



RÉSUMÉ

EXAMEN DE LA PORTÉE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET D'INTERVENTION PRÉCOCE MIS EN ŒUVRE AU CANADA, EN AUSTRALIE, EN NOUVELLE-ZÉLANDE, EN IRLANDE ET AU ROYAUME-UNI

SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES ANCIENS COMBATTANTS ET LES PREMIERS INTERVENANTS



Santé mentale et prévention du suicide chez les anciens combattants et les premiers intervenants :
Examen de la portée des programmes de prévention et d'intervention précoce mis en œuvre au Canada,
en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Irlande et au Royaume-Uni

© Tous droits réservés par le Dr Donald McCreary, 2019.

Tous droits réservés

Coordonnées :

Dr Donald McCreary
Colombie-Britannique, Canada
Courriel : McCrearyScientific@gmail.com

Le docteur Donald McCreary est l'auteur de ce rapport; il a été engagé et rémunéré par la Fondation Movember. La rédaction de ce rapport a également été appuyée par un soutien en nature à la recherche apporté par l'Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique.

Comment citer ce rapport :

McCreary, D. R. (août 2019). Santé mentale et prévention du suicide chez les anciens combattants et les premiers intervenants : Examen de la portée des programmes de prévention et d'intervention précoce mis en œuvre au Canada, en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Irlande et au Royaume-Uni Colombie-Britannique, Canada : Donald McCreary Scientific Consulting.



REMERCIEMENTS

J'aimerais profiter de l'occasion pour remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à la rédaction de ce rapport.

DE LA FONDATION MOVEMBER

Susan Todd

Paul Villanti

Brendan Maher

Ivy Lim-Carter

DE L'INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHE ET DE TRAITEMENT EN SÉCURITÉ PUBLIQUE

D^r Nick Carleton

D^r Ronald Camp

D^r Greg Anderson

Andreanne Angehrn

Robyn Shields

LES EXPERTS EN LA MATIÈRE

Canada

D^{re} Heidi Cramm (Université Queen's)

D^{re} Elizabeth Donnelly (Université de Windsor)

D^{re} Deniz Fikretoglu (ministère de la Défense nationale)

Louis-Francis Fortin (Service de police de la Ville de Montréal)

Gaynor Jackson (ancienne directrice générale, Centre de ressources pour les familles des militaires, Esquimalt, C.-B.)

D^{re} Renee MacPhee (Université Wilfrid Laurier)

Dr David Pedlar (Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans)

Steve Schnitzer (Académie de police, Justice Institute of BC)

D^r Duncan Shields (psychologue clinique)



Australie

Prof. Paula Brough (Université Griffiths)

Prof. Tony LaMontagne (Université Deakin)

D^{re} Angela Martin (Université de la Tasmanie)

Belinda Neil (Fearless)

D^{re} Kathryn Page (Université Deakin)

Irina Tchernitskaia (Country Fire Authority [Services ruraux de protection contre l'incendie])

Assoc. Prof. Tony Walker (Ambulance Victoria)

Division de la police, de la santé, de la sécurité et du bien-être de Victoria

Nouvelle-Zélande

Alison Barnes (Fire and Emergency Service [Service d'incendie et d'urgence] N.-Z.)

D^r David McBride (Université d'Otago)

Barry Taylor (Taylor Made Consulting)

Irlande

Mark Reddy (psychologue)

Brian Gilbert (sous-officier, brigade des pompiers de Dublin)

Royaume-Uni

D^{re} Fiona Bell (Yorkshire Ambulance Service [Service ambulancier du Yorkshire], NHS Trust)

Prof. Neil Greenberg (Université King, Londres)

D^r Ian Hesketh (College of Policing/National Police Wellbeing Service [Collège des services policiers/Service national de bien-être de la police])

REMERCIEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

D^r Peter Shipley, Collège de la Police provinciale de l'Ontario

D^{re} Stephanie Hodson, ministère australien des Anciens Combattants/Open Arms – Counseling pour les anciens combattants et leurs familles



AVANT-PROPOS

La Fondation Movember est l'un des principaux organismes internationaux de bienfaisance qui financent les initiatives en matière de prévention du suicide et d'intervention précoce en santé mentale. Depuis 2006, nous avons investi dans des programmes d'intervention précoce et de prévention novateurs et fondés sur des données probantes qui fonctionnent bien pour les hommes.

