grande attention soit accordée au rôle de la prise de décision des utilisateurs de services dans l'adoption durable de pratiques fondées sur des données probantes, ce qui a conduit à un nombre croissant d'études portant sur le rôle des outils d'aide à la

ÉTUDE DE CAS

Promouvoir la collaboration entre chercheurs et praticiens

La Quality Enhancement Research Initiative (QUERI – Initiative de recherche sur l'amélioration de la qualité) du ministère des Anciens Combattants des É.-U. vise à faciliter les partenariats entre les organismes de financement, les chercheurs et les praticiens. Elle y parvient en soutenant les partenariats de recherche en matière d'évaluation, d'amélioration des pratiques et de mise en œuvre, ainsi qu'en fournissant des outils pour la formation et la mise en œuvre. Elle a ainsi contribué à une augmentation significative des connaissances et des programmes de mise en œuvre dans l'ensemble des organismes du ministère des Anciens Combattants des É. U.

Le programme QUERI vise à : 1) faciliter l'application rapide des connaissances issues de la recherche et des traitements fondés sur des données probantes dans la pratique clinique; 2) accroître l'incidence des résultats de la recherche par le biais de partenariats bidirectionnels, d'une évaluation rigoureuse et de la communication de l'information; et 3) faire du ministère des Anciens Combattants un chef de file national en tant qu'organisme apprenant de soins de santé, grâce à une science de l'application des connaissances qui se veut innovante.

Les facteurs suivants contribuent au succès du programme QUERI en tant que moteur clé de la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes :

- Il offre une infrastructure qui permet un rapprochement entre la pratique et la recherche, en promouvant des modèles de financement qui soutiennent cette approche à long terme (plutôt que de s'appuyer uniquement sur des études préliminaires).
- Il est caractérisé par des objectifs clairement formulés et un plan stratégique conçu pour promouvoir la durabilité des pratiques fondées sur des données probantes qui abordent les principaux enjeux en matière de soins de santé pour les vétérans. Le plan stratégique est lié aux objectifs fondamentaux du ministère des Anciens Combattants, à savoir la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes, l'amélioration de la mesure et de la communication des résultats afin d'optimiser le processus, l'accès à des formations et à des outils pédagogiques afin de soutenir les efforts d'évaluation et de mise en œuvre, ainsi que l'adaptation des stratégies d'amélioration de la qualité aux besoins locaux.

L'objectif principal du programme QUERI est de soutenir les partenariats bidirectionnels entre les chercheurs et les responsables/concepteurs de traitements qui sont intégrés dans les initiatives d'amélioration de la qualité du ministère des Anciens Combattants. En voici quelques exemples :

- Le projet Peers in PACT (Patient Aligned Care Teams – Équipes de soins axés sur le patient) a évalué le recours à des facilitateurs externes, des pairs spécialistes, pour soutenir la mise en œuvre de nouvelles pratiques dans les équipes de soins primaires au sein du ministère des Anciens Combattants : en 2017, les pairs spécialistes ont effectué 11 000 rencontres avec 4 247 vétérans sur 25 sites du ministère des Anciens Combattants.
- Un guide de mise en pratique de soins fondés sur la mesure, basé sur des entretiens avec des intervenants clés, a été élaboré pour soutenir la mise en application de soins fondés sur la mesure dans divers établissements de santé mentale, dans un cadre général d'amélioration de la qualité, tout en assurant la cohérence avec le contexte local et les exigences en matière d'accréditation.

ÉTUDE DE CAS

Faire participer les utilisateurs de services à la coproduction

Le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents a été créé en vue de partager les connaissances, de renforcer les capacités et de créer les liens nécessaires à l'amélioration des soins de santé mentale pour les enfants, les adolescents et les familles. La participation des jeunes et des familles à titre de décideurs et de partenaires collaboratifs à l'ensemble des travaux constitue la priorité absolue du Centre. En modélisant cet engagement actif de sa population cible en tant que « coproducteurs », il constitue un exemple puissant de services cliniques en santé mentale pour les enfants et les adolescents lorsqu'il s'agit de former des partenariats efficaces avec les utilisateurs de services.

Normes de qualité en matière de participation et de collaboration

Afin de favoriser une compréhension commune des principes en matière de meilleures pratiques en lien avec la participation des partenaires, le Centre a collaboré avec des jeunes, des familles, des cliniciens et des chercheurs pour établir des normes de qualité relativement à la mobilisation des utilisateurs de services. Bien qu'ils aient produit des normes distinctes pour les jeunes et les familles, les principes fondamentaux se recoupent et reposent notamment sur :

- Le codéveloppement : les jeunes et les familles participent activement à l'élaboration de tous les projets, services, processus et programmes d'améliorations du système; ils constituent des collaborateurs essentiels au processus décisionnel;
- La participation : tous les partenaires sont déterminés à mobiliser les jeunes et les familles; les dirigeants du système sont responsables de l'intégration de cette participation dans la planification et les efforts d'amélioration du système;
- La communication : la participation n'est efficace que si la communication entre les partenaires demeure transparente, respectueuse, accessible et qu'elle peut se faire en temps opportun;
- La diversité et l'inclusion : les pratiques favorisant la participation des jeunes et des familles se veulent inclusives, la diversité des partenaires est valorisée et la participation est représentative des communautés desservies;
- L'apprentissage continu : tous les partenaires, y compris les jeunes et les familles, ont une compréhension commune de la philosophie et des pratiques en matière de participation, et peuvent accéder à des formations pour accroître leurs connaissances et leurs compétences en lien avec la mobilisation des jeunes et des familles;
- La recherche et l'évaluation : ensemble, les jeunes, les familles et les autres partenaires effectuent des recherches, procèdent à des évaluations et veillent à améliorer, sur une base continue, à la fois les pratiques favorisant la participation, les processus ainsi que tous les aspects relatifs à la planification du système.

Les normes spécifiques aux familles comportent un principe supplémentaire d'autonomisation, tandis que les normes provisoires pour les jeunes comportent des principes additionnels sur l'accessibilité, les relations authentiques et les espaces plus sécuritaires.

Les principes en matière de participation des partenaires sont soutenus par des stratégies permettant de mesurer et de suivre les progrès et l'incidence des pratiques.

décision dans la mise en œuvre (Finnerty et autres, 2019; Watts et autres, 2015). Malgré cela, les programmes d'amélioration des pratiques destinées aux vétérans ne tiennent pas souvent compte du rôle que jouent le choix des utilisateurs de services et la défense de leurs intérêts dans l'adoption de nouvelles pratiques.

Les projets visant à inciter la communauté des vétérans à accéder à des traitements fondés sur des données probantes sont souvent bien différents des interventions qui ont pour but d'améliorer les systèmes de soins ou l'adoption par les praticiens de pratiques fondées sur des données probantes (ex. : par le biais de vastes projets de diffusion des connaissances et de projets éducatifs communautaires ou de projets de recherche distincts visant à améliorer la prise de décision conjointe client-praticien). Afin d'assurer la mise en œuvre efficace de ce cadre, les stratégies visant à appuyer les choix des vétérans et de leur famille doivent être intégrées à la mise en œuvre globale. Ces stratégies doivent être élaborées conjointement avec des membres représentatifs de leur communauté.

L'élaboration de documents d'information et de programmes de mise en œuvre dans le cadre d'une véritable collaboration avec la communauté des vétérans permet de s'assurer que les utilisateurs des services font partie de la solution et encouragent activement l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes. Cela permet en outre de veiller à ce que les obstacles auxquels se heurtent les vétérans et leur famille au moment d'accéder à l'information ou aux soins soient examinés. Comme nous l'avons déjà mentionné, la seule présence de représentants des utilisateurs de services au sein de comités et de groupes de référence ne saurait être suffisante. Les utilisateurs de services doivent se voir confier un rôle clair dans l'élaboration et l'examen des pratiques à adopter et/ou de la conception des services, et travailler en équipe avec les fournisseurs de services ainsi qu'avec ceux et celles qui facilitent la mobilisation des connaissances et les projets de mise en œuvre. Il est également essentiel d'utiliser les données sur les processus et les résultats recueillies auprès des utilisateurs de services afin d'orienter ce processus de collaboration (se reporter à la composante qui y est associée) [Hall et autres, 2018].

Enfin, étant donné que les familles peuvent avoir une influence considérable sur l'identification du problème, le choix du traitement et la participation au traitement (ex. : Goetter et autres, 2015), il est

PRINCIPAUX DOMAINES D'ACTION LIÉS À CETTE COMPOSANTE :

1. Faire participer activement les praticiens et les clients à la planification et à la conception de travaux de recherche sur l'efficacité et la mise en œuvre afin de faciliter la diffusion et la mise en application efficaces de nouvelles approches.
2. Inclure des modèles de recherche participative et d'évaluation des pratiques dans les priorités de recherche. Ces types de recherche aident à déterminer comment les systèmes et les contextes dans lesquels s'opèrent les services façonnent le comportement des praticiens et influencent l'accès des communautés aux services ainsi que l'utilisation qu'elles en font. Autant que possible, ces types de recherche devraient être utilisés comme une occasion de former des partenariats en vue d'efforts futurs de diffusion et de mise en application de pratiques fondées sur des données probantes.
3. Favoriser la collaboration entre les concepteurs de traitements, les courtiers du savoir et les gestionnaires de services afin de promouvoir l'adoption et le maintien d'approches fondées sur des données probantes. Les programmes de mise en œuvre doivent comprendre des conceptions de système et des processus qui favorisent à la fois la collaboration afin d'adapter l'offre et la mise en application de pratiques fondées sur des données probantes aux besoins en matière de services; le courtage non directif de la mise en œuvre par des experts et/ou des formateurs; ainsi que les partenariats entre divers organismes.
4. Veiller à ce que les programmes de mise en œuvre et la conception des trousses d'information sur les systèmes de services et les pratiques fondées sur des données probantes soient conçus en fonction des besoins et des connaissances de la communauté des vétérans. Il importe que les utilisateurs de services soient impliqués dans l'élaboration et l'examen des pratiques à adopter et/ou de la conception des services. Utiliser les données sur les processus et les résultats recueillies auprès des utilisateurs de services est également essentiel afin d'orienter ce processus de collaboration.

important de collaborer avec des représentants des familles afin d'élaborer des documents d'information et des programmes qui les aident à obtenir du soutien et qui favorisent la participation des vétérans à un traitement fondé sur des données probantes. De nombreux programmes de mobilisation des connaissances ont été financés au Canada, en Australie et aux États-Unis, mais le niveau de collaboration avec les familles dans la conception de ces programmes est varié et l'incidence que celui-ci a pu avoir sur l'adoption d'un traitement fondé sur des données probantes n'a pas été évaluée. Le rôle de la participation des familles aux initiatives d'amélioration des services doit être bien mieux compris afin d'élaborer des mécanismes de collaboration efficaces.

6.4.3 Lutter contre les iniquités

La mobilisation et la mise en pratique des connaissances jouent un rôle déterminant afin que les programmes de recherche, le partage des connaissances et l'amélioration des services tiennent compte des iniquités que connaissent de nombreux membres de la communauté des vétérans sur le plan de la santé.

La communauté des vétérans est fort hétérogène (comme indiqué plus tôt dans le présent *Cadre conceptuel*), et pourtant, de nombreux modèles de mobilisation et de mise en pratique des connaissances n'expliquent pas clairement comment améliorer l'accès aux soins pour les vétérans qui se heurtent à des obstacles supplémentaires en raison de leur sexe, de leur culture, de leur orientation sexuelle, de leur origine ethnique et de leur religion, d'une incapacité ou de leur statut précaire. À titre d'exemple, de récentes études financées par le gouvernement sur la maltraitance institutionnelle en Australie et des recherches portant sur la maltraitance sexuelle chez les militaires aux É.-U. ont mis en relief la vulnérabilité accrue des femmes qui se retrouvent en minorité au sein des Forces militaires (Orchowski et autres, 2018). Une récente étude australienne a également révélé que les vétérans vivant depuis peu en situation d'itinérance ou étant à risque de se retrouver sans abri constituent un groupe particulièrement vulnérable et, en vertu de leur situation d'itinérance, ont davantage de difficultés à accéder aux soins et aux mesures de soutien (Hilferty et autres, 2019). On en sait toutefois très peu sur ce qu'impliquent de telles vulnérabilités en regard de la conception et de la mise en œuvre de programmes de prévention et de traitement.

Il est important de comprendre qui a le pouvoir de prendre des décisions au moment d'établir les priorités en matière de recherche, de conception et de mise en œuvre de programmes (ex. : Masuda et autres, 2014). Ainsi, plutôt que de simplement mobiliser et diffuser ce qui est connu, un processus est nécessaire pour comprendre et modifier nos modes d'apprentissage afin que nos connaissances soient adaptées au contexte. La reconnaissance de tous les points de vue est essentielle et nécessite une approche inclusive qui soit transparente, ouverte et souple, particulièrement pour ce qui est de la priorité accordée à la contribution des personnes les plus marginalisées et les moins entendues. Une telle inclusivité requiert que le pouvoir décisionnel soit reconnu et défini, et que la population cible soit considérée comme experte en raison de son expérience et de sa compréhension de la situation. Ainsi, le meilleur moyen d'aborder les questions de pouvoir et de représentation est de s'assurer que la population concernée, notamment des représentants des minorités qui la composent, est impliquée dans toutes les étapes de la recherche, de la conception du programme et de son déploiement.

6.4.3.1 DONNER VOIX AU CHAPITRE À LA COMMUNAUTÉ DES VÉTÉRANS : LE RÔLE DE LA REPRÉSENTATION ET DES DONNÉES DANS L'ÉTABLISSEMENT DE PRIORITÉS MENANT À DES RÉSULTATS ÉQUITABLES EN MATIÈRE DE SANTÉ

Afin de mieux lutter contre les iniquités en matière de santé, les programmes de mobilisation et de mise en pratique des connaissances devraient avoir pour objectifs :

1. D'aider à déterminer qui, dans le système de santé, a le pouvoir d'établir les priorités de recherche et de mise en œuvre de nouvelles pratiques;
2. De veiller à ce que les priorités ne soient pas dictées par des discours dominants en matière de connaissances qui excluent certains groupes ou certaines populations (il s'agit donc de remettre en question les hypothèses sur les connaissances légitimes en matière de santé);
3. De s'assurer que les besoins et les obstacles structurels rencontrés par les membres de la communauté des vétérans qui sont victimes d'iniquités en matière de santé soient pris en compte dans la conception de la mise en œuvre.

Pour atteindre de tels objectifs, il est avant tout important de s'assurer que les membres marginalisés et vulnérables de la communauté des vétérans fassent également partie des intervenants représentant cette communauté (Davison et autres, 2015).De plus, il importe de bien comprendre les besoins des communautés défavorisées, grâce à une infrastructure de collecte de données qui permet aux décideurs gouvernementaux, aux acteurs politiques, aux chercheurs ainsi qu'aux fournisseurs de services

d'établir des priorités en fonction des iniquités en matière de santé. Pour y parvenir, les mesures suivantes devraient être prises :

- Des représentants de la communauté des vétérans de l'ensemble des groupes, y compris les groupes défavorisés (ex. : les sans-abri) et/ou qui font partie d'une minorité (ex. : les femmes), doivent être consultés afin de connaître leur perception quant à la pertinence et à l'accessibilité des programmes ou des trousses d'information;
- Le recours à un processus de conception participative pour la recherche et l'évaluation des efforts de mise en œuvre doit être privilégié comme moyen particulièrement efficace de faire entendre les voix des groupes défavorisés ou sous-représentés;
- Lors de la consultation des représentants de la communauté des vétérans, tous les groupes doivent être représentés (on ne saurait se fier uniquement aux dirigeants de la communauté qui ne représentent que la majorité des membres ou qu'un intérêt particulier);
- Afin d'impliquer réellement des représentants issus de milieux défavorisés dans les processus de conception et de consultation, il faut s'attaquer aux obstacles structurels et culturels à la participation. Il importe notamment de s'assurer que les partenaires avec lesquels ces intervenants seront appelés à collaborer disposent de compétences culturelles ou que les structures de consultation soient inclusives (ex. : consultations individuelles versus consultations de groupe);
- Une approche systématique doit être utilisée afin de mieux cerner les besoins de l'ensemble des différentes communautés de vétérans lors de l'élaboration de programmes de mise en œuvre.

Les déterminants sociaux des iniquités en matière de santé sont étudiés depuis de nombreuses années, et plusieurs modèles ont été élaborés (ex. : Marmot, 2005). Ces modèles tiennent compte de l'influence des facteurs sociaux, comme la situation économique, le soutien social et la situation d'emploi, sur les résultats en matière de santé. Un modèle comme celui de Marmot devrait être utilisé pour déterminer systématiquement les priorités de la mise en œuvre, les priorités et les résultats de la mise en œuvre étant guidés par une optique d'équité. Dans la pratique, cela signifie qu'il faut déterminer les endroits dans la production de données probantes et de connaissances où les groupes vulnérables sont sous-représentés (ex. : les échantillons d'essais cliniques), et mobiliser activement ces groupes dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions et des systèmes de services. Cela permet de s'assurer que les enjeux relatifs à leurs contextes spécifiques demeurent au cœur des priorités dans la conception et la mise en œuvre du système.

Les données sont essentielles pour cerner et corriger une telle sous-représentation. L'infrastructure des données devrait donc être conçue pour faciliter le repérage des iniquités sur le plan de la santé. Le plaidoyer en faveur de la collecte et de l'utilisation de données intégrées sur les indicateurs de désavantages et/ou les déterminants sociaux des résultats en matière de santé dans l'ensemble des systèmes de santé est un fondement important de la mobilisation et de la mise en pratique des connaissances fondées sur l'équité. Par exemple, l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de l'initiative IAPT (Improving Access to Psychological Therapies – Améliorer l'accès à la psychothérapie) ont permis d'établir un lien entre les données sur les résultats cliniques et les scores obtenus dans diverses régions en matière de privation sociale (Clark, 2018).

L'étude de cas suivante illustre certains des défis liés aux données qui doivent être relevés afin d'adopter une approche fondée sur l'équité pour améliorer le système. Elle présente également l'ébauche d'un cadre de présentation des données axé sur l'équité.

6.4.3.2 INCLURE LA NOTION D'ÉQUITÉ DANS LA CONCEPTION ET L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES DE MOBILISATION ET DE MISE EN PRATIQUE DES CONNAISSANCES

Comme souligné ci-dessus, une attention systématique doit être accordée aux iniquités à chacune des étapes de la mobilisation et de la mise en pratique des connaissances, notamment dans la promotion de politiques, les partenariats entre la recherche et la pratique, le renforcement des capacités et l'évaluation des programmes de mise en œuvre (Kirmayer et Jarvis, 2019). Ainsi :

- La mise en œuvre de nouveaux programmes et la conception de stratégies d'information reposent sur :
  - Une bonne compréhension des obstacles auxquels se heurtent les membres de tous horizons de la communauté des vétérans. Les facteurs politiques, économiques et autres facteurs systémiques susceptibles d'affecter certains vétérans plus que d'autres doivent donc faire l'objet d'une attention particulière. Cela se fera par le biais de la collaboration et de la coproduction, comme décrit dans les sections précédentes;

Pleins feux sur l'utilisation de collectes de données et de rapports pour cibler les iniquités en matière de santé

La collecte de données et la production de rapports sur la population posent de nombreux défis lorsqu'il s'agit de comprendre les iniquités en matière de santé et de prioriser certaines interventions. Des chercheurs canadiens ont notamment relevé les problèmes suivants (Dyck et autres, 2018):

- La nécessité de s'entendre sur les indicateurs qui appuient l'évaluation de l'équité en santé et de les inclure dans les collectes de données administratives courantes. Par exemple, l'inclusion d'indicateurs sociodémographiques et économiques, comme l'ethnicité, la situation d'emploi, le niveau d'éducation et le revenu, dans les collectes de données administratives sur la santé permettrait d'évaluer les différences entre les populations au fil du temps quant à leur état de santé. En outre, des collectes de ce type permettraient d'analyser l'incidence des interventions visant à remédier aux iniquités en matière de santé.
- La collecte inadéquate de données auprès des groupes minoritaires ou marginalisés entrave encore davantage la capacité de bien cerner les iniquités en matière de santé. Par exemple, le statut d'Autochtones n'a été inclus que relativement récemment dans les collectes de données courantes à l'échelle internationale (depuis les années 1970 en Australie). Par ailleurs, le manque de représentation de ces populations dans la détermination d'indicateurs culturellement appropriés, ainsi que dans la conception et la collecte de données constitue un autre problème.
- Les collectes de données courantes, même lorsqu'elles font usage d'indicateurs appropriés, ne sont souvent analysées que sous la forme de rapports techniques préparés par et pour des « experts ». Or, cela porte ombrage à la participation plus large des groupes minoritaires et marginalisés, en plus de renforcer une fois de plus les différences sur les plans du pouvoir et du contrôle, qui elles-mêmes contribuent aux iniquités. Un processus collaboratif axé sur les valeurs donnant la priorité à ces groupes, en leur conférant la propriété et le contrôle des informations dont ils disposent en lien avec leur propre expérience, et de la façon dont celles-ci seront utilisées, est un moyen de relever ces défis.

Dyck et autres (2018) ont élaboré un cadre qui vise à établir des rapports ciblés sur la santé de la population fondés sur les déterminants sociaux de la santé. Ce cadre place l'équité et la mobilisation des connaissances au cœur des préoccupations et des rapports sur la santé de la population, en intégrant la dimension d'équité sur le plan de la santé dans l'ensemble du processus. Les exigences en matière de données et de rapports permettent de mieux cerner les déterminants sociaux de la santé, comme l'ethnicité ou le statut socioéconomique. Le fait de mettre l'accent sur l'action et la collaboration dans l'établissement des rapports signifie que :

- Cela se fait suivant le mandat explicite d'utiliser l'information pour prioriser les interventions qui ciblent les iniquités en matière de santé;
- L'on adopte une approche favorisant la collaboration entre le secteur public de la santé, le gouvernement, les partenaires communautaires et les chercheurs à chacune des étapes.

Ce cadre permet de s'assurer que la collecte, l'utilisation et la communication des données sur la santé soient représentatives des populations victimes d'iniquités en matière de santé, que celles-ci soient impliquées dans le processus et que le fait de répondre à leurs besoins demeure au cœur des priorités.

