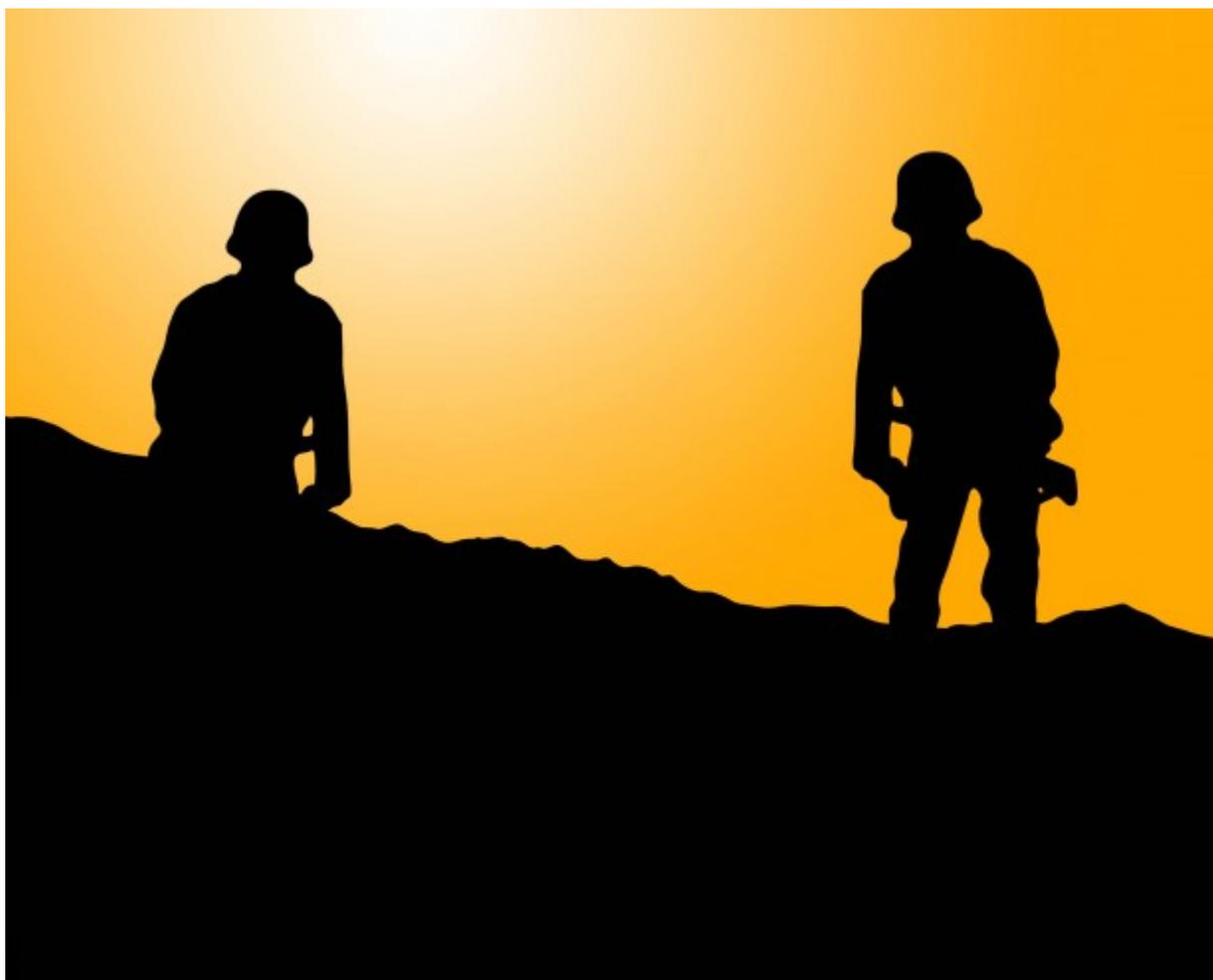


Rapport du Comité d'experts sur la santé mentale de 2016

Prévention du suicide

dans les Forces armées canadiennes



**Rapport du Comité d'experts sur la
santé mentale de 2016
Prévention du suicide
dans les Forces armées canadiennes**

Auteurs : Jitender Sareen, M.D.
Pamela L. Holens, Ph.D.
Sarah Turner, M.Sc.
Université du Manitoba

Auteur principal : Jitender Sareen
Sareen@umanitoba.ca
PZ433-771, avenue Bannatyne
Winnipeg (Manitoba) Canada R3E 3N4

Col Rakesh Jetly, M.D., FRCPC
Conseiller en santé mentale, Direction de la santé mentale

Le 28 mars 2017

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| SOMMAIRE | 4 |
| GUIDE DE RÉFÉRENCE RAPIDE..... | 5 |
| CONTEXTE | 6 |
| CONTEXTE | 6 |
| OBJECTIFS | 6 |
| MÉTHODES..... | 6 |
| MEMBRES DU COMITÉ..... | 6 |
| PRINCIPALES CONSTATATIONS..... | 7 |
| MISES EN GARDE | 8 |
| RECOMMANDATIONS | 9 |
| 1. CRÉER LE POSTE DE COORDONNATEUR DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE LA PRÉVENTION DU SUICIDE DES S Svc FC | 9 |
| 2. ASSURER L'ANALYSE MULTIDISCIPLINAIRE SYSTÉMATIQUE DES CAS DE DÉCÈS PAR SUICIDE PARMI LES MEMBRES DES FAC DEPUIS 2010..... | 11 |
| 3. OFFRIR UNE FORMATION À L'ÉVALUATION DU RISQUE DE SUICIDE ET À LA PLANIFICATION DE LA SÉCURITÉ | 13 |
| 4. EFFECTUER DES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES LIÉES AU SUICIDE AUPRÈS DES PERSONNES AYANT DES ANTÉCÉDENTS D'AUTOMUTILATION | 15 |
| 5. ENVOYER DES LETTRES OU FAIRE DES APPELS DE SUIVI APRÈS UNE CRISE DE SANTÉ MENTALE..... | 17 |
| 6. EXAMINER LES PRATIQUES EXEMPLAIRES POUR DÉPISTER LES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE ET LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES DURANT LE RECRUTEMENT, AINSI QU'AVANT ET APRÈS LE DÉPLOIEMENT..... | 19 |
| 7. ASSURER UN SOUTIEN ACCRU DURANT LA TRANSITION VERS LA VIE CIVILE | 21 |
| 8. OFFRIR UN TRAITEMENT FONDÉ SUR LES DONNÉES PROBANTES EN CAS DE PROBLÈMES CONCOMITANTS DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE..... | 23 |
| 9. ADOPTER DES APPROCHES NOVATRICES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS FONDÉS SUR LES DONNÉES PROBANTES | 25 |
| 10. ASSURER UNE COUVERTURE MÉDIATIQUE SÉCURITAIRE DES SUICIDES | 27 |
| 11. FAIRE PARTICIPER LES PATIENTS ET LES FAMILLES AUX TRAITEMENTS ET À LA PLANIFICATION DES PROGRAMMES | 29 |
| RÉFÉRENCES | 31 |
| ANNEXES | 37 |
| ANNEXE A : QUESTIONS À SE POSER AU MOMENT DE MENER UNE ANALYSE SYSTÉMATIQUE DES CAS DE SUICIDE AU SEIN DES FORCES ARMÉES CANADIENNES..... | 37 |
| ANNEXE B : LETTRE DE SUIVI DE SOLLICITUDE..... | 38 |

SOMMAIRE

Contexte : Le Comité d'experts sur la prévention du suicide s'est réuni du 23 au 26 octobre 2016 afin de revoir les pratiques en vigueur et de faire des recommandations sur les stratégies de prévention du suicide des Services de santé des Forces canadiennes (S Svc FC). Les membres du Comité sont des experts en la matière du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni, ainsi que des représentants d'Anciens Combattants Canada (ACC).

Objectifs : Le Comité d'experts a examiné les données probantes et les pratiques exemplaires en ce qui concerne la prévention du suicide au sein des populations civiles et militaires, révisé les composantes des services en santé mentale et des programmes de prévention du suicide des S Svc FC, analysé la pertinence de ces services et programmes par rapport aux pratiques exemplaires actuelles fondées sur les données probantes, cerné les aspects à améliorer dans les services de santé mentale et les efforts de prévention du suicide des S Svc FC et proposé d'approfondir certains aspects plus précis afin d'améliorer ces efforts.

Résultats : Le Comité a appris qu'il y a eu en moyenne 16,6 décès par suicide chaque année au sein de la Force régulière et de la Première Réserve des Forces armées canadiennes (FAC) combinées (11 et 25, respectivement) au cours des dix dernières années et que l'accès aux services de santé mentale et leur disponibilité sont meilleurs pour les militaires actifs ayant des comportements suicidaires que pour la population civile canadienne. Le Comité a cerné de nombreux facteurs liés aux comportements suicidaires; toutefois, puisque le suicide est un comportement, le Comité reconnaît qu'il est extrêmement difficile à prévoir à l'échelle individuelle. Même s'il vise à ce qu'aucun suicide ne survienne au sein des membres de la Force régulière des FAC, le Comité convient qu'il est impossible de prévenir tous les suicides.

Recommandations : Le Comité fait en tout 11 suggestions pour améliorer l'approche adoptée face à la prévention du suicide aux S Svc FC : 1) créer le nouveau poste de coordonnateur de l'amélioration de la qualité de la prévention du suicide au sein des FAC; 2) mener une analyse multidisciplinaire systématique des cas de suicide chez les membres des FAC au cours des sept dernières années; 3) accroître la formation à l'évaluation des risques de suicide et à la planification de la sécurité du personnel des soins primaires et des soins de santé mentale spécialisés; 4) mener une évaluation des besoins de formation aux interventions psychosociales liées au suicide pour les personnes ayant des antécédents d'automutilation; 5) envisager d'instaurer un protocole d'appels de suivi après une crise liée à la santé mentale; 6) examiner les pratiques exemplaires pour dépister les troubles de santé mentale et les comportements suicidaires durant le recrutement, ainsi qu'avant et après le déploiement; 7) créer un groupe de travail pour élaborer des stratégies optimales de soutien au bien-être et de la prévention du suicide adaptées aux membres des FAC et aux anciens combattants qui passent de la vie militaire à la vie civile; 8) envisager des traitements fondés sur les données probantes qui permettent le traitement intégré plutôt que séquentiel des dépendances et des troubles de santé mentale; 9) examiner les façons d'offrir des interventions psychologiques et pharmacologiques par des modes de prestation novateurs (Internet, téléphone, salle de classe) afin d'en améliorer l'accessibilité pour les membres des FAC; 10) encourager une couverture médiatique sécuritaire des suicides auprès des journalistes, éditeurs et reporters canadiens; et 11) faire participer les patients et les familles au traitement et à la planification des programmes.

Conclusions : Les S Svc FC offrent au personnel militaire des soins en santé mentale de la meilleure qualité. Les recommandations précédentes reposent sur les toutes dernières données probantes issues de la recherche. La mise en œuvre de ces recommandations mettra les S Svc FC en tête de peloton de la prestation de soins remarquables aux militaires aux prises avec des comportements suicidaires.