Dans les pays où œuvre la Fondation Movember, trois suicides sur quatre concernent des hommes, et nous sommes très conscients de la nécessité de renforcer considérablement l'investissement dans des approches sexospécifiques qui empêcheront tant d'hommes de mourir trop jeunes.

Notre approche a consisté à recueillir des données probantes sur ce qui est efficace pour que les hommes et les garçons demeurent en bonne santé sur le plan mental et afin de les encourager à prendre rapidement des mesures préventives, surtout en période difficile.

Bien que les problèmes soient complexes et qu'il n'existe pas de solutions simples, nous avons constaté des avancées prometteuses dans de nombreux programmes que nous avons mis à l'essai.

La Fondation Movember soutient maintenant l'expansion nationale et internationale d'initiatives ciblant les jeunes hommes et les adolescents, les hommes autochtones, les pères et les hommes socialement isolés. Nous avons également appuyé un certain nombre de programmes qui répondent aux besoins des anciens combattants et des premiers intervenants.

En 2018, en partenariat avec le Distinguished Gentlemen's Ride (DGR), la Fondation Movember a accordé la priorité à d'autres investissements dans des initiatives de prévention et d'intervention précoce ciblant ces communautés.

Afin d'éclairer notre orientation future, nous avons demandé au docteur Donald McCreary d'examiner les données probantes dont dispose la recherche dans ce domaine.

Nous qui avons travaillé en étroite collaboration avec les communautés des premiers intervenants et des anciens combattants au cours de la dernière décennie savons que le secteur s'est fermement engagé à relever les défis liés à l'absence actuelle de données probantes sur ce qui fonctionne pour ces groupes.

La Fondation Movember, en partenariat avec le DGR, prévoit maintenant investir dans des efforts de collaboration avec les anciens combattants et les premiers intervenants afin de recueillir des données probantes sur les initiatives les plus prometteuses, puis de se mobiliser pour faire adopter ces efforts à l'échelle internationale.

En tant que bailleuse de fonds mondiale, la Fondation Movember est particulièrement bien placée pour soutenir ces efforts et veiller à ce que les hommes reçoivent un soutien qui leur permettra de mener une vie plus saine, plus heureuse et plus longue.

Nous espérons que ce rapport inspirera également d'autres bailleurs de fonds du secteur de la santé mentale pour qu'ils collaborent avec nous afin d'obtenir les meilleurs résultats pour les hommes.

Paul Villanti
Administrateur dirigeant, Programmes
Movember



RÉSUMÉ

De plus en plus de données probantes portent à croire que, comparativement aux membres de la population en général, les anciens combattants et les premiers intervenants courent un plus grand risque de souffrir de problèmes de santé mentale et d'avoir des idées suicidaires ou de se suicider. La communauté des premiers intervenants, en particulier, a commencé à répondre à ces préoccupations en concevant ou en mettant en œuvre divers programmes de prévention de la maladie mentale, de prévention du suicide et d'intervention précoce. Toutefois, quels sont ces programmes et, plus important encore peut-être, quelles données probantes appuient leur efficacité?

Dans cette optique, les objectifs généraux de cet examen de la portée sont les suivants :

1. Déterminer les types généraux de programmes de prévention de la maladie mentale, d'intervention précoce en santé mentale et de prévention du suicide utilisés par les premiers intervenants (c.-à-d. la police, les pompiers et les ambulanciers paramédicaux/techniciens médicaux d'urgence/ambulanciers) et les anciens combattants au Canada, en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Irlande et au Royaume-Uni.
2. Recenser les programmes semblables destinés aux familles des premiers intervenants et des anciens combattants dans les mêmes régions.
3. Une fois que les principaux types de programmes auront été déterminés, procéder à un examen des données probantes disponibles qui appuient l'efficacité de ces programmes.
4. Résumer les données probantes disponibles et cerner certains programmes potentiellement prometteurs pour les employés et leurs familles.
5. Cerner les lacunes potentielles dans les espaces des programmes de prévention de la maladie mentale, de prévention du suicide et d'intervention précoce destinés aux premiers intervenants et aux anciens combattants (ainsi que leurs familles).