  - Une analyse de la capacité de l'organisme ou des opérateurs du système de santé de s'engager auprès des populations les plus susceptibles d'être victimes d'iniquités en matière de santé et de les soutenir (ex. : les obstacles structurels tels que la capacité de sensibilisation ou les processus d'admission, ou encore les obstacles liés aux compétences comme le manque de sensibilisation culturelle);
  - Un engagement explicite envers des résultats équitables, et non seulement envers des résultats cliniques de qualité et plus généraux. Par exemple, la portée et la durabilité d'une intervention doivent inclure son adoption par des groupes particulièrement difficiles à rejoindre ou nettement défavorisés. Ainsi, l'évaluation des programmes de mise en œuvre s'appuie sur des indicateurs comme le pourcentage de vétérans en situation d'itinérance bénéficiant d'un traitement fondé sur des données probantes.
- Les stratégies de mise en œuvre doivent être choisies de manière à maximiser l'accès équitable aux soins de santé. À titre d'exemple, des agents de santé communautaires ont été déployés dans de nombreux pays pour servir de passerelles vers des infrastructures de santé plus traditionnelles, en plus de contribuer à améliorer l'accès aux soins de santé. Les chercheurs ont toutefois noté que lorsque l'implantation de tels programmes ne met pas l'accent spécifiquement sur la question d'équité, les agents de santé communautaires ne s'engagent pas nécessairement auprès des populations plus vulnérables et marginalisées (McCollum et autres, 2016). Les stratégies de mise en œuvre, telles que le renforcement des capacités de la main-d'œuvre, qui comportent une approche axée sur l'équité, des approches de recrutement fondées sur l'équité (ex. : la sélection de travailleurs issus de communautés socialement défavorisées), et des liens explicites et bien étayés entre les agents de santé communautaire, les communautés et les autres services de santé sont essentiels pour lutter contre les iniquités en matière de santé.
- L'analyse des coûts de la mise en œuvre doit tenir compte des écarts en termes de coûts et d'avantages pour les différents groupes. Par exemple, bien que le coût de la mise en œuvre d'un service répondant aux besoins spécifiques des groupes minoritaires puisse être plus élevé, les avantages sociaux et économiques qui en découlent sont également susceptibles d'être plus importants.
- Il est essentiel d'établir des stratégies pour accroître la communication intersectorielle. Ainsi, en ce qui concerne la mise en œuvre, le fait de se concentrer sur l'amélioration de l'utilisation qui est faite d'une intervention dans un secteur donné est non seulement inefficace, mais est également susceptible de renforcer les iniquités.

PRINCIPAUX DOMAINES D'ACTION LIÉS À CETTE COMPOSANTE :

1. Incorporer des facteurs d'iniquité lors de la conception des stratégies de mobilisation et de mise en application des connaissances, notamment dans la mobilisation des politiques, les partenariats entre la recherche et la pratique, le renforcement des capacités et l'évaluation des programmes de mise en œuvre.
2. Effectuer une collecte de données, élaborer une infrastructure et produire des rapports afin que les décideurs gouvernementaux, les instances chargées des politiques, les chercheurs et les concepteurs de services puissent établir des priorités en fonction des iniquités sur le plan de la santé.
3. Adopter une approche largement inclusive pour définir les priorités en matière de connaissances et de recherche, et tenir compte des sources de connaissances non traditionnelles.
4. Donner voix au chapitre aux vétérans et à leur famille, notamment aux groupes sous-représentés dans leur communauté, dans tous les aspects de la recherche, de la conception et de la mise en application des programmes.
5. Veiller à ce que la conception de la mobilisation des intervenants dans l'ensemble de la communauté des vétérans tienne compte des membres marginalisés et vulnérables de la communauté. Il s'agit notamment de bien comprendre les barrières à l'accès ainsi que les facteurs qui facilitent l'accès à des soins efficaces pour les vétérans plus vulnérables ou sous-représentés en raison de leur appartenance à une minorité.

- Or, dans leur examen de cadres d'application de connaissances en fonction de caractéristiques favorables à l'équité, Davison et autres (2015) ont constaté que, dans la plupart des cas, la communication entre les secteurs faisait cruellement défaut.

6.4.4 Renforcer les capacités et les aptitudes

Les praticiens, les prestataires, les organismes et les pairs aidants à tous les niveaux du système de services doivent avoir les capacités de réaliser les évaluations recommandées, de prendre des décisions éclairées sur la planification des soins et de fournir des traitements fondés sur des données probantes afin de permettre la mise en œuvre du modèle de soins échelonnés et adaptés.

Le renforcement des capacités consiste généralement à s'assurer non seulement que les prestataires disposent des connaissances et des compétences nécessaires pour fournir le service tel qu'il est prévu, mais qu'ils adhèrent aussi aux valeurs qui sont au cœur du modèle de prestation de services (ex. : les valeurs axées sur le client) [Australian Government Department of Health, 2013].

Dans la science de l'application des connaissances, les attitudes envers le sentiment d'efficacité personnelle, le changement et les pratiques fondées sur des données probantes ont été des facteurs particulièrement importants qui ont été ciblés par la formation et le perfectionnement (Couineau et Forbes, 2011; Damschroder et autres, 2009; Ruzek et Rosen, 2009).

6.4.4.1 LA FORMATION ADAPTÉE AUX BESOINS CONTEXTUELS, À LA CULTURE ET AU CLIMAT

Le renforcement des capacités dans le cadre d'une mise en œuvre à grande échelle peut être complexe et exige qu'une attention particulière soit accordée au contexte dans lequel elle est réalisée.

L'élaboration de programmes de renforcement des capacités doit tenir compte des besoins des praticiens en matière de connaissances et de compétences, de la culture et du climat organisationnels ainsi que des ressources disponibles (Chambers et autres, 2013). La formation et le soutien auront peu d'effet dans un organisme ou un système de services qui dispose de ressources limitées pour soutenir la mise en application de pratiques fondées sur des données probantes (ex. : lorsque le modèle de financement ne soutient pas la mise en œuvre comme prévue, ou que le personnel n'a pas les ressources nécessaires pour maintenir les exigences professionnelles de base).

De même, si le climat d'un organisme est tel que son personnel connaît un stress élevé ou une faible satisfaction au travail, ou si le roulement des employés y est élevé, le renforcement des capacités risque d'avoir une incidence limitée sur l'implantation de nouvelles pratiques (Aarons et Sommerfeld, 2012; Beidas et autres, 2016; Woltmann et autres, 2008). Afin de maximiser le maintien en poste, une culture de soutien au sein des équipes cliniques s'avère importante pour protéger le bien-être psychologique du personnel; une fois de plus, un bon leadership dans la promotion d'une telle culture est crucial. L'épuisement professionnel et la fatigue entraînée par la compassion constituent un risque professionnel lorsque l'on travaille avec du matériel hautement traumatisant dans un contexte de soins en santé mentale post-traumatique. En effet, de nombreux travailleurs associent un certain stress à des facteurs organisationnels, comme la perception de manquer de contrôle sur son travail et des exigences administratives élevées (Garcia et autres, 2018). Les efforts de renforcement des capacités devraient être axés sur une culture de soutien et un leadership positif, et contribuer à les renforcer, en plus d'être intégrés aux stratégies existantes en matière de bien-être du personnel (ex. : approches réflexives ou facilité d'accès à de l'aide professionnelle et confidentielle).

La culture organisationnelle et celle de l'équipe doivent également être prises en compte, notamment en ce qui concerne la mission, l'attitude à l'égard du changement et la valeur accordée aux données de recherche. Comme indiqué dans la section précédente, il a été démontré que les interventions visant à renforcer la capacité du leadership organisationnel de soutenir une culture d'ouverture au changement et à la mise en œuvre favorisent l'adoption de nouvelles pratiques (Aarons et autres, 2015).

6.4.4.2 LA FORMATION NÉCESSAIRE, MAIS LIMITÉE EN TANT QU'INTERVENTION UNIQUE LORS DE LA MISE EN ŒUVRE DE NOUVELLES PRATIQUES

Depuis de nombreuses années, les chercheurs s'intéressant à la mobilisation et à la mise en pratique des connaissances ont constaté que les programmes autonomes de renforcement des capacités, tels que les ateliers de formation ou l'autoformation par la lecture ou l'apprentissage en ligne, avaient une incidence limitée sur le comportement des praticiens, notamment sur l'adoption d'une nouvelle pratique (Herschell et autres, 2010; Pedersen et autres, 2018). Ainsi, dans

le cas d'interventions cliniques plus complexes, les programmes de formation sont de nos jours souvent complétés par des séances de consultations et une supervision continue (Cook et autres, 2013; Edmunds et autres, 2014), recourent à des outils d'aide à la décision clinique ou prévoient des rappels (Forman-Hoffman et autres, 2017; Prior et autres, 2008).

Les programmes ayant offert un soutien continu après la formation initiale ont toutefois donné des résultats mitigés. Par exemple, certains programmes visant à mettre en œuvre des traitements efficaces du TSPT pour les vétérans ont obtenu de bons résultats (Eftekhari et autres, 2013; Lloyd et autres, 2014) et ont eu une influence positive sur l'attitude à l'égard de l'utilisation des pratiques recommandées (Ruzek et autres, 2016). En revanche, d'autres chercheurs en santé mentale qui ont examiné les résultats de programmes alliant formation et consultations ont noté que l'influence positive de tels programmes sur les attitudes des praticiens à l'égard des pratiques fondées sur des données probantes s'avéraient inégales et généralement de courte durée (Beidas et autres, 2016; Edmunds et autres, 2014). L'une de ces études a constaté que le modèle combinant formations et consultations a néanmoins contribué à une augmentation du nombre de praticiens ayant adopté des pratiques fondées sur des données probantes ainsi que du nombre de clients attitrés à un traitement et bénéficiant d'interventions efficaces (Beidas et autres, 2016). Il convient toutefois de noter que cette initiative comprenait d'autres interventions de mise en œuvre, notamment une participation importante des intervenants et de la communauté, l'utilisation de paiements comme mesures incitatives ainsi que l'adaptation du contenu de la formation aux besoins des prestataires. Par ailleurs, les chercheurs évaluant les efforts importants de renforcement des capacités dans le système du ministère des Anciens Combattants des É.-U. ont souligné les limites de tels programmes en raison de l'absence de mesures tenant compte des facteurs organisationnels et systémiques (Rosen et autres, 2017). Comme indiqué précédemment, si ces programmes de formation ont permis d'obtenir de bons résultats auprès des clients et de favoriser l'adoption des nouvelles pratiques, ils n'ont toutefois pas permis d'offrir des soins fondés sur des données probantes à un grand nombre de clients, et ce, même dans les cliniques spécialisées (Cook et autres, 2013; Rosen et autres, 2017).

6.4.4.3 CRÉER DES RÉSEAUX D'EXCELLENCE

L'une des difficultés du renforcement des capacités est de s'assurer qu'une culture d'apprentissage soit créée et que les organismes continuent de promouvoir les pratiques fondées sur des données probantes une fois les programmes de formation et d'accompagnement terminés. À titre d'exemple, dans le cadre de programmes nationaux de formation visant à appuyer des pratiques fondées sur des données probantes pour le traitement du TSPT au sein du ministère des Anciens Combattants des É.-U., on a constaté qu'il était difficile d'inciter les cliniciens à terminer le programme de formation ou à promouvoir de telles pratiques, moins de 8 % d'entre eux ayant satisfait aux exigences en matière de consultations et moins de 2 % étant devenus des formateurs nationaux (Cook et autres, 2013). Les évaluateurs de la mise en œuvre de soins fondés sur la mesure du ministère des Anciens Combattants des É.-U. ont noté des niveaux d'engagement similaires, les employés au sein des organismes mobilisés qui s'étaient portés volontaires pour diriger les efforts de mise en œuvre ne participant pas aux séances de planification et d'apprentissage ou n'accédant pas aux outils de formation élaborés pour les soutenir (ex. : webinaires et démonstrations vidéo) [Resnick et Hoff, 2019]. Les efforts visant à maintenir l'expertise et les champions sont en outre souvent entravés par le fort roulement du personnel dans les services d'aide sociale et de soutien en santé mentale (Beidas et autres, 2016; Woltmann et autres, 2008) , ce qui rend les modèles de formation des formateurs ainsi que la sélection et l'accent mis sur de tels défenseurs difficiles à maintenir.

L'apprentissage collectif est une approche prometteuse pour favoriser l'apprentissage continu, alors qu'il tire profit d'une base de données émergente, quoique limitée (Nadeem et autres, 2013). Il est dérivé du concept de communauté de pratique, une approche de longue date pour améliorer la qualité des soins, qui rassemble les praticiens autour d'objectifs communs d'apprentissage et d'amélioration des services. Adapté des modèles de collaboration visant l'amélioration de la qualité utilisés dans les soins de santé, l'apprentissage collectif a gagné en popularité dans les soins de santé mentale en lien avec le renforcement des capacités et le soutien continu aux efforts de mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes à grande échelle (Nadeem et autres, 2016; Rosen et autres, 2004; Sigel et autres, 2013). L'apprentissage collectif fonctionne sur la base d'un réseau de prestataires au sein d'un organisme ou d'un système de santé qui collabore et utilise la collecte continue de données afin de cerner les besoins en matière d'apprentissage ainsi que les objectifs de mise en œuvre en vue d'améliorer la pratique. Ceux-ci recourent à un processus de collecte de données et de consensus sur les résultats afin de contrôler la qualité de leur pratique.

ÉTUDE DE CAS

Formation standard versus apprentissage collectif

Bien que l'on ait souvent recours à l'apprentissage collectif pour promouvoir la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes, peu de recherches en ont exploré l'efficacité, et les modèles d'apprentissage collectif varient considérablement dans leur structure. Question d'aborder ce problème, Nadeem et autres (2016) ont mené une étude pilote comparant les résultats de deux mises en œuvre : un modèle d'apprentissage collaboratif jumelé à une formation sur des compétences cliniques a été comparé à une formation sur des compétences cliniques administrée seule.

Le modèle d'apprentissage collectif était basé sur le modèle de collaboration Breakthrough Series de l'Institute for Healthcare Improvement, mettant l'accent sur la collecte et l'analyse continues de données afin de cerner les problèmes et de favoriser l'amélioration et l'apprentissage continus. La formation sur les compétences cliniques faisait partie d'un programme de formation sur les compétences cliniques bien établi et fondé sur des données probantes en matière de thérapie cognitivo-comportementale pour les travailleurs en santé mentale auprès des jeunes dans l'État de New York.

Comparativement aux prestataires ayant reçu uniquement la formation standard sur les compétences cliniques, ceux qui avaient également participé à l'apprentissage collectif étaient davantage engagés envers le programme de formation sur les compétences, étaient plus nombreux à satisfaire aux exigences du programme et se sont montrés davantage favorables à la mise en œuvre tout au long du programme de neuf mois.

Principales caractéristiques associées au succès de l'apprentissage collectif :

- Les attentes de chacun des groupes d'apprentissage collectif ont été clairement formulées : 1) mettre en place une équipe multidisciplinaire dotée d'une forte capacité d'amélioration de la qualité; 2) utiliser les données qualitatives et quantitatives locales pour apporter des améliorations, fournir une rétroaction et promouvoir la responsabilisation; et 3) créer des réseaux interorganismes en favorisant le partage des apprentissages entre les divers sites.
- La structure et le rôle de l'apprentissage collectif ont été établis en collaboration. L'équipe pluridisciplinaire d'amélioration de la qualité a misé sur les conseils d'experts en contenu afin d'élaborer des objectifs, des cibles et des stratégies spécifiques, ainsi que pour développer des systèmes de suivi des données, avant de lancer le processus d'apprentissage collectif. Ces consultations ont permis à l'équipe de prioriser la faisabilité (c.-à-d. d'élaborer un modèle réalisable pour leur secteur spécifique et qui tient compte de leurs contraintes en matière de ressources) et l'orientation (c.-à-d. un modèle qui cible leurs besoins particuliers en matière d'amélioration de la qualité et de mise en œuvre).
- L'apprentissage collectif a permis de mettre l'accent sur les connaissances et les capacités en matière d'amélioration de la qualité. On a demandé à chaque équipe d'apprentissage collectif d'inclure un spécialiste en amélioration de la qualité, et un soutien important a été apporté par les membres de l'équipe de recherche ayant une expérience et une formation antérieures en matière d'amélioration de la qualité et d'apprentissage collectif. Tous les sites ont bénéficié de consultations individuelles, d'un soutien pour la collecte des données et d'une rétroaction régulière sur les progrès réalisés.
- L'accent a été mis sur les caractéristiques standards de l'apprentissage collectif et de l'amélioration de la qualité. En plus d'une étape préalable à la mise en œuvre, de séances d'apprentissage en personne et d'appels téléphoniques mensuels entre les équipes, des « périodes d'activités pratiques » entre les réunions ont permis aux équipes d'appliquer les méthodes d'amélioration de la qualité étudiées et d'utiliser des données locales pour déterminer les défis liés à la mise en œuvre et trouver des solutions appropriées.

Bien que les participants aient attaché beaucoup de valeur à l'objectif d'amélioration de la qualité inhérent à l'apprentissage collectif, deux principaux problèmes ont été soulevés :

- La plupart des équipes ne comportaient aucun membre formé en amélioration de la qualité ni de structure en la matière; pour plusieurs, cet apprentissage collectif constituait leur première occasion de formaliser un rôle d'amélioration de la qualité au sein d'une équipe multidisciplinaire;

- Les cliniques n'avaient pratiquement pas d'infrastructure de données pouvant être exploitée pour le processus d'amélioration de la qualité et disposaient de peu de ressources pour soutenir leur utilisation des systèmes de suivi des données de base, ce qui a nécessité un soutien supplémentaire de la part de l'équipe de recherche.

Pour que l'apprentissage collectif soit réalisable et efficace, les organismes doivent disposer d'une infrastructure permettant la collecte de données et une rétroaction, ainsi que de soutien au processus d'amélioration de la qualité lorsqu'aucun membre du personnel n'est formé en la matière ou qu'aucun processus n'a antérieurement été engagé à cet effet.

L'apprentissage collectif implique généralement des sites individuels qui font appel à des équipes multidisciplinaires de diverses zones géographiques afin de participer à une série d'activités d'apprentissage en personne, par téléphone et à distance dans le cadre d'un processus intensif de consultations (Cavaleri et autres, 2006; Cavaleri et autres, 2010; Hoover et autres, 2018; Nadeem et autres, 2016). Il arrive que l'apprentissage collectif transcende les frontières sectorielles et organisationnelles et qu'il soit conçu pour renforcer la collaboration intersectorielle et interorganismes (Hanson et autres, 2019). Les équipes participent à des séances d'apprentissage animées par des experts, entrecoupées d'activités pratiques, afin de mettre en œuvre et d'évaluer l'efficacité des stratégies présentées et des apprentissages qui y sont favorisés. L'accent mis sur l'apprentissage partagé et la collaboration entre les membres, tant au sein des services et des organismes qu'entre ceux-ci, est inhérent à l'apprentissage collectif, et a pour but de faciliter la prise de décision fondée sur des données probantes ainsi que la prestation de services de haute qualité (Haine-Schlagel et autres, 2013).

Pour parvenir à mettre en œuvre un système de soutien échelonné à l'intention de la communauté des vétérans qui se veut efficace, il importe qu'un réseau de prestataires soit doté de ressources et qu'il s'inscrive dans une démarche d'amélioration continue, en plus de s'engager à se renseigner au sujet des interventions fondées sur des données probantes ainsi que sur la culture militaire. La création de tels « réseaux d'excellence » fondés sur les modèles d'apprentissage collectif et d'amélioration continue actuels constitue une étape importante pour assurer le maintien de la capacité du personnel de pratiquer les interventions clés ainsi que la mise en place d'une infrastructure et d'une culture permettant la mise en œuvre d'interventions émergentes et d'innovations cliniques.

À l'instar des modèles d'apprentissage collaboratif, un tel réseau devrait inclure une équipe multidisciplinaire spécialisée de cliniciens et de fournisseurs de traitement qui se mobilisent pour l'apprentissage, la collecte de données et le respect des normes de la pratique. Jusqu'à maintenant, la plupart des études portant sur la capacité de la main-d'œuvre ont fourni des données probantes pour les modèles qui se concentrent sur la mise en œuvre d'interventions ou de problèmes cliniques uniques (ex. : la thérapie d'exposition prolongée pour le TSPT), et on sait peu de choses sur l'efficacité des communautés et des réseaux d'apprentissage qui s'engagent à améliorer les soins à l'intention d'une population spécifique à travers de multiples interventions et dans divers secteurs. Il est toutefois prouvé que l'engagement envers les mécanismes de contrôle de la qualité (notamment la pratique réflexive par la supervision, la collecte de données, l'analyse, la tenue de rapports et la présentation de comptes rendus aux organismes de financement) qui soutiennent l'amélioration continue de la qualité chez les praticiens permet d'obtenir de meilleurs résultats auprès des clients, en plus de favoriser l'adhésion aux nouvelles pratiques.

Par exemple, au Royaume-Uni, dans le cadre de l'initiative IAPT (Improving Access to Psychological Therapies – Améliorer l'accès à la psychothérapie) qui propose des soins fondés sur des données probantes aux personnes souffrant de troubles anxieux ou dépressifs (légers ou modérés), on a accru la capacité du personnel par le biais d'une formation intensive accompagnée d'un suivi et d'une supervision des résultats, séance après séance, afin de maintenir une pratique de haute qualité (décrite plus en détail à la section 6.4.6). Des normes en matière de pratique et de suivi des résultats ont été établies, notamment en ce qui a trait à la communication des résultats. Le programme a donné de bons résultats cliniques et a conduit à une augmentation de l'adhésion aux pratiques fondées sur des données probantes.

6.4.4.4 ADOPTER UNE APPROCHE PLANIFIÉE DU PERFECTIONNEMENT DES COMPÉTENCES DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Le perfectionnement de l'effectif nécessite une approche cohérente et stratégique de sa mise en œuvre dans l'ensemble du système de services, en commençant par un cadre qui décrit les compétences essentielles requises du personnel et/ou des prestataires contractuels occupant différents rôles au sein d'un système de soins de santé à l'intention des vétérans.

Un cadre de compétences efficace ne se contente pas de décrire les compétences cliniques, mais comprend également des valeurs et des attitudes qui favorisent la participation du client ainsi qu'un comportement éthique. Il doit en outre inclure, ce qui est d'autant plus important, les compétences essentielles à la mise en œuvre efficace de pratiques fondées sur des données probantes, comme l'engagement envers l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes et de soins fondés sur la mesure.

Il importe également que les prestataires de services soient incités à participer aux programmes de renforcement des capacités et à mettre en œuvre les apprentissages dans leur pratique quotidienne. Comme il en a été question précédemment, une grande partie de la documentation sur les mesures incitatives porte sur les récompenses monétaires, et on sait peu de choses sur la façon dont la reconnaissance par les pairs et le statut professionnel influencent les résultats de la mise en œuvre. Toutefois, veiller à ce que les programmes de renforcement des capacités – qui favorisent les pratiques fondées sur des données probantes dans le système de soins de santé mentale à l'intention des vétérans – soient intégrés aux programmes d'accréditation professionnelle existants ou aux programmes de reconnaissance des prestataires, comme la reconnaissance de titres de compétence ou la reconnaissance professionnelle, est susceptible de favoriser la participation au perfectionnement de la main-d'œuvre, en plus de fournir le cadre nécessaire à un contrôle soutenu des pratiques et du perfectionnement professionnel.

