

# Intégrer le traitement de lutte contre le tabagisme dans les services de soins de santé mentale

NOTE INFORMATIVE

Unité d'évaluation des technologies et  
des modes d'intervention en santé mentale

MAI 2014



Institut universitaire  
en santé mentale  
de Montréal

APPILIEA  
Université  
de Montréal

## Quel est l'état actuel des connaissances sur les stratégies d'implantation d'un environnement sans fumée dans le milieu psychiatrique, les barrières et les éléments facilitant, ainsi que les bénéfices des politiques sans fumée ?

Durant la dernière décennie, un virage radical s'est produit dans plusieurs pays en matière de politiques pour faire des établissements de santé mentale des espaces sans fumée. Aux États-Unis, la *National Association of Mental Health Program Directors* NASMHPD et l'*American Psychiatric Association* ont recommandé que les établissements psychiatriques mettent en œuvre des politiques sans tabac pour encourager les consommateurs de soins de santé comportementale à cesser de fumer<sup>16</sup>. En 2007, les campus de 59 % des hôpitaux psychiatriques d'État étaient sans fumée<sup>16</sup>. La *Veterans Health Administration* a mis en œuvre une démarche prometteuse appelée *Integrated Care* (soin intégré), qui intègre le traitement du tabagisme aux soins psychiatriques courants. Ce programme qui fait appel au modèle «formation du formateur» compte plus de 160 enseignants, représentant les 22 réseaux de la VHA. Au Canada, Santé Canada, en vertu de la Loi sur le tabac, interdit de fumer à l'intérieur des édifices et dans tous les locaux des établissements de santé et de services sociaux, y compris les centres jeunesse et les établissements de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Cette interdiction est en vigueur dans un périmètre de 9 mètres et n'est respecté que dans 67 % des endroits visités par les inspecteurs fédéraux. Il n'existe pas de données pour évaluer si les fumeurs sont des patients, des visiteurs ou des employés<sup>9,21</sup>. Néanmoins, de 2003 à 2009, la totalité des provinces et territoires du Canada interdisaient de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail intérieurs. Aujourd'hui, un grand nombre d'hôpitaux psychiatriques du Canada offrent avec succès des espaces sans fumée : le *Forensic Mental Health Centre Penetanguishene* (MHCP) a été déclaré 100 % sans fumée en 2006, dans la région centre de l'Ontario, le *Southwest Centre for Forensic Mental Health Care* depuis 2013 ainsi que le Centre de santé mentale Royal Ottawa affilié à l'Université d'Ottawa. Au Québec, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, un hôpital psychiatrique sans fumée autant à l'intérieur qu'à l'extérieur depuis 2005, a pavé la voie et reçu le Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux 2005-2006 pour son projet Hôpital sans fumée, dans la catégorie *Personnalisation des soins* 2006<sup>18</sup>. Ce projet était sous la direction du Dr Paul-André Lafleur qui a suivi à la lettre la Loi sur le tabac du Québec (L.R.Q., chapitre T-0.01). Le Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal est également devenu sans fumée en 2013, lui aussi sous la direction du Dr Paul-André Lafleur. Récemment, l'unité psychiatrique du Centre hospitalier St-Mary l'est devenue aussi, à la suite d'un incident grave où un patient s'est malencontreusement infligé des brûlures mortelles dans le fumoir.