APPROCHE

Pour atteindre ces objectifs, j'ai adopté une approche à trois volets. La première approche consistait à cerner les recherches scientifiques existantes à l'appui des programmes de prévention et d'intervention précoce, tant dans la population active générale (le cas échéant) qu'au sein des organisations d'anciens combattants et de premiers intervenants. Cela permettra de comprendre le niveau actuel de données probantes connues concernant les programmes existants. La deuxième approche consistait à cerner une série d'experts en la matière (EM) dans chaque pays et à s'entretenir avec eux. Les renseignements recueillis aideront à déterminer les types de programmes utilisés, certains programmes particuliers utilisés, si les organisations recueillent des données solides qui appuient la validité des programmes et les lacunes que les EM perçoivent au chapitre des connaissances dont nous disposons. La troisième approche consistait à explorer Google et trois sites de médias sociaux (LinkedIn, Twitter et Facebook) pour trouver d'autres renseignements sur le programme. Il est important de noter que ces types de programmes s'inscrivent dans le contexte de l'évolution des lignes directrices ou des normes nationales qui favorisent l'identification et la gestion de la santé et de la sécurité psychologiques en milieu de travail. Par conséquent, j'ai également examiné ces types de lignes directrices ou de normes.



CONSTATATIONS

Avant de procéder à l'examen, j'ai d'abord examiné les normes ou lignes directrices nationales de chaque pays en matière de gestion de la sécurité psychologique en milieu de travail. Ces lignes directrices sont fondées sur des données probantes et soulignent l'importance de plusieurs types d'obstacles organisationnels en tant que causes d'une mauvaise santé psychologique en milieu de travail. Trois pays sur cinq disposent de lignes directrices officielles et celles-ci sont obligatoires dans les pays membres de l'Union européenne (c.-à-d. l'Irlande et le Royaume-Uni, au moment de la rédaction du présent document). Le Canada s'est doté d'un ensemble général de lignes directrices et d'un nouvel ensemble spécialement conçu pour les organisations paramédicales. L'agence Safe Work Australia a récemment publié des lignes directrices semblables, mais, bien qu'il s'agisse d'un organisme gouvernemental officiel, ces lignes directrices ne semblent ni officielles ni obligatoires.

Mon examen de la littérature scientifique portant sur l'efficacité des programmes de prévention de la maladie mentale en milieu de travail a révélé que, que ce soit dans la population active en général ou dans les communautés de premiers intervenants, il existe peu de données probantes démontrant l'efficacité globale de la psychoéducation et des programmes axés sur les compétences. Lorsque les programmes améliorent la santé mentale des personnes qui les suivent, leurs effets ont tendance à être faibles et à diminuer au fil du temps. Il n'existe aucune preuve selon laquelle le programme le plus couramment utilisé par les premiers intervenants, En route vers la préparation mentale, permet de réduire les symptômes d'une maladie mentale au fil du temps. En outre, les données probantes sur sa capacité à réduire la stigmatisation sont mitigées. Le seul type de programme dont les données probantes démontrent qu'il pourrait améliorer la santé mentale est fondé sur le concept de pleine conscience. Les interventions fondées sur la pleine conscience semblent apporter une amélioration modérée de la santé mentale, mais de nombreuses recherches restent à faire pour s'assurer de leur mise en œuvre efficace en milieu de travail et de leur évaluation rigoureuse, d'autant plus que nous disposons de données probantes selon lesquelles une mauvaise conception et mise en œuvre des programmes peut causer des préjudices. Aucune donnée probante, du moins à ce stade de l'examen, ne démontrait que des programmes de prévention de la maladie mentale étaient destinés aux anciens combattants, bien que la transition vers la vie civile ait été mise en évidence comme domaine d'intérêt potentiel des programmes.