**Recommandations du Comité d'experts pour la prévention du suicide
dans les Forces armées canadiennes (FAC)**

1. Créer le poste de coordonnateur de l'amélioration de la qualité en prévention du suicide des FAC
2. Mener une analyse systématique des cas de suicide chez les membres des FAC depuis 2010
3. Accroître l'évaluation des risques de suicide et la planification de la sécurité
4. Mener une évaluation des besoins en interventions psychosociales liées au suicide
5. Envisager d'instaurer un protocole d'appels de suivi après une crise liée à la santé mentale
6. Examiner les pratiques exemplaires pour dépister les troubles de santé mentale et les comportements suicidaires lors du recrutement et avant le déploiement
7. Créer un groupe de travail pour élaborer des services de soutien à offrir aux membres des FAC qui retournent à la vie civile
8. Offrir un traitement intégré des dépendances et troubles de santé mentale
9. Envisager d'adopter des méthodes novatrices de faire des interventions psychologiques et pharmacologiques (c.-à-d. technologie)
10. Encourager une couverture médiatique sécuritaire des suicides
11. Faire participer les patients et les familles à la planification des programmes

CONTEXTE

Contexte

Dans l'ensemble, le taux de suicide des membres actifs des FAC semble avoir été stable au cours des vingt dernières années, même s'il a augmenté au sein de l'Armée de terre¹. Il existe très peu de données sur le taux de suicide des anciens combattants (anciens membres des FAC qui ne sont plus actifs). Cependant, une étude de couplage des données faite en 2010 indique que le taux de décès par suicide était en moyenne 1,42 fois supérieur chez les anciens combattants et 2,5 fois supérieur chez les anciennes combattantes que chez les Canadiens du même groupe d'âge de la population en général au cours de la période d'étude, qui s'est échelonnée sur 35 ans, soit de 1975 à 2006. Le Comité d'experts sur la prévention du suicide s'est réuni du 23 au 26 octobre 2016 afin de revoir les stratégies de prévention du suicide des Services de santé des Forces canadiennes (S Svc FC) et de formuler des recommandations.

Objectifs

Le Comité d'experts avait cinq grands objectifs :

- 1) Examiner les données probantes et les pratiques exemplaires en matière de prévention du suicide au sein des populations civile et militaire et au sein des anciens combattants.
- 2) Examiner les composantes des services en santé mentale et des programmes de prévention du suicide des S Svc FC.
- 3) Évaluer la pertinence des services en santé mentale et des programmes de prévention du suicide des S Svc FC par rapport aux pratiques exemplaires fondées sur les données probantes actuellement en vigueur.
- 4) Cerner les aspects des services en santé mentale et des efforts de prévention du suicide des S Svc FC à améliorer.
- 5) Suggérer certains aspects précis à approfondir afin d'améliorer les efforts de prévention du suicide.

Méthodes

Le Comité d'experts compte des membres provenant du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni, ainsi que des représentants d'Anciens Combattants Canada (ACC). Ses délibérations se sont échelonnées sur trois jours. Le premier jour a été consacré à examiner les programmes et les systèmes en place au sein des FAC, puis à en déterminer les forces, les faiblesses et les lacunes. Le deuxième jour a permis à chaque membre du Comité de faire une présentation pour mettre à profit leur savoir et leur expertise dans leur domaine de spécialisation de la prévention du suicide. Enfin, le dernier jour a laissé place à une discussion structurée visant à formuler des suggestions pour améliorer les façons de prévenir le suicide.

Membres du Comité

Président

- D^r Jitender Sareen, professeur et chef du Département de psychiatrie, Université du Manitoba

Coprésident

- D^r Rakesh Jetly, psychiatre principal des Forces armées canadiennes

Équipe de recherche

- D^r Pamela L. Holens, psychologue clinique, professeure adjointe en psychologie clinique de la santé, Université du Manitoba

- M^{me} Sarah Turner, M. Sc., Université du Manitoba
- D^r Cara Katz, Université du Manitoba

Experts canadiens

- D^{re} Natalie Mota, professeure adjointe en psychologie clinique de la santé, Université du Manitoba
- D^r Sidney Kennedy, professeur de psychiatrie, Université de Toronto
- D^r Marnin Heisel, psychologue clinique, professeur agrégé, Université Western Ontario
- D^r Ken Cooper, professeur agrégé de psychiatrie, Université Dalhousie
- D^r Ayal Schaffer, professeur agrégé de psychiatrie, Université de Toronto
- D^r Jim Thompson, conseiller médical, Direction de la recherche, Anciens Combattants Canada
- D^r Alexandra Heber, psychiatre en chef, Anciens Combattants Canada

Experts étrangers

- Kate Comtois, Ph. D, professeure agrégée de psychiatrie et des sciences du comportement, Université de Washington, États-Unis
- D^r Murray Stein, professeur distingué de psychiatrie et de médecine familiale, Université de California, San Diego, États-Unis
- D^r Johan Hammes, psychiatre consultant du ministère de la Défense du Royaume-Uni, Royaume-Uni



Principales constatations

1. Au cours des dix dernières années, il y a eu en moyenne 16,6 décès par suicide chaque année au sein de la Force régulière et de la Première Réserve des Forces armées canadiennes (FAC) combinées (11 et 25, respectivement)¹. L'enquête nationale des Forces canadiennes de 2013 a permis de constater une prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide de 4,3 % et de 0,4 %, respectivement² au cours de la dernière année.

2. L'accès aux services de santé mentale et leur disponibilité sont meilleurs pour les militaires actifs ayant des comportements suicidaires que pour la population civile canadienne^{2,3}.
3. Les facteurs de risque des comportements suicidaires chez le personnel militaire et les anciens combattants sont notamment des antécédents d'automutilation, le sexe masculin, des expériences néfastes durant l'enfance⁴, des problèmes de santé mentale⁵, la toxicomanie, des problèmes de santé physique⁶, des difficultés relationnelles, des problèmes légaux⁷, une hospitalisation psychiatrique récente⁸, l'accès à des moyens létaux⁹, des conflits interpersonnels, une période de transition après avoir servi dans les FAC⁶ et des problèmes financiers¹⁰. Le déploiement ne semble pas être associé aux comportements suicidaires. Cela dit, l'exposition à des événements traumatisants pendant le déploiement (combat, observation d'atrocités) présente un lien ténu, mais important avec les comportements suicidaires^{11,12}.
4. Malgré les efforts pour réduire les stigmates et accroître les services en santé mentale au Canada, on admet que, dans la population générale canadienne et américaine, la prévalence du suicide s'est accrue au fil des ans ou est demeuré stable^{2,3}. On s'entend pour dire qu'il faut concentrer les interventions sur les comportements suicidaires en particulier, en plus de promouvoir la résilience psychologique, ainsi que de déceler et de traiter les troubles mentaux.
5. Bien qu'il existe une abondante littérature sur les facteurs de risque de comportements suicidaires, il est difficile de prévoir de tels comportements chez une personne à court terme¹³.
6. Dans le monde entier, la prévalence du suicide au sein de la population générale est probablement sous-estimée d'environ 30 %. Certains cas de décès de cause indéterminée et de décès accidentels (p. ex. accidents d'automobile, décès par surdose) peuvent être mal catégorisés¹⁴.
7. Suivant les recommandations faites en 2009 par le Comité d'experts, les FAC ont investi pour améliorer l'accès aux services de santé mentale, élaboré le programme de formation *En route vers la préparation mentale (RVPM)* pour mieux sensibiliser aux problèmes de santé mentale et accroître le besoin de soins perçu, de même que mené des enquêtes épidémiologiques de pointe qui offrent des données longitudinales sur les besoins en santé mentale de la population canadienne.
8. Le Comité d'experts a appris qu'il n'existe, au sein des S Svc FC, aucun établissement de santé mentale disposant de lits pour accueillir le personnel militaire qui doit être hospitalisé pour problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.

Mises en garde

1. Le Comité reconnaît que le suicide est un comportement extrêmement difficile à prévoir chez une personne.
2. Même si le but est qu'aucune personne ne meurt par suicide au sein des membres de la Force régulière des FAC, le Comité convient qu'il est impossible de prévenir tous les suicides.
3. Il est important de prendre conscience que les prestataires de soins peuvent ressentir de l'embarras, du stress, un deuil, de la culpabilité et une crainte de représailles lorsqu'ils font face à un suicide dans le cadre de leur pratique. Il faut donc examiner soigneusement ces cas de décès afin de cerner les aspects à améliorer.

RECOMMANDATIONS

1. *Créer le poste de coordonnateur de l'amélioration de la qualité de la prévention du suicide des S Svc FC*

Justification et revue de la littérature

Il est bien établi que le suicide est un problème de santé publique complexe qui nécessite une intervention auprès des individus, des familles et du système¹⁵⁻¹⁷. La plupart des stratégies de prévention du suicide les plus fructueuses ont exigé un effort coordonné pour que les problèmes de santé mentale soient cernés et traités, que les traitements fondés sur les données probantes soient offerts en temps opportun et que les stigmates soient réduits au minimum, tout en veillant à améliorer les connaissances sur la santé mentale^{18, 19}. Voici quelques exemples de programmes de préventions du suicide mis en œuvre au sein de grands systèmes qui se sont avérés efficaces pour réduire le taux de suicide.

Le Programme de prévention du suicide au sein de l'aviation américaine (US Air Force Suicide Program)¹⁸ vise à changer la culture organisationnelle : 1) par un engagement solide de la haute direction à réduire le suicide; 2) par une formation de tous les membres de l'Aviation pour qu'ils aient les compétences et les connaissances nécessaires pour intervenir en cas d'idées suicidaires, et 3) en encourageant tous les membres de l'Aviation de prendre la responsabilité de se soucier des autres (*buddy care*). Une analyse de cohorte de plus de 5 millions de militaires a démontré une réduction du taux de suicide de 33 % durant l'intervention par rapport à la période précédant l'intervention.

La reconnaissance et le traitement de la dépression par des efforts coordonnés à l'échelle du système des soins de santé et des services sociaux ont permis de réduire le nombre de suicides^{19, 20}. Deux grands projets en ce sens ont été menés en Hongrie et en Allemagne. Les deux ont été associés à la réduction des tentatives de suicide et des décès par suicide. Dernièrement, le Henry Ford Health System a suscité beaucoup d'intérêt après avoir mis en place le programme d'amélioration de la qualité des soins *Perfect Depression*. Ce programme a permis de réduire le taux de suicide de 75 %. Selon un rapport de Coffey et Coffey, la clé de la réussite du programme est : 1) l'établissement d'un partenariat avec les patients pour concevoir le programme dans le cadre d'un comité consultatif et le renforcement de ce partenariat tout au long de la planification des traitements et du processus de soins; 2) l'élaboration d'un modèle de soins planifiés comportant la stratification du risque en trois niveaux et des interventions connexes, en mettant l'accent sur la restriction des moyens, 3) l'établissement et le maintien des compétences et de la formation de tous les cliniciens en thérapie cognitive-comportementale, 4) de solides techniques d'amélioration du rendement, et 5) un meilleur accès pour les patients, notamment des consultations médicales sans rendez-vous, accès amélioré aux soins le même jour et consultations par courriel²¹. Même s'il a été mis en évidence par l'observation que ces interventions multi systémiques complexes peuvent entraîner une diminution du nombre de suicides, de nombreux auteurs soulignent l'importance de procéder à l'évaluation approfondie et indépendante des programmes avant leur diffusion à grande échelle^{22, 23}.