Outre ces besoins en matière d'éducation, le perfectionnement de la main-d'œuvre devrait accorder une attention particulière aux besoins professionnels actuels et futurs de chacun des membres du personnel. Idéalement, les responsables hiérarchiques devraient avoir les compétences nécessaires pour détecter et suivre l'évolution de tels besoins, mais un processus formel d'évaluation et d'examen des performances demeure nécessaire. Bien qu'un tel processus soit souvent considéré comme une obligation administrative

PRINCIPAUX DOMAINES D'ACTION LIÉS À CETTE COMPOSANTE :

1. Offrir des programmes de renforcement des capacités en tenant compte du contexte dans lequel ils sont proposés. Les besoins des praticiens sur le plan des connaissances et des compétences, ainsi que les ressources organisationnelles disponibles, le climat et la culture, doivent être pris en compte lors de l'élaboration des programmes de formation et de soutien.
2. Intégrer des activités de renforcement des capacités, pour des questions d'efficacité, dans des programmes de mise en œuvre à volets multiples. Les programmes individuels de renforcement des capacités (comme des ateliers de formation ou l'autoformation par l'apprentissage en ligne) ont démontré des effets limités sur le comportement des praticiens et doivent être complétés par d'autres stratégies de mise en œuvre qui s'attaquent aux obstacles contextuels ainsi qu'aux facteurs facilitant la mise en application de pratiques fondées sur des données probantes. Afin d'intégrer les apprentissages, il importe que les programmes ne reposent pas uniquement sur des stratégies visant les praticiens sur le plan individuel (ex. : une supervision et des consultations continues devraient faire suite à la formation dans le cadre d'interventions cliniques complexes) ou sur des rappels cliniques (ceux-ci étant plutôt à privilégier dans le cadre d'interventions moins complexes, comme la prescription de médicaments).
3. Créer des communautés d'apprentissage et des réseaux d'excellence qui continueront à cerner les besoins en matière d'apprentissage, à assurer le contrôle de la qualité et à améliorer les pratiques. Ces réseaux de praticiens doivent être soutenus et dotés des ressources nécessaires pour procéder à la collecte et à l'utilisation continues de données afin d'améliorer les pratiques. Les membres du réseau doivent avoir pour priorité de travailler avec les vétérans et leur famille, en plus de veiller à ce que les fournisseurs et les praticiens du réseau acquièrent et maintiennent les aptitudes et les compétences dont doit disposer un personnel multidisciplinaire (compétences cliniques et culturelles).

additionnelle, il ne devrait pas être perçu comme tel. Les dirigeants ont un rôle crucial à jouer en donnant l'exemple et en faisant la promotion d'une culture dans laquelle l'amélioration du rendement est grandement souhaitée.

6.4.5 Faire preuve de flexibilité

Une mise en œuvre efficace doit tenir compte de la façon dont les systèmes de services, ainsi que les orientations politiques et le cadre de financement évoluent. Le processus de mise en œuvre doit également en mesure de s'adapter aux changements apportés aux pratiques fondées sur des données probantes effectuées par les prestataires de services au fil du temps (Chambers et autres, 2013; Shelton et autres, 2018).

6.4.5.1 SOUTENIR LE CHANGEMENT ET METTRE L'ACCENT SUR LES SOLUTIONS ÉMERGENTES

Deux hypothèses courantes liées à la mise en œuvre sont susceptibles de nuire à la mobilisation des intervenants envers le changement et à l'adoption durable d'interventions recommandées.

La première hypothèse veut que le contexte dans lequel une intervention est implantée puisse être contrôlé de manière à en accroître l'adoption (Holmes et autres, 2017). Ainsi, on estime qu'en fournissant des informations, des formations, des directives ou des mesures incitatives appropriées, les praticiens et les utilisateurs de services adopteront l'intervention. C'est ce que les experts en changement de système appellent communément « les facteurs d'incitation » (Fagan et autres, 2019). Or, certains experts en mise en œuvre suggèrent plutôt de se concentrer davantage sur la façon de favoriser des solutions émergentes. Comme nous l'avons vu dans les sections précédentes, les prestataires et les utilisateurs de services peuvent apporter des connaissances sur ce qui fonctionne dans un système de services ainsi que sur les mesures de soutien susceptibles de faciliter le changement. Il ne suffit toutefois pas de consulter les prestataires et les utilisateurs de services en tant que bénéficiaires d'un processus d'amélioration des pratiques. Ceux-ci doivent également être impliqués en tant que partenaires dans le changement. La coconception et la collaboration (voir la composante précédente) sont donc des mécanismes particulièrement importants pour la détermination et la recherche de solutions émergentes. La conception d'un processus de mise en œuvre doit être élaborée conjointement par le groupe qui facilite la mise en œuvre (il peut s'agir de la direction d'un organisme, d'un concepteur d'intervention ou d'un organisme intermédiaire) et les représentants de tous les groupes d'intervenants du système de services. La collaboration entre organismes et/ou équipes permet de résoudre les problèmes et de tirer des enseignements de ce qui a été expérimenté sur différents sites ou par diverses personnes (Shelton et autres, 2018; Stirman et autres, 2015).

La deuxième hypothèse potentiellement problématique avancée par les spécialistes de la mise en pratique des connaissances est de concevoir la durabilité uniquement suivant les résultats et non comme un processus qui nécessite une adaptation constante (Chambers et autres, 2013; Shelton et autres, 2018). De plus en plus, les experts soutiennent que la conception et l'évaluation des programmes de mise en œuvre doivent tenir compte de la nature dynamique de la durabilité. Chambers et autres (2013) ont notamment élaboré un modèle de mise en œuvre basé sur la prémisse que la façon dont les interventions sont utilisées changera au fil du temps. Ils rejettent ainsi l'idée que le maintien de la mise en œuvre a pour but de lutter contre la dérive du programme (c'est-à-dire la diminution de la fidélité). Ils suggèrent plutôt que les interventions peuvent être optimisées par le processus de mise en œuvre, et qu'un processus rigoureux de collecte de données et de rétroaction doit être instauré afin de mieux comprendre comment les adapter au contexte. Inversement, les systèmes et les processus qui soutiennent l'utilisation continue de la pratique recommandée peuvent être ajustés au fil du temps.

L'adoption d'une approche d'amélioration continue de la qualité, qui repose sur l'utilisation de données pour planifier et évaluer les améliorations qui s'imposent, s'avère utile pour surveiller l'incidence des adaptations et adopter une démarche systématique afin d'ajuster les pratiques. La plupart des modèles de mise en pratique des connaissances s'appuient sur une mise en œuvre guidée, planifiée et fondée sur une évaluation continue du contexte dans lequel les pratiques recommandées sont intégrées. C'est notamment le cas des modèles EPIS (Aarons et autres, 2011) ou PRISM (Feldstein et Glasgow, 2008), et de stratégies de mise en œuvre reconnues, comme la liste de stratégies générées par des experts du projet ERIC (Expert Recommendations for Implementing Change – Recommandations d'experts pour la mise en œuvre du changement) [Perry et autres, 2019].

6.4.5.2 FAVORISER L'ADAPTATION DES INTERVENTIONS ET AMÉLIORER LA MESURE DE LA FIDÉLITÉ

Comme indiqué précédemment, certaines études portant sur la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes ont démontré que les praticiens adaptent ces pratiques de multiples

façons (Rosen et autres, 2017; Stirman et autres, 2012). Ainsi, certains n'adoptent qu'une partie de l'intervention, font l'ajout d'autres interventions ou encore adaptent la prestation en fonction des circonstances ou du moment jugé approprié. Or, ce qui motive de tels changements n'est pas tout à fait clair. Alors que certains adaptent les interventions en réponse à des obstacles et pour améliorer l'adéquation d'une intervention à leur système de services (Chambers et autres, 2013; Powell et autres, 2017), d'autres le feront peut-être parce qu'ils retombent dans de vieilles habitudes, qu'ils sont mal soutenus dans l'utilisation de nouvelles pratiques ou qu'ils ont des craintes et des réserves persistantes concernant la pratique (Cook et autres, 2014; Couineau et Forbes, 2011).

On sait également peu de choses sur la façon de moduler les traitements ou de s'adapter aux exigences contextuelles tout en maintenant de bons résultats cliniques au bénéfice des utilisateurs. Afin de favoriser une approche planifiée du traitement qui réponde aux besoins des clients sans que la qualité soit affectée, les chercheurs ont tenté de mieux comprendre quels éléments fondamentaux des pratiques fondées sur des données probantes donnaient des résultats positifs chez les utilisateurs de services (Galovski et autres, 2012) et ont développé des traitements modulaires dont la présentation peut être adaptée au client (Weisz et autres, 2012).

D'un point de vue pratique, on peut inclure plusieurs stratégies dans une approche planifiée d'adaptation des pratiques (Chambers et autres, 2013; Stirman et autres, 2012). Il est essentiel d'évaluer la fidélité et les raisons pour lesquelles les praticiens modifient leur approche, ou n'utilisent que partiellement les

ÉTUDE DE CAS

Utilisation de facilitateurs afin d'aider les adoptants tardifs à adapter leur pratique et à surmonter les obstacles contextuels

Un essai contrôlé randomisé a examiné si le fait de recourir à des méthodes de facilitation s'attaquant aux obstacles contextuels conduirait davantage les adoptants tardifs à utiliser la pratique recommandée (Kilbourne et autres, 2015). L'étude a été menée dans des cliniques du ministère des Anciens Combattants des É.-U. dans le but d'intégrer des pratiques de sensibilisation active au bénéfice de vétérans atteints de maladies mentales graves ayant cessé d'accéder au traitement. L'étude a comparé une approche standard de la mise en œuvre à une approche plus intensive de facilitation sur mesure. L'approche standard impliquait 1) la traduction et la diffusion du matériel nécessaire au traitement dans un langage convivial; 2) la formation structurée des prestataires; et 3) une brève assistance technique aux prestataires axée sur les aspects techniques de la mise en œuvre du programme.

L'approche améliorée de facilitation visait à compléter l'approche standard en aidant les dirigeants et les cliniciens des services de santé mentale du ministère des Anciens Combattants à prévoir les obstacles à la mise en œuvre et à s'y adapter. Inspiré du cadre PARiHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services – Promouvoir la mise en pratique de la recherche dans les services de santé), le programme a utilisé un processus systématique et itératif conçu pour établir des relations avec les prestataires ainsi que pour travailler avec eux à la détermination et à l'atténuation des obstacles à l'adoption du programme. L'approche facilitatrice a entraîné un plus grand réengagement des vétérans atteints de maladies mentales graves que l'approche standard n'a pu le faire (Kilbourne et autres, 2014; Kilbourne et autres, 2015).

Principales caractéristiques associées au succès du programme :

- Une facilitation intensive conçue pour mobiliser à la fois les responsables des services et les prestataires de première ligne, notamment : 1) des appels hebdomadaires avec les coordonnateurs locaux en matière de rétablissement afin d'examiner les progrès et d'élaborer des plans d'action pour éliminer les obstacles à la mise en œuvre; et 2) des appels mensuels aux organismes de santé mentale de la région ainsi qu'aux cliniciens;
- Une approche planifiée et collaborative afin de s'adapter aux besoins et aux obstacles locaux. Pour ce faire, on a procédé à une évaluation des besoins, fait appel aux dirigeants régionaux, cerné les obstacles, élaboré des plans d'action collectifs et fourni une rétroaction ainsi qu'un soutien technique aux prestataires.

pratiques fondées sur des données probantes. Il importe également d'aborder les questions de planification des traitements et de songer aux décisions prises au cours de l'accompagnement afin de s'assurer que toute modification apportée aux pratiques fondées sur des données probantes n'affecte pas la qualité du traitement ou les résultats chez les utilisateurs de services. Cela se fait généralement au moyen de consultations ou de la supervision d'un expert en pratiques fondées sur des données probantes. Les barrières pratiques à la fidélité liées au système (par exemple, l'allocation de temps, les listes d'attente et les problèmes en matière de TI) doivent également être abordées dans la mesure du possible et faire l'objet d'un examen régulier, des changements y étant apportés au besoin. On sait très peu de choses sur les stratégies qui fonctionnent ou sur la supériorité d'une approche personnalisée par rapport à une approche standardisée en regard de la mise en œuvre de

ÉTUDE DE CAS

Maintenir l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes – surveillance standard de la fidélité versus approches adaptées aux réalités locales

Il est très important de s'assurer que les stratégies axées sur la fidélité des pratiques fondées sur des données probantes ou celles qui ont pour but d'adapter l'utilisation de telles pratiques au contexte local favorisent leur adoption durable. La première approche met l'accent sur la fidélité au protocole de traitement initial grâce à une formation, à un processus de consultations et à un suivi continus. La seconde a pour objectif d'améliorer l'efficacité et d'assurer une meilleure « adéquation » en recourant à l'approche d'amélioration continue de la qualité, articulée autour d'une base de données, afin d'éliminer les obstacles et d'adapter le traitement ou le cadre clinique de façon appropriée. Une étude sur la mise en œuvre de la thérapie du processus cognitif a été conçue pour comparer ces approches (Stirman et autres, 2017). Bien que les résultats de cette étude n'aient pas encore été publiés, le protocole de l'étude donne un aperçu clair des deux approches en matière de durabilité.

Principaux éléments pour favoriser la fidélité :

- Réunions régulières d'une heure avec un expert en thérapie du processus cognitif afin d'examiner l'adhésion ainsi que la compétence (fidélité), sur la base de discussions autour des divers cas et de l'examen audio des séances;
- Encadrement destiné uniquement aux cliniciens;
- Conseils sur la manière de relever les défis en matière de fidélité (c.-à-d. l'adhésion au manuel) et examen des modules de formation à la thérapie du processus cognitif en vue d'améliorer la fidélité.

Bien que ce volet de l'essai n'aborde pas directement la question du contexte organisationnel, le soutien envers la fidélité semble influencer d'autres résultats de la mise en œuvre, notamment le maintien des nouvelles pratiques, la réduction du roulement du personnel ainsi que l'amélioration de la capacité de la main-d'œuvre.

Principaux éléments pour favoriser l'amélioration continue de la qualité :

- Une approche d'apprentissage collectif basée sur le modèle d'amélioration de la qualité Breakthrough Series de l'Institute for Healthcare Improvement sera utilisée, celle-ci comportant :
- Une formation initiale aux principes d'amélioration continue de la qualité par le biais d'une plateforme virtuelle;
- Des réunions régulières virtuelles d'une heure faisant appel à la participation d'intervenants autres que les cliniciens, notamment les dirigeants et d'autres personnes ayant une influence sur les pratiques au sein de l'organisme;
- Des périodes d'activités pratiques entre les réunions, favorisant une démarche itérative pour résoudre les problèmes et mettre en œuvre les idées en matière de changements discutées lors des réunions.
- Les périodes d'apprentissage et d'activités pratiques s'appuieront sur des données, adoptant le cycle d'apprentissage Plan-Do-Study-Act (PDSA – Planifier-Faire-Étudier-Agir). Parmi les objectifs des périodes d'activités pratiques, on cherchera notamment à favoriser l'engagement dans une thérapie du processus cognitif, à améliorer l'efficacité d'un tel traitement pour certains profils symptomatiques ou à encourager la tenue plus fréquente de rencontres.

pratiques fondées sur des données probantes. Les chercheurs commencent tout juste à élaborer des études s'intéressant à la comparaison entre les approches de mise en œuvre standard axées sur le maintien de la fidélité de la pratique, et les processus de mise en œuvre adaptative qui adoptent une approche planifiée afin de mieux adapter les interventions (Lewis et autres, 2015; Stirman et autres, 2017).

6.4.6 L'utilisation des données et de la rétroaction pour soutenir le changement

La réussite d'une mise en œuvre à long terme de pratiques fondées sur des données probantes repose sur la collecte et l'analyse systématiques de données qui permettent de planifier et d'adapter les efforts de mise en œuvre (Damschroder et autres, 2009; Glasgow et autres, 2019; Glasgow et autres, 2005; Proctor et autres, 2011). Les données relatives aux résultats obtenus auprès des clients, au processus de mise en œuvre, et à la prestation et à l'utilisation des services peuvent être utilisées pour : 1) orienter la planification des services et comprendre les exigences de la mise en œuvre au fil du temps, 2) surveiller la qualité des traitements offerts fondés sur des données probantes et fournir une rétroaction, et 3) évaluer les changements apportés à la mise en œuvre en regard des résultats obtenus et en rendre compte afin d'ajuster les stratégies de soutien.

6.4.6.1 LES TYPES DE DONNÉES REQUISES DANS LA MISE EN ŒUVRE

Un certain nombre de modèles ont été élaborés afin d'évaluer les processus de mise en œuvre, notamment le modèle RE-AIM (Portée, efficacité, adoption, mise en œuvre et maintien) [Glasgow et autres, 2019; Glasgow et autres, 2005] et le modèle Implementation Outcomes Framework (IOF – Cadre des résultats de la mise en œuvre) [Proctor et autres, 2011]. Ces modèles ont été largement utilisés pour évaluer les efforts de mise en œuvre en santé mentale. Depuis peu, le modèle RE-AIM se penche davantage sur l'adaptation des interventions et comporte désormais des catégories d'évaluation qui examinent les déterminants de la mise en œuvre ainsi que le processus de changement (Glasgow et autres, 2019). En s'inspirant de ces modèles, on a synthétisé les types de données requises dans chacune des trois catégories indiquées ci-dessous.

Les données suivantes peuvent être utilisées pour évaluer les efforts de mise en œuvre et orienter la planification sur une base continue :

PRINCIPAUX DOMAINES D'ACTION LIÉS À CETTE COMPOSANTE :

1. Mettre l'accent sur l'exploitation de solutions émergentes plutôt que d'imposer un programme standardisé à un système de services lors de la mise en application ou de la transposition à plus grande échelle de programmes novateurs. En ce sens, la mobilisation auprès des intervenants du système de services doit aller au-delà de la simple consultation et favoriser la formation de partenariats entre divers intervenants partageant un même intérêt envers le changement des pratiques.
2. Instaurer un processus et établir des partenariats afin de favoriser la production conjointe et la collaboration entre les organismes et/ou les équipes au moment de promouvoir des solutions émergentes. La production conjointe et la collaboration permettent de résoudre les problèmes récurrents et de tirer des enseignements de ce qui a été expérimenté à divers endroits ou par différentes équipes.
3. Optimiser la manière dont les pratiques fondées sur des données probantes sont dispensées tout au long du processus de mise en œuvre. Il importe d'instaurer des processus rigoureux de collecte de données et de rétroaction afin de mieux comprendre comment adapter les pratiques fondées sur des données probantes aux contextes dans lesquels celles-ci s'inscrivent. Il convient d'utiliser des stratégies d'amélioration continue de la qualité, notamment de recourir à un solide processus de collecte et d'analyse des données ainsi que de rétroaction pour planifier et évaluer les éléments qui doivent être améliorés.
4. Établir un processus permettant de comprendre quels éléments fondamentaux des pratiques conduisent à de bons résultats cliniques et d'adopter une approche planifiée pour assouplir les programmes de traitement qui ciblent à la fois la prise de décision clinique et les barrières pratiques, étant donné que les praticiens adapteront les protocoles des pratiques fondées sur des données probantes.

1. Les données utiles à la planification des services et permettant de comprendre les exigences de mise en œuvre au fil du temps :
    a. *Les praticiens :* les attentes des praticiens (notamment leurs attitudes à l'égard de certaines pratiques fondées sur des données probantes et de la pratique fondée sur des données probantes en général, leur perception des interventions et leur sentiment d'efficacité personnelle) ainsi que leurs perceptions en matière de besoins (ressources, connaissances et compétences);
    b. *Les utilisateurs de services :* la perception des utilisateurs du contexte dans lequel s'inscrivent les services et les interventions de façon générale, leurs perceptions quant aux besoins en matière d'information et de soins, et quant aux obstacles à franchir pour obtenir des soins;
    c. *Le contexte :* la culture et le climat organisationnels, la structure hiérarchique, les capacités et la mobilisation de l'effectif dans le processus de mise en œuvre.
2. Les données permettant de contrôler la qualité de la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes et de fournir une rétroaction :
    a. Les résultats chez les utilisateurs de services (ex. : mesure du bien-être ou de la santé mentale);
    b. La fidélité de la pratique et l'adaptation.
3. Les données permettant d'évaluer et de rendre compte de l'évolution des résultats de la mise en œuvre :
    a. *L'adoption :* le pourcentage de praticiens d'un système ou d'un organisme de services qui utilisent les interventions recommandées (ex. : pratiques fondées sur des données probantes ou soins fondés sur la mesure);
    b. *La portée :* le pourcentage de vétérans et de familles ayant besoin de soins, qui travaillent en collaboration à la planification et à l'examen des soins reçus au moyen de soins fondés sur la mesure et/ou qui reçoivent des soins fondés sur des données probantes;
    c. *La pénétration :* la mesure dans laquelle une intervention – par exemple des soins fondés sur la mesure ou des soins fondés sur des données probantes – est intégrée dans le système de services ou dans un organisme en particulier. Cela peut comprendre l'évaluation de facteurs comme les structures de financement et de services, la mobilisation des dirigeants, les processus organisationnels ou les systèmes de récompenses;
    d. *La durabilité :* maintien de la portée et amélioration des résultats chez les utilisateurs de services au fil du temps.

6.4.6.2 L'UTILISATION D'UNE ÉVALUATION ITÉRATIVE AFIN DE PROMOUVOIR ET DE MAINTENIR L'ADOPTION

Le recours à une évaluation continue afin d'orienter la planification et de favoriser l'amélioration des pratiques ne date pas d'hier et trouve ses racines dans les processus d'amélioration continue de la qualité. Dans le contexte d'une mise en œuvre, le processus a été élargi afin d'adapter systématiquement la manière d'effectuer les interventions recommandées et de redéfinir la stratégie globale de la mise en œuvre. Cela implique la collecte et le partage de données avec l'équipe responsable de la mise en œuvre dès les premières étapes ainsi qu'à des intervalles réguliers (Chambers et autres, 2013; Elwy et autres, 2020; Stirman et autres, 2015).

Les études portant sur la mise en œuvre de nouvelles pratiques décrivent de nombreux mécanismes de rétroaction, notamment une première réunion de planification afin d'aborder la question des obstacles et des facteurs favorables à la mise en œuvre; des rencontres régulières entre les responsables de la mise en œuvre, les dirigeants de l'organisme et les praticiens afin d'examiner les préoccupations, les succès et les obstacles émergents; et une rétroaction individuelle directe aux praticiens. Lorsque la rétroaction individuelle est utilisée pour intégrer une nouvelle pratique, les données doivent être communiquées sur une base régulière afin d'identifier les prestataires qui n'atteignent pas les objectifs de mise en œuvre et collaborer avec eux pour déterminer les obstacles locaux ainsi que les stratégies susceptibles d'en atténuer les effets (Brown et autres, 2008).

6.4.6.3 LE RÔLE DES SOINS BASÉS SUR LA MESURE DANS LA MISE EN ŒUVRE

Les soins fondés sur la mesure – à savoir l'utilisation systématique des données sur les résultats et les processus afin d'orienter la prise de décisions cliniques faisant l'objet d'une collaboration entre le patient et l'équipe soignante – constituent un élément important du modèle échelonné, car ils améliorent les résultats cliniques (Hawkins et autres, 2004), optimisent la fidélité du traitement (Dowrick et autres, 2009; Knaup et autres, 2009; Poston et Hanson, 2010).