Les données probantes sur l'efficacité des programmes d'intervention précoce auprès des premiers intervenants ont été tirées en grande partie de l'examen effectué en 2016 par Beshai et Carleton, et elles étaient appuyées par des constatations et des lignes directrices semblables du National Institute for Clinical Excellence du Royaume-Uni (NICE, 2005; 2018) concernant la prévention du trouble de stress post-traumatique (TSPT) après une exposition à un traumatisme dans la population en général. Beshai et Carleton ont cerné 14 approches d'intervention précoce visant à réduire le nombre de cas de maladie mentale chez les premiers intervenants et ont examiné les données probantes à l'appui de chacune d'elles. Dans leur document d'examen, ils ont fait remarquer que, lorsqu'il existait des données probantes, leur effet avait tendance à avoir peu d'ampleur (c.-à-d. qu'il n'était pas très important). Les deux lignes directrices du NICE font état de la piètre qualité des données probantes issues de la recherche et, dans son plus récent examen (NICE, 2018), les auteurs suggèrent que les interventions précoces ne devraient pas servir à réduire les symptômes futurs du TSPT. Une récente étude de Richins et coll. (2019), toutefois, laisse entendre que les lignes directrices du NICE ne traitent pas certaines subtilités. J'ai souligné trois programmes d'intervention précoce qui pourraient être prometteurs à l'avenir.

En ce qui concerne les programmes de prévention du suicide, les données probantes actuelles sont mitigées. Certains programmes ont démontré leur efficacité dans certains contextes, mais pas dans d'autres. Toutefois, il est important de noter que l'efficacité de la plupart des programmes de prévention du suicide en milieu de travail n'est pas évaluée (Milner et coll., 2015; Milner et LaMontagne, 2018a; Milner et LaMontagne, 2018b). Il n'y a donc aucun examen systématique ni métaanalyse sur lesquels s'appuyer ici.



Cela pose problème, car les études individuelles informent très peu les utilisateurs quant à la mesure dans laquelle il est possible de transposer efficacement un programme d'un milieu de travail à un autre. De plus, elles éclairent aussi peu les utilisateurs concernant l'ampleur des constatations et les éléments du programme qui pourraient être les plus importants. Comme Milner et LaMontagne (2018b) l'ont noté :

« Il est également important de souligner l'absence presque totale de recherche systématique sur les activités de prévention du suicide en milieu de travail. Ce point ne se limite pas seulement au nombre limité d'études évaluées dans le domaine (comme nous l'avons vu dans notre examen, seules quelques interventions ont démontré des preuves d'efficacité), mais aussi au fait que les efforts de prévention du suicide en milieu de travail devraient (s'il y a lieu) être alignés sur les "pratiques exemplaires" en santé mentale suivies à l'heure actuelle de façon plus générale en milieu de travail... Chacune de ces lignes directrices préconise des mesures préventives (p. ex., amélioration des conditions de travail) et réactives (p. ex., traitement des problèmes de santé mentale à mesure qu'ils surviennent dans le contexte du milieu de travail). » (p. 69) (traduction libre)

Les entrevues menées auprès des EM ont révélé de nombreuses préoccupations concernant l'absence de données probantes sur les programmes actuels et l'absence de partage d'information sur les différents acteurs, ainsi que sur les données probantes qu'ils observent à l'appui de leurs programmes. Au total, 25 EM y ont participé. Les EM ont recensé 12 types de programmes de prévention de la maladie mentale, 11 types de programmes d'intervention précoce en santé mentale et 5 types de programmes de prévention du suicide. La plupart de ces programmes visaient les anciens combattants et les premiers intervenants eux-mêmes, seuls 2 types de programmes étant destinés à leurs familles.