Le Département américain des anciens combattants (United States Department of Veterans Affairs)²⁴ a créé un plan national coordonné de prévention du suicide. Ce plan prévoit : 1) l'ajout

d'un coordonnateur de la prévention du suicide à chaque centre médical des anciens combattants; 2) un système de repérage dans le dossier de santé électronique normalisé pour identifier les anciens combattants à risque élevé de suicide, 3) un accent mis sur la planification de la sécurité et la restriction des moyens pour les anciens combattants à risque élevé, 4) la mise en place d'une ligne téléphonique nationale de crise pour les anciens combattants, 5) des programmes éducatifs obligatoires sur le suicide à l'intention du personnel et 6) une recherche sur les aspects biologiques et cliniques de la prévention du suicide²⁴. Il convient de noter que, contrairement au Canada, les États-Unis disposent d'une stratégie nationale pour la prévention du suicide, qui offre un cadre et des ressources à un certain nombre de services et d'initiatives connexes.

Contexte actuel des FAC

Comme le démontrent ces exemples, il existe dans la littérature des données probantes qui appuient l'adoption d'une approche systématique coordonnée à plusieurs niveaux pour réduire le taux de suicide. À l'heure actuelle, les FAC consentent beaucoup d'efforts coordonnés qui permettent de mieux faire connaître les problèmes de santé mentale, de se concentrer sur la réduction des stigmates et d'augmenter l'accès aux services en santé mentale fondés sur les données probantes²⁵⁻²⁷. On a noté certaines améliorations, comme des temps d'attente réduits et une prestation de traitements fondés sur les données probantes pour les problèmes de santé mentale et de toxicomanies³. À notre connaissance, il n'existe aucun coordonnateur de l'amélioration de la qualité (AQ) de la prévention du suicide des FAC pour assurer la formation, la sensibilisation et l'évaluation au sein des FAC pour le moment.

Recommandation

Le Comité d'experts recommande la création d'un nouveau poste : celui de coordonnateur à l'AQ de la prévention du suicide des S Svc FC. À l'image du système des anciens combattants des États-Unis, le coordonnateur se concentrera sur les projets d'AQ de la prévention du suicide fondés sur des données dans l'ensemble du système de santé des FAC. Le coordonnateur de l'AQ de la prévention du suicide des FAC verrait à mettre sur pied un comité consultatif des patients, à examiner les caractéristiques des cas de suicide, à élaborer un registre des tentatives de suicide, à déterminer les besoins du personnel en matière de formation aux interventions liées au suicide (planification de la sécurité, thérapie cognitive-comportementale, gestion des médicaments, gestion de crise), à cerner les besoins de sensibilisation au sein des soins primaires afin de reconnaître et de traiter la dépression, à cerner les lacunes dans les services, à consulter les cliniciens en santé mentale qui travaillent avec les patients à risque élevé et à élaborer des interventions auprès de la famille et des prestataires de soins après le suicide.

Mises en garde

Puisque le coordonnateur de l'AQ de la prévention du suicide des S Svc FC sera nommé à un nouveau poste, ses rôles et responsabilités devront être soigneusement définis et évalués. Le coordonnateur devra posséder de solides compétences en soins cliniques, en communication, en enseignement et en évaluation. Il verra à examiner les recommandations du présent Comité d'experts et à y donner suite.

2. Assurer l'analyse multidisciplinaire systématique des cas de décès par suicide parmi les membres des FAC depuis 2010

Justification et revue de la littérature

Le Comité d'experts a appris que les S Svc FC mènent un examen technique des suicides par des professionnels de la santé (examen technique) depuis 2010 et publie une analyse systématique annuelle de ces examens techniques, accompagnée de recommandations, depuis 2011. Les FAC devraient envisager de procéder à une revue générale systématique des examens techniques menés depuis 2010 (~100) afin de cerner et d'analyser les facteurs de risques précis et les possibilités de prévention. Un tel examen serait utile pour mettre en œuvre les stratégies de prévention du suicide ciblées.

Malgré le grand nombre de facteurs de risque de suicide bien établis dans la littérature, les FAC ne font à ce jour aucun examen détaillé des cas de suicide. Ainsi, il est prouvé que le fait de restreindre l'accès aux armes à feu prévient le suicide⁹. Cependant, on ne sait pas si l'accès restreint aux armes à feu réduirait le nombre de suicides dans les FAC, surtout parce que les militaires n'ont pas accès aux armes militaires en dehors des pratiques et de l'entraînement ou en missions de combat. Une vaste étude de cohorte du Royaume-Uni s'est penchée sur le lien qui existe entre la mise en place de politiques spécifiques sur la prévention du suicide et les taux de suicide²⁸. Elle a permis de conclure que les services de santé mentale qui ont mis en place une politique prévoyant un examen multidisciplinaire des cas de suicide ont vu une diminution marquée du taux de suicide après la mise en œuvre de cette politique²⁸. Ainsi, dans le cadre d'une analyse systématique de 102 cas de suicide au Nouveau-Brunswick, Seguin et coll.²⁹ ont eu recours à un groupe de chercheurs, de cliniciens, de planificateurs provinciaux et de consommateurs. Chaque cas a été systématiquement analysé afin de découvrir tout besoin non comblé à l'échelon de l'individu, du programme et du système, puis les chercheurs ont fait certaines recommandations pour améliorer la promotion publique, mener des campagnes de perfectionnement professionnel et améliorer la coordination des programmes²⁹.

Contexte actuel des FAC

Bien que les FAC aient mené des examens techniques depuis 2010, elles ne font à ce jour aucune analyse systématique ni rapport sur les décès à la suite de ces examens techniques. Une telle analyse pourrait suggérer certaines améliorations à apporter au système de soins de santé. Il est bien connu que le risque de suicide est très élevé pendant une crise de santé mentale. Le Comité d'experts a appris que les S Svc FC ne disposent d'aucun établissement pour accueillir les militaires qui ont besoin d'être hospitalisés pour des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Lorsque de tels soins sont nécessaires, les militaires doivent être admis dans un centre de désintoxication privé ou un hôpital public. La communication entre le système militaire des soins de santé mentale externes et le système de soins de santé d'urgence et internes durant une crise aiguë et au cours de la planification subséquente du congé est importante puisqu'il s'agit d'une période de risque accru. Il est souhaitable de revoir le processus qui s'enclenche lorsqu'un militaire ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie a besoin d'être admis dans un établissement de soins de santé mentale ou un centre de désintoxication.

Recommandation

Le Comité d'experts recommande qu'une analyse systématique de tous les examens techniques menés depuis 2010 soit effectuée afin d'établir les facteurs liés à ces décès (p. ex., facteurs contextuels et biopsychosociaux), puis de cerner les possibilités de prévention et d'intervention. Ces analyses doivent être menées avec sensibilité et respect dans le but d'améliorer les futurs soins, et non de blâmer qui que ce soit. Il faut faire un examen attentif des lacunes possibles dans la réponse aux besoins lors du traitement pharmacologique ou psychosocial. L'annexe A compte certaines questions à se poser pour analyser les cas de suicide. Ces exemples de questions pouvant préciser l'analyse des cas de suicide et portant notamment sur les programmes d'intervention et de prévention, peuvent être adaptés au contexte des FAC, selon leurs besoins.

Mises en garde

En raison d'un petit nombre de suicides au sein des FAC, il peut s'avérer difficile de faire des recommandations de portée générale. Néanmoins, le présent examen peut donner d'importantes indications quant aux types de stratégies d'amélioration de la qualité de la prévention du suicide à privilégier dans les années à venir.

3. Offrir une formation à l'évaluation du risque de suicide et à la planification de la sécurité

Justification et revue de la littérature

Il existe une littérature abondante sur les facteurs de risque de suicide, sur l'évaluation du risque de suicide¹³ et sur la planification de la sécurité^{5, 30}. Un examen détaillé de ces sujets se trouve dans plusieurs articles publiés^{5, 24, 30}.

Un récent rapport du Clinical Care and Intervention Task Force (groupe de travail sur les interventions et les soins cliniques) présenté au US National Action Alliance Task Force (<http://actionallianceforsuicideprevention.org/task-force/clinicalcare>) est d'avis que la réduction des cas de suicide nécessite l'adoption de trois approches dans la gestion du système : 1) la mise en place dans tous les établissements de santé et de santé comportementale de politiques et de procédures axées sur le dépistage et la gestion des personnes à risque de suicide qui souhaitent obtenir des soins; 2) une collaboration et une communication en temps opportun entre tous les employés, patients et familles concernés par l'intervention en cas de risque de suicide et 3) l'établissement d'une main-d'œuvre formée et qualifiée ayant les compétences pour prendre en charge les personnes présentant des comportements suicidaires.

Le rapport du Clinical Care and Intervention Task Force cerne également certains volets de soins pour réduire le risque de suicide. Il faut d'abord dépister et évaluer le risque de suicide. Le dépistage universel du risque de suicide est recommandé dans tous les établissements de soins primaires, hôpitaux, urgences et centres d'intervention en cas de crise. Toute personne chez qui on a dépisté un risque de suicide doit être formellement évaluée pour voir si elle a des idées suicidaires, si elle a fait des plans en ce sens, si elle dispose de moyens, si elle présente des facteurs de risque et un niveau de risque aigu. Ensuite, il faut intervenir pour l'amener à mieux s'adapter à la situation et ainsi assurer sa sécurité. Toute personne jugée à risque de suicide doit faire l'objet d'un plan de sécurité élaboré de manière concertée. La planification de la sécurité^{31, 32} consiste à encourager le recours à des stratégies d'adaptation et à restreindre l'accès aux moyens. Puis, il faut traiter et soigner la personne à risque de suicide dans le milieu le moins restrictif possible à l'aide de pratiques éprouvées. Enfin, toute personne à risque de suicide qui quitte l'établissement de soins et d'intervention doit faire l'objet d'un suivi de la part du prestataire de soins ou de la personne soignante.

Certains efforts de prévention novateurs consentis par le Département américain des anciens combattants se sont avérés faisables et acceptables. Ce programme s'appelle Suicide Assessment and Follow-up Engagement: Veteran Emergency Treatment (SAFE VET)³³. SAFE VET compte deux volets. Il y a d'abord une brève intervention psychothérapeutique fondée sur les principes de la planification de la sécurité qui prévoit la restriction des moyens, l'utilisation des habiletés d'adaptation et de résolution de problèmes, l'amélioration du soutien social, ainsi que l'assurance que la personne à risque de suicide sait qui appeler en cas d'urgence et est motivée à aller chercher un traitement plus poussé³³. Ensuite, on assure des contacts téléphoniques structurés qui permettent d'évaluer le risque, de revoir et de modifier le plan de sécurité, ainsi que de faciliter le recours aux soins externes. Bien que le SAFE VET ait démontré sa faisabilité et son acceptabilité, aucune analyse définitive de ses résultats n'a été effectuée. Récemment, un essai clinique randomisé de petite taille a comparé la planification de l'intervention de crise aux contrats de sécurité conclus avec les militaires américains qui se présentent aux urgences. La

planification de l'intervention de crise entraîne une réduction des tentatives de suicide par rapport aux contrats de sécurité³².

Contexte actuel des FAC

Les S Svc FC ont grandement étendu leurs services de santé mentale au cours des quinze dernières années^{3, 34}, notamment en améliorant la reconnaissance et le traitement des problèmes de santé mentale et des comportements suicidaires^{2, 35}. Ils ont également vu à la mise en œuvre généralisée de traitements psychologiques en cas de trouble de stress post-traumatique (TSPT) et de dépression³. Cela dit, on ne sait pas trop si ces initiatives comprennent une formation systématique en matière d'évaluation du risque de suicide, d'intervention et de planification de la sécurité.