Pour ce qui est des organismes et des systèmes, les soins fondés sur la mesure peuvent être utilisés non seulement pour surveiller et améliorer la qualité des soins, mais aussi pour intégrer des pratiques fondées sur des données probantes en regroupant les données des clients obtenues dans le cadre du suivi régulier des résultats. Ces données peuvent être utilisées pour orienter les initiatives d'amélioration de la qualité à l'échelle des cliniques et des systèmes, et présentent des avantages bien documentés pour soutenir la fidélité de la pratique, ainsi que la portée et l'utilisation durable de pratiques fondées sur des données probantes (Fortney et autres, 2017; Resnick et Hoff, 2019). Par exemple, des initiatives de mise en œuvre à l'échelle du système, comme le programme britannique Improving Access to Psychological Therapies (IAPT – Améliorer l'accès à la psychothérapie) [Clark, 2011] et le programme américain Philadelphia Department of Behavioural Health and Intellectual Disability Services (DBHIDS – Département des services de santé comportementale et de déficience intellectuelle de Philadelphie) [Powell et autres, 2016], ont démontré comment l'utilisation systématique et cohérente de soins fondés sur la mesure ainsi que le suivi régulier des résultats peuvent être intégrés dans des interventions d'amélioration des pratiques à multiples volets (Ross et autres, 2016).

Compte tenu des obstacles aux niveaux individuel (ex. : patient/praticien), organisationnel et systémique qui complexifient la mise en œuvre de soins basés sur la mesure et d'un processus de suivi régulier des résultats, ces pratiques sont considérablement sous-utilisées à travers le monde (Fortney et autres, 2017). En effet, des procédures sur le plan électronique trop complexes, des ressources limitées pour la formation, un roulement élevé du personnel et un manque de soutien de la part des dirigeants peuvent notamment constituer des obstacles à l'échelle des organismes et des systèmes (Fortney et autres, 2017; Hatfield et Ogles, 2007). À titre d'exemple, le programme de mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes Getting To Outcomes (GTO – Atteindre les résultats) de la Veterans Health Administration a documenté de faibles taux de maintien des pratiques au cours de la période de mise en œuvre de deux ans. En raison de problèmes liés aux systèmes de données électroniques, les rétroactions fournies se sont avérées inappropriées et les rapports d'évaluation, inexacts, ce qui a limité la fidélité des soins fondés sur la mesure, et ainsi entraîné une faible utilisation du traitement de la toxicomanie recommandé et fondé sur des données probantes (Chinman et autres, 2017). Il existe toutefois quelques exceptions aux rapports faisant état de faibles taux d'utilisation. L'implantation d'un processus de suivi régulier des résultats dans l'ensemble des cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel du Canada a entraîné une augmentation du taux d'adoption autodéclarée (Ross et autres, 2016). L'utilisation de données pour examiner les progrès et en discuter avec les clients est toutefois demeurée faible malgré des efforts de mise en œuvre importants et une plateforme d'évaluation conviviale. Le programme britannique Improving Access to Psychological Therapies (IAPT – Améliorer l'accès à la psychothérapie) a quant à lui présenté un taux élevé d'utilisation de soins fondés sur la mesure (Clark, 2011). L'étude de cas ci-dessous présente les stratégies de mise en œuvre à volets multiples adaptées pour cibler les obstacles locaux utilisés par l'équipe du programme IAPT.

6.4.6.1 AU-DELÀ DE LA MESURE : BÂTIR UNE CULTURE DU CONTRÔLE ET DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

La culture dans laquelle un système de soins en santé mentale post-traumatique évolue ayant une influence cruciale sur son succès, de nombreux chercheurs se sont penchés au cours des dernières années sur les meilleures façons d'assurer une culture de qualité. Certains ont suggéré de comparer le processus à un « sport d'équipe », nécessitant l'engagement de tous les acteurs du système, notamment les cliniciens, les gestionnaires ainsi que ceux qui défendent l'intérêt des utilisateurs. Par ailleurs, la Veteran health care administration et les organismes de financement devraient également mettre à profit leurs ressources ainsi que les mesures incitatives utilisées afin de soutenir les stratégies conçues pour améliorer la mobilisation en faveur de la qualité (Kilbourne et autres, 2018).

ÉTUDE DE CAS

Le rôle des soins basés sur la mesure dans la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes d'intensité élevée et faible dans le cadre d'un programme national

En 2007, le programme Improving Access to Psychological Therapies (IAPT– Améliorer l'accès à la psychothérapie) a été lancé, dans le but d'accroître l'accès aux traitements fondés sur des données probantes pour la dépression et les troubles anxieux en Angleterre (Clark, 2011). Le programme IAPT adopte une approche échelonnée en matière de soins, en recourant à la fois à des thérapies intensives et à des thérapies se voulant plus modérées. Le programme comporte également des soins fondés sur la mesure dans le cadre d'un processus de mise en œuvre à multiples volets. Les superviseurs et les responsables de services misent sur un système de suivi des résultats, séance après séance, pour contrôler la qualité de la pratique et fournir une rétroaction. Selon les recherches actuelles, les données d'un peu plus de 98 % des clients ayant participé à ce programme demeurent accessibles à ce jour, et celui-ci aurait favorisé l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes pour la dépression et l'anxiété, alors que 5 % des utilisateurs ont reçu des traitements fondés sur des probantes en 2007, comparativement à 16 % en 2017 (Clark, 2018; Clark et autres, 2018).

Les facteurs suivants ont permis d'intégrer des soins basés sur la mesure dans la pratique courante avec succès et d'en faire un élément clé des pratiques fondées sur des données probantes et de la mise en œuvre de soins échelonnés :

- Un fort soutien gouvernemental est assorti d'un engagement financier important fondé sur une analyse économique solide des avantages de soutenir l'accès aux pratiques fondées sur des données probantes.
- Les sites susceptibles d'adopter les nouvelles pratiques plus rapidement ont été les premiers à recevoir des ressources pour implanter l'IAPT : le déploiement du programme a été décalé en fonction des sites pionniers choisis pour mettre en œuvre des soins basés sur la mesure et des pratiques fondées sur des données probantes, à la suite d'une mise à l'essai approfondie du programme. Le processus de sélection des sites pionniers s'est avéré compétitif, les divers domaines de services devant démontrer leur capacité à répondre aux exigences, notamment leur engagement à procéder à la collecte de données sur une base régulière.
- L'utilisation de soins fondés sur la mesure a été intégrée dans un programme intensif et rigoureux de renforcement des capacités, qui comportait une année de formation et de supervision offertes par des organismes tertiaires spécialisés et qui exigeaient la démonstration du perfectionnement des compétences. Cette formation était liée à un rôle précis au sein des organismes de soutien.
- L'infrastructure informatique pour l'évaluation disposant de ressources suffisantes a permis de collecter des données sur les processus et les résultats obtenus, en plus de faciliter l'accès aux données pour tous les acteurs du système de services, y compris les utilisateurs et les décideurs (ex. : affichage instantané de données graphiques et transfert de données régionales dépersonnalisées sur un site Web public).
- Des exigences impératives en matière de collecte et de communication des données, comprenant des indicateurs clés de performance et des attentes claires concernant le nombre de clients à traiter, leur rétention ainsi que les résultats liés au financement du programme. Les responsables de contrats régionaux (commissaires) avaient accès aux données et assumaient un rôle clair de supervision et de contrôle de la qualité.
- Le suivi des données a été utilisé pour cibler les secteurs dans lesquels les besoins sont les plus criants. Par exemple, l'équipe du programme IAPT du NHS (service national de santé) du Royaume-Uni responsable de l'élaboration et du déploiement du programme a déterminé les systèmes de services présentant des taux plus faibles de rétablissement des clients. L'équipe a fourni une formation supplémentaire et a diffusé des informations sur les déterminants des résultats cliniques. Au cours de cette période, le nombre de services présentant de faibles taux de rétablissement des clients a chuté de 45 %. Pour permettre ce type d'interventions, il faut relier les données relatives aux

résultats obtenus aux renseignements associés aux services, comme les données socioéconomiques des utilisateurs de services (les résultats de l'IAPT pourraient être liés aux scores obtenus en matière de privation sociale) ou à la prestation de services (dans le cas de l'IAPT, les services reposaient sur l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes à la fois d'intensité élevée et de faible intensité).

Des défis majeurs demeurent pour la mise en œuvre de pratiques axées sur les données. Les éléments suivants ont notamment été soulevés dans le cas du programme de l'IAPT :

- Le roulement du personnel : l'investissement dans le renforcement des capacités repose sur la stabilité du personnel, mais les exigences strictes en matière de contrôle de la qualité peuvent présenter un défi pour la rétention, en particulier si le personnel n'est pas suffisamment soutenu envers le respect des normes;
- Le leadership : Un atelier réunissant des régions hautement performantes en matière d'IAPT a permis de déterminer qu'un bon leadership clinique et organisationnel constitue un facteur clé de la réussite, le leadership clinique étant particulièrement important pour veiller à ce que l'évaluation comparative des performances à l'aide des données sur les résultats soit effectuée en soutien au personnel. Le manque de leadership était en outre associé à une perception négative du processus de suivi des données, celui-ci étant vu comme un fardeau.

Afin de s'assurer que la mise en œuvre d'un modèle de soins échelonnés et de pratiques fondées sur des données probantes demeure réalisable et durable, il est essentiel que les leaders soient sélectionnés et dotés des ressources nécessaires pour créer une culture favorable à l'analyse comparative, ainsi que pour donner la priorité à la formation continue et à la dotation adéquate en personnel. Cela comprend les dirigeants organisationnels et les responsables de la gestion du financement et des normes au sein des organismes de réglementation et/ou du gouvernement. Si l'on ne met pas l'accent sur le soutien au leadership, les mesures incitatives par le biais de financements supplémentaires peuvent devenir une arme à double tranchant et conduire à des environnements punitifs susceptibles de miner la mobilisation du personnel.

Plusieurs des composantes de base présentées dans cette section – leadership, soins fondés sur la mesure, perfectionnement de la main-d'œuvre, prise de décision partagée, etc. – sont essentielles à la promotion d'une culture de la qualité. Au-delà de ces éléments, des facteurs tels que le moral des équipes et le sentiment de sécurité y contribuent de manière importante. En effet, on peut présumer que la culture part du sommet : un leadership fort et stable encourageant une culture de la qualité contribuera sensiblement à mobiliser le personnel envers l'obtention des meilleurs résultats possible (Clark, 2018).

Bien que la culture et les changements apportés à celle-ci devraient idéalement émaner du leadership et de la cohésion de l'équipe, des forces externes, comme les processus d'accréditation, ont aussi un rôle important à jouer. Les études démontrent en effet que de telles méthodes constituent le principal moyen d'amorcer et de mettre en œuvre la gestion de la qualité dans un système de soins de santé, le processus lui-même favorisant une culture de la qualité et rehaussant le niveau de satisfaction des patients (Terra et Berssaneti, 2019). Les modèles d'accréditation varieront en fonction de la nature et de la taille des services offerts – un grand hôpital nécessitera manifestement un modèle différent de celui d'un simple organisme communautaire –, mais, quel qu'en soit le cadre, un processus d'accréditation est susceptible de contribuer à l'amélioration de la qualité.

PRINCIPAUX DOMAINES D'ACTION LIÉS À CETTE COMPOSANTE :

1. Établir et maintenir un processus de collecte et d'analyse systématique des données pour faciliter la planification et l'adaptation continue des efforts de mise en application des pratiques fondées sur des données probantes.
2. Réaliser des évaluations itératives des obstacles et des facteurs favorables sur les plans individuel, organisationnel et systémique pour aider à planifier les efforts de mise en œuvre, à adapter les stratégies de mise en œuvre ainsi que pour mieux comprendre les facteurs ayant conduit à l'adoption et à l'utilisation durable de pratiques fondées sur des données probantes.
3. Évaluer les résultats de la mise en œuvre à plusieurs moments en cours de processus, notamment 1) l'efficacité et la fidélité de la prestation, 2) la portée des interventions chez les utilisateurs de services, 3) la pénétration (c'est-à-dire l'intégration des pratiques dans le système de santé ou les processus organisationnels) et 4) la durabilité de la portée et de la qualité des pratiques fondées sur des données probantes.
4. Mettre en place des soins fondés sur la mesure, autant que possible, afin d'intégrer des pratiques fondées sur des données probantes grâce à la rétroaction individuelle et à une planification de l'amélioration de la qualité du système axée sur les données. Veiller à ce que la mise en œuvre des soins fondés sur la mesure soit soutenue par un système de TI doté de ressources suffisantes, des exigences claires et des mesures incitatives en matière de collecte de données, ainsi que par un cadre de rapport rigoureux, qui s'appuie sur le soutien et la collaboration des dirigeants.
5. Veiller à ce qu'une culture de contrôle et d'amélioration de la qualité soit mise en place pour soutenir l'utilisation des données afin d'améliorer les pratiques et d'instaurer de manière durable des pratiques fondées sur des données probantes.

7 Conclusion

Les vétérans et leur famille doivent composer avec une gamme complexe de services et de mesures de soutien et, bien que ces éléments puissent sembler déconnectés, pour les vétérans et leur famille, ils constituent bel et bien un « système » de services, si bien qu'il devrait être reconnu et abordé comme tel par ceux qui sont en mesure de l'influencer.

Un *Cadre conceptuel destiné à guider la mise en application des meilleures pratiques actuelles et imminentes en matière de services et de soutien à l'intention des vétérans et de leur famille* a été élaboré afin de reconnaître et de mieux structurer ce système de services, en plus de faire bouger les choses afin de favoriser le bien-être des vétérans et de leur famille. Il présente le bien-fondé d'une telle approche et offre des conseils sur la conception et la prestation de services, en plus de reconnaître le rôle des différents acteurs impliqués dans l'ensemble du système de services et de mesures de soutien, et d'améliorer la coordination des soins, les vétérans et leur famille demeurant au centre des préoccupations.

Le *Cadre conceptuel* met en relief la diversité des besoins des vétérans et de leur famille en matière de bien-être et de santé mentale post-traumatique, et fournit une conception globale ainsi qu'une « structure » autour desquelles articuler un système efficace de services et de mesures de soutien qui réponde mieux à ces besoins. Sur le plan de la conception du système, celle-ci procure une structure permettant d'étudier les initiatives actuelles et futures en matière d'élaboration de services, ainsi qu'un modèle permettant de déterminer où l'on peut trouver des services et des systèmes, dans un éventail de contextes différents, qui sont fondés sur les meilleures pratiques actuelles et imminentes. Enfin, elle fournit un guide sur l'architecture du système la plus appropriée (à l'échelle du système); sur la culture, la main-d'œuvre, les systèmes et les processus à privilégier (à l'échelle organisationnelle); ainsi que sur les comportements que doivent adopter les praticiens et les compétences que ceux-ci doivent avoir sur le plan individuel pour soutenir la mise en œuvre des meilleures pratiques actuelles et imminentes dans les services de santé mentale destinés aux vétérans et à leur famille.

Le *Cadre conceptuel* intègre à la fois la compréhension des divers besoins des vétérans et de leur famille, ainsi que la connaissance des meilleures pratiques en matière de soins de santé mentale. Il décrit un système hautement performant de soins en santé mentale post-traumatique axé sur les vétérans, et suivant un modèle de soins échelonnés et adaptés de nouvelle génération, conçu pour optimiser les résultats en matière de bien-être. La mise en application du modèle se base sur les principes d'adoption des meilleures pratiques en matière de mobilisation et de mise en pratique des connaissances, des outils pratiques et des renseignements étant mis à la disposition des utilisateurs afin de les orienter dans l'application du modèle dans diverses situations réelles.

Le *Cadre conceptuel* a été élaboré pour l'ensemble des intervenants en mesure d'influencer les résultats au bénéfice des vétérans et de leur famille. Cela inclut des organismes intermédiaires comme le Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health et le Centre d'excellence sur le TSPT du Canada, ainsi que des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, des services de santé, des communautés, de même que des pairs, des particuliers et leur famille. Nous espérons qu'il fournira des renseignements pertinents qui pourront être mis à profit par chacun de ces groupes d'intervenants, et qu'il deviendra une ressource précieuse et favorable à l'amélioration continue des services.

8 Références

Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R., et Hurlburt, M. S. (2015). Leadership and organizational change for implementation (LOCI): A randomized mixed method pilot study of a leadership and organization development intervention for evidence-based practice implementation. *Implementation Science*, 10(11). https://doi.org/10.1186/s13012-014-0192-y

Aarons, G. A., Glisson, C., Green, P. D., Hoagwood, K., Kelleher, K. J., Landsverk, J. A. et The Research Network on Youth Mental Health. (2012). The organizational social context of mental health services and clinician attitudes toward evidence-based practice: A United States national study. *Implementation Science*, 7(56). https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-56

Aarons, G. A., Green, A. E., Trott, E., Willging, C. E., Torres, E. M., Ehrhart, M. G. et Roesch, S. C. (2016). The roles of system and organizational leadership in system-wide evidence-based intervention sustainment: A mixed-method study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 43*(6), 991-1008. https://doi.org/10.1007/s10488-016-0751-4

Aarons, G. A., Hurlburt, M. et Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38*(1), 4-23. https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7

Aarons, G. A., et Sommerfeld, D. H. (2012). Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence-based practice during a statewide implementation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*(4), 423-431. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.01.018

Abdallah, C. G., Averill, L. A., Akiki, T. J., Raza, M., Averill, C. L., Gomaa, H., . . . Krystal, J. H. (2019). The neurobiology and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology, 59*, 171-189. https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-010818-021701

Abizaid, A., Merali, Z. et Anisman, H. (2019). Cannabis: A potential efficacious intervention for PTSD or simply snake oil? *Journal of Psychiatry & Neuroscience, 44*(2), 75-78. https://doi.org/10.1503/jpn.190021

Acosta, J. D., Ashwood, J. S., Schell, T. L. et Cerully, J. L. (2019). With small power, comes great responsibility: Lessons learned from an evaluation of veteran and military mental health public awareness campaigns. *Community Mental Health Journal, 55*(8), 1322-1325. https://doi.org/10.1007/s10597-019-00419-3

Acosta, M. C., Possemato, K., Maisto, S. A., Marsch, L. A., Barrie, K., Lantinga, L., . . . Rosenblum, A. (2017). Web-delivered CBT reduces heavy drinking in OEF-OIF veterans in primary care with symptomatic substance use and PTSD. *Behavior Therapy, 48*(2), 262-276. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.001

Adams, S. W., Bowler, R. M., Russell, K., Brackbill, R. M., Li, J. H. et Cone, J. E. (2019). PTSD and comorbid depression: Social support and self-efficacy in world trade center tower survivors 14–15 years after 9/11. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 11*(2), 156-164. https://doi.org/10.1037/tra0000404

Adler, A. B., Bliese, P. D., McGurk, D., Hoge, C. W. et Castro, C. A. (2011). Battlemind debriefing and battlemind training as early interventions with soldiers returning from Iraq: Randomization by platoon. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(5), 928-940.

Aiken, A. B., Mahar, A. L., Kurdyak, P., Whitehead, M. et Groome, P. A. (2016). A descriptive analysis of medical health services utilization of Veterans living in Ontario: A retrospective cohort study using administrative healthcare data. *BMC Health Services Research, 16*(a), 351. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1596-y

Alegria, M., Fortuna, L. R., Lin, J. Y., Norris, F. H., Gao, S., Takeuchi, D. T., . . . Valentine, A. (2013). Prevalence, risk, and correlates of posttraumatic stress disorder across ethnic and racial minority groups in the United States. *Medical Care, 51*(12), 1114-1123. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000007

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., . . . EsemeD/Mhedea Investigators: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Project. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum, 109*(s420), 38-46. https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 5th edition (DSM5)*. American Psychiatric Association. https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Anciens Combattants Canada. (2014). *Plan stratégique quinquennal 2009-2014*. https://https://www.veterans.gc.ca/public/pages/about-us/reports/PDFs/strategic-plan-2009-2014_f.pdf

Anciens Combattants Canada. (2020). *Temps d'attente*. https://https://www.veterans.gc.ca/fra/resources/wait-times

Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R. et Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry, 164*(9), 1319-1326. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06091491

Anestis, M. D., Tull, M. T., Butterworth, S. E., Richmond, J. R., Houtsma, C., Forbes, C. N. et Gratz, K. L. (2019). The role of opioid use in distinguishing between suicidal ideation and attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(6), 1680-1692. https://doi.org/10.1111/sltb.12557

Armenta, R. F., Walter, K. H., Geronimo-Hara, T. R., Porter, B., Stander, V. A., LeardMann, C. A. et Millennium Cohort Study Team. (2019). Longitudinal trajectories of comorbid PTSD and depression symptoms among US service members and veterans. *BMC Psychiatry, 19*(1), 396. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2375-1

Armstrong, C. M., Edwards-Stewart, A., Ciulla, R. P., Bush, N. E., Cooper, D. C., Kinn, J. T., . . . Hoyt, T. V. (2017). *Department of Defense mobile health practice guide* (3e éd.). Connected Health Branch, Defense Health Agency, U.S. Department of Defense.

Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. (2013). *Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. ACPMH.

Australian Government Department of Defence. (2016). *Defence census 2015: Public report*. Commonwealth of Australia.

Australian Government Department of Defence. (2019). *Annual report 18-19*. Commonwealth of Australia. https://www.transparency.gov.au/annual-reports/department-defence/reporting-year/2018-2019

Australian Government Department of Health. (2013). A national framework for recovery-oriented mental health services: Guide for practitioners and providers. Australian Commonwealth.

Australian Institute of Health and Welfare. (2019). *National suicide monitoring of serving and exserving Australian Defence Force personnel: 2019 update*. https://www.aihw.gov.au/reports/veterans/national-veteransuicide-monitoring

Back, S. E., Foa, E. B., Killeen, T. K., Mills, K. L., Teesson, M., Dansky Cotton, B., . . . Brady, K. T. (2015). *Concurrent treatment of PTSD and substance use disorders using prolonged exposure (COPE): Therapist guide*. Oxford University Press.