Lors de l'examen de mes discussions avec les EM, j'ai dégagé un total de six thèmes. Les voici :

- Thème 1 : Il n'existe aucun programme validé de prévention de la maladie mentale offert.
- Thème 2 : Chacun semble travailler seul.
- Thème 3 : Les organisations essaient de trouver un équilibre entre le travail et la protection de leurs employés.
- Thème 4 : Personne ne semble être au courant des limites factuelles des programmes d'intervention précoce.
- Thème 5 : Aucune perspective sexospécifique n'est appliquée au moment de la conception et de la mise en œuvre des programmes.
- Thème 6 : Les attentes en matière de prévention de la maladie mentale peuvent varier d'une cohorte à l'autre.

Les examens de Google, LinkedIn, Twitter et Facebook ont permis de cerner plusieurs programmes potentiels. Certains d'entre eux avaient déjà été recensés par les EM, tandis que d'autres étaient nouveaux dans le cadre de l'examen. J'ai pu trouver d'autres programmes dans tous les pays, sauf en Irlande, où l'accent sur la prévention de la maladie mentale chez les premiers intervenants et les anciens combattants semble relativement insuffisant. J'ai constaté l'existence de la plupart des autres programmes au Canada ou en Australie, et la majorité d'entre eux semblent être axés sur la psychoéducation (en particulier les portails Web et les applications téléphoniques), dont certains sont axés sur la formation. Enfin, l'administration de certains de ces programmes était assurée par des organismes de bienfaisance ou des organismes sans but lucratif, plutôt que par des organisations de premiers intervenants ou des ministères.

Lors de l'examen d'Internet et des médias sociaux dans le cadre du présent rapport, la nécessité d'établir des lignes directrices permettant de définir ce qu'un programme est ou n'est pas. À partir des critères d'inclusion et d'exclusion issus de nombreux examens systématiques et métaanalyses utilisés au chapitre 2, j'ai instauré les critères suivants :



Critères d'inclusion (ce qu'est un programme) :

- Un programme formel d'intervention précoce et de prévention de la maladie mentale ou du suicide est conçu pour être enseigné ou suivi par d'autres, puis mis en œuvre par les apprenants. Parmi les sous-éléments possibles :
 - o il peut comprendre ou non des outils de soutien (p. ex. des applications, d'autres outils Web, des cartes en format poche, des livres, le soutien par les pairs) intégrés au programme;
 - o il peut s'agir d'une séance de formation ponctuelle ou de séances de maintien régulières et continues, mais cette distinction doit être clairement établie dans la conception et la mise en œuvre du programme;
 - o Idéalement, il faudrait mettre l'accent sur l'assiduité dans le suivi du programme, afin de tenir compte des effets attribuables aux enseignants (c.-à-d. que le programme devrait produire une même efficacité de résultats quel que soit l'enseignant qui le met en œuvre, selon les directives); tous les enseignants doivent suivre la même approche de mise en œuvre, sans rien ajouter ni soustraire.
- Il sera fondé sur des principes et mécanismes scientifiques reconnus (p. ex., thérapie cognitivocomportementale, psychoéducation). Si ces principes ou mécanismes scientifiques sont utilisés différemment des données initiales à l'appui de l'efficacité ou de l'efficience (p. ex., en utilisant des procédures d'intervention clinique, comme la respiration diaphragmatique, dans le cadre d'une approche de prévention), alors ce programme ne peut être qualifié de fondé sur des données probantes tant qu'une évaluation appropriée n'a pas eu lieu.
- Des résultats précis seront intégrés au programme (p. ex., réduction des symptômes d'une maladie mentale) afin que l'efficacité et l'efficience puissent être mesurées. Autrement dit, il faut établir une façon de déterminer si le programme agit comme il est censé le faire.
- Les programmes de soutien par les pairs représentent souvent une approche commune vis-à-vis des risques pour la santé mentale dans les milieux de travail où le stress est élevé ou ceux où les expériences traumatisantes sont possibles. Ces types de programmes tentent d'établir un lien entre une personne aux prises avec un problème de santé mentale potentiel et une personne pouvant lui apporter de l'aide. Cette personne peut ou non avoir vécu la même situation dans le domaine. Le pair jouera le rôle de mécanisme de soutien social et potentiellement de lien avec les ressources locales en santé. Ces types de programmes ne seront inclus que dans certaines conditions :
 - o Les pairs doivent être issus du même groupe professionnel que la personne en difficulté;
 - o Le programme doit comprendre les éléments suivants : 1) les fournisseurs de services de soutien par les pairs (p. ex. Premiers soins en santé mentale) doivent suivre une formation; 2) il faut définir clairement les rôles de la relation pair-protégé; 3) les objectifs du programme doivent être appropriés et clairement énoncés (p. ex. réduction des symptômes d'une maladie mentale); et 4) ces objectifs doivent être vérifiables pour qu'on puisse déterminer si le programme agit comme il est censé le faire;
 - o Des professionnels de la santé mentale doivent apporter un soutien adéquat.