Recommandation

Le Comité d'experts recommande le dépistage des idées suicidaires dans le cadre des soins primaires. Certains outils simples, comme le questionnaire en 9 points sur la santé du patient, pourraient servir à dépister la dépression et les idées suicidaires³⁶. Le dépistage ne doit se faire qu'en présence d'un suivi adéquat³⁷. Dans le cadre des soins primaires, il serait également utile d'assurer une formation régulière des médecins des FAC quant à la façon de reconnaître et de traiter la dépression, le TSPT et les troubles liés à la consommation d'alcool.

Dans les établissements d'urgence et de soins spécialisés en santé mentale, une formation à la planification de la sécurité (p. ex., SAFE VET)^{31, 33} et à la planification de l'intervention de crise pourrait être envisagée. Une telle formation doit être offerte au personnel des soins primaires et des soins spécialisés en santé mentale.

Mises en garde

Une vaste formation à la planification de la sécurité peut être coûteuse, et les compétences apprises en une séance d'une journée peuvent ne pas s'appliquer dans le monde réel. Il faut évaluer de près les besoins pour déterminer la pertinence ou la nécessité d'offrir ce type de formation. En raison du peu de données probantes sur l'efficacité de la formation à l'évaluation du risque de suicide, toute formation donnée au sein des S Svc FC concernant l'évaluation du risque de suicide et de la planification de la sécurité doit être soigneusement évaluée, idéalement auprès d'un groupe témoin. Il serait probablement utile de modifier les outils ou trousse de planification de la sécurité existants pour les adapter au contexte militaire.

4. *Effectuer des interventions psychosociales liées au suicide auprès des personnes ayant des antécédents d'automutilation*

Justification et revue de la littérature

En plus du traitement des problèmes de santé mentale et de la toxicomanie, de plus en plus de données probantes donnent à penser que les traitements psychologiques portant spécifiquement sur le suicide, comme la thérapie de résolution de problèmes, la thérapie comportementale dialectique (TCD)³⁸, la thérapie cognitive-comportementale (TCC) pour les comportements suicidaires³⁹, la thérapie interpersonnelle (TIP)⁴⁰ et les traitements psychologiques brefs¹⁷ après un épisode d'automutilation (p. ex., la méthode d'évaluation et de gestion collaboratives du risque de suicide appelée *Collaborative Assessment and Management of Suicidality* ou CAMS)⁴¹ permettent de réduire efficacement les tentatives de suicide. Les FAC devraient envisager de mener une évaluation des besoins en vue de former les cliniciens qui souhaitent offrir des interventions psychologiques après l'épisode d'automutilation.

Plusieurs traitements psychologiques se sont avérés efficaces pour réduire le nombre de tentatives de suicide ou de pensées et comportements suicidaires. Selon un récent essai clinique randomisé (ECR) de la TCD⁴², diverses interventions fondées sur la TCD permettent, lorsqu'elles sont offertes par des thérapeutes formés au protocole d'évaluation et de gestion du risque de suicide, de réduire efficacement les tentatives de suicide et les épisodes d'automutilation non suicidaires chez les personnes ayant un trouble de la personnalité limite au sein de la population générale. La plupart des études sur la TCD ont été menées auprès d'échantillons issus de la population américaine en général. Une brève TCC a également démontré son efficacité à réduire les tentatives de suicide sur une période de deux ans par rapport à un groupe témoin de militaires ayant déjà attenté à leurs jours³⁹.

Un autre protocole de prévention du suicide récent appelé « CAMS » a également permis d'atténuer les idées suicidaires et les symptômes globaux de détresse, tout en augmentant le sentiment d'espoir⁴¹. La TCD présente l'avantage d'avoir été beaucoup plus diffusée que tout autre traitement externe de prévention du suicide et d'être bien décrite dans les manuels publiés. Cependant, elle est complexe, nécessite plusieurs séances qui s'échelonnent sur six à douze mois et est plus efficace lorsqu'elle est assurée par une équipe dont les membres y ont été formés ensemble. Le nombre d'heures nécessaires à consacrer à une formation formelle peut être important. Le protocole CAMS, qui est plus récent, prend beaucoup moins de temps à administrer et à former les prestataires à le donner, mais il n'est pas encore aussi éprouvé que la TCD.

Contexte actuel des FAC

La plupart des ouvrages consultés sur les interventions psychologiques propres aux cas de suicide sont tirés d'échantillons non canadiens. La possibilité de généraliser les études au contexte militaire canadien demeure inconnue. Néanmoins, le Comité d'experts recommande d'envisager ces nouvelles interventions psychologiques dans le cadre d'un plan de prévention du suicide.

Le Comité a appris que des services de santé mentale fondés sur les données probantes sont offerts aux membres des FAC. On s'est beaucoup concentré sur la formation des prestataires en traitements psychologiques fondés sur le traumatisme. Cependant, on ne sait pas trop dans quelle

mesure les traitements fondés sur les données probantes qui sont offerts sont spécifiquement conçus pour cibler les comportements suicidaires. On ne sait pas non plus si les interventions visant le risque de suicide, comme la thérapie de résolution de problèmes, la TCD, la TCC pour les comportements suicidaires et le protocole CAMS, sont offertes aux militaires canadiens qui présentent des comportements suicidaires.

Recommandation

Le Comité d'experts recommande qu'une évaluation des besoins soit effectuée afin de déterminer dans quelle mesure les cliniciens en santé mentale ont besoin d'être formés aux protocoles de traitement fondés sur les données probantes ciblant le suicide, comme la thérapie de résolution de problèmes, la TIP, la TCD, la TCC ou le protocole CAMS. À défaut de *tous* les cliniciens, ce qui serait idéal, il est recommandé de former au moins un clinicien par établissement de soins de santé mentale à au moins un de ces protocoles de traitement et de lui permettre de l'utiliser.

Mises en garde

Il faut veiller à trouver un équilibre entre le temps nécessaire pour former les cliniciens en santé mentale à ces protocoles et le temps nécessaire pour offrir les traitements. Bien que l'efficacité de la TCD soit éprouvée, il faut beaucoup de temps pour former le personnel et offrir le traitement. En revanche, une formation au protocole CAMS, qui est plus récent donc moins éprouvé quant à son efficacité, prend beaucoup moins de temps et exige moins de personnel. L'efficacité de la TCC pour les comportements suicidaires est bien établie, et une formation en ce sens doit être envisagée. Puisque bon nombre de ces interventions axées sur le suicide n'ont pas encore été mises à l'essai auprès d'échantillons de militaires et d'anciens combattants canadiens, nous recommandons l'évaluation de ces interventions dans le contexte militaire canadien.

5. Envoyer des lettres ou faire des appels de suivi après une crise de santé mentale

Justification et revue de la littérature

Il est empiriquement prouvé qu'une communication de suivi auprès des personnes ayant vécu une crise de santé mentale permet de réduire les cas de suicide dans la population générale⁴³. Les FAC pourraient envisager de mettre en place un tel suivi, inspiré de *Caring Contact*, et de l'adapter aux technologies modernes, pour que cette communication puisse se faire au moyen d'un appareil cellulaire.

La littérature démontre bien que la période suivant immédiatement le congé d'un établissement de soins psychiatriques est une période à risque élevé de comportements suicidaires. Brenner et Barnes⁴⁴ signalent que les patients anciens combattants sont plus à risque de se suicider au cours des douze semaines suivant le congé d'un hôpital psychiatrique. De nombreux patients n'assurent pas de suivi auprès des soins de santé mentale après s'être présentés aux urgences ou avoir été hospitalisés pour soins psychiatriques. L'envoi d'une lettre ou un appel de suivi après le congé s'est avéré efficace pour réduire le taux de suicide^{17, 45, 46}.

Une telle lettre vise surtout à exprimer à la personne qu'on espère qu'elle « s'en tire bien » et à l'inviter à donner des nouvelles si elle le souhaite⁴⁶. Le Comité d'experts a appris qu'une très grande proportion de membres des FAC qui sont décédés par suicide avaient un téléphone cellulaire tout près d'eux. Il serait donc avantageux d'effectuer ce suivi en envoyant un message texte au téléphone cellulaire du militaire, puisqu'il est très probable qu'une personne en crise suicidaire jette un œil sur son cellulaire avant de passer à l'acte. On pourra ainsi lui rappeler, par message texte, que quelqu'un se soucie de son bien-être et est disponible pour l'aider sur un simple coup de fil.

Luxton et ses collègues⁴⁶ ont dernièrement adapté l'intervention *Caring Contact* pour les militaires qui ont reçu des soins psychiatriques internes dans un grand établissement médical militaire. Dans le cadre de cette étude pilote, les chercheurs ont utilisé des lettres et des courriels pour envoyer un bref message de sollicitude aux participants. Selon les données tirées de cette étude, la plupart des militaires ont préféré recevoir le suivi par courriel plutôt que par la poste. Les résultats globaux de cette étude appuient la faisabilité des interventions de suivi assurées par la technologie. Grâce à ces données prometteuses, Luxton et son équipe sont à entreprendre une ECR à grande échelle (N = 4 700) afin de déterminer si une intervention de suivi par courriel pourrait réduire les décès par suicide et les comportements suicidaires chez les militaires actifs et les anciens combattants qui reçoivent des soins psychiatriques internes.

Contexte actuel des FAC

Puisque les hospitalisations psychiatriques se font à l'extérieur des S Svc FC, la transition qui suit le congé doit faire l'objet d'une attention particulière en ce qui concerne la « continuité des soins ». Il faut respecter la vie privée du patient et de sa famille durant cette période vulnérable. Cependant, une communication verbale plus soutenue entre les hôpitaux civils, le personnel des urgences et les systèmes militaires de santé mentale pourrait réduire les lacunes dans les services et améliorer cette transition.

Recommandation

Le Comité d'experts recommande aux S Svc FC d'envisager la possibilité d'instaurer un suivi de sollicitude (inspiré de *Caring Contact*) auprès des personnes ayant récemment vécu une hospitalisation psychiatrique ou fait une tentative de suicide. Les FAC devraient également envisager d'utiliser la technologie qui permettrait d'assurer cette communication au moyen des appareils cellulaires.

Mises en garde

Le recours aux interventions technologiques nécessite un examen soigneux des questions de respect de la vie privée. Selon une récente méta-analyse, de brèves interventions de suivi, notamment par contacts téléphoniques, cartes d'urgence ou de crise et cartes postales ou lettre de suivi, n'ont eu qu'un effet positif minime sur les épisodes d'automutilation répétés, les tentatives de suicide et le suicide⁴⁷. Néanmoins, l'efficacité du suivi de sollicitude est bien éprouvée, et cet outil devrait faire partie d'une stratégie de prévention du suicide complète.

Remarque : Voir l'exemple de lettre de sollicitude à l'annexe B.

6. Examiner les pratiques exemplaires pour dépister les troubles de santé mentale et les comportements suicidaires durant le recrutement, ainsi qu'avant et après le déploiement

Justification et revue de la littérature

La littérature est peu abondante et controversée lorsqu'il s'agit du dépistage des problèmes de santé mentale et des comportements suicidaires à trois moments clés de la vie militaire : 1) à l'enrôlement, 2) avant le déploiement et 3) après le déploiement. Un meilleur dépistage des problèmes de santé mentale après le déploiement a été mis en place au Canada à la suite des recommandations faites par le Comité d'experts en 2009²⁵.