Back, S. E., Killeen, T., Badour, C. L., Flanagan, J. C., Allan, N. P., Santa Ana, E., . . . Brady, K. T. (2019). Concurrent treatment of substance use disorders and PTSD using prolonged exposure: A randomized clinical trial in military veterans. *Addictive Behaviors, 90*, 369-377. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.032

Back, S. E., McCauley, J. L., Korte, K. J., Gros, D. F., Leavitt, V., Gray, K. M., . . . Kalivas, P. W. (2016). A double-blind, randomized, controlled pilot trial of N-Acetylcysteine in veterans with posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 77*(11), e1439-e1446. https://doi.org/10.4088/JCP.15m10239

Barnes, J. B., Presseau, C., Jordan, A. H., Kline, N. K., Young-McCaughan, S., Keane, T. M., . . . Litz, B. T. (2019). Common data elements in the assessment of military-related PTSD research applied in the consortium to alleviate PTSD. *Military Medicine, 184*(5-6), e218-e226. https://doi.org/10.1093/milmed/usy226

Barr, N., Kintzle, S., Sullivan, K. et Castro, C. (2018). Suicidality and nonsuicidal high-risk behavior in military veterans: How does PTSD symptom presentation relate to behavioral risk? *Traumatology, 24*(1), 55-61. https://doi.org/10.1037/trm0000133

Basoglu, M., Salcioglu, E. et Livanou, M. (2007). A randomized controlled study of single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder using an earthquake simulator. *Psychological Medicine, 37*(2), 203. https://doi.org/10.1017/S0033291706009123

Başoğlu, M., Şalcıoğlu, E., Livanou, M., Kalender, D. et Acar, G. (2005). Single-session behavioral treatment of earthquake-related posttraumatic stress disorder: A randomized waiting list controlled trial. *Journal of Traumatic Stress, 18*(1), 1-11. https://doi.org/10.1017/S0033291706009123

Bass, B. M. (1999). Current developments in transformational leadership. *The Psychologist-Manager Journal, 3*(1), 5-21. https://doi.org/10.1037/h0095852

Battaglia, C., Peterson, J., Whitfield, E., Min, S. J., Benson, S. L., Maddox, T. M. et Prochazka, A. V. (2016). Integrating motivational interviewing into a home telehealth program for veterans with posttraumatic stress disorder who smoke: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology, 72*(3), 194-206. https://doi.org/10.1002/jclp.22252

Bauer, M. S., Miller, C. J., Kim, B., Lew, R., Stolzmann, K., Sullivan, J., . . . Weaver, K. (2019). Effectiveness of implementing a collaborative chronic care model for clinician teams on patient outcomes and health status in mental health: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open, 2*(3), e190230. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.0230

Beckman, K., Shipherd, J., Simpson, T. et Lehavot, K. (2018). Military sexual assault in transgender veterans: Results from a nationwide survey. *Journal of Traumatic Stress, 31*(2), 181-190. https://doi.org/10.1002/jts.22280

Beidas, R. S., Adams, D. R., Kratz, H. E., Jackson, K., Berkowitz, S., Zinny, A., . . . Evans Jr, A. (2016). Lessons learned while building a trauma-informed public behavioral health system in the City of Philadelphia. *Evaluation and Program Planning, 59*, 21-32. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.07.004

Beidas, R. S., Wolk, C. L. B., Walsh, L. M., Evans, A. C., Hurford, M. O. et Barg, F. K. (2014). A complementary marriage of perspectives: Understanding organizational social context using mixed methods. *Implementation Science, 9*(1), 175. https://doi.org/10.1186/s13012-014-0175-z

Bernardy, N. C., Hoge, C. W., Friedman, M. J., Riggs, D. S. et Schnurr, P. P. (2017). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder.* Departments of Veterans Affairs and Defense. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf

Best, A., Greenhalgh, T., Lewis, S., Saul, J., Carroll, S. et Bitz, J. (2012). Large-system transformation in health care: A realist review. *The Milbank Quarterly, 90*(3), 421. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2012.00670.x

Best, A., & Holmes, B. (2010). Systems thinking, knowledge and action: towards better models and methods. *Evid Policy, 6*(2), 145-159. https://doi.org/10.1332/174426410x502284

Blamey, H., Phillips, A., Hess, D. C. et Fear, N. T. (2019). The impact of parental military service on child well-being. *Journal of Military, Veteran and Family Health, 5*(S2), 29-69. https://doi.org/10.3138/jmvfh.2019-0014

Blosnich, J. R., Montgomery, A. E., Dichter, M. E., Gordon, A. J., Kavalieratos, D., Taylor, L., . . . Bossarte, R. M. (2020). Social determinants and military veterans' suicide ideation and attempt: A cross-sectional analysis of electronic health record data. *Journal of General Internal Medicine, 35*(6), 1759-1767. https://doi.org/10.1007/s11606-019-05447-z

Blow, A. J., Farero, A., Ganoczy, D., Walters, H. et Valenstein, M. (2019). Intimate relationships buffer suicidality in national guard service members: A longitudinal study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(6), 1523-1540. https://doi.org/10.1111/sltb.12537

Boulos, D., et Zamorski, M. A. (2016). Delay to mental healthcare in a cohort of Canadian Armed Forces personnel with deployment-related mental disorders, 2002–2011: A retrospective cohort study. *BMJ Open, 6*(9), e012384. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012384

Bovin, M. J., Miller, C. J., Koenig, C. J., Lipschitz, J. M., Zamora, K. A., Wright, P. B., . . . Burgess, J. F., Jr. (2018). Veterans' experiences initiating VA-based mental health care. *Psychological Services, 16*(4), 612-620. https://doi.org/10.1037/ser0000233

Boyd, J. E., Lanius, R. A. et McKinnon, M. C. (2018). Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: A review of the treatment literature and neurobiological evidence. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 43*(1), 7-25. https://doi.org/10.1503/jpn.170021

Brewin, C. R., Andrews, B. et Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766. https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.5.748

Brickell, T. A., French, L. M., Gartner, R. L., Driscoll, A. E., Wright, M. M., Lippa, S. M. et Lange, R. T. (2019a). Factors related to perceived burden among caregivers of service members/veterans following TBI. *Rehabilitation Psychology, 64*(3), 307-319. https://doi.org/10.1037/rep0000272

Brickell, T. A., Lippa, S. M., French, L. M., Gartner, R. L., Driscoll, A. E., Wright, M. M. et Lange, R. T. (2019b). Service needs and health outcomes among caregivers of service members and veterans following TBI. *Rehabilitation Psychology, 64*(1), 72-86. https://doi.org/10.1037/rep0000249

Brignone, E., Sorrentino, A. E., Roberts, C. B. et Dichter, M. E. (2018). Suicidal ideation and behaviors among women veterans with recent exposure to intimate partner violence. *General Hospital Psychiatry, 55*, 60-64. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.10.006

Brooks, R. D., Toussaint, M., Corrigan, E. et Anke, K. (2019). *Surveillance of suicidal behavior: U.S. Army Reserve component soldiers, January–December 2017*. US Army Public Health Center.

Brooks, S. K., Rubin, G. J. et Greenberg, N. (2019). Traumatic stress within disaster-exposed occupations: Overview of the literature and suggestions for the management of traumatic stress in the workplace. *British Medical Bulletin, 129*(1), 25-34. https://doi.org/10.1093/bmb/ldy040

Brown, A. H., Cohen, A. N., Chinman, M. J., Kessler, C. et Young, A. S. (2008). EQUIP: Implementing chronic care principles and applying formative evaluation methods to improve care for schizophrenia: QUERI Series. *Implementation Science, 3*(1), 9. https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-9

Brown, L. A., Chen, S., Narine, K., Contractor, A. A. et Oslin, D. (2020). DSM-5 PTSD symptom clusters and suicidal ideation in veterans. *Psychiatry Research, 288*, 112942. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112942

Brownson, R., Fielding, J. et Green, L. (2018). Building capacity for evidence-based public health: Reconciling the pulls of practice and the push of research. *Annual Review of Public Health, 39*, 27-53. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014746

Bruffaerts, R., Vilagut, G., Demyttenaere, K., Alonso, J., AlHamzawi, A., Andrade, L. H., . . . Kessler, R. C. (2012). Role of common mental and physical disorders in partial disability around the world. *British Journal of Psychiatry, 200*(6), 454-461. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.097519

Bryan, C. J., Cerele, J. et Bryan, A. O. (2017). Exposure to suicide is associated with increased risk for suicidal thoughts and behaviors among National Guard military personnel. *Comprehensive Psychiatry, 77*, 12-19. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.05.006

Bullock, H., et Lavis, J. (2019). Understanding the supports needed for policy implementation: A comparative analysis of the placement of intermediaries across three mental health systems. *Health Research Policy and Systems, 17*(1), 1-13. https://doi.org/10.1186/s12961-019-0479-1

Burnell, K., Needs, A. et Gordon, K. (2017). Exploring the suitability and acceptability of peer support for older veterans. *Quality in Ageing and Older Adults, 18*(2). https://doi.org/10.1108/QAOA-09-2016-0036

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). (2015). *Treatment for post-traumatic stress disorder, operational stress injury, or critical incident stress: A summary of clinical practice guidelines*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/PTSD_Treatment_A_Summary_of_Clinical_Practice_Guidelines.pdf

Cavaleri, M. A., Gopalan, G., McKay, M. M., Appel, A., Bannon, J., William, M., . . . Nayowith, G. (2006). Impact of a learning collaborative to improve child mental health service use among low-income urban youth and families. *Best Practices in Mental Health, 2*(2), 67-80.

Cavaleri, M. A., Gopalan, G., McKay, M. M., Messam, T., Velez, E. et Elwyn, L. (2010). The effect of a learning collaborative to improve engagement in child mental health services. *Children and Youth Services Review, 32*(2), 281-285.

Cesur, R., Sabia, J. J. et Tekin, E. (2011). *The psychological costs of war: Military combat and mental health*. National Bureau of Economic Research. https://www.nber.org/papers/w16927.pdf

Chambers, D. A., Glasgow, R. E. et Stange, K. C. (2013). The dynamic sustainability framework: Addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science, 8*(1), 117. https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-117

Chan, D., Cheadle, A. D., Reiber, G., Unutzer, J. et Chaney, E. F. (2009). Health care utilization and its costs for depressed veterans with and without comorbid PTSD symptoms. *Psychiatric Services, 60*(12), 1612-1617. https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.12.1612

Chen, C., Salim, R., Rodriguez, J., Singh, R., Schechter, C., Dasaro, C., . . . Feder, A. (2020). The burden of subthreshold posttraumatic stress disorder in world trade center responders in the second decade after 9/11. *Journal of Clinical Psychiatry, 81*(1). https://doi.org/10.4088/JCP.19m12881

Chinman, M., McCarthy, S., Hannah, G., Byrne, T. H. et Smelson, D. A. (2017). Using getting to outcomes to facilitate the use of an evidence-based practice in VA homeless programs: A cluster-randomized trial of an implementation support strategy. *Implementation Science, 12*(1), 34.

Clark, D., et Clark. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry, 23*(4), 318-327.

Clark, D. M. (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology, 14*, 159-183. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833

Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S. et Janecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): An analysis of public data. *Lancet, 391*(10121), 679-686. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17) 32133-5

Cochran, B. N., Balsam, K., Flentje, A., Malte, C. A. et Simpson, T. (2013). Mental health characteristics of sexual minority veterans. *Journal of Homosexuality, 60*(2-3), 419-435. https://doi.org/10.1080/00918369.2013.744932

Cohen, D. J., Crabtree, B. F., Etz, R. S., Balasubramanian, B. A., Donahue, K. E., Leviton, L. C., . . . Green, L. W. (2008). Fidelity versus flexibility: Translating evidence-based research into practice. *American Journal of Preventive Medicine, 35*(suppl. 5), S381-389. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.08.005

Coleman, S. J., Stevelink, S. A. M., Greenberg, N., Hatch, S. L. et Denny, J. A. (2017). Stigma-related barriers and facilitators to help seeking for mental health issues in the armed forces: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Psychological Medicine, 47*, 1880-1892.

Cook, J., O'Donnell, C., Dinnen, S., Bernardy, N., Rosenheck, R. et Desai, R. (2013). A formative evaluation of two evidence-based psychotherapies for PTSD in VA residential treatment programs. *Journal of Traumatic Stress, 26*(1), 56-63.

Cook, J. M., Dinnen, S., Coyne, J. C., Thompson, R., Simiola, V., Ruzek, J. et Schnurr, P. P. (2015). Evaluation of an implementation model: a national investigation of VA residential programs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 42*(2), 147-156. https://doi.org/10.1007/s10488-014-0555-3

Cook, J. M., Dinnen, S., Simiola, V., Thompson, R. et Schnurr, P. P. (2014). VA residential provider perceptions of dissuading factors to the use of two evidence-based PTSD treatments. *Professional Psychology: Research and Practice, 45*(2), 136.

Couineau, A.-L., et Forbes, D. (2011). Using predictive models of behavior change to promote evidence-based treatment for PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 3*(3), 266-275. https://doi.org/10.1037/a0024980

Cramm, H., Mahar, A., MacLean, C. et Birtwhistle, R. (2019a). Caring for Canadian military families. *Can. Fam. Physician, 65*(1), 9-11.

Cramm, H., Norris, D., Schwartz, K. D., Tam-Seto, L., Williams, A. et Mahar, A. (2019b). Impact of Canadian armed forces veterans' mental health problems on the family during the military to civilian transition. *Military Behavioral Health, 8*(2), 1-11. https://doi.org/10.1080/21635781.2019.1644260

Craven, M. A., & Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the evidence base. The Canadian Journal of Psychiatry, 51(6 Suppl 1), 7S-72S.

Creamer, M., et Forbes, D. (2004). Treatment of posttraumatic stress disorder in military and veteran populations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*(4), 388-398. https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.388

Crum-Cianflone, N. F., Powell, T. M., LeardMann, C. A., Russell, D. W. et Boyko, E. J. (2016). Mental health and comorbidities in U.S. military members. *Military Medicine, 181*(6), 537-545. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00187

Cruwys, T., Dingle, G. A., Haslam, C., Haslam, S. A., Jetten, J. et Morton, T. A. (2013). Social group memberships protect against future depression, alleviate depression symptoms and prevent depression relapse. *Social Science & Medicine, 98*, 179-186. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.013

Cuijpers, P., Donker, T., Johansson, R., Mohr, D. C., van Straten, A. et Andersson, G. (2011). Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: A meta-analysis. *PLoS One, 6*(6), e21274. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021274

Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J. et Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine, 40*(12), 1943-1957. https://doi.org/10.1017/S0033291710000772

Cukor, J., Wyka, K., Jayasinghe, N. et Difede, J. (2010). The nature and course of subthreshold PTSD. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(8), 918-923. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.017

Currier, J. M., McCormick, W. H., Carroll, T. D., Sims, B. M. et Isaak, S. L. (2018). Prospective patterns of help-seeking behavior among military veterans with probable posttraumatic stress disorder and major depressive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 206*(12), 950-954. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000907

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. et Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science, 4*(1), 50. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

Daraganova, G. (2019). The mental health of differing military family members: Findings from the Family Wellbeing Study. *European Journal of Psychotraumatology, 10*.

Davison, C. M., Ndumbe-Eyoh, S. et Clement, C. (2015). Critical examination of knowledge to action models and implications for promoting health equity. *International Journal for Equity in Health, 14*(49). https://doi.org/10.1186/s12939-015-0178-7

Davy, C., Dobson, A., Lawrence-Wood, E., Lorimer, M., Moores, K., Lawrence, A., . . . McFarlane, A. (2012). The Middle East Area of Operations (MEAO) *Health Study: Prospective Study report*. University of Adelaide, Centre for Military and Veterans Health.

Dedert, E. A., Green, K. T., Calhoun, P. S., Yoash-Gantz, R., Taber, K. H., Mumford, M. M., . . . Beckham, J. C. (2009). Association of trauma exposure with psychiatric morbidity in military veterans who have served since September 11, 2001. *Journal of Psychiatric Research, 43*(9), 830-836. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.01.004

Dickstein, B. D., Vogt, D. S., Handa, S. et Litz, B. T. (2010). Targeting self-stigma in returning military personnel and veterans: A review of intervention strategies. *Military Psychology, 22*(2), 224-236. https://doi.org/10.1080/08995600903417399

Ding, N., Berry, H. L. et O'Brien, L. V. (2015). One-year reciprocal relationship between community participation and mental wellbeing in Australia: A panel analysis. *Social Science & Medicine, 128*, 246-254. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.022

Dobson, K. S., Szeto, A. et Knaak, S. (2019). The working mind: A meta-analysis of a workplace mental health and stigma reduction program. *Canadian Journal of Psychiatry, 64*(suppl. 1), 39S-47S. https://doi.org/10.1177/0706743719842559

Dohrenwend, B. P., Turner, J. B., Turse, N. A., Adams, B. G., Koenen, K. C. et Marshall, R. (2006). The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: a revisit with new data and methods. *Science, 313*(5789), 979-982. https://doi.org/10.1126/science.1128944

Dowrick, C., Leydon, G. M., McBride, A., Howe, A., Burgess, H., Clarke, P., . . . Kendrick, T. (2009). Patients' and doctors' views on depression severity questionnaires incentivised in UK quality and outcomes framework: Qualitative study. *BMJ, 338*, b663. https://doi.org/10.1136/bmj.b663

Duffy, M., Gillespie, K. et Clark, D. M. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: Randomised controlled trial. *BMJ, 334*(7604), 1147. https://doi.org/10.1136/bmj.39021.846852.BE

Dunt, D., Day, S., Dell, L., O'Donnell, M., Forbes, D. et Phelps, A. (2019). *Australian Veterans' Wellbeing Index: Final report. Report prepared for the Department of Veterans' Affairs*. Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health.

Durlak, J. A., et DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*(3-4), 327-350. https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0

Dyck, L. A., Snelling, S., Morrison, V., Haworth-Brockman, M. et Atkinson, D. (2018). Equity reporting: A framework for putting knowledge mobilization and health equity at the core of population health status reporting. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice, 38*(3), 116-124. https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.3.02

Edmunds, J. M., Read, K. L., Ringle, V. A., Brodman, D. A., Kendall, P. C. et Beidas, R. S. (2014). Sustaining clinician penetration, attitudes and knowledge in cognitive-behavioral therapy for youth anxiety. *Implementation Science, 9*(1), 1-25. https://doi.org/10.1186/s13012-014-0089-9

Eftekhari, A., Crowley, J. J., Mackintosh, M.-A. et Rosen, C. S. (2019). Predicting treatment dropout among veterans receiving prolonged exposure therapy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(4), 405-412. https://doi.org/10.1037/tra0000484

Eftekhari, A., Crowley, J. J., Ruzek, J. I., Garvert, D. W., Karlin, B. E. et Rosen, C. S. (2015). Training in the implementation of prolonged exposure therapy: Provider correlates of treatment outcome. *Journal of Traumatic Stress, 28*(1), 65-68. https://doi.org/10.1002/jts.21980

Eftekhari, A., Ruzek, J. I., Crowley, J. J., Rosen, C. S., Greenbaum, M. A. et Karlin, B. E. (2013). Effectiveness of national implementation of prolonged exposure therapy in Veterans Affairs care. *JAMA Psychiatry, 70*(9), 949-955. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.36

Ehrhart, M. G., Aarons, G. A. et Farahnak, L. R. (2014). Assessing the organizational context for EBP implementation: the development and validity testing of the Implementation Climate Scale (ICS). *Implementation Science, 9*(1), 157. https://doi.org/10.1186/s13012-014-0157-1

Ehrhart, M. G., Torres, E. M., Hwang, J., Sklar, M. et Aarons, G. A. (2019). Validation of the Implementation Climate Scale (ICS) in substance use disorder treatment organizations. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 14*(1), 35-35. https://doi.org/10.1186/s13011-019-0222-5

Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Fuller, S. R., Calhoun, P. S. et Kinneer, P. M., Mid-Atlantic Mental Illness Research Education and Clinical Center Workgroup, et Beckham, J. C. (2010). Correlates of anger and hostility in Iraq and Afghanistan war veterans. *American Journal of Psychiatry, 167*(9), 1051-1058. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09050739

Eliacin, J., Cunningham, B., Partin, M. R., Gravely, A., Taylor, B. C., Gordon, H. S., . . . Burgess, D. J. (2019). Veterans affairs providers' beliefs about the contributors to and responsibility for reducing racial and ethnic health care disparities. *Health Equity, 3*(1), 436-448. https://doi.org/10.1089/heq.2019.0018

Elwy, A. R., Wasan, A. D., Gillman, A. G., Johnston, K. L., Dodds, N., McFarland, C. et Greco, C. M. (2020). Using formative evaluation methods to improve clinical implementation efforts: Description and an example. *Psychiatry Research, 283*, 112532. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112532

Engel, C. C., Jaycox, L. H., Freed, M. C., Bray, R. M., Brambilla, D., Zatzick, D., . . . Katon, W. J. (2016). Centrally assisted collaborative telecare for posttraumatic stress disorder and depression among military personnel attending primary care: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine, 176*(7), 948-956. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.2402

Ernst and Young. (2015). *beyondblue NewAccess demonstration independent evaluation*. Ernst and Young.

Fagan, A. A., Bumbarger, B. K., Barth, R. P., Bradshaw, C. P., Cooper, B. R., Supplee, L. H. et Walker, D. K. (2019). Scaling up evidence-based interventions in us public systems to prevent behavioral health problems: Challenges and opportunities. *Prevention Science, 20*(8), 1147-1168. https://doi.org/10.1007/s11121-019-01048-8

Farero, A. M., Blow, A., Bowles, R., Gorman, L., Kees, M. et Guty, D. (2019a). The relationship between parent–soldier communication and postdeployment soldier mental health. *Military Behavioral Health, 7*(3), 336-344. https://doi.org/10.1080/21635781.2018.1550026

Farero, A. M., Kammes, R., Blow, A., Johnson, T., Kees, M., Ufer, L. G. et Guty, D. (2019b). The impact of military fathers' mental health on the well-being of their children postdeployment: findings from national guard fathers. *Military Behavioral Health*, 1-12. https://doi.org/10.1080/21635781.2019.1644262

Farrand, P., Jeffs, A., Bloomfield, T., Greenberg, N., Watkins, E. et Mullan, E. (2018). Mental health service acceptability for the armed forces veteran community. *Occupational Medicine, 68*(6), 391-398. https://doi.org/10.1093/occmed/kqy086

Fear, N. T., Jones, M., Murphy, D., Hull, L., Iversen, A. C., Coker, B., . . . Wessely, S. (2010). What are the consequences of deployment to Iraq and Afghanistan on the mental health of the UK armed forces? A cohort study. *Lancet, 375*(9728), 1783-1797. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60672-1

Feldstein, A. C., et Glasgow, R. E. (2008). A Practical, Robust Implementation and Sustainability Model (PRISM) for integrating research findings into practice. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 34*(4), 228-243. https://doi.org/10.1016/s1553-7250(08)34030-6

Ferry, F. R., Brady, S. E., Bunting, B. P., Murphy, S. D., Bolton, D. et O'Neill, S. M. (2015). The economic burden of PTSD in Northern Ireland. *Journal of Traumatic Stress, 28*(3), 191-197. https://doi.org/10.1002/jts.22008

Fikretoglu, D., Elhai, J. D., Liu, A., Richardson, J. D. et Pedlar, D. J. (2009). Predictors of likelihood and intensity of past-year mental health service use in an active Canadian military sample. *Psychiatric Services, 60*(3), 358-366. https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.3.358

Fikretoglu, D., Guay, S., Pedlar, D. et Brunet, A. (2008). Twelve month use of mental health services in a nationally representative, active military sample. *Medical Care, 46*(2), 217-223. https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31815b979a

Fink, D., Gradus, J., Keyes, K., Calabrese, J., Liberzon, I., Tamburrino, M., . . . Galea, S. (2018). Subthreshold PTSD and PTSD in a prospective-longitudinal cohort of military personnel: Potential targets for preventive interventions. *Depression and Anxiety, 35*(11), 1048-1055. https://doi.org/10.1002/da.22819

Finnerty, M., Austin, E., Chen, Q., Layman, D., Kealey, E., Ng-Mak, D., . . . Hoagwood, K. (2019). Implementation and use of a client-facing web-based shared decision-making system (MyCHOIS-CommonGround) in two specialty mental health clinics. *Community Mental Health Journal, 55*(4), 641-650. https://doi.org/10.1007/s10597-018-0341-x

Fischer, E. P., Sherman, M. D., Han, X. et Owen Jr, R. R. (2013). Outcomes of participation in the REACH multifamily group program for veterans with PTSD and their families. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(3), 127-134. https://doi.org/10.1037/a0032024

Flodgren, G., O'Brien, M. A., Parmelli, E. et Grimshaw, J. M. (2019). Local opinion leaders: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 6*(6), CD000125. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000125.pub5

Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Rosenfield, D., Yadin, E., Yarvis, J. S., . . . STRONG STAR Consortium. (2018). Effect of prolonged exposure therapy delivered over 2 weeks vs 8 weeks vs present-centered therapy on PTSD symptom severity in military personnel: A randomized clinical trial. *JAMA, 319*(4), 354-364. https://doi.org/10.1001/jama.2017.21242

Forbes, D., Pedlar, D., Adler, A. B., Bennett, C., Bryant, R., Busuttil, W., . . . Wessely, S. (2019). Treatment of military-related post-traumatic stress disorder: Challenges, innovations, and the way forward. *International Review of Psychiatry, 31*(1), 95-110. https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1595545

Forbes, D., Van Hooff, M., Lawrence-Wood, E., Sadler, N., Hodson, S., Benassi, H., . . . McFarlane, A. (2018). *Pathways to care, Mental Health and Wellbeing Transition Study*. Department of Defence and Department of Veterans' Affairs. https://www.dva.gov.au/documents-and-publications/pathways-care-report

Forman-Hoffman, V. L., Middleton, J. C., McKeeman, J. L., Stambaugh, L. F., Christian, R. B., Gaynes, B. N., . . . Viswanathan, M. (2017). Quality improvement, implementation, and dissemination strategies to improve mental health care for children and adolescents: a systematic review. *Implementation Science, 12*(93), 1-21. https://doi.org/10.1186/s13012-017-0626-4

Fortney, J. C., Unützer, J., Wrenn, G., Pyne, J. M., Smith, G. R., Schoenbaum, M. et Harbin, H. T. (2017). A tipping point for measurement-based care. *Psychiatric Services, 68*(2), 179-188. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500439

Franks, R. P., et Bory, C. T. (2015). Who supports the successful implementation and sustainability of evidence-based practices? Defining and understanding the roles of intermediary and purveyor organizations. *New Directions for Child and Adolescent Development, 2015*(149), 41-56. https://doi.org/10.1002/cad.20112

Fuhr, S. (2019). *Improving diversity and inclusion in the Canadian Armed Forces. Report of the Standing Committee On National Defence*. House of Commons. https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/NDDN/Reports/RP10573700/nddnrp17/nddnrp17-e.pdf

Fulton, J. J., Calhoun, P. S., Wagner, H. R., Schry, A. R., Hair, L. P., Feeling, N., . . . Beckham, J. C. (2015). The prevalence of posttraumatic stress disorder in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) Veterans: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 31*, 98-107. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.02.003

Galovski, T. E., Blain, L. M., Mott, J. M., Elwood, L. et Houle, T. (2012). Manualized therapy for PTSD: Flexing the structure of cognitive processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(6), 968-981. https://doi.org/10.1037/a0030600

Garcia, H. A., Benzer, J. K., Haro, E. et Finley, E. P. (2018). Occupational burnout among PTSD specialty clinic providers in the Veterans Health Administration: Perceptions of bureaucratic and political oversight. *Mental Health & Prevention, 12*, 42-49. https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.09.001

Garner, B. R., Godley, S. H., Dennis, M. L., Hunter, B. D., Bair, C. M. L. et Godley, M. D. (2012). Using pay for performance to improve treatment implementation for adolescent substance use disorders: Results from a cluster randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 166*(10), 938-944. https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.802

Ghio, L., Gotelli, S., Marcenaro, M., Amore, M. et Natta, W. (2014). Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 152-154*, 45-51. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.002

Giff, S. T., Renshaw, K. D. et Allen, E. S. (2019). Post-deployment parenting in military couples: Associations with service members' PTSD symptoms. *Journal of Family Psychology, 33*(2), 166-175. https://doi.org/10.1037/fam0000477

Gilbody, S., Lewis, H., Adamson, J., Atherton, K., Bailey, D., Birtwistle, J., . . . McMillan, D. (2017). Effect of collaborative care vs usual care on depressive symptoms in older adults with subthreshold depression: The CASPER randomized clinical trial. *JAMA, 317*(7), 728-737. https://doi.org/10.1001/jama.2017.0130

Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A. et Clark, D. M. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy, 40*(4), 345-357. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00004-9

Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., . . . Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review. *Frontiers in Public Health, 7*(64). https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064

Glasgow, R. E., Magid, D. J., Beck, A., Ritzwoller, D. et Estabrooks, P. A. (2005). Practical clinical trials for translating research to practice: Design and measurement recommendations. *Medical Care, 43*(6), 551-557. https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000163645.41407.09

Glisson, C. (2002). The organizational context of children's mental health services. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5*(4), 233-253. https://doi.org/10.1023/a:1020972906177

Glisson, C., Landsverk, J., Schoenwald, S., Kelleher, K., Hoagwoodm, K. E., Mayberg, S., . . . The Research Network on Youth Mental Health. (2008a). Assessing the Organizational Social Context (OSC) of mental health services: Implications for research and practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 35*(1-2), 98-113. https://doi.org/10.1007/s10488-007-0148-5

Glisson, C., Schoenwald, S. K., Kelleher, K., Landsverk, J., Hoagwood, K. E., Mayberg, S., . . . Research Network on Youth Mental Health. (2008b). Therapist turnover and new program sustainability in mental health clinics as a function of organizational culture, climate, and service structure. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 35*(1-2), 124-133. https://doi.org/10.1007/s10488-007-0152-9

Goetter, E. M., Bui, E., Ojserkis, R. A., Zakarian, R. J., Brendel, R. W. et Simon, N. M. (2015). A systematic review of dropout from psychotherapy for posttraumatic stress disorder among Iraq and Afghanistan combat veterans. *Journal of Traumatic Stress, 28*(5), 401-409. https://doi.org/10.1002/jts.22038

Goldstein, L. A., Dinh, J., Donalson, R., Hebenstreit, C. L. et Maguen, S. (2017). Impact of military trauma exposures on posttraumatic stress and depression in female veterans. *Psychiatry Research, 249*, 281-285. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.009

Gould, C., Shah, S., Brunskill, S., Brown, K., Oliva, N., Hosseini, C., . . . Huh, J. (2017). RESOLV: Development of a telephone-based program designed to increase socialization in older veterans. *Educational Gerontology, 43*, 1-14. https://doi.org/10.1080/03601277.2017.1299522

Gouvernement du Canada. (2020). *Services d'aide aux militaires et à leur famille*. https://https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/services/avantages-militaires/sante-soutien/services-aide-militaires-famille.html

Graham, I. D., McCutcheon, C. et Kothari, A. (2019). Exploring the frontiers of research co-production: The Integrated Knowledge Translation Research Network concept papers. *Health Research Policy and Systems, 17*(1), 88. https://doi.org/10.1186/s12961-019-0501-7

Gray, M. J., Elhai, J. D. et Schmidt, L. O. (2007). Trauma professionals' attitudes toward and utilization of evidence-based practices. *Behavior Modification, 31*(6), 732-748. https://doi.org/10.1177/0145445507302877

Green, A. E., Trott, E., Willging, C. E., Finn, N. K., Ehrhart, M. G. et Aarons, G. A. (2016). The role of collaborations in sustaining an evidence-based intervention to reduce child neglect. *Child Abuse & Neglect, 53*, 4-16. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.013

Green, L. (2008). Making research relevant: If it is an evidence-based practice, where's the practice-based evidence? *Family Practice, 25* Suppl 1, i20-24. https://doi.org/10.1093/fampra/cmn055

Greenberg, N., Langston, V., Iversen, A. C. et Wessely, S. (2011). The acceptability of 'trauma risk management' within the UK Armed Forces. *Occupational Medicine, 61*(3), 184-189. https://doi.org/10.1093/occmed/kqr022

Greenstone, C. L., Peppiatt, J., Cunningham, K., Hosenfeld, C., Lucatorto, M., Rubin, M. et Weede, A. (2019). Standardizing care coordination within the Department of Veterans Affairs. *Journal of General Internal Medicine, 34*(suppl. 1), 4-6. https://doi.org/10.1007/s11606-019-04997-6

Griffith, J. (2019). The sexual harassment-suicide connection in the U.S. military: Contextual effects of hostile work environment and trusted unit leaders. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(1), 41-53. https://doi.org/10.1111/sltb.12401

Grubaugh, A., Magruder, K., Waldrop, A., Elhai, J., Knapp, R. et Frueh, B. (2005). Subthreshold PTSD in primary care: prevalence, psychiatric disorders, healthcare use, and functional status. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(10), 658-664. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000180740.02644.ab

Gunn, L. H., Janson, B., Lorjuste, I., Summers, L., Burns, P. et Bryant, T. (2019). Healthcare providers' knowledge, readiness, prescribing behaviors, and perceived barriers regarding routine HIV testing and pre-exposure prophylaxis in DeLand, Florida. *SAGE Open Medicine, 7*, 2050312119836030. https://doi.org/10.1177/2050312119836030

Gyani, A., Shafran, R., Layard, R. et Clark, D. M. (2013). Enhancing recovery rates: Lessons from year one of IAPT. *Behaviour Research and Therapy, 51*(9), 597-606. https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.06.004

Haagen, J. F. G., Smid, G. E., Knipscheer, J. W. et Kleber, R. J. (2015). The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A metaregression analysis. *Clinical Psychology Review, 40*, 184-194. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.008

Haine-Schlagel, R., Brookman-Frazee, L., Janis, B. et Gordon, J. (2013). Evaluating a learning collaborative to implement evidence-informed engagement strategies in community-based services for young children. *Child & Youth Care Forum, 42*, 457-473. https://doi.org/10.1007/s10566-013-9210-5

Hall, A. E., Bryant, J., Sanson-Fisher, R. W., Fradgley, E. A., Proietto, A. M. et Roos, I. (2018). Consumer input into health care: time for a new active and comprehensive model of consumer involvement. *Health Expectations, 21*(4), 707-713. https://doi.org/10.1111/hex.12665

Haller, M., et Chassin, L. (2014). Risk pathways among traumatic stress, posttraumatic stress disorder symptoms, and alcohol and drug problems: A test of four hypotheses. *Psychology of Addictive Behaviors, 28*(3), 841-851. https://doi.org/10.1037/a0035878

Hanson, R. F., Saunders, B. E., Ralston, E., Moreland, A. D., Peer, S. O. et Fitzgerald, M. M. (2019). Statewide implementation of child trauma-focused practices using the community-based learning collaborative model. *Psychological Services, 16*(1), 170-181. https://doi.org/10.1037/ser0000319

Harik, J. (2018). Shared decision-making for PTSD. *National Center for PTSD Research Quarterly, 29*(1).

Harvey, G., et Kitson, A. (2016). PARIHS revisited: From heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation Science, 11*(33). https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2

Harvey, P. D., Posner, K., Rajeevan, N., Yershova, K. V., Aslan, M. et Concato, J. (2018). Suicidal ideation and behavior in US veterans with schizophrenia or bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research, 102*, 216-222. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.04.014

Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., . . . Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine, 74*(4), 301-310. https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015

Hatfield, D. R., et Ogles, B. M. (2007). Why some clinicians use outcome measures and others do not. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 34*(3), 283-291. https://doi.org/10.1007/s10488-006-0110-y

Haug, T., Nordgreen, T., Ost, L. G. et Havik, O. E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: a meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. *Clinical Psychology Review, 32*(5), 425-445. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.002

Hawkins, E. J., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Slade, K. L. et Tuttle, K. C. (2004). The therapeutic effects of providing patient progress information to therapists and patients. *Psychotherapy Research, 14*(3), 308-327. https://doi.org/10.1093/ptr/kph027

Haynes, P. L., Kelly, M., Warner, L., Quan, S. F., Krakow, B. et Bootzin, R. R. (2016). Cognitive behavioral social rhythm group therapy for veterans with posttraumatic stress disorder, depression, and sleep disturbance: Results from an open trial. *Journal of Affective Disorders, 192*, 234-243. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.012

Head, M., Goodwin, L., Debell, F., Greenberg, N., Wessely, S. et Fear, N. T. (2016). Post-traumatic stress disorder and alcohol misuse: Comorbidity in UK military personnel. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51*(8), 1171-1180. https://doi.org/10.1007/s00127-016-1177-8

Herschell, A. D., Kolko, D. J., Baumann, B. L. et Davis, A. C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations. *Clinical Psychology Review, 30*(4), 448-466. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.005

Hilferty, F., Katz, I., Zmudzki, F., Van Hooff, M., Lawrence-Wood, E., Searle, A., . . . Talbot, A. (2019). H*omelessness amongst Australian veterans: Summary of project findings*. Australian Housing and Urban Research Institute (AHURI). https://www.ahuri.edu.au/__data/assets/pdf_file/0019/46540/AHURI-Report_Homelessness-Amongst-Australian-contemporary-veterans_Final-Report.pdf

Hobfoll, S. E., Blais, R. K., Stevens, N. R., Walt, L. et Gengler, R. (2016). Vets prevail online intervention reduces PTSD and depression in veterans with mild-to-moderate symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(1), 31-42. https://doi.org/10.1037/ccp0000041

Hogan, P. F., et Seifert, R. S. (2010). Marriage and the military: Evidence that those who serve marry earlier and divorce earlier. *Armed Forces & Society, 36*(3), 420-438. https://doi.org/10.1177/0095327X09351228

Holmes, B. J., Best, A., Davies, H., Hunter, D., Kelly, M. P., Marshall, M. et Rycroft-Malone, J. (2017). Mobilising knowledge in complex health systems: A call to action. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice, 13*(3), 539-560. https://doi.org/10.1332/174426416X14712553750311

Hoover, S. A., Sapere, H., Lang, J. M., Nadeem, E., Dean, K. L. et Vona, P. (2018). Statewide implementation of an evidence-based trauma intervention in schools. *School Psychology Quarterly, 33*(1), 44-53. https://doi.org/10.1037/spq0000248

Hopper, E. K., Bassuk, E. L. et Olivet, J. (2010). Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. *The Open Health Services and Policy Journal, 3*(1), 80-100. https://doi.org/10.2174/1874924001003010080

Horwitz, A. G., Miron, L. et Maieritsch, K. P. (2019). Prospective associations between DSM-5 PTSD symptom clusters and suicidal ideation in treatment-seeking veterans. *Psychological Services, 16*(2), 321-328. https://doi.org/10.1037/ser0000215

Hourani, L., Williams, J., Bray, R. et Kandel, D. (2015). Gender differences in the expression of PTSD symptoms among active duty military personnel. *Journal of Anxiety Disorders, 29*, 101-108. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.11.007

Hruska, B., Irish, L. A., Pacella, M. L., Sledjeski, E. M. et Delahanty, D. L. (2014). PTSD symptom severity and psychiatric comorbidity in recent motor vehicle accident victims: A latent class analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(7), 644-649. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.009

Hundt, N. E., Ecker, A. H., Thompson, K., Helm, A., Smith, T. L., Stanley, M. A. et Cully, J. A. (2018). "It didn't fit for me:" A qualitative examination of dropout from prolonged exposure and cognitive processing therapy in veterans. *Psychological Services, 17*(4), 414-421. https://doi.org/10.1037/ser0000316

Hurtado, S. L., Simon-Arndt, C. M., McAnany, J. et Crain, J. A. (2015). Acceptability of mental health stigma-reduction training and initial effects on awareness among military personnel. *SpringerPlus, 4*(1), 606. https://doi.org/10.1186/s40064-015-1402-z

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. (2006). Better Practices in Collaborative Mental Health Care: An Analysis of the Evidence Base. Ontario.

Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Andrews, G. et Lapsley, H. (2004). Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychological Medicine, 34*(1), 19-35. https://doi.org/10.1017/s003329170300881x

Ivanova, J. I., Birnbaum, H. G., Chen, L., Duhig, A. M., Dayoub, E. J., Kantor, E. S., . . . Phillips, G. A. (2011). Cost of post-traumatic stress disorder vs major depressive disorder among patients covered by medicaid or private insurance. *The American Journal of Managed Care, 17*(8), e314-323.

Jain, S., McLean, C., et Rosen, C. S. (2012). Is there a role for peer support delivered interventions in the treatment of veterans with post-traumatic stress disorder? *Military Medicine, 177*(5), 481-483. https://doi.org/10.7205/Milmed-D-11-00401

Jakupcak, M., Hoerster, K., Varra, A., Vannoy, S., Felker, B. et Hunt, S. (2011). Hopelessness and suicidal ideation in Iraq and Afghanistan war veterans reporting subthreshold and threshold posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 199*(4), 272-275. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182124604

Jeter, C. B., Hergenroeder, G. W., Hylin, M. J., Redell, J. B., Moore, A. N. et Dash, P. K. (2013). Biomarkers for the diagnosis and prognosis of mild traumatic brain injury/concussion. *Journal of Neurotrauma, 30*(8), 657-670. https://doi.org/10.1089/neu.2012.2439

Jones, G. L., et Hanley, T. (2017). The psychological health and well-being experiences of female military veterans: A systematic review of the qualitative literature. *Journal of the Royal Army Medical Corps, 163*(5), 311-318. https://doi.org/10.1136/jramc-2016-000705

Jongedijk, R. A., van der Aa, N., Haagen, J. F. G., Boelen, P. A. et Kleber, R. J. (2019). Symptom severity in PTSD and comorbid psychopathology: A latent profile analysis among traumatized veterans. *Journal of Anxiety Disorders, 62*, 35-44. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.11.004

Judd, L. L., Paulus, M. P., Wells, K. B. et Rapaport, M. H. (1996). Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *American Journal of Psychiatry, 153*(11), 1411-1417. https://doi.org/10.1176/ajp.153.11.1411

Kachadourian, L. K., Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Southwick, S. M. et Pietrzak, R. H. (2019). Protective correlates of suicidality among veterans with histories of posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Affective Disorders, 246*, 731-737. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.058

Karney, B. R., Loughran, D. S. et Pollard, M. S. (2012). Comparing marital status and divorce status in civilian and military populations. *Journal of Family Issues, 33*(12), 1572-1594. https://doi.org/ https://doi.org/10.1177/0192513X12439690

Karsten, J., Penninx, B. W., Verboom, C. E., Nolen, W. A. et Hartman, C. A. (2013). Course and risk factors of functional impairment in subthreshold depression and anxiety. *Depression and Anxiety, 30*(4), 386-394. https://doi.org/10.1002/da.22021

Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., . . . Walker, J. R. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry, 14* (suppl. 1), S1. https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1

Kehle-Forbes, S., et Kimmerling, R. (2017). Patient engagement in PTSD treatment. *National Center for PTSD Research Quarterly, 28*(3).

Kehle-Forbes, S. M., Meis, L. A., Spoont, M. R. et Polusny, M. A. (2016). Treatment initiation and dropout from prolonged exposure and cognitive processing therapy in a VA outpatient clinic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 8*(1), 107-114. https://doi.org/10.1037/tra0000065

Kelley, M. L., Bravo, A. J., Davies, R. L., Hamrick, H. C., Vinci, C. et Redman, J. C. (2019). Moral injury and suicidality among combat-wounded veterans: The moderating effects of social connectedness and self-compassion. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 11*(6), 621-629. https://doi.org/10.1037/tra0000447

Kent, M. (2019). Developing a strategy to embed peer support into mental health systems. *Administration & policy in mental health & mental health services research, 46*(3), 271-276. https://doi.org/10.1007/s10488-018-0912-8

Kilbourne, A. M., Beck, K., Spaeth-Rublee, B., Ramanuj, P., O'Brien, R. W., Tomoyasu, N. et Pincus, H. A. (2018). Measuring and improving the quality of mental health care: A global perspective. *World Psychiatry, 17*(1), 30-38. https://doi.org/10.1002/wps.20482

Kilbourne, A. M., Bramlet, M., Barbaresso, M. M., Nord, K. M., Goodrich, D. E., Lai, Z., . . . Bauer, M. S. (2014). SMI life goals: Description of a randomized trial of a collaborative care model to improve outcomes for persons with serious mental illness. *Contemporary Clinical Trials, 39*(1), 74-85. https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.07.007

Kilbourne, A. M., Goodrich, D. E., Lai, Z., Almirall, D., Nord, K. M., Bowersox, N. W. et Abraham, K. M. (2015). Reengaging veterans with serious mental illness into care: Preliminary results from a national randomized trial. *Psychiatric Services, 66*(1), 90-93. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300497

Kim, J., Kim, J. et Park, S. (2019). Military hazing and suicidal ideation among active duty military personnel: Serial mediation effects of anger and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 256*, 79-85. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.060

Kinderman, P., Read, J., Moncrieff, J. et Bentall, R. P. (2013). Drop the language of disorder. *Evidence-based Mental Health, 16*(1), 2-3. https://doi.org/10.1136/eb-2012-100987

Kip, K. E., Rosenzweig, L., Hernandez, D. F., Shuman, A., Diamond, D. M., Girling, S. A., . . . McMillan, S. C. (2014). Accelerated resolution therapy for treatment of pain secondary to symptoms of combat-related posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology, 5*. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24066

Kirmayer, L. J., et Jarvis, G. E. (2019). Culturally responsive services as a path to equity in mental healthcare. *Healthcare Papers, 18*(2), 11-23. https://doi.org/10.12927/hcpap.2019.25925

Klein, D. N., Schwartz, J. E., Rose, S. et Leader, J. B. (2000). Five-year course and outcome of dysthymic disorder: A prospective, naturalistic follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 157*(6), 931-939. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.6.931

Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T. et Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 195*(1), 15-22. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053967

Kolassa, I.-T., Ertl, V., Eckart, C., Kolassa, S., Onyut, L. P. et Elbert, T. (2010). Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2*(3), 169-174. https://doi.org/10.1037/a0019362

Koo, K. H., Hebenstreit, C. L., Madden, E. et Maguen, S. (2016). PTSD detection and symptom presentation: Racial/ethnic differences by gender among veterans with PTSD returning from Iraq and Afghanistan. *Journal of Affective Disorders, 189*, 10-16. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.038

Kovacevic, J., Miskulin, M., Degmecic, D., Vcev, A., Leovic, D., Sisljagic, V., . . . Miskulin, I. (2020). Predictors of mental health outcomes in road traffic accident survivors. *Journal of Clinical Medicine, 9*(2). https://doi.org/10.3390/jcm9020309

Kritikos, T. K., Comer, J. S., He, M., Curren, L. C. et Tompson, M. C. (2019). Combat experience and posttraumatic stress symptoms among military-serving parents: A meta-analytic examination of associated offspring and family outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology, 47*(1), 131-148. https://doi.org/10.1007/s10802-018-0427-5

Kuhn, E., Kanuri, N., Hoffman, J. E., Garvert, D. W., Ruzek, J. I. et Taylor, C. B. (2017). A randomized controlled trial of a smartphone app for posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(3), 267-271. https://doi.org/10.1037/ccp0000163

Kulak, J. A., Fillo, J., Homish, D. L., Kahn, L. et Homish, G. G. (2019). Substance use and mental health among military spouses and partners. *Military Behavioral Health, 7*(3), 257-267. https://doi.org/10.1080/21635781.2019.1591314

Kutcher, S., Wei, Y. et Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *Canadian Journal of Psychiatry, 61*(3), 154-158. https://doi.org/10.1177/0706743715616609

Kuwert, P., Knaevelsrud, C. et Pietrzak, R. H. (2014). Loneliness among older veterans in the United States: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 22*(6), 564-569. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.02.013