Critères d'exclusion (ce que n'est pas un programme) :

- Les présentations offertes par les conférenciers motivateurs ne sont pas des programmes.
- Les séances informelles et ponctuelles données par une ou plusieurs personnes ayant un vécu expérientiel ne sont pas des programmes.
- Lorsque les fondements des éléments présentés ne reposent pas sur des principes ou des mécanismes scientifiques, il ne s'agit pas d'un programme.
- Lorsque ce qui est enseigné ou présenté n'est ni conçu ni mis en œuvre d'une manière permettant d'évaluer si les résultats appropriés sont atteints, il ne s'agit pas d'un programme.



LACUNES CERNÉES

L'examen de la documentation et les entrevues menées auprès des EM ont révélé un large éventail de lacunes dans nos connaissances actuelles des programmes de prévention de la maladie mentale, d'intervention précoce en santé mentale et de prévention du suicide destinés aux premiers intervenants, aux anciens combattants et à leurs familles.

L'examen de la littérature scientifique spécialisée et grise (chapitre 2) a permis de cerner 12 lacunes :

- Lacune 1 : Une absence de données de grande qualité sur la prévalence
- Lacune 2 : Un accent trop restrictif mis sur les événements potentiellement traumatiques dans la recherche sur les anciens combattants et les premiers intervenants
- Lacune 3 : Un accent trop restrictif mis sur le TSPT dans la recherche sur les anciens combattants et les premiers intervenants
- Lacune 4 : Une absence de données probantes suffisantes à l'appui des programmes permanents
- Lacune 5 : Une dépendance excessive vis-à-vis des programmes de prévention axés sur l'individu
- Lacune 6 : Les programmes sont mis en œuvre sans une compréhension appropriée du changement de comportement.
- Lacune 7 : Une absence relative de concentration sur les anciens combattants, surtout ceux qui sont le plus à risque
- Lacune 8 : Une absence relative de concentration sur les familles, surtout celles qui sont le plus à risque
- Lacune 9 : Des programmes qui évaluent les processus ou les résultats intermédiaires, mais non les résultats souhaités
- Lacune 10 : Les programmes sont mis en œuvre sans assiduité adéquate.
- Lacune 11 : Une absence de données probantes de grande qualité sur l'efficacité des programmes de prévention du suicide
- Lacune 12 : Aucune perspective sexospécifique n'a été appliquée aux programmes de prévention et d'intervention précoce.

Les entrevues avec les EM (chapitre 3) ont permis de cerner 6 lacunes :

- Lacune 1 : Nous ne savons pas ce qui est efficace.
- Lacune 2 : Nous mettons trop l'accent sur le TSPT.
- Lacune 3 : Nous mettons trop l'accent sur la résilience individuelle, par opposition aux aspects organisationnels qui font obstacle au bien-être.
- Lacune 4 : Nous devons mettre davantage l'accent sur les transitions (recrutement, retraite) ainsi que sur tous les événements qui ont lieu entretemps.
- Lacune 5 : La culture organisationnelle qui encourage les comportements stoïques peut constituer un obstacle à la prévention de la maladie mentale.
- Lacune 6 : Nous avons besoin de mener plus de recherches et de recueillir davantage de données probantes.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