Dépistage des problèmes de santé mentale à l'enrôlement

Les études menées par l'armée américaine font de plus en plus la preuve qu'une proportion importante de militaires ont vu apparaître leurs comportements suicidaires avant de s'enrôler⁴⁸. Il existe également une preuve solide que la plupart des troubles mentaux communs, comme la dépression, l'anxiété et l'usage de drogues, commencent durant l'enfance et l'adolescence^{49, 50}. Ces constatations donnent à penser qu'il est possible de dépister les problèmes de santé mentale et les comportements suicidaires dès l'enrôlement dans le service militaire. Il y a cependant peu de littérature sur l'incidence que peut avoir un tel dépistage à cette étape sur l'apparition de troubles mentaux et de comportements suicidaires^{51, 52}.

Dépistage des problèmes de santé mentale avant le déploiement

On n'a que peu de données probantes pour déterminer si le dépistage des problèmes de santé mentale avant le déploiement permet de réduire les problèmes de santé mentale. Une étude menée auprès d'une cohorte de militaires américains démontre l'efficacité du dépistage avant le déploiement^{53, 54}, alors qu'une étude menée auprès d'une cohorte de militaires britanniques démontre le contraire⁵⁵.

Contexte actuel des FAC

Le Comité d'experts a appris que les recrues des FAC doivent remplir eux-mêmes, au moment de leur enrôlement, un questionnaire sur les problèmes de santé mentale. Les personnes ayant des antécédents de maladie psychiatrique grave, comme la schizophrénie et le trouble bipolaire, ne sont généralement pas autorisées à faire leur service militaire. Cela dit, on ne sait pas si les antécédents d'automutilation et d'hospitalisation psychiatrique sont évalués à cette étape. Il est important de noter qu'un dépistage psychologique approfondi est effectué pour d'autres professions à risque élevé, comme la police. On ne sait toutefois pas si ces pratiques de dépistage atténuent bel et bien le risque de problèmes de santé mentale.

Recommandation

Le Comité d'experts recommande d'examiner les pratiques exemplaires qui sont adoptées à l'étranger pour cerner le risque et renforcer la résilience dès l'étape du recrutement et avant tout déploiement.

Mises en garde

Le Comité d'experts reconnaît qu'il existe très peu de données probantes (dont certaines se contredisent) pour démontrer qu'un meilleur dépistage des problèmes de santé mentale au moment de l'enrôlement contribuera à réduire le taux de suicide. Le rapport risque-avantage de tout nouveau programme en ce sens doit être soigneusement évalué.

7. Assurer un soutien accru durant la transition vers la vie civile

Justification et revue de la littérature

Les personnes qui vivent une période de transition entre la vie militaire et la vie civile sont plus vulnérables aux comportements suicidaires (stress lié à l'identité, aux finances, à l'emploi, au soutien social, à la santé physique, à l'invalidité, au logement et autres facteurs de stress liés au bien-être)^{6, 56}. Les FAC et Anciens combattants pourraient mettre sur pied un groupe de travail afin d'élaborer des stratégies d'intervention optimale pour prévenir le suicide et soutenir la santé mentale et le bien-être des personnes pendant cette transition.

Toute période de transition liée aux grands événements de la vie augmente le risque de comportements suicidaires chez la personne qui la vit⁴⁴. Parmi les causes possibles du risque de suicide après la vie militaire, il y a notamment le stress de revoir ou de redéfinir une foule de rôles (p. ex., professionnel, social, récréatif), un fort sentiment d'être dépassé par les incidences (tant financières qu'émotives) sur la famille, ainsi que le sentiment d'être déconnecté de la vie civile, ce qui contraste nettement avec son sentiment d'appartenance à la vie militaire⁴⁴.

Contexte actuel des FAC

Des soins de santé mentale de grande qualité sont offerts aux militaires des FAC lorsqu'ils sont actifs, par l'entremise des S Svc FC, des cliniques de blessure de stress opérationnel (BSO) d'ACC et des Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO) des FAC. De la même façon, des soins de santé mentale de grande qualité sont offerts aux militaires après qu'ils aient quitté le service par l'entremise des cliniques de BSO d'ACC et du soutien par les pairs dans le cadre des programmes de soutien social aux blessés de stress opérationnel (SSBSO). Malgré la qualité des soins et le nombre de services offerts à ces deux moments distincts, il y a une période de vulnérabilité et de risque accru de suicide chez les membres des FAC qui passent à la vie civile, et il serait sans doute nécessaire de leur consacrer plus de ressources. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale qui n'ont reçu aucun soin en santé mentale pendant leur service peuvent être le plus à risque parce qu'elles n'ont établi aucun lien avec le système de santé mentale (probablement parce qu'elles craignaient une stigmatisation ou les répercussions sur leur carrière). Elles n'ont donc jamais établi de relations avec les personnes qui pourraient les diriger vers les services dont elles ont besoin, comme les cliniques de BSO d'ACC et les programmes de SSBSO par les pairs, et qui sont mis à leur disposition, en plus des services de soins de santé provinciaux, après leur départ de la vie militaire.

Recommandation

Le Comité d'experts recommande que les FAC et ACC créent un groupe de travail afin d'élaborer des stratégies de soutien optimales afin d'assurer la prévention du suicide et la promotion du bien-être des militaires et des anciens combattants qui retournent à la vie civile. Un des modèles à explorer est le programme SAFE VET³³ du Département américain des anciens combattants, dont fait partie intégrante un coordonnateur des services aigus, lequel sert de personne-ressource aux militaires durant la période de transition et facilite leur participation aux soins externes. L'utilité du programme SAFE VET dans le contexte canadien nécessite une évaluation empirique.

Mises en garde

Il convient de noter que les membres des FAC libérés obtiennent leurs soins de santé des prestataires de soins de santé provinciaux. ACC n'offre aucun soin de santé directement aux patients. Le Comité d'experts reconnaît qu'il dispose de peu de données probantes qui militent en faveur d'un dépistage des problèmes de santé mentale à ces deux étapes. Tout nouveau programme en ce sens doit être soigneusement évalué.

8. Offrir un traitement fondé sur les données probantes en cas de problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie

Justification et revue de la littérature

Les comportements suicidaires sont très étroitement liés aux problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie^{25, 29}. Les comorbidités communes sont la dépression et le TSPT⁵⁷ avec les problèmes d'abus d'alcool et de cannabis⁵⁸. Les problèmes de santé physique chez les militaires, comme le traumatisme crânien et la douleur chronique, sont d'importants facteurs de stress qui augmentent la probabilité de troubles mentaux et de toxicomanie⁵⁹. Chez les personnes souffrant de douleur chronique et de dépression, il faut assurer une surveillance soignée pour déceler toute consommation abusive des opioïdes prescrits⁶⁰. D'autres importantes comorbidités liées aux comportements suicidaires sont les troubles de la personnalité (personnalité narcissique, personnalité limite et dépendant)⁶¹. Il y a des preuves empiriques de l'existence d'une relation dose-réponse entre le nombre de problèmes de santé mentale et physique et le risque de suicide^{62, 63}.

Les prestataires de soins primaires et de soins spécialisés en santé mentale sont encouragés à suivre les directives sur le traitement et à avoir recours à des soins fondés sur les mesures⁶⁴⁻⁶⁶. Il existe un grand nombre de preuves empiriques et de directives sur le traitement de la dépression, du trouble anxieux, des troubles dus à la consommation de substances et des troubles de la personnalité. Ces données empiriques donnent à penser que de nombreux patients ne reçoivent pas un traitement qui correspond aux lignes directrices cliniques⁶⁷.

L'American Psychiatric Association, le UK National Institute for Care and Excellence (NICE) et le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) ont créé un groupe de travail sur la gestion des maladies concomitantes^{64, 68}. Selon le degré de gravité des maladies, il faut envisager l'enclenchement d'un traitement, que ce soit à l'hôpital, à l'externe ou en résidence. Il est important de gérer le trouble mental et la dépendance par une approche biopsychosociale. Dans le cadre de l'étude de cohorte britannique, les politiques de gestion d'un double diagnostic sont liées à la réduction des taux de suicide²⁸.

Il est tout aussi important de déterminer si la dépendance et les problèmes de santé mentale doivent être traités de manière séquentielle ou concurrentielle à l'aide d'un modèle de traitement intégré. Dans le cas du TSPT, la norme de soin habituelle consiste à traiter d'abord la toxicomanie et de repousser le traitement du TSPT jusqu'à ce qu'une période d'abstinence soutenue (p. ex., 3 à 6 mois) ait été respectée. Cependant, dernièrement, le modèle de traitement *intégré*, qui implique que les deux troubles soient traités en simultané par le même clinicien, a gagné en popularité⁶⁹. Un solide soutien au modèle intégré se trouve dans les enquêtes menées pour examiner l'évolution positive des symptômes dans le temps. Ainsi, Hien et ses collègues⁷⁰ ont découvert à partir des données d'un réseau d'essais cliniques ($n = 353$) du National Institute on Drug Abuse (NIDA) que l'atténuation des symptômes de TSPT avait une plus grande incidence sur l'atténuation des symptômes liés à la dépendance à l'alcool que l'inverse⁷⁰. En outre, une grande proportion de patients présentant une comorbidité de TSPT et de toxicomanie disent qu'ils auraient préféré recevoir un traitement intégré^{71, 72}. Compte tenu de cette preuve grandissante et de la préférence des patients, le modèle intégré a eu la cote au cours des dix dernières années⁷³.

Roberts et coll.⁷⁴ a effectué une analyse systématique et une méta-analyse des ECR portant sur les interventions psychologiques des cas de TSPT et de toxicomanie comorbide. Selon leurs conclusions, il est prouvé qu'une intervention psychologique individuelle axée sur le traumatisme offerte en même temps qu'une intervention en toxicomanie peut réduire la gravité du TSPT et la consommation de drogues ou d'alcool, malgré la faible qualité des données probantes actuelles. En revanche, ils ont trouvé peu de preuve pour appuyer le recours à une intervention psychologique individuelle ou de groupe non axée sur le traumatisme en cas de comorbidité TSPT et toxicomanie⁷⁴.

Contexte actuel des FAC

La concomitance des troubles mentaux, des maladies physiques et de la toxicomanie est prévalente chez les militaires actifs et les anciens combattants des FAC. Cependant, la littérature portant sur le traitement des dépendances et des comorbidités chez les militaires actifs et les anciens combattants des FAC au Canada est limitée. Malgré le fait bien établi que les militaires présentant des comportements suicidaires jouissent d'un meilleur accès aux services de santé mentale que la population en général, on ne sait pas trop si les traitements en santé mentale reçus par les militaires sont conformes aux lignes directrices cliniques.

Recommandation

Selon les études portant sur les cas de suicide chez les militaires actifs et non actifs des FAC, il serait utile de connaître la fréquence et la gravité des comorbidités. Si le traitement des maladies concomitantes présente des lacunes, il faudrait peut-être offrir de la formation sur les traitements psychosociaux et pharmacologiques fondés sur les données probantes à utiliser en présence de maladies concomitantes. Les FAC devraient envisager des thérapies fondées sur les données probantes qui permettent le traitement intégré plutôt que séquentiel des dépendances et des troubles mentaux. Une évaluation des besoins serait également à considérer pour déterminer les types de formation dont les professionnels de la santé ont besoin pour assurer la prise en charge des maladies concomitantes.