### Le tabagisme, un risque important pour la santé évitable

En général, les fumeurs meurent en moyenne 10 ans plus tôt que les non-fumeurs. Le tabagisme est responsable de près d'un décès sur cinq en Angleterre<sup>10,17</sup>, et de 20 % de tous les décès aux États-Unis, chaque année. Aujourd'hui, le tabagisme est la cause la plus importante des maladies évitables au Canada. En 2012, selon Statistique Canada, 20,3 % des Canadiens de 12 ans et plus, environ 5,9 millions de personnes, fumaient tous les jours ou à l'occasion (23,1 % des hommes et 17,5 % des femmes). Au Québec il y a actuellement environ 1,5 million de fumeurs.<sup>20</sup> Même si le tabagisme a été identifié comme l'un des principaux responsables des inégalités en santé chez les patients atteints de maladie mentale grave, il est encore utilisé dans de nombreux établissements de santé mentale<sup>4</sup>. Il semble par ailleurs être un moyen fréquemment utilisé pour récompenser ou punir la conformité à un traitement et joue un rôle important dans les interactions sociales entre patients et membres du personnel. Environ 50 % des personnes qui présentent une maladie mentale grave sont des fumeurs, comparativement à 23 % dans la population en général. Il y a également un risque de commencer à fumer et des risques plus élevés de fumer dans les unités de

santé mentale (70 %). Les patients schizophrènes voient leur espérance de vie réduite (20,6 ans de moins chez les hommes et 16,4 chez les femmes), une augmentation de près du triple du taux de mortalité des maladies respiratoires; les maladies cardiovasculaires et les cancers sont également plus présents, comparativement à la population en général. Le tabagisme chez les patients psychiatriques est l'un des déterminants les plus puissants de cet excès de mortalité. Le tabagisme augmente le risque de maladie d'Alzheimer de 79 % et de démence vasculaire de 78 %. La sensibilisation sur cet enjeu est de plus en plus reconnue par une gamme de documents de référence<sup>2,3,6,13,19</sup>.

### Avantages et inconvénients de la mise en œuvre d'hôpitaux et d'unités psychiatriques sans fumée

Des études portant sur la mise en œuvre d'hôpitaux et d'établissements de santé mentale sans fumée ont permis de démystifier certains désavantages présumés, de mettre en lumière les avantages et de signaler certains inconvénients.

#### Démystifier certains désavantages présumés

- Les établissements de santé mentale ont découvert que les comportements perturbateurs et les agressions verbales peuvent diminuer de façon importante après une interdiction complète du tabac et des produits du tabac<sup>6</sup>. Il n'y a pas eu d'augmentation du nombre de confinements, de contraintes ou d'appels au personnel de sécurité<sup>6,15</sup>.
- L'interdiction de fumer s'est traduite par des changements importants dans l'administration des médicaments antipsychotiques. Les agents hydrocarbures du tabac influencent les enzymes du foie responsables de la clairance des médicaments; par conséquent, les patients fumeurs ont besoin de plus fortes doses. Une fois l'interdiction de fumer mise en application, des doses moins fortes se sont avérées suffisantes pour atteindre les mêmes résultats cliniques<sup>3</sup>.

**Inconvénients:** Après la mise en œuvre, certains établissements psychiatriques ont constaté ce qui suit<sup>7,12</sup>: des patients quittant l'établissement contre l'avis du médecin, une diminution de l'utilisation de l'hôpital et la démission d'employés.

**Avantages:** L'interdiction de fumer réduit le risque d'effets délétères directs de la consommation de tabac chez les consommateurs et le personnel; elle élimine l'exposition à la fumée secondaire dans les établissements de santé comportementale, pour tous. Chez le personnel et les patients qui ont cessé de fumer, il y a une diminution des comportements perturbateurs des patients et une amélioration du climat de travail; les autres patients hospitalisés bénéficient d'un milieu sûr; cela donne une image saine de l'hôpital; on compte moins d'agressions; et les autres patients ne commencent pas à fumer. On a remarqué dans le cadre d'interventions en santé mentale publiques plus vastes des améliorations comme : la santé physique, la santé mentale, la résilience, l'espérance de vie, le bien-être financier, un mode de vie sain, l'utilisation de doses moins fortes de médicaments, une meilleure promotion de la santé quant aux autres maladies chroniques, plus particulièrement le syndrome de résistance à l'insuline et les maladies cardiovasculaires<sup>3,4,5,6,7,8,11</sup>.