Lamoureux-Lamarche, C., Vasiliadis, H. M., Preville, M. et Berbiche, D. (2016). Healthcare use and costs associated with post-traumatic stress syndrome in a community sample of older adults: Results from the ESA-Services study. *International Psychogeriatrics, 28*(6), 903-911. https://doi.org/10.1017/S1041610215001775

Lawn, S., Oster, C. et Waddell, E. (2017). *Psychological and vocational outcomes of delivering support services to the families of veterans at times of high family stress*. Department of Veterans' Affairs. https://www.dva.gov.au/documents-and-publications/psychological-and-vocational-outcomes-delivering-support-services

Lawrence-Wood, E., McFarlane, A., Lawrence, A., Sadler, N., Hodson, S., Benassi, H., . . . Van Hooff, M. (2019). *Impact of combat report, Impact of Combat Study*. Department of Defence and Department of Veterans' Affairs. https://www.dva.gov.au/documents-and-publications/impact-combat-report

Layard, R., et Clark, D. M. (2015). Why more psychological therapy would cost nothing. *Frontiers in Psychology, 6*, 1713. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01713

Lee, D. J., Kearns, J. C., Wisco, B. E., Green, J. D., Gradus, J. L., Sloan, D. M., . . . Marx, B. P. (2018). A longitudinal study of risk factors for suicide attempts among Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom veterans. *Depression and Anxiety, 35*(7), 609-618. https://doi.org/10.1002/da.22736

Lee, D. J., Schnitzlein, C. W., Wolf, J. P., Vythilingam, M., Rasmusson, A. M. et Hoge, C. W. (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depression and Anxiety, 33*(9), 792-806. https://doi.org/10.1002/da.22511

Lehavot, K., Der-Martirosian, C., Simpson, T. L., Sadler, A. G. et Washington, D. L. (2013). Barriers to care for women veterans with posttraumatic stress disorder and depressive symptoms. *Psychological Services, 10*(2), 203-212. https://doi.org/10.1037/a0031596

Lester, P., Peterson, K., Reeves, J., Knauss, L., Glover, D., Mogil, C., . . . Beardslee, W. (2010). The long war and parental combat deployment: Effects on military children and at-home spouses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*(4), 310-320. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.01.003

Letica-Crepulja, M., Stevanovic, A., Protuder, M., Popovic, B., Salopek-Ziha, D. et Vondracek, S. (2019). Predictors of sexual dysfunction in veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Medicine, 8*(4). https://doi.org/10.3390/jcm8040432

Lewis, C. C., Boyd, M., Puspitasari, A., Navarro, E., Howard, J., Kassab, H., . . . Douglas, S. (2019). Implementing measurement-based care in behavioral health: A review. *JAMA Psychiatry, 76*(3), 324-335. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3329

Lewis, C. C., Scott, K., Marti, C. N., Marriott, B. R., Kroenke, K., Putz, J. W., . . . Rutkowski, D. (2015). Implementing measurement-based care (iMBC) for depression in community mental health: A dynamic cluster randomized trial study protocol. *Implementation Science, 10*(127). https://doi.org/10.1186/s13012-015-0313-2

Lindsay, B., Henderson, L., et Szeto, A. (2018). *The inquiring mind pilot evaluation report*. Commission de la santé mentale du Canada. https://theworkingmind.ca/sites/default/files/tim_evaluation_report.pdf

Lindsay, J. A., Keo-Meier, C., Hudson, S., Walder, A., Martin, L. A. et Kauth, M. R. (2016). Mental health of transgender veterans of the Iraq and Afghanistan conflicts who experienced military sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress, 29*(6), 563-567. https://doi.org/10.1002/jts.22146

Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C. et Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review, 29*(8), 695-706. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003

Lloyd, D., Couineau, A. L., Hawkins, K., Kartal, D., Nixon, R. D. V., Perry, D. et Forbes, D. (2014). *Preliminary outcomes of implementing cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder across a national veterans' treatment service*. Physicians Postgraduate Press.

MacCarthy, D., Weinerman, R., Kallstrom, L., Kadlec, H., Hollander, M. J. et Patten, S. (2013). Mental health practice and attitudes of family physicians can be changed! *The Permanente Journal, 17*(3), 14-17. https://doi.org/10.7812/tpp/13-033

Maguen, S., Cohen, B., Cohen, G., Madden, E., Bertenthal, D. et Seal, K. (2012). Gender differences in health service utilization among Iraq and Afghanistan veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Women's Health, 21*(6), 666-673. https://doi.org/10.1089/jwh.2011.3113

Mansfield, R., Patalay, P. et Humphrey, N. (2020). A systematic literature review of existing conceptualisation and measurement of mental health literacy in adolescent research: current challenges and inconsistencies. *BMC Public Health, 20*(1), 607. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08734-1

Marmar, C. R. (2009). Mental health impact of Afghanistan and Iraq deployment: Meeting the challenge of a new generation of veterans. *Depression and Anxiety, 26*(6), 493-497. https://doi.org/10.1002/da.20581

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet, 365*(9464), 1099-1104. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6

Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M. et Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry, 158*(9), 1467-1473. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1467

Masuda, J. R., Zupancic, T., Crighton, E., Muhajarine, N. et Phipps, E. (2014). Equity-focused knowledge translation: a framework for "reasonable action" on health inequities. *International Journal of Public Health, 59*(3), 457-464. https://doi.org/10.1007/s00038-013-0520-z

Mavranezouli, I., et Mihalopoulos, C. (2020). A health economics view. In D. Forbes, J. I. Bisson, C. M. Monson et L. Berliner (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (3e éd.). Guildford Press.

Maynard, C., Trivedi, R., Nelson, K. et Fihn, S. D. (2018). Disability rating, age at death, and cause of death in U.S. veterans with service-connected conditions. *Military Medicine, 183*(11-12), e371-e376. https://doi.org/10.1093/milmed/usy040

McCollum, R., Gomez, W., Theobald, S. et Taegtmeyer, M. (2016). How equitable are community health worker programmes and which programme features influence equity of community health worker services? A systematic review. *BMC Public Health, 16*(419). https://doi.org/10.1186/s12889-016-3043-8

McDonald, J. L., Ganulin, M. L., Dretsch, M. N., Taylor, M. R. et Cabrera, O. A. (2020). Assessing the well-being of sexual minority soldiers at a military academic institution. *Military Medicine, 185*(suppl. 1), 342-347. https://doi.org/10.1093/milmed/usz198

McFarlane, A. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: A model of the longitudinal course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*(suppl. 5), 15-20; discussion 21-13.

McFarlane, A. C. (2017). Post-traumatic stress disorder is a systemic illness, not a mental disorder: Is Cartesian dualism dead? *Medical Journal of Australia, 206*(6), 248-249. https://doi.org/10.5694/mja17.00048

McFarlane, A. C., Hodson, S., Van Hooff, M. et Davies, C. (2011). *Mental health in the Australian Defence Force: 2010 ADF Mental Health Prevalence and Wellbeing Study: Full report*. Canberra.

McFarlane, A. C., Lawrence-Wood, E., Van Hooff, M., Malhi, G. S. et Yehuda, R. (2017). The need to take a staging approach to the biological mechanisms of PTSD and its treatment. *Current Psychiatry Reports, 19*(2), 10. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0761-2

McGuire, A., Runge, C., Cosgrove, L., Bredhauer, K., Anderson, R., Waller, M., . . . Nasveld, P. (2012). *Timor-Leste Family Study 2012: Technical report*. University of Queensland, Centre for Military and Veterans' Health. https://www.dva.gov.au/sites/default/files/files/consultation%20and%20grants/healthstudies/timor_leste/tlfs-technical.pdf

McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C. et Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: A test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine, 40*(10), 1647-1658. https://doi.org/10.1017/S0033291709992121

Merz, J., Schwarzer, G. et Gerger, H. (2019). Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychotherapeutic, and combination treatments in adults with posttraumatic stress disorder: A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 76*(9), 904-913. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0951

Metcalf, O., Stone, C., Hinton, M., O'Donnell, M., Hopwood, M., McFarlane, A., . . . Varker, T. (2020). Treatment augmentation for posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 27*(1). https://doi.org/10.1111/cpsp.12310

Mettrick, J., Kanary, P., Zabel, M. D. et Shepler, R. (2017). Centers of excellence - intermediary experience from the United States. *Developing Practice: The Child, Youth and Family Work Journal, 48*, 62-82.

Metz, A., Louison, L., Ward, C. et Burke, K. (2017). *Implementation support practitioner profile: Guiding principles and core competencies for implementation practice*. National Implementation Research Network, University of North Carolina at Chapel Hill.

Miller, C. J., Grogan-Kaylor, A., Perron, B. E., Kilbourne, A. M., Woltmann, E. et Bauer, M. S. (2013). Collaborative chronic care models for mental health conditions: Cumulative meta-analysis and metaregression to guide future research and implementation. *Medical Care, 51*(10), 922-930. https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182a3e4c4

Millner, A. J., Ursano, R. J., Hwang, I., King, A. J., Naifeh, J. A., Sampson, N. A., . . . Collaborators, S.-L. (2018). Lifetime suicidal behaviors and career characteristics among U.S. Army soldiers: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Suicide and Life-Threatening Behavior, 48*(2), 230-250. https://doi.org/10.1111/sltb.12363

Ministère de la Défense nationale du Canada. (2020). *Statistiques sur les femmes dans les Forces armées canadiennes*. https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/services/femmes-dans-les-forces/statistiques.html

Ministry of Defence. (2019). *UK Armed Forces biannual diversity statistics: 1 October 2019*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/851974/UK_Armed_Forces_Biannual_Diversity_Statistics_-_1_October_2019.pdf

Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B. et Harvey, S. B. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry, 24*(4), 331-336. https://doi.org/10.1177/1039856215618523

Mota, N. P., Cook, J. M., Smith, N. B., Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Krystal, J. H., . . . Pietrzak, R. H. (2019). Posttraumatic stress symptom courses in US military veterans: A seven-year, nationally representative, prospective cohort study. *Journal of Psychiatric Research, 119*, 23-31. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.09.005

Mott, J. M., Stanley, M. A., Street Jr, R. L., Grady, R. H. et Teng, E. J. (2014). Increasing engagement in evidence-based PTSD treatment through shared decision-making: A pilot study. *Military Medicine, 179*(2), 143-149. https://doi.org/10.7205/milmed-d-13-00363

Mukuria, C., Brazier, J., Barkham, M., Connell, J., Hardy, G., Hutten, R., . . . Parry, G. (2013). Cost-effectiveness of an improving access to psychological therapies service. *British Journal of Psychiatry, 202*(3), 220-227. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107888

Murphy, D., et Busuttil, W. (2018). Focusing on the mental health of treatment-seeking veterans. *Journal of the Royal Army Medical Corps, 164*(1), 3-4. https://doi.org/10.1136/jramc-2017-000844

Murphy, D., et Busuttil, W. (2019). Understanding the needs of veterans seeking support for mental health difficulties. *Journal of the Royal Army Medical Corps*. https://doi.org/10.1136/jramc-2019-001204

Murphy, D., Hodgman, G., Carson, C., Spencer-Harper, L., Hinton, M., Wessely, S. et Busuttil, W. (2015). Mental health and functional impairment outcomes following a 6-week intensive treatment programme for UK military veterans with post-traumatic stress disorder (PTSD): a naturalistic study to explore dropout and health outcomes at follow-up. *BMJ Open, 5*(3), e007051. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007051

Murphy, R. T., Thompson, K. E., Murray, M., Rainey, Q. et Uddo, M. M. (2009). Effect of a motivation enhancement intervention on veterans' engagement in PTSD treatment. *Psychological Services, 6*(4), 264.

Nadeem, E., Olin, S. S., Hill, L. C., Hoagwood, K. E. et Horwitz, S. M. (2013). Understanding the components of quality improvement collaboratives: A systematic literature review. *The Milbank Quarterly, 91*(2), 354-394. https://doi.org/10.1111/milq.12016

Nadeem, E., Weiss, D., Olin, S. S., Hoagwood, K. E. et Horwitz, S. M. (2016). Using a theory-guided learning collaborative model to improve implementation of EBPs in a state children's mental health system: A pilot study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 43*(6), 978-990. https://doi.org/10.1007/s10488-016-0735-4

Naifeh, J. A., Colpe, L. J., Aliaga, P. A., Sampson, N. A., Heeringa, S. G., Stein, M. B., . . . Army Starrs Collaborators. (2016). Barriers to initiating and continuing mental health treatment among soldiers in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *Military Medicine, 181*(9), 1021-1032. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00211

Najavits, L. M., Krinsley, K., Waring, M. E., Gallagher, M. W. et Skidmore, C. (2018). A randomized controlled trial for veterans with PTSD and substance use disorder: Creating change versus seeking safety. *Substance Use & Misuse, 53*(11), 1788-1800. https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1432653

Najavits, L. M., Ryngala, D., Back, S. E., Bolton, E., Mueser, K. T. et Brady, K. T. (2009). Treatment of PTSD and comorbid disorders. In E. Foa, T. Keane, M. Friedman et J. A. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2e éd., p. 508-613). The Guilford Press.

National Academies of Sciences Engineering and Medicine. (2018). *Evaluation of the Department of Veterans Affairs Mental Health Services*. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/24915

National Institute for Clinical Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. National Institute for Clinical Excellence.

Nichter, B., Norman, S., Haller, M. et Pietrzak, R. H. (2019). Physical health burden of PTSD, depression, and their comorbidity in the US veteran population: Morbidity, functioning, and disability. *Journal of Psychosomatic Research, 124*, 109744. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109744

Niles, B. L., Klunk-Gillis, J., Ryngala, D. J., Silberbogen, A. K., Paysnick, A. et Wolf, E. J. (2012). Comparing mindfulness and psychoeducation treatments for combat-related PTSD using a telehealth approach. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(5), 538-547. https://doi.org/10.1037/a0026161

Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science, 10*(53). https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0

Nilsen, P., et Bernhardsson, S. (2019). Context matters in implementation science: A scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC Health Services Research, 19*, 189. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4015-3

Norman, S. B., Davis, B. C., Colvonen, P. J., Haller, M., Myers, U. S., Trim, R. S., . . . Robinson, S. K. (2016). Prolonged exposure with veterans in a residential substance use treatment program. *Cognitive and Behavioral Practice, 23*(2), 162-172. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.08.002

O'Donnell, M. L., Varker, T., Creamer, M., Fletcher, S., McFarlane, A. C., Silove, D., . . . Forbes, D. (2013). Exploration of delayed-onset posttraumatic stress disorder after severe injury. *Psychosomatic Medicine, 75*(1), 68-75. https://doi.org/10.1097/PSM.0b013e3182761e8b

O'Toole, B. I., Catts, S. V., Outram, S., Pierse, K. R. et Cockburn, J. (2009). The physical and mental health of Australian Vietnam veterans 3 decades after the war and its relation to military service, combat, and post-traumatic stress disorder. *American Journal of Epidemiology, 170*(3), 318-330. https://doi.org/10.1093/aje/kwp146

O'Toole, B. I., Outram, S., Catts, S. V. et Pierse, K. R. (2010). The mental health of partners of Australian Vietnam veterans three decades after the war and its relation to veteran military service, combat, and PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*(11), 841-845. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181f98037

Oehr, L., et Anderson, J. (2017). Diffusion-tensor imaging findings and cognitive function following hospitalized mixed-mechanism mild traumatic brain injury: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 98*(11), 2308-2319. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.03.019

Orchowski, L. M., Berry-Caban, C. S., Prisock, K., Borsari, B. et Kazemi, D. M. (2018). Evaluations of sexual assault prevention programs in military settings: A synthesis of the research literature. *Military Medicine, 183*(suppl. 1), 421-428. https://doi.org/10.1093/milmed/usx212

Osorio, C., Jones, N., Fertout, M. et Greenberg, N. (2013). Changes in stigma and barriers to care over time in UK armed forces deployed to Afghanistan and Iraq between 2008 and 2011. *Military Medicine, 178*(8), 846-853. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00079

Patten, S. B., Remillard, A., Phillips, L., Modgill, G., Szeto, A., Kassam, A. et Gardner, D. M. (2012). Effectiveness of contact-based education for reducing mental illness-related stigma in pharmacy students. *BMC Medical Education, 12*(120). https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-120

Pedersen, E. R., Rubenstein, L., Kandrack, R., Danz, M., Belsher, B., Motala, A., . . . Hempel, S. (2018). Elusive search for effective provider interventions: A systematic review of provider interventions to increase adherence to evidence-based treatment for depression. *Implementation Science, 13*(1), 1-30. https://doi.org/10.1186/s13012-018-0788-8

Pelts, M. D., et Albright, D. L. (2015). An exploratory study of student service members/veterans' mental health characteristics by sexual orientation. *Journal of American College Health, 63*(7), 508-512. https://doi.org/10.1080/07448481.2014.947992

Perkonigg, A., Pfister, H., Stein, M. B., Hofler, M., Lieb, R., Maercker, A. et Wittchen, H. U. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *American Journal of Psychiatry, 162*(7), 1320-1327. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.7.1320

Perry, C. K., Damschroder, L. J., Hemler, J. R., Woodson, T. T., Ono, S. S. et Cohen, D. J. (2019). Specifying and comparing implementation strategies across seven large implementation interventions: A practical application of theory. *Implementation Science, 14*(1), 32. https://doi.org/10.1186/s13012-019-0876-4

Pethrus, C. M., Reutfors, J., Johansson, K., Neovius, K., Soderling, J., Neovius, M. et Bruze, G. (2019). Marriage and divorce after military deployment to Afghanistan: A matched cohort study from Sweden. *PLoS One, 14*(2), e0207981. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207981

Phelps, A. J., Steel, Z., Metcalf, O., Alkemade, N., Kerr, K., O'Donnell, M., . . . Forbes, D. (2018a). Key patterns and predictors of response to treatment for military veterans with post-traumatic stress disorder: A growth mixture modelling approach. *Psychological Medicine, 48*(1), 95-103. https://doi.org/10.1017/S0033291717001404

Phelps, A. J., Steele, Z., Cowlishaw, S., Metcalf, O., Alkemade, N., Elliott, P., . . . Forbes, D. (2018b). Treatment outcomes for military veterans with posttraumatic stress disorder: Response trajectories by symptom cluster. *Journal of Traumatic Stress, 31*(3), 401-409. https://doi.org/10.1002/jts.22299

Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health. (2020). *Australian guidelines for the prevention and treatment of acute stress disorder, posttraumatic stress disorder and complex PTSD*. https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/

Pietrzak, E., Pullman, S., Cotea, C. et Nasveld, P. (2013). Effects of deployment on health behaviours in military forces: A review of longitudinal studies. *Journal of Military and Veterans' Health, 21*(1), 14-23.

Pietrzak, R., Goldstein, R., Southwick, S. et Grant, B. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(3), 456-465. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.010

Pietrzak, R. H., Feder, A., Schechter, C. B., Singh, R., Cancelmo, L., Bromet, E. J., . . . Sharma, V. (2014). Dimensional structure and course of post-traumatic stress symptomatology in World Trade Center responders. *Psychological Medicine, 44*(10), 2085-2098. https://doi.org/10.1017/S0033291713002924

Plagge, J. M., Lu, M. W., Lovejoy, T. I., Karl, A. I. et Dobscha, S. K. (2013). Treatment of comorbid pain and PTSD in returning veterans: A collaborative approach utilizing behavioral activation. *Pain Medicine, 14*(8), 1164-1172. https://doi.org/10.1111/pme.12155

Porter, B., Bonanno, G. A., Frasco, M. A., Dursa, E. K. et Boyko, E. J. (2017). Prospective post-traumatic stress disorder symptom trajectories in active duty and separated military personnel. *Journal of Psychiatric Research, 89*, 55-64. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.01.016

Poston, J. M., et Hanson, W. E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment, 22*(2), 203-212. https://doi.org/10.1037/a0018679

Powell, B., et Beidas, R. (2016). Advancing implementation research and practice in behavioral health systems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 43*(6), 825-833. https://doi.org/10.1007/s10488-016-0762-1

Powell, B. J., Beidas, R. S., Lewis, C. C., Aarons, G. A., McMillen, J. C., Proctor, E. K. et Mandell, D. S. (2017). Methods to improve the selection and tailoring of implementation strategies. *Journal of Behavioral Health Services and Research, 44*(2), 177-194. https://doi.org/10.1007/s11414-015-9475-6

Powell, B. J., Beidas, R. S., Rubin, R. M., Stewart, R. E., Wolk, C. B., Matlin, S. L., . . . Hadley, T. R. (2016). Applying the policy ecology framework to Philadelphia's behavioral health transformation efforts. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 43*(6), 909-926. https://doi.org/10.1007/s10488-016-0733-6

Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., . . . Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science, 10*(21). https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1

Praharso, N. F., Tear, M. J. et Cruwys, T. (2017). Stressful life transitions and wellbeing: A comparison of the stress buffering hypothesis and the social identity model of identity change. *Psychiatry Research, 247*, 265-275. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.039

Prior, M., Guerin, M. et Grimmer-Somers, K. (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies -- A synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 14*(5), 888-897. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01014.x

Proctor, E., Ramsey, A. T., Brown, M. T., Malone, S., Hooley, C. et McKay, V. (2019). Training in Implementation Practice Leadership (TRIPLE): Evaluation of a novel practice change strategy in behavioral health organizations. *Implementation Science, 14*(1), 66. https://doi.org/10.1186/s13012-019-0906-2

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., . . . Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38*(2), 65-76. https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7

Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C. et Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: An emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 36*(1), 24-34. https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4

Rafferty, L., Stevelink, S., Greenberg, N. et Wessely, S. (2017). *Stigma and barriers to care in service leavers with mental health problems*. King's College London. https://www.kcl.ac.uk/kcmhr/publications/reports/files/fimt-stigma-and-barriers-to-care-in-service-leavers-with-mental-health-problems.pdf

Rebeira, M., Grootendorst, P. et Coytec, P. (2017). Factors associated with mental health in Canadian Veterans. *Journal of Military, Vanderan and Family Health, 3*(1), 41-51. https://doi.org/10.3138/jmvfh.4098

Reijnen, A., Rademaker, A. R., Vermetten, E. et Geuze, E. (2015). Prevalence of mental health symptoms in Dutch military personnel returning from deployment to Afghanistan: A 2-year longitudinal analysis. *European Psychiatry, 30*(2), 341-346. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.05.003

Repper, J., et Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health, 20*(4), 392-411. https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947

Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C. et 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*(4), 867-879. https://doi.org/10.1037//0022-006X.70.4.867

Resnick, S. G., et Hoff, R. A. (2020). Observations from the national implementation of Measurement Based Care in Mental Health in the Department of Veterans Affairs. *Psychological services, 17*(3), 238-246. https://doi.org/10.1037/ser0000351

Richardson, J. D., Contractor, A. A., Armour, C., St. Cyr, K., Elhai, J. D. et Sareen, J. (2014). Predictors of long-term treatment outcome in combat and peacekeeping veterans with military-related PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry, 75*(11), e1299-e1305. https://doi.org/10.4088/JCP.13m08796

Richardson, J. D., Elhai, J. D. et Sarreen, J. (2011a). Predictors of treatment response in Canadian combat and peacekeeping veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 199*(9), 639-645. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318229ce7b