Mises en garde

Roberts et coll.⁷⁴ soulignent le fait que le taux d'abandon des traitements est plus élevé chez les personnes toxicomanes ayant fait l'objet d'interventions axées sur le traumatisme. C'est donc dire que, malgré l'efficacité éprouvée du traitement intégré du TSPT et de la toxicomanie, il faut également tenir compte du fait que les maladies concomitantes, comme le TSPT et la toxicomanie, sont difficiles à traiter et généralement associées à un faible pronostic.

9. Adopter des approches novatrices pour améliorer l'accès aux traitements fondés sur les données probantes

Justification et revue de la littérature

Bien que les services de santé mentale soient plus accessibles aux militaires, des approches novatrices, comme la TCC offerte par la télésanté⁷⁵, les applications mobiles et Web⁷⁶, le téléphone^{77, 78}, ainsi que les grands groupes de TCC pour les patients et les familles⁷⁹, pourraient accroître davantage les gains en efficacité et fournir un accès aux soins en temps opportun.

Il existe de solides preuves empiriques tirées des études épidémiologiques canadiennes que les membres des FAC sont beaucoup plus susceptibles de recevoir des services en santé mentale que la population civile canadienne². Lorsqu'on compare un échantillon de militaires à la population générale, le taux de comportements suicidaires est semblable dans les deux populations. Cependant, il est beaucoup plus probable que les militaires présentant des comportements suicidaires reçoivent des soins en santé mentale que les membres de la population générale². D'autres travaux ont démontré que les membres des FAC sont en mesure de recevoir des soins de santé mentale plus rapidement que les membres de la population civile³. Malgré tout, une infime minorité de personnes ayant des problèmes de santé mentale ne reçoit aucun soin²⁶. Parmi les personnes souffrant d'un problème de santé mentale commun, elles ne reçoivent pas de soins surtout parce qu'elles ne savent pas qu'elles en ont besoin ou parce qu'elles se butent à certaines barrières plus psychologiques que structurelles¹². Les barrières psychologiques sont notamment la croyance de pouvoir régler soi-même le problème⁸⁰.

Il existe une abondante littérature démontrant la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de mener une TCC par la télésanté, le téléphone, les applications mobiles et les applications Web⁶⁴. Les analyses systématiques et les méta-analyses menées ont démontré que ces approches novatrices présentent un taux d'efficacité comparable aux interventions menées en personne⁸¹.

On constate également l'apparition de données probantes sur le recours à de grands groupes pour effectuer une TCC dans les cas de dépression et d'anxiété⁸². Ces groupes peuvent compter jusqu'à 30 personnes, y compris les membres de la famille; ils peuvent ainsi donner un accès plus rapide aux principes de la TCC, réduire les temps d'attente et encourager les stratégies d'autothérapie. Dans le cadre d'une vaste mise en œuvre multisystémique de cours de psychoéducation réunissant plus de 4 000 patients en soins primaires au Royaume-Uni, on a démontré que ce type d'intervention a un effet modéré pour réduire les symptômes d'anxiété et de trouble de l'humeur⁸³.

Au Manitoba, une série de quatre cours de 90 minutes a été élaborée pour acquérir des compétences en TCC et en pleine conscience. Au cours des trois dernières années, quelque 1 000 patients souffrant de troubles de l'humeur et d'anxiété ont assisté à ces cours, y compris les patients de la clinique de BSO d'ACC de Winnipeg. Les temps d'attente pour une TCC sont passés de 18 à 3 mois dans le système public de santé, alors que l'attente de 3 à 6 mois à la clinique de BSO d'ACC de Winnipeg est passée à un mois⁸².

Contexte actuel des FAC

Dernièrement, on remarque une importante augmentation de la littérature sur l'utilisation d'approches novatrices pour mener des interventions psychosociales. Les S Svc FC ont eux-mêmes eu recours à de telles approches novatrices pour offrir leurs soins en santé mentale, notamment la télésanté.

Recommandation

Les S Svc FC devraient examiner une liste de solutions standards pour mener leurs interventions psychosociales et pharmacologiques par des méthodes de prestation novatrices (Internet, applications mobiles, téléphone, cours) afin d'améliorer l'accessibilité des membres des FAC aux services.

Mises en garde

Il faut évaluer soigneusement les besoins pour obtenir l'avis des clients et des prestataires sur les types d'approches novatrices qui seraient les plus acceptables aux deux parties et les plus efficaces à soutenir. Il faut sopeser les questions de respect de la vie privée et la nécessité d'améliorer l'accès aux services grâce au recours à la technologie.

10. Assurer une couverture médiatique sécuritaire des suicides

Justification et revue de la littérature

Selon une abondante littérature, certains types de reportages médiatiques augmentent le risque de suicide par imitation (ou par incitation) et la stigmatisation des services, alors que d'autres réduisent l'incitation au suicide et stimulent les demandes d'aide^{16, 84}. Bien que la plupart des études soient de nature observationnelle, il existe suffisamment de données probantes pour donner à penser que les journalistes, les décideurs et les cliniciens doivent être sensibilisés à l'incidence qu'ont les médias sur les comportements suicidaires. Les lignes directrices sur la prévention du suicide du monde entier renferment des directives à l'intention des médias sur la façon sécuritaire de rapporter les cas de suicide; il s'agit là d'une importante stratégie de santé publique. Les Centres for Disease Control des États-Unis, l'Association canadienne pour la prévention du suicide et l'Association des psychiatres du Canada se sont tous dotés de directives portant spécifiquement sur la couverture médiatique (<http://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/2009-3pp-fre-mediaguidelines.pdf>).

Ainsi, la couverture médiatique devrait éviter : a) les reportages en une, b) les photos de la personne décédée et de ses proches, c) l'abondance de détails sur la méthode choisie, le contenu de la note de suicide, les raisons simplistes ou superficielles pour expliquer le suicide. Les reportages doivent également éviter de mentionner le mot « suicide » dans les titres et les en-têtes et ne pas utiliser les termes « s'est suicidé », « a mis son plan à exécution » ou « a réussi sa tentative de suicide ».

La couverture médiatique devrait plutôt parler du lien entre les troubles mentaux et le suicide, souligner le fait que les troubles mentaux peuvent être traités et que la plupart des suicides peuvent être prévenus. Les reportages médiatiques devraient présenter des solutions de rechange au suicide, notamment de l'information sur les ressources communautaires disponibles, comme des sites Web ou des lignes téléphoniques d'urgence.

L'Association des psychiatres du Canada (APC) est à mettre à jour ses lignes directrices, en collaboration avec des journalistes canadiens et des membres des FAC. Les lignes directrices actualisées seront diffusées en 2017.

Contexte actuel des FAC

Au cours des trois dernières années, on constate une hausse appréciable des reportages médiatiques sur les cas de suicide au sein des FAC et des anciens combattants. Bon nombre des lignes directrices médiatiques recommandées plus haut sont souvent ignorées. Le nom des personnes décédées par suicide est mentionné, les moyens employés sont précisés et le même décès est rapporté à plusieurs reprises. Ce type de couverture risque d'inciter au suicide. Il faut que les médias et les journalistes révisent les lignes directrices de l'APC pour savoir comment rapporter des comportements suicidaires.

Recommandation

La version de 2017 des lignes directrices médiatiques de l'APC sur le suicide sera publiée cette année. Les S Svc FC devraient envisager de collaborer avec l'APC afin de sensibiliser davantage les journalistes et les éditeurs aux pratiques exemplaires à adopter pour rapporter les cas de suicide dans les médias.

Mises en garde

Certains journalistes se sont opposés aux précédentes lignes directrices de l'APC, en laissant plutôt entendre que la couverture médiatique des cas de suicide permettait de mieux sensibiliser le public aux répercussions du suicide et d'attirer davantage l'attention des décideurs. Il est important de veiller à ce que la classe politique adopte une solide position en faveur de la prévention du suicide. Des investissements visant à améliorer les soins de santé mentale et la recherche en santé mentale et en prévention du suicide sont grandement nécessaires. Cela dit, cette prise de position favorable doit se faire de façon systématique, et non à chaque signalement de cas.

11. *Faire participer les patients et les familles aux traitements et à la planification des programmes*

Justification et revue de la littérature

Dans le monde entier, on cherche de plus en plus à faire participer les familles à l'élaboration et à la prestation des services de santé. Les services qui sont axés sur le patient et sa famille sont beaucoup plus susceptibles de donner des résultats. Le Henry Ford Health System a particulièrement veillé à faire participer les patients et les membres de leur famille à la conception de son programme de traitement *Perfect Depression*⁸⁵. Un autre programme américain, appelé *Arizona Programmatic Suicide Deterrent System Project*, compte quatre éléments : 1) une formation approfondie du personnel pour faire en sorte que les soins liés au suicide deviennent une mission en soi, et non un simple acheminement vers des services spécialisés; 2) un leadership et un soutien aux survivants d'une tentative de suicide, par leur participation à l'élaboration et à l'établissement de groupes de soutien par les pairs, 3) une participation active de la famille au processus de traitement (le nouveau « normal »), ainsi que d'intégration à la collectivité et de soutien communautaire et 4) l'établissement de pratiques exemplaires culturellement adaptées en matière de soins liés au suicide.

Il est important de faire participer la famille aux soins cliniques des patients présentant des comportements suicidaires, surtout en situation de crise. Malgré l'importance d'assurer la confidentialité des renseignements personnels, il faut tout particulièrement obtenir des renseignements accessoires de la famille et des amis pendant une crise aiguë et un risque élevé de suicide⁸⁶.

Contexte actuel des FAC

Au cours des dix dernières années, les services de santé mentale offerts aux patients présentant des troubles mentaux et des comportements suicidaires ont connu une expansion considérable. On ne sait pas trop à quelle fréquence les membres de la famille prennent part à l'évaluation et à la planification du traitement des patients. Il n'existe pour le moment aucun comité consultatif national des patients et des familles pour les services de santé mentale et la prévention des comportements suicidaires au sein des FAC. Le Comité reconnaît la nécessité de favoriser une communication et une rétroaction entre les patients, la famille, les prestataires de soins de santé et les décideurs.

Recommandation

Les Comités d'experts suggèrent de mettre sur pied un comité consultatif des patients et des familles. Composé de 8 à 10 personnes, ce comité donnerait des conseils en vue de la prestation des services de santé mentale et des efforts de prévention du suicide. La composition de ce comité, son mandat et la fréquence de ses réunions devront être soigneusement examinés. Les membres de la famille et les patients qui croient ne pas recevoir les services de santé mentale appropriés auraient ainsi la possibilité de communiquer avec le comité consultatif, au lieu de passer par les médias. Une telle approche pourrait réduire les reportages médiatiques inappropriés qui peuvent entraîner une vague de suicides, tout en offrant une façon systématique d'améliorer les services de santé mentale.

Mises en garde

Les membres du comité consultatif des patients doivent être soigneusement choisis pour assurer un bon équilibre quant aux perspectives des patients et des familles sur toute la gamme des problèmes de santé mentale et dans l'ensemble du Canada.