### Mettre en œuvre un environnement sans fumée dans un établissement de santé mentale

Au Royaume-Uni, le *National Institute of Health Excellence* fournit une série de lignes directrices traitant des divers aspects de la mise en œuvre réussie d'un environnement sans fumée dans un établissement de santé mentale. L'adoption d'une politique claire émanant de la haute direction quant aux avantages pour tous d'un tel environnement et par un plan de mise en œuvre constitue la première étape. Les lignes directrices soulignent que la barrière la plus importante est le personnel et que, par conséquent, la stratégie de mise en œuvre doit s'atta-

quer aux besoins des patients et à ceux du personnel<sup>17,19</sup>. Parce que cela représente un défi pour leurs convictions professionnelles et personnelles, le plan de mise en œuvre doit traiter des dimensions des politiques, de l'éducation, des activités et des pharmacothérapies, pour les patients et pour le personnel<sup>6,8,14</sup>.

**Politiques:** Avec comme objectif ultime des espaces sans tabac, certains établissements psychiatriques ont déplacé le fumoir à l'extérieur dans le cadre d'une première étape. D'autres ont interdit le tabac complètement, croyant que les établissements ne devraient pas permettre les comportements de dépendance dans un environnement thérapeutique. Pour éviter un milieu où les clients et le personnel peuvent utiliser les cigarettes de contrebande, de remplacer la cigarette par une alimentation non saine ou de passer au tabac sans fumée, il est recommandé que les établissements psychiatriques deviennent entièrement sans fumée. Des études internationales indiquent qu'une interdiction complète est plus efficace que des politiques qui restreignent le tabagisme à quelques endroits désignés.

**Éducation:** Les comités de coordination pour l'éducation doivent envisager diverses stratégies selon le groupe cible. Pour le personnel infirmier et médical, l'éducation doit être axée sur la manière de reconnaître les symptômes du syndrome de sevrage à la nicotine, d'aider à combattre la dépendance et de traiter les éventuels symptômes déplaisants de la dépendance. Les patients devraient être entourés de matériel visant à les aider à arrêter de fumer. On devrait leur remettre de l'information verbale et écrite sur la dépendance à la nicotine et les effets secondaires létaux de la consommation, mais également des symptômes du sevrage et de la manière de les réduire au minimum<sup>6,8,12,14</sup>. De la même façon, tout le personnel devrait être éduqué, comme les patients, sur le tabagisme. Les fumeurs devraient être soutenus dans le cadre d'une initiative de santé plus large.

**Activités:** Les comités de coordination doivent planifier des groupes d'abandon du tabagisme pour les patients et le personnel. Il est recommandé que le personnel reçoive une formation en groupe et des activités d'abandon individuelles. Le personnel infirmier devrait encourager les patients à participer à des groupes d'abandon du tabagisme et s'occuper des patients qui éprouvent une envie très forte de fumer. Les patients devraient participer à un groupe hebdomadaire et à des groupes individuels de soutien à l'abandon du tabagisme, à des ateliers d'abandon du tabagisme et devraient être encouragés à évaluer leur propre progrès. D'autres activités qui contribuent à l'application d'une mise en œuvre efficace peuvent comprendre: des campagnes dans les médias de masse, la fermeture des fumoirs, de l'affichage et du matériel efficace d'aide à la réduction du tabagisme. En outre, i) les patients devraient être avisés de l'interdiction de fumer à l'intérieur avant l'admission et devraient être tenus d'accepter par écrit de s'abstenir de fumer pendant le traitement, ii) les patients externes devraient être informés de l'interdiction par un thérapeute, iii) des affiches devraient être installées, et, finalement v) tous les produits du tabac trouvés sur les patients devraient être confisqués. L'élaboration de partenariats dans ce processus est importante, et quiconque pouvait apporter une contribution est encouragé à le faire<sup>11,6</sup>.