D'après les conclusions de cet examen de la portée, j'estime que les 8 recommandations suivantes sont justifiées :

- Recommandation 1 : Disposer de données de surveillance de la santé mentale de meilleure qualité
- Recommandation 2 : Prioriser l'évaluation et mettre au point des normes d'évaluation
- Recommandation 3 : Aller au-delà de l'accent mis sur les événements traumatiques
- Recommandation 4 : Aller au-delà de l'accent mis sur le TSPT
- Recommandation 5 : Instituer des programmes de prévention du suicide distincts
- Recommandation 6 : Programmes mieux ciblés à l'intention des anciens combattants
- Recommandation 7 : Les familles ont besoin de plus qu'un simple accès à un programme d'aide aux employés (PAE).
- Recommandation 8 : Il est nécessaire d'appliquer une perspective sexospécifique à tous les programmes de prévention et d'intervention précoce.



CONCLUSIONS

Les constatations découlant de cet examen de la portée sont à la fois enthousiasmantes et décevantes. L'enthousiasme est suscité par le fait que de nombreuses organisations de premiers intervenants et d'anciens combattants reconnaissent l'importance du fardeau de la santé mentale pour ces groupes et agissent de manière à tenter d'atténuer le problème.

Cet élan est toutefois tempéré par la déception dans quelques domaines. Tout d'abord, nombreuses sont les organisations (surtout les premiers intervenants) qui semblent mettre en œuvre des programmes de prévention sans les valider véritablement (c.-à-d. s'assurer qu'ils agissent comme ils sont censés le faire). Cet aspect est important, car certaines recherches suggèrent que les programmes qui sont décrits comme étant fondés sur des données probantes ou renseignés par des données probantes sont souvent adaptés en vue d'être utilisés par ces organisations (c.-à-d. qu'ils ne sont pas mis en œuvre de la façon dont ils ont été conçus) sans être réévalués pour déterminer leur efficacité. Certaines organisations, par exemple, ont mis en place une formation fondée sur des recherches validées dans le domaine de la psychologie clinique. Ce qui signifie qu'elles ont adopté des concepts et des applications qui fonctionnent dans des contextes de thérapie régulière, individuelle ou de groupe (p. ex., psychoéducation) et les ont mis en œuvre dans un contexte de prévention, sous forme de formation à grande échelle et ponctuelle. Elles supposent ainsi que les applications fonctionneront de la même façon dont elles fonctionnent en thérapie.

Ensuite, les types de programmes les plus couramment mis en œuvre sont axés sur le fait de fournir aux employés les ressources dont ils ont besoin pour composer plus efficacement avec les aspects traumatisants de leur travail. Cela fait peser un fardeau indu sur les employés pour qu'ils veillent à leur propre santé psychologique, alors que la recherche démontre que les facteurs de stress organisationnels non traumatiques sont souvent plus problématiques. Même si l'exposition aux traumatismes fait partie du travail et ne disparaîtra pas, ces aspects non traumatiques du milieu de travail relèvent davantage des organisations elles-mêmes, mais font rarement l'objet d'initiatives de gestion du changement. De plus, les normes nationales et les documents d'orientation soulignent souvent l'importance d'équilibrer le fardeau entre la personne et l'organisation lorsqu'il s'agit de créer une sécurité psychologique en milieu de travail.

Il existe une grande marge d'amélioration dans le domaine de la santé mentale en milieu de travail en général, et compte tenu du fardeau accru en matière de santé mentale qui pèse sur les premiers intervenants et les anciens combattants, leurs organisations devraient montrer la voie. Ces organisations doivent être adéquatement habilitées, tant sur le plan financier que par la mise en place de politiques et de procédures validées. Étant donné les restrictions financières auxquelles font face de nombreux gouvernements, le fait de consacrer, dès le départ, des fonds à la conception et la validation de programmes efficaces de prévention de la maladie mentale et d'intervention précoce, et de programmes de prévention du suicide, permettra en fait de réaliser des économies à long terme. Sans parler du nombre de vies que cela permettra de sauver.