RÉFÉRENCES

1. Gouvernement du Canada. *Le suicide et sa prévention dans les Forces armées canadiennes : Documentation*. Le 19 janvier 2017, <http://forces.gc.ca/fr/nouvelles/article.page?doc=le-suicide-et-sa-prevention-dans-les-forces-armees-canadiennes/ijfc8m4h>
2. Sareen J., T.O. Afifi, T. Taillieu et coll. « Trends in suicidal behaviour and use of mental health services in Canadian military and civilian populations ». *CMAJ*. Le 9 août 2016, vol. 188, n° 11, p. E261-267.
3. Fikretoglu D., A. Liu, M.A. Zamorski et R. Jetly. « Perceived Need for and Perceived Sufficiency of Mental Health Care in the Canadian Armed Forces: Changes in the Past Decade and Comparisons to the General Population ». *Can J Psychiatry*. Avril 2016, vol. 61, n° 1 suppl., p. 36S-45S.
4. Afifi T.O., T. Taillieu, M.A. Zamorski, S. Turner, K. Cheung et J. Sareen. « Association of Child Abuse Exposure With Suicidal Ideation, Suicide Plans, and Suicide Attempts in Military Personnel and the General Population in Canada ». *JAMA Psychiatry*. Le 1^{er} mars 2016; vol. 73, n° 3, p. 229-238.
5. Nock M.K., C.A. Deming, C.S. Fullerton et coll. « Suicide among soldiers: a review of psychosocial risk and protective factors ». *Psychiatry*. Été 2013, vol. 76, n° 2, p. 97-125.
6. Thompson J.M., M.A. Zamorski, J. Sweet et coll. « Roles of physical and mental health in suicidal ideation in Canadian Armed Forces Regular Force veterans ». *Can J Public Health*. Mars-avril 2014; vol. 105, n° 2, p. e109-115.
7. Saxon A.J., T.M. Davis, K.L. Sloan, K.M. McKnight, M. E. McFall et D.R. Kivlahan. « Trauma, symptoms of posttraumatic stress disorder, and associated problems among incarcerated veterans ». *Psychiatric Services*. 2001, vol. 52, n° 7, p. 959-964.
8. Schoenbaum M., R.C. Kessler, S.E. Gilman et coll. « Predictors of Suicide and Accident Death in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS): Results From the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS) ». *JAMA Psychiatry*. Le 5 mars 2014.
9. Yip P.S., E. Caine, S. Yousuf, S.S. Chang, K.C. Wu et Y.Y. Chen. « Means restriction for suicide prevention ». *Lancet*. Le 23 juin 2012; vol. 379, n° 9834, p. 2393-2399.
10. Sareen J., T.O. Afifi, K.A. McMillan et G.J. Asmundson. « Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study ». *Arch Gen Psychiatry*. Avril 2011, vol. 68, n° 4, p. 419-427.
11. Bryan C.J. « On Deployment and Military Suicide Risk ». *JAMA Psychiatry*. Sept. 2015, vol. 72, n° 9, p. 949-950.
12. Sareen J., B.J. Cox, T.O. Afifi et coll. « Combat and peacekeeping operations in relation to prevalence of mental disorders and perceived need for mental health care: findings from a large representative sample of military personnel ». *Arch Gen Psychiatry*. Juillet 2007, vol. 64, n° 7, p. 843-852.
13. Bolton J.M., D. Gunnell et G. Turecki. « Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness ». *BMJ*. Le 9 novembre 2015, vol. 351, p. h4978.
14. Katz C., J. Bolton et J. Sareen. « The prevalence rates of suicide are likely underestimated worldwide: why it matters ». *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Janvier 2016; vol. 51, n° 1, p. 125-127.

15. Mann J.J., A. Apter, J. Bertolote et coll. « Suicide prevention strategies: a systematic review ». *JAMA*. Le 26 octobre 2005, vol. 294, n° 16, p. 2064-2074.
16. Hawton K. et K. van Heeringen. « Suicide ». *Lancet*. Le 18 avril 2009, vol. 373, n° 9672, p. 1372-1381.
17. Zalsman G., K. Hawton, D. Wasserman et coll. « Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review ». *Lancet Psychiatry*. Juillet 2016, vol. 3, n° 7, p. 646-659.
18. Knox K.L., D.A. Litts, G.W. Talcott, J.C. Feig et E.D. Caine. « Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: Cohort study ». *British Medical Journal*. 2003, vol. 327, p. 1376-1378.
19. Szanto K., S. Kalmar, H. Hendin, Z. Rihmer et J.J. Mann. « A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate ». *Archives of General Psychiatry*. 2007, vol. 64, p. 914-920.
20. Hegerl U., D. Althaus, A. Schmidtke et G. Niklewski. « The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality ». *Psychol Med*. Sept. 2006; vol. 36, n° 9, p. 1225-1233.
21. Coffey M.J. et C.E. Coffey. How we dramatically reduced suicides. <http://catalyst.nejm.org/dramatically-reduced-suicide/>.
22. Kutcher S., Y. Wei et P. Behzadi. « School- and Community-Based Youth Suicide Prevention Interventions: Hot Idea, Hot Air, or Sham? » *Can J Psychiatry*. Le 12 juillet 2016.
23. Sareen J., C. Isaak, S.L. Bolton et coll. « Gatekeeper Training for Suicide Prevention in First Nations Community Members: A Randomized Controlled Trial ». *Depress Anxiety*. Le 12 juin 2013.
24. Pheister M., G. Kangas, C. Thompson, J. Lehrmann, B. Berger et J. Kemp. « Suicide prevention and postvention resources: what psychiatry residencies can learn from the Veteran's Administration experience ». *Acad Psychiatry*. Oct. 2014; vol. 38, n° 5, p. 600-604.
25. Zamorski M.A. « Suicide prevention in military organizations ». *Int Rev Psychiatry*. Avril 2011, vol. 23, n° 2, p. 173-180.
26. Boulos D. et M.A. Zamorski. « 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*. Le 8 septembre 2016, vol. 6, n° 9, p. e012384.
27. Zamorski MAB, R.E., D. Boulus, B.G. Garber, R. Jetly et J. Sareen. « The 2013 Canadian Forces Mental Health Survey: Background and Methods ». *Canadian Journal of Psychiatry*. 2016, vol. 61 (supplément), p. 10-25.
28. While D., H. Bickley, A. Roscoe et coll. « Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study ». *Lancet*. Le 17 mars 2012, vol. 79, n° 9820, p. 1005-1012.
29. Seguin M., A. Lesage, N. Chawky et coll. « Suicide cases in New Brunswick from April 2002 to May 2003: the importance of better recognizing substance and mood disorder comorbidity ». *Can J Psychiatry*. Août 2006, vol. 51, n° 9, p. 581-586.
30. Luxton D.D., L. Trofimovich et L.L. Clark. « Suicide risk among US Service members after psychiatric hospitalization, 2001-2011 ». *Psychiatr Serv*. Le 1^{er} juillet 2013, vol. 64, n° 7, p. 626-629.
31. Ghahramanlou-Holloway M., G.K. Brown, G.W. Currier et coll. « Safety Planning for Military (SAFE MIL): rationale, design, and safety considerations of a randomized controlled trial to reduce suicide risk among psychiatric inpatients ». *Contemp Clin Trials*. Sept. 2014, vol. 39, n° 1, p. 113-123.

32. Bryan C.J., J. Mintz, T.A. Clemans et coll. « Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army Soldiers: A randomized clinical trial ». *J Affect Disord*. Le 1^{er} avril 2017, vol. 212, p. 64-72.
33. Knox K.L., B. Stanley, G.W. Currier, L. Brenner, M. Ghahramanlou-Holloway et G. Brown. « An emergency department-based brief intervention for veterans at risk for suicide (SAFE VET) ». *Am J Public Health*. Mars 2012, vol. 102 (suppl.), n° 1, p. S33-37.
34. Zamorski M.A., R.E. Bennett, C. Rusu, M. Weeks, D. Boulos et B.G. Garber. « Prevalence of Past-Year Mental Disorders in the Canadian Armed Forces, 2002-2013 ». *Can J Psychiatry*. Avril 2016, vol. 61, n° 1 (suppl.), p. 26S-35S.
35. Zamorski M.A., R.E. Bennett, D. Boulos, B.G. Garber, R. Jetly et J. Sareen. « The 2013 Canadian Forces Mental Health Survey: Background and Methods ». *Can J Psychiatry*. Avril 2016, vol. 61, n° 1 (suppl.), p. 10S-25S.
36. Simon G.E., C.M. Rutter, D. Peterson et coll. « Does response on the PHQ-9 Depression Questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death? ». *Psychiatr Serv*. Le 1^{er} décembre 2013, vol. 64, n° 12, p. 1195-1202.
37. O'Connor E.A., E.P. Whitlock et B.N. Gaynes. « Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care--in response ». *Ann Intern Med*. Le 20 août 2013, vol. 159, n° 4, p. 307-308.
38. Linehan M.M., K.E. Korslund, M.S. Harned et coll. « Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis ». *JAMA Psychiatry*. Mai 2015, vol. 72, n° 5, p. 475-482.
39. Rudd M.D., C.J. Bryan, E.G. Wertenberger et coll. « Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up ». *Am J Psychiatry*. Mai 2015, vol 172, n° 5, p. 441-449.
40. Heisel M.J., P.S. Links, D. Conn, van RR et G.L. Flett. « Narcissistic personality and vulnerability to late-life suicidality ». *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007, vol. 15, n° 9, p. 734-741.
41. Ryberg W., R. Fosse, P.H. Zahl et coll. « Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) compared to treatment as usual (TAU) for suicidal patients: study protocol for a randomized controlled trial ». *Trials*. Le 3 octobre 2016, vol. 17, n° 1, p. 481.
42. Linehan M.M., K.E. Korslund, M.S. Harned et coll. « Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis ». *JAMA Psychiatry*. Le 25 mars 2015.
43. Milner A.J., G. Carter, J. Pirkis, J. Robinson et M.J. Spittal. « Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide ». *Br J Psychiatry*. Mars 2015, vol. 206, n° 3, p. 184-190.
44. Brenner L.A. et S.M. Barnes. « Facilitating treatment engagement during high-risk transition periods: a potential suicide prevention strategy ». *Am J Public Health*. Mars 2012, vol. 102 suppl. 1, p. S12-14.
45. Motto J.A. et A.G. Bostrom. « A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention ». *Psychiatr Serv*. Juin 2001, vol. 52, n° 6, p. 828-833.
46. Luxton D.D., J.T. Kinn, J.D. June, L.W. Pierre, M.A. Reger et G.A. Gahm. « Caring Letters Project: a military suicide-prevention pilot program ». *Crisis*. Le 1^{er} janvier 2012, vol. 33, n° 1, p. 5-12.
47. Milner A., K. Page, S. Spencer-Thomas et A.D. Lamotagne. « Workplace suicide prevention: a systematic review of published and unpublished activities ». *Health Promot Int*. Mars 2015, vol. 30, n° 1, p. 29-37.