Richardson, J. D., Fikretoglu, D., Liu, A. et McIntosh, D. (2011b). Aripiprazole augmentation in the treatment of military-related PTSD with major depression: A retrospective chart review. *BMC Psychiatry, 11*(86). https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-86

Richardson, J. D., King, L., St Cyr, K., Shnaider, P., Roth, M. L., Ketcheson, F., . . . Elhai, J. D. (2018). Depression and the relationship between sleep disturbances, nightmares, and suicidal ideation in treatment-seeking Canadian Armed Forces members and veterans. *BMC Psychiatry, 18*(1), 204. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1782-z

Ridings, L. E., Moreland, A. D. et Petty, K. H. (2019). Implementing trauma-focused CBT for children of veterans in the VA: Providing comprehensive services to veterans and their families. *Psychological Services, 16*(1), 75-84. https://doi.org/10.1037/ser0000278

Roberts, A. L., Austin, S. B., Corliss, H. L., Vandermorris, A. K. et Koenen, K. C. (2010). Pervasive trauma exposure among US sexual orientation minority adults and risk of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Public Health, 100*(12), 2433-2441. https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.168971

Roberts, A. L., Gilman, S. E., Breslau, J., Breslau, N. et Koenen, K. C. (2011). Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. *Psychological Medicine, 41*(1), 71-83. https://doi.org/10.1017/S0033291710000401

Rodríguez, M. R., Nuevo, R., Chatterji, S. et Ayuso-Mateos, J. L. (2012). Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: A systematic review. *BMC Psychiatry, 12*(1), 181. https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-181

Rona, R. J., Jones, M., Keeling, M., Hull, L., Wessely, S. et Fear, N. T. (2014). Mental health consequences of overstretch in the UK Armed Forces, 2007-09: A population-based cohort study. *Lancet Psychiatry, 1*(7), 531-538. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00062-5

Rosen, C. S., Chow, H. C., Finney, J. F., Greenbaum, M. A., Moos, R. H., Sheikh, J. I. et Yesavage, J. A. (2004). VA practice patterns and practice guidelines for treating posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 17*(3), 213-222. https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000029264.23878.53

Rosen, C. S., Eftekhari, A., Crowley, J. J., Smith, B. N., Kuhn, E., Trent, L., . . . Ruzek, J. I. (2017). Maintenance and reach of exposure psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder 18 months after training. *Journal of Traumatic Stress, 30*(1), 63-70. https://doi.org/10.1002/jts.22153

Ross, D. F., Ionita, G. et Wiltsey Stirman, S. (2016). System-wide implementation of routine outcome monitoring and measurement feedback system in a national network of operational stress injury clinics. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 43*(6), 927-944. https://doi.org/10.1007/s10488-016-0749-y

Roy, M. J., Costanzo, M. E., Highland, K. B., Olsen, C., Clayborne, D. et Law, W. (2017). An app a day keeps the doctor away: Guided education and training via smartphones in subthreshold post traumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Nandworking, 20*(8), 470-478. https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0221

Royal British Legion. (2014). *A UK household survey of the ex-service community*. Royal British Legion. https://storage.rblcdn.co.uk/sitefinity/docs/default-source/campaigns-policy-and-research/rbl_household_survey_report.pdf?sfvrsn=5bcbae4f_4

Rusu, C., Zamorski, M. A., Boulos, D. et Garber, B. G. (2016). Prevalence comparison of past-year mental disorders and suicidal behaviours in the Canadian Armed Forces and the Canadian general population. *Canadian Journal of Psychiatry, 61*(suppl. 1), 46S-55S. https://doi.org/10.1177/0706743716628856

Ruzek, J. I., Eftekhari, A., Rosen, C. S., Crowley, J. J., Kuhn, E., Foa, E., . . . Karlin, B. E. (2016). Effects of a comprehensive training program on clinician beliefs about and intention to use prolonged exposure therapy for PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 8*(3), 348-355. https://doi.org/10.1037/tra0000004

Ruzek, J. I., et Rosen, R. C. (2009). Disseminating evidence-based treatments for PTSD in organizational settings: A high priority focus area. *Behaviour Research and Therapy, 47*(11), 980-989. https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.008

Rycroft-Malone, J., Burton, C., Wilkinson, J., Harvey, G., McCormack, B., Baker, R., . . . Williams, L. (2015). Collective action for knowledge mobilisation: a realist evaluation of the Collaborations for Leadership in Applied Health Research and Care. *Health Services and Delivery Research, 3*(44). https://doi.org/10.3310/hsdr03440

Ryder, A. L., Azcarate, P. M. et Cohen, B. E. (2018). PTSD and physical health. *Current Psychiatry Reports, 20*(12), 116. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0977-9

Saeri, A. K., Cruwys, T., Barlow, F. K., Stronge, S. et Sibley, C. G. (2018). Social connectedness improves public mental health: Investigating bidirectional relationships in the New Zealand attitudes and values survey. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 52*(4), 365-374. https://doi.org/10.1177/0004867417723990

Sander, L. B., Schorndanner, J., Terhorst, Y., Spanhel, K., Pryss, R., Baumeister, H. et Messner, E. M. (2020). 'Help for trauma from the app stores?' A systematic review and standardised rating of apps for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1701788. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1701788

Sanders, W., Smith, B. N., Fox, A. B. et Vogt, D. (2019). Five-year impacts of family stressors and combat threat on the mental health of Afghanistan and Iraq war veterans. *Journal of Traumatic Stress, 32*(5), 724-732. https://doi.org/10.1002/jts.22437

Savarese, V. W., Suvak, M. K., King, L. A. et King, D. W. (2001). Relationships among alcohol use, hyperarousal, and marital abuse and violence in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress, 14*(4), 717-732. https://doi.org/10.1023/A:1013038021175

Sayer, N. A., Rosen, C. S., Bernardy, N. C., Cook, J. M., Orazem, R. J., Chard, K. M., . . . Schnurr, P. P. (2017). Context matters: Team and organizational factors associated with reach of evidence-based psychotherapies for PTSD in the Veterans Health Administration. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*(6), 904-918. https://doi.org/10.1007/s10488-017-0809-y

Schnurr, P. P., Lunney, C. A., Bovin, M. J. et Marx, B. P. (2009). Posttraumatic stress disorder and quality of life: Extension of findings to veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. *Clinical Psychology Review, 29*(8), 727-735. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.006

Schnurr, P. P., Lunney, C. A. et Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 17*(2), 85-95. https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000022614.21794.f4

Scott, A., Sivey, P., Ait Ouakrim, D., Willenberg, L., Naccarella, L., Furler, J. et Young, D. (2011). The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(9), CD008451. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008451.pub2

Scott, J., Leboyer, M., I., H., Berk, M., Kapczinski, F., Frank, E., . . . McGorry, P. (2013). Clinical staging in psychiatry: A cross-cutting model of diagnosis with heuristic and practical value. *British Journal of Psychiatry, 202*(4), 243-245. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.110858

Seal, K. H., Bertenthal, D., Miner, C. R., Sen, S. et Marmar, C. (2007). Bringing the war back home: Mental health disorders among 103,788 US veterans returning from Iraq and Afghanistan seen at Department of Veterans Affairs facilities. *Archives of Internal Medicine, 167*(5), 476-482. https://doi.org/10.1001/archinte.167.5.476

Seymour-Smith, M., Cruwys, T., Haslam, S. A. et Brodribb, W. (2017). Loss of group memberships predicts depression in postpartum mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52*(2), 201-210. https://doi.org/10.1007/s00127-016-1315-3

Shalev, A. Y., Ankri, Y., Israeli-Shalev, Y., Peleg, T., Adessky, R. et Freedman, S. (2012). Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: Results from the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study. *Archives of General Psychiatry, 69*(2), 166-176. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.127

Sharp, M.-L., Busuttil, W. et Murphy, D. (2019). Examining physical health conditions and associations of pain, obesity, and function of UK Veterans diagnosed with PTSD and other mental health conditions. *Journal of Military, Veteran and Family Health, 5*(2), 75-87. https://doi.org/10.3138/jmvfh.2018-0051

Sharp, M., Fear, N. T., Rona, R. J., Wessely, S., Greenberg, N., Jones, N. et Goodwin, L. (2015). Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. *Epidemiologic Reviews, 37*(1), 144-162. https://doi.org/10.1093/epirev/mxu012

Shelton, R. C., Cooper, B. R. et Stirman, S. W. (2018). The sustainability of evidence-based interventions and practices in public health and health care. *Annual Review of Public Health, 39*, 55-76. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014731

Sherman, M. D., et Larsen, J. L. (2018). Family-focused interventions and resources for veterans and their families. *Psychological Services, 15*(2), 146-153. https://doi.org/10.1037/ser0000174

Shipherd, J. C., Maguen, S., Skidmore, W. C. et Abramovitz, S. M. (2011). Potentially traumatic events in a transgender sample: Frequency and associated symptoms. *Traumatology, 17*(2), 56-67. https://doi.org/10.1177/1534765610395614

Sigel, B. A., Benton, A. H., Lynch, C. E. et Kramer, T. L. (2013). Characteristics of 17 statewide initiatives to disseminate Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(4), 323. https://doi.org/10.1037/a0029095

Simons, J. S., Simons, R. M., Walters, K. J., Keith, J. A., O'Brien, C., Andal, K. et Stoltenberg, S. F. (2020). Nexus of despair: A network analysis of suicidal ideation among veterans. *Archives of Suicide Research, 24*(suppl. 1), 314-336. https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1574689

Sippel, L. M., Holtzheimer, P. E., Friedman, M. J. et Schnurr, P. P. (2018). Defining treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A framework for future research. *Biological Psychiatry, 84*(5), e37-e41. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.011

Slade, M. (2017). Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry, 16*(2), 146-153. https://doi.org/10.1002/wps.20412

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, 75*(3), 233-239. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4249

Smart, D., Muir, S. et Daraganova, G. (2018). *Family Wellbeing Study: Summary report*. Department of Defence and Department of Veterans' Affairs. https://aifs.gov.au/publications/family-wellbeing-study-summary-report

Smid, G., Mooren, T., van der Mast, R., Gersons, B. et Kleber, R. (2009). Delayed posttraumatic stress disorder: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *Journal of Clinical Psychiatry, 70*(11), 1572-1582. https://doi.org/10.4088/JCP.08r04484

Smith, S. M., Goldstein, R. B. et Grant, B. F. (2016). The association between post-traumatic stress disorder and lifetime DSM-5 psychiatric disorders among veterans: Data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC-III). *Journal of Psychiatric Research, 82*, 16-22. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.06.022

Smith, S. N., Almirall, D., Prenovost, K., Goodrich, D. E., Abraham, K. M., Liebrecht, C. et Kilbourne, A. M. (2018). Organizational culture and climate as moderators of enhanced outreach for persons with serious mental illness: results from a cluster-randomized trial of adaptive implementation strategies. *Implementation Science, 13*(1), 93. https://doi.org/10.1186/s13012-018-0787-9

Sotero, M. (2006). A conceptual model of historical trauma: Implications for public health practice and research. *Journal of Health Disparities Research and Practice, 1*(1), 93.

Sparrow, K., Dickson, H., Kwan, J., Howard, L., Fear, N. et MacManus, D. (2020). Prevalence of self-reported intimate partner violence victimization among military personnel: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 21*(3), 586-609. https://doi.org/10.1177/1524838018782206

Sripada, R. K., Blow, F. C., Rauch, S. A., Ganoczy, D., Hoff, R., Harpaz-Rotem, I. et Bohnert, K. M. (2019). Examining the nonresponse phenomenon: Factors associated with treatment response in a national sample of veterans undergoing residential PTSD treatment. *Journal of Anxiety Disorders, 63*, 18-25. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.02.001

Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W. et Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *JAMA, 314*(5), 489-500. https://doi.org/10.1001/jama.2015.8370

Steenkamp, M. M., Schlenger, W. E., Corry, N., Henn-Haase, C., Qian, M., Li, M., . . . Marmar, C. (2017). Predictors of PTSD 40 years after combat: Findings from the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. *Depression and Anxiety, 34*(8), 711-722. https://doi.org/10.1002/da.22628

Stefanovics, E. A., Potenza, M. N. et Pietrzak, R. H. (2018). The physical and mental health burden of obesity in U.S. veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Psychiatric Research, 103*, 112-119. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.016

Stevelink, S. A., Jones, N., Jones, M., Dyball, D., Khera, C. K., Pernet, D., . . . Greenberg, N. (2019). Do serving and ex-serving personnel of the UK armed forces seek help for perceived stress, emotional or mental health problems? *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), 1556552. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1556552

Stirman, S. W., Finley, E. P., Shields, N., Cook, J., Haine-Schlagel, R., Burgess, J. F., . . . Monson, C. (2017). Improving and sustaining delivery of CPT for PTSD in mental health systems: A cluster randomized trial. *Implementation Science, 12*(1), 32. https://doi.org/10.1186/s13012-017-0544-5

Stirman, S. W., Gutner, C. A., Crits-Christoph, P., Edmunds, J., Evans, A. C. et Beidas, R. S. (2015a). Relationships between clinician-level attributes and fidelity-consistent and fidelity-inconsistent modifications to an evidence-based psychotherapy. *Implementation Science, 10*(115). https://doi.org/10.1186/s13012-015-0308-z

Stirman, S. W., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F. et Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: A review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science, 7*(1), 17-17. https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-17

Stirman, S. W., Matza, A., Gamarra, J., Toder, K., Xhezo, R., Evans, A. C., . . . Creed, T. (2015b). System-level influences on the sustainability of a cognitive therapy program in a community behavioral health network. *Psychiatric Services, 66*(7), 734-742. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400147

Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S. et Haynes, R. B. (2018). *Evidence-based medicine e-book: How to practice and teach EBM*. Elsevier Health Sciences.

Stuart, H., Chen, S. P., Christie, R., Dobson, K., Kirsh, B., Knaak, S., . . . Whitley, R. (2014). Opening minds in Canada: Targeting change. *Canadian Journal of Psychiatry, 59*(suppl. 1), S13-18. https://doi.org/10.1177/070674371405901s05

Syed Sheriff, R., Van Hooff, M., Malhi, G., Grace, B. et McFarlane, A. (2020). Childhood trauma and the impact of deployment on the development of mental disorder in military males. *Psychological Medicine, 50*(5), 818-826. https://doi.org/10.1017/S0033291719000655

Szeto, A., Dobson, K. S. et Knaak, S. (2019). The road to mental readiness for first responders: A meta-analysis of program outcomes. *Canadian Journal of Psychiatry, 64*(suppl. 1), 18S-29S. https://doi.org/10.1177/0706743719842562

Tannahill, H. S., Livingston, W. S., Fargo, J. D., Brignone, E., Gundlapalli, A. V. et Blais, R. K. (2020). Gender moderates the association of military sexual trauma and risk for psychological distress among VA-enrolled veterans. *Journal of Affective Disorders, 268*, 215-220. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.017

Taylor, C. B., Fitzsimmons-Craft, E. E. et Graham, A. K. (2020). Digital technology can revolutionize mental health services delivery: The COVID-19 crisis as a catalyst for change. *International Journal of Eating Disorders, 53*(7), 1155-1157. https://doi.org/10.1002/eat.23300

Terra, J. D. R., et Berssaneti, F. T. (2019). Hospital accreditation and its impacts on quality culture. *New Global Perspectives on Industrial Engineering and Management*, 325-332.

Thomas, M. M., Harpaz-Rotem, I., Tsai, J., Southwick, S. M. et Pietrzak, R. H. (2017). Mental and physical health conditions in US combat veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Primary Care Companion for CNS Disorders, 19*(3). https://doi.org/10.4088/PCC.17m02118

Thompson, J. M., MacLean, M. B., Roach, M. B., Banman, M., Mabior, J. et Pedlar, D. (2016a). *A well-being construct for veterans' policy, programming and research*. Research Directorate, Anciens Combattants Canada. http://www.cimvhr.ca/documents/Thompson%202016%20Well-Being%20Tech%20Report%20FINAL%2007Sept2016.pdf

Thompson, J. M., MacLean, M. B., Van Til, L., Sudom, K., Sweet, J., Poirier, A., . . . Pedlar, D. (2011). Enquête sur la transition à la vie civile : Rapport sur les vétérans de la force régulière. Direction de la recherche, Anciens Combattants Canada. https://https://www.veterans.gc.ca/fra/about-vac/research/research-directorate/publications/reports/survey-trans-exec

Thompson, J. M., Sweet, J., VanTil, L., Poirier, A. et MacKinnon, K. (2016b). Corrélation des problèmes de santé mentale chez les vétérans des Forces armées canadiennes – Enquête sur la vie après le service militaire de 2013. Research Directorate, Anciens Combattants Canada. https://https://www.veterans.gc.ca/fra/about-vac/research/research-directorate/publications/reports/correlates-mental-health-lass-2013

Thompson, J. M., Van Til, L., Poirier, A., Sweet, J., McKinnon, K., Sudom, K., . . . Pedlar, D. (2014). *Santé et bien-être des vétérans des Forces canadiennes : Conclusions de l'Enquête sur la vie après le service militaire de 2013*. Direction de la recherche, Anciens Combattants Canada. https://https://www.veterans.gc.ca/pdf/about-us/research-directorate/2013-survey-caf-health_f.pdf

Timko, C., et Cucciare, M. A. (2020). Behavioral health approaches to preventing and treating substance use disorders. In B. L. Levin et A. Hanson (Eds.), *Foundations of behavioral health* (p. 45-70). Springer.

Tolin, D. F., et Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin, 132*(6), 959-992. https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959

Trautmann, S., Goodwin, L., Höfler, M., Jacobi, F., Strehle, J., Zimmermann, P. et Wittchen, H. U. (2017). Prevalence and severity of mental disorders in military personnel: A standardised comparison with civilians. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 26*(2), 199-208. https://doi.org/10.1017/S204579601600024X

Turgoose, D., et Murphy, D. (2019). A systematic review of interventions for supporting partners of military Veterans with PTSD. *Journal of Military, Veteran and Family Health, 5*(2), 195-208. https://doi.org/10.3138/jmvfh.2018-0035

U.S. Department of Defense. (2018). 2018 demographics. *Profile of the military community*. http://download.militaryonesource.mil/12038/MOS/Reports/2018-demographics-report.pdf

US Department of Veterans' Affairs. (2019). *VA research in action: Collaborative care for mental health*. https://www.research.va.gov/research_in_action/Collaborative-care-for-mental-health.cfm

US Department of Veterans Affairs, & Department of Defense. (2019). *VA/DoD clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide*. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADoDSuicideRiskFullCPGFinal5088212019.pdf

Utzon-Frank, N., Breinegaard, N., Bertelsen, M., Borritz, M., Eller, N. H., Nordentoft, M., . . . Bonde, J. P. (2014). Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 40*(3), 215-229. https://doi.org/10.5271/sjweh.3420

Valentine, S. E., Shipherd, J. C., Smith, A. M. et Kauth, M. R. (2019). Improving affirming care for sexual and gender minority veterans. *Psychological Services, 10.1037*, ser0000378. https://doi.org/10.1037/ser0000378

van Dam, D., Vedel, E., Ehring, T. et Emmelkamp, P. M. G. (2012). Psychological treatments for concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 32*(3), 202-214. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.004

Van Hooff, M., Hodson, S., Lorimer, M. et McFarlane, A. (2012). *Stigma and barriers to care in the ADF - a detailed analysis: Results from the 2010 ADF Mental Health Prevalence and Wellbeing dataset: Report for Joint Health Command*. Department of Defence.

Van Hooff, M., Lawrence-Wood, E., Hodson, S., Sadler, N., Benassi, H., Hansen, C., . . . McFarlane, A. (2018). *Mental health prevalence, Mental Health and Wellbeing Transition Study*. Department of Defence and Department of Veterans' Affairs. https://www.dva.gov.au/documents-and-publications/mental-health-prevalence-report

Van Hooff, M., Lawrence-Wood, E., Sadler, N., Hodson, S., Benassi, H., Daraganova, G., . . . McFarlane, A. (2019). *Transition and Wellbeing Research Programme: Key findings report*. Department of Defence and Department of Veterans' Affairs. https://www.dva.gov.au/documents-and-publications/transition-and-wellbeing-research-programme-key-findings

Walker, E. A., Katon, W., Russo, J., Ciechanowski, P., Newman, E. et Wagner, A. W. (2003). Health care costs associated with posttraumatic stress disorder symptoms in women. *Archives of General Psychiatry, 60*(4), 369-374. https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.4.369

Wang, L., Seelig, A., Wadsworth, S. M., McMaster, H., Alcaraz, J. E. et Crum-Cianflone, N. F. (2015). Associations of military divorce with mental, behavioral, and physical health outcomes. *BMC Psychiatry, 15*(1), 128. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0517-7

Ward, V., House, A. et Hamer, S. (2009). Developing a framework for transferring knowledge into action: A thematic analysis of the literature. *Journal of Health Services Research & Policy, 14*(3), 156-164. https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.008120

Warner, C. H., Appenzeller, G. N., Grieger, T., Belenkiy, S., Breitbach, J., Parker, J., . . . Hoge, C. (2011). Importance of anonymity to encourage honest reporting in mental health screening after combat deployment. *Archives of General Psychiatry, 68*(10), 1065-1071. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.112

Watts, B. V., Schnurr, P. P., Zayed, M., Young-Xu, Y., Stender, P. et Llewellyn-Thomas, H. (2015). A randomized controlled clinical trial of a patient decision aid for posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services, 66*(2), 149-154. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400062

Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., . . . Gibbons, R. D. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry, 69*(3), 274-282. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147

Wilson, G., Hill, M. et Kiernan, M. D. (2018). Loneliness and social isolation of military veterans: Systematic narrative review. *Occupational Medicine, 68*(9), 600-609. https://doi.org/10.1093/occmed/kqy160

Woltmann, E. M., Whitley, R., McHugo, G. J., Brunette, M., Torrey, W. C., Coots, L., . . . Drake, R. E. (2008). The role of staff turnover in the implementation of evidence-based practices in mental health care. *Psychiatric Services, 59*(7), 732-737. https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.7.732

Yano, E. M., Hayes, P., Wright, S., Schnurr, P. P., Lipson, L., Bean-Mayberry, B. et Washington, D. L. (2010). Integration of women veterans into VA quality improvement research efforts: what researchers need to know. *Journal of General Internal Medicine, 25*(suppl. 1), 56-61. https://doi.org/10.1007/s11606-009-1116-4

Zhou, T., Li, X., Pei, Y., Gao, J. et Kong, J. (2016). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 16*(356). https://doi.org/10.1186/s12888-016-1061-9

Zlotnick, C., Franklin, C. et Zimmerman, M. (2002). Does “subthreshold” posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Comprehensive Psychiatry, 43*(6), 413-419. https://doi.org/https://doi.org/10.1053/comp.2002.35900

Zlotnick, C., Rodriguez, B. F., Weisberg, R. B., Bruce, S. E., Spencer, M. A., Culpepper, L. et Keller, M. B. (2004). Chronicity in posttraumatic stress disorder and predictors of the course of posttraumatic stress disorder among primary care patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(2), 153-159. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000110287.16635.8e

INSTITUT ATLAS POUR LES VÉTÉRANS ET LEUR FAMILLE

Phoenix AUSTRALIA | CENTRE FOR POSTTRAUMATIC MENTAL HEALTH