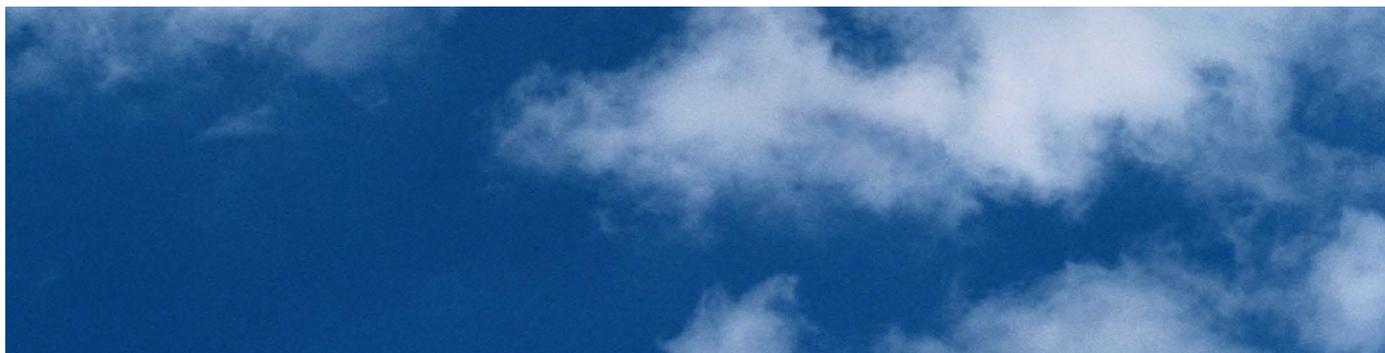
**Pharmacothérapies:** La nicotine contenue dans le tabac interagit avec plusieurs neurotransmetteurs du cerveau, agissant sur l'humeur, les fonctions cognitives, l'attention et la mémoire. Le tabagisme induit une enzyme du foie spécifique qui métabolise certains médicaments plus rapidement. Il faut donc prendre la précaution de modifier la dose après que le patient ait cessé de fumer s'il consomme des antidépresseurs, certains antipsychotiques, de la benzodiazépine et des opiacés<sup>3,14</sup>. Une étude de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal a révélé que le montant global de clozapine prescrite après l'arrêt du tabagisme a diminué de 20 %. Cela a permis à des patients d'atteindre les mêmes résultats cliniques avec de plus faibles doses et moins d'effets secondaires, tout en réduisant le budget que l'Institut consacre aux médicaments<sup>18</sup>.

Des études indiquent que les patients en santé mentale réagissent bien aux méthodes d'arrêt du tabagisme s'ils font appel à des monothérapies ou si les méthodes sont combinées à une thérapie comportementale. Peu importe la méthode choisie pour le traitement, une attention particulière est requise pour le bupropion qui peut entraîner des crises et la varénicline qui, selon les rapports, provoque des changements dans le comportement, de l'anxiété, un état dépressif, des sautes d'humeur, des psychoses, des hallucinations, un comportement agressif et des pensées/tentatives suicidaires.

## Conclusion

Il faut du temps et de l'éducation pour dissiper les mythes associés au tabac, mais la mise en œuvre de politiques visant un environnement sans fumée dans les services de santé mentale encourage l'innovation dans la culture traditionnelle du tabagisme et vers la guérison, une innovation qui fait avancer les patients en santé mentale et le personnel vers un bien-être physique et mental plus sain.

À l'heure actuelle, des établissements en santé mentale sont encore régulièrement conciliants à l'égard du tabagisme, mais cette situation tend à devenir l'exception plutôt que la norme. Le tabagisme chez les patients psychiatriques représente un risque important pour la santé qui est évitable. La transformation des hôpitaux et des unités psychiatriques en espaces sans fumée est possible; elle pourra se heurter à la résistance du personnel, mais elle est bénéfique pour celui-ci et pour les patients. Aucun risque important pour eux n'a jusqu'ici été déclaré, comme des décès ou une hausse des agressions, par exemple. En fait, ces cas ont diminué. Par conséquent, les établissements qui ont envisagé ces avantages et pris des mesures pour devenir des campus sans fumée suggèrent que les établissements de santé mentale commencent idéalement le processus de coordination des politiques et des comités 12 mois avant sa mise en œuvre, pour lancer une initiative sans fumée avec succès<sup>6,14,16,18</sup>.



1. Angus, K., Murray, R., MacDonald, L., Eadie, D., O'Mara-Eves, A., Stansfield, C. et coll. *Review 6: A Review of the Effectiveness of Smokefree Strategies and Interventions in Secondary Care Settings*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 27 novembre 2013. Consulté en mars 2014, tiré de Evidence Reviews: Smoking Cessation Acute, Maternity and Mental Health Services : [nice.org.uk/nicemedia/live/14306/65877/65877.pdf](http://nice.org.uk/nicemedia/live/14306/65877/65877.pdf) (MISE EN ŒUVRE)
2. Brown, S., Miranda, K., Mitchell, C. et Inskip, H. *Twenty-five year mortality of a community cohort with schizoprenia*. 2010. Consulté en mars 2014, tiré de The British Journal of Psychiatry: [bjp.rcpsych.org/content/196/2/116.long](http://bjp.rcpsych.org/content/196/2/116.long) (RISQUE POUR LA SANTÉ ÉVITABLE)
3. Champion, J. *Expert paper 7: Smoking and mental disorder*. 2012. Consulté en avril 2014, tiré de Smoking and mental disorder: Paper for NICE smoking cessation guidance : [nice.org.uk/nicemedia/live/13017/63464/63464.pdf](http://nice.org.uk/nicemedia/live/13017/63464/63464.pdf) (RISQUE POUR LA SANTÉ ÉVITABLE) (AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS) (MISE EN ŒUVRE)
4. Champion, J., Bhui K, Bhugra D. *European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorder*. European Psychiatry. Février 2012, volume 2, numéro 27, pp. 68 à 80. (AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS)
5. Champion, J., Fitch C. *Guidance for the commissioning of public mental health services*. 2012. Consulté en avril 2014, tiré de Joint Commissioning Panel for Mental Health : [jcpmh.info](http://jcpmh.info) (AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS)
6. Department of Veterans Affairs. *Integrating Tobacco Cessation Treatment into Mental Health Care*. (Public Health Strategic Health Care Group) 4 et 5 mai 2006. Consulté en mars 2014, tiré de Veterans Health Administration: [publichealth.va.gov/docs/smoking/smoking\\_mentalhealth.pdf](http://publichealth.va.gov/docs/smoking/smoking_mentalhealth.pdf) (CONTEXTE) (RISQUE POUR LA SANTÉ ÉVITABLE) (AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS) (MISE EN ŒUVRE)
7. Eadie, D., MacDonald, L., Angus, K., Murray, R., O'Mara-Eves, A., Stansfield, C. et coll. *Review 7: A review of the barriers and facilitators to implementing smoke-free strategies and interventions in secondary care settings*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 25 octobre 2012. Consulté en mars 2014, tiré de Guidance on Smoking cessation in secondary care: acute and maternity services and mental health services : [nice.org.uk/nicemedia/live/13017/63461/63461.pdf](http://nice.org.uk/nicemedia/live/13017/63461/63461.pdf) (AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS)
8. El-Guebaly, N., Cathcart, J., Currie, S., Brown, D., e Gloster, S. *Public health and therapeutic aspects of smoking bans in mental health and addiction settings*. *Psychiatric Services*. 1<sup>er</sup> décembre 2002, Volume 12, numéro 53, [ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=87507](http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=87507) (AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS) (MISE EN ŒUVRE)
9. Gouvernement du Québec. *Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac*. (Division des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec). Septembre 2010. Consulté en avril 2014, tiré de Santé et Services sociaux du Québec: [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-006-07.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-006-07.pdf) (CONTEXTE)
10. Her Majesty's Government. *Healthy Lives, Healthy People: A Tobacco