48. Rona R.J., R. Hooper, M. Jones et coll. « The contribution of prior psychological symptoms and combat exposure to post Iraq deployment mental health in the UK military ». *J Trauma Stress*. Février 2009, vol. 22, n° 1, p. 11-19.
49. Kessler R.C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin et E.E. Walters. « Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication ». *Archives of General Psychiatry*. 2005, vol. 62, n° 6, p. 593-602.
50. Wang P.S., P. Berglund, M. Olfson, H.A. Pincus, K.B. Wells et R.C. Kessler. « Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication ». *Archives of General Psychiatry*. 2005, vol. 62, n° 6, p. 603-613.
51. Rona R.J., R. Hooper, M. Jones, C. French et S. Wessely. « Screening for physical and psychological illness in the British Armed Forces: III: The value of a questionnaire to assist a Medical Officer to decide who needs help ». *J Med Screen*. 2004, vol. 11, n° 3, p. 158-161.
52. Rona R.J., K.C. Hyams et S. Wessely. « Screening for psychological illness in military personnel ». *Journal of the American Medical Association*. 2005, vol. 293, p. 1257-1260.
53. Hoge C.W., C.G. Ivany, E.A. Brusher et coll. « Transformation of Mental Health Care for U.S. Soldiers and Families During the Iraq and Afghanistan Wars: Where Science and Politics Intersect ». *Am J Psychiatry*. Le 1^{er} avril 2016, vol. 173, n° 4, p. 334-343.
54. Warner C.H., G.N. Appenzeller, J.R. Parker, C.M. Warner et C.W. Hoge. « Effectiveness of mental health screening and coordination of in-theater care prior to deployment to Iraq: a cohort study ». *Am J Psychiatry*. Avril 2011, vol. 168, n° 4, p. 378-385.
55. Rona R.J., R. Hooper, M. Jones et coll. « Mental health screening in armed forces before the Iraq war and prevention of subsequent psychological morbidity: follow-up study ». *BMJ*. Le 11 novembre 2006, vol. 333, n° 7576, p. 991.
56. Van Til L., D. Fikretoglu, T. Pranger et coll. « Work reintegration for veterans with mental disorders: a systematic literature review to inform research ». *Phys Ther*. Septembre 2013, vol. 93, n° 9, p. 1163-1174.
57. Sareen J., B.J. Cox, M.B. Stein, T.O. Afifi, C. Fleet et G.L. Asmundson. « Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample ». *Psychosom Med*. Avril 2007, vol. 69, n° 3, p. 242-248.
58. Nepon J., S.L. Belik, J. Bolton et J. Sareen. « The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions ». *Depress Anxiety*. Septembre 2010, vol. 27, n° 9, p. 791-798.
59. Hoge C.W., D. McGurk, J.L. Thomas, A.L. Cox, C.C. Engel et C.A. Castro. « Mild traumatic brain injury in U.S. Soldiers returning from Iraq ». *N Engl J Med*. Le 31 janvier 2008, vol. 358, n° 5, p. 453-463.
60. Wilder C.M., S.C. Miller, E. Tiffany, T. Winhusen, E.L. Winstanley et M.D. Stein. « Risk factors for opioid overdose and awareness of overdose risk among veterans prescribed chronic opioids for addiction or pain ». *J Addict Dis*. Janvier-mars 2016, vol. 35, n° 1, p. 42-51.
61. Pagura J., M.B. Stein, J.M. Bolton, B.J. Cox, B. Grant et J. Sareen. « Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population ». *J Psychiatr Res*. Dec 2010, vol. 44, n° 16, p. 1190-1198.
62. Kessler R.C., G. Borges et E.E. Walters. « Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey ». *Archives of General Psychiatry*. 1999, vol. 56, n° 7, p. 617-626.

63. Bolton J.M., R. Walld, D. Chateau, G. Finlayson et J. Sareen. « Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: a population-based, balancing score-matched analysis ». *Psychol Med*. Février 2015, vol. 45, n° 3, p. 495-504.
64. Katzman M.A., P. Bleau, P. Blier et coll. « Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders ». *BMC Psychiatry*. 2014, vol. 14 (suppl. 1), p. S1.
65. Kennedy S.H., R.W. Lam, R.S. McIntyre et coll. « Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments ». *Can J Psychiatry*. Septembre 2016, vol. 61, n° 9, p. 540-560.
66. Lam R.W., S.H. Kennedy, S.V. Parikh, G.M. MacQueen, R.V. Milev et A.V. Ravindran. « Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Introduction and Methods ». *Can J Psychiatry*. Septembre 2016, vol. 61, n° 9, p. 506-509.
67. Wang P.S., O. Demler et R.C. Kessler. « Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States ». *American Journal of Public Health*. 2002, vol. 92, p. 92-98.
68. Beaulieu S., S. Saury, J. Sareen et coll. « The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid substance use disorders ». *Ann Clin Psychiatry*. Février 2012, vol. 24, n° 1, p. 38-55.
69. McCauley J.L., T. Killeen, D.F. Gros, K.T. Brady et S.E. Back. « Posttraumatic Stress Disorder and Co-Occurring Substance Use Disorders: Advances in Assessment and Treatment ». *Clin Psychol (New York)*. le 1^{er} septembre 2012, vol. 19, n° 3.
70. Hien D.A., H. Jiang, A.N. Campbell et coll. « Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's Clinical Trials Network ». *Am J Psychiatry*. Janvier 2010, vol. 167, n° 1, p. 95-101.
71. Back S.E., K.T. Brady, U. Jaanimagi et J.L. Jackson. « Cocaine dependence and PTSD: a pilot study of symptom interplay and treatment preferences ». *Addict Behav*. Février 2006, vol. 31, n° 2, p. 351-354.
72. Najavits L.M., T.P. Sullivan, M. Schmitz, R.D. Weiss et C.S. Lee. « Treatment utilization by women with PTSD and substance dependence ». *Am J Addict*. Mai-juin 2004, vol. 13, n° 3, p. 215-224.
73. van Dam D., E. Vedel, T. Ehring et P.M. Emmelkamp. « Psychological treatments for concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder: a systematic review ». *Clin Psychol Rev*. Avril 2012, vol. 32, n° 3, p. 202-214.
74. Roberts N.P., P.A. Roberts, N. Jones et J.I. Bisson. « Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis ». *Clin Psychol Rev*. Juin 2015, vol. 38, p. 25-38.
75. Shore J.H. « Telepsychiatry: videoconferencing in the delivery of psychiatric care ». *Am J Psychiatry*. Mars 2013, vol. 170, n° 3, p. 256-262.
76. Donker T., K. Petrie, J. Proudfoot, J. Clarke, M.R. Birch et H. Christensen. « Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review ». *J Med Internet Res*. Le 15 novembre 2013, vol. 15, n° 11, p. e247.
77. Engel C.C., L.H. Jaycox, M.C. Freed et coll. « Centrally Assisted Collaborative Telecare for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Military Personnel Attending Primary

- Care: A Randomized Clinical Trial ». *JAMA Intern Med.* Le 1^{er} juillet 2016, vol. 176, n- 7, p. 948-956.
78. Gilbody S., S. Brabyn, K. Lovell et coll. « Telephone-supported computerised cognitive-behavioural therapy: REEACT-2 large-scale pragmatic randomised controlled trial ». *Br J Psychiatry.* Le 2 mars 2017.
79. Horrell L., K.A. Goldsmith, A.T. Tylee et coll. « One-day cognitive-behavioural therapy self-confidence workshops for people with depression: randomised controlled trial ». *Br J Psychiatry.* Mars 2014, vol. 204, n° 3, p. 222-233.
80. Sareen J., A. Jagdeo, B.J. Cox et coll. « Perceived barriers toward mental health service utilization: A comparison of epidemiologic surveys in the United States, Ontario and the Netherlands ». *Psychiatric Services.* 2007, vol. 58, p. 357-364.
81. Olthuis J.V., M.C. Watt, K. Bailey, J.A. Hayden et S.H. Stewart. « Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults ». *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;vol. 3, CD011565.
82. Sareen J.S.T., J. Wong, J. Kinley, J. Randall, J.M. Bolton et N. Mota. *Mindfulness Based Cognitive Behavior Therapy Classes for Mood and Anxiety Disorders.* Canadian Institutes of Military and Veterans Health Forum. Vancouver (Colombie-Britannique); 2016.
83. Delgado J., S. Kellett, S. Ali et coll. « A multi-service practice research network study of large group psychoeducational cognitive behavioural therapy ». *Behav Res Ther.* Décembre 2016, vol. 87, p. 155-161.
84. Mann J.J., A. Apter, J. Bertolote et coll. « Suicide prevention strategies: A systematic review ». *Journal of the American Medical Association.* 2005, vol. 294, n° 16, p. 2064-2074.
85. Coffey C.E. « Pursuing perfect depression care ». *Psychiatr Serv.* Octobre 2006, vol. 57, n° 10, p. 1524-1526.
86. Bolton J.M. « Suicide risk assessment in the emergency department: out of the darkness ». *Depress Anxiety.* Février 2015, vol. 32, n° 2, p. 73-75.

ANNEXES

Annexe A : Questions à se poser au moment de mener une analyse systématique des cas de suicide au sein des Forces armées canadiennes

1. Quelles sont les données sociodémographiques (âge, sexe, situation de famille, race, région) et les méthodes de suicide (surdose, pendaison) parmi les membres des FAC?
2. Où le suicide a-t-il eu lieu (à la maison, au travail, ailleurs)?
3. Parmi les cas de suicide, quels étaient les problèmes de santé mentale ou de toxicomanie?
4. Dans quelle mesure le diagnostic de trouble de la personnalité ou les traits de personnalité étaient-ils communs (p. ex. trouble de la personnalité limite, narcissisme)?
5. Quels étaient les derniers mandats et les facteurs de stress psychosociaux (divorce, retraite, séparation, problèmes légaux) chez les personnes décédées?
6. Quels types de problèmes de santé physique (notamment le cancer, ainsi que les problèmes musculosquelettiques, neurologiques, respiratoires, la douleur chronique et les effets d'un traumatisme crânien) étaient prévalents chez les personnes décédées?
7. Quelles étaient les habitudes d'utilisation des services (hospitalisation, visites d'urgence, soins spécialisés ou soins primaires à l'externe) des personnes avant leur décès par suicide?
8. Quelles ont été les interventions pharmacothérapeutiques et psychosociales menées auprès des personnes décédées?
9. Dans quelle proportion les patients ayant des idées suicidaires ont-ils reçu des médicaments éprouvés pour prévenir le suicide (lithium, clozapine, antipsychotiques atypiques, antidépresseurs)?
10. Les personnes décédées par suicide ont-elles reçu des traitements fondés sur les données probantes pour leur problème de santé mentale ou de toxicomanie?
11. Dans le cas des personnes décédées ayant déjà tenté de se suicider, quels types d'interventions psychosociales avaient-elles reçues (p. ex., thérapie interpersonnelle, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie comportementale dialectique, thérapie de groupe, thérapie familiale, soins spirituels) avant leur tentative de suicide?
12. Dans le cas des personnes s'étant suicidées par balle, quelles mesures avaient été prises avant leur décès pour restreindre l'accès aux armes à feu?

Annexe B : Lettre de suivi de sollicitude

Cher (nom du patient),

Nous avons été ravis de mieux vous connaître pendant que votre séjour à l'hôpital. Nous espérons que tout se passe bien pour vous.

Nous nous souvenons à quel point vous aimez faire de la randonnée autour de Sound Puget Sound. Avec l'arrivée de l'été, nous espérons que vous aurez la chance d'y aller et d'explorer de nouveaux sentiers. Quoi qu'il en soit, nous voulions simplement vous envoyer un petit mot pour vous dire que nous pensons à vous et vous souhaitons bonne chance.

Nous serions heureux d'avoir de vos nouvelles, alors n'hésitez pas à nous envoyer un mot, si vous le désirez.

Bien à vous,

Cassidy et Laura

Exemple tiré de :

Luxton D.D., E.K. Thomas, J. Chipps, R.M. Relova, D. Brown, R. McLay et coll. « Caring letters for suicide prevention: Implementation of a multi-site randomized clinical trial in the U.S. military and veteran affairs healthcare systems ». *Contemp Clin Trials*. 2014, vol. 37, n° 2, p. 252-260. Consulté à l'adresse : <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2014.01.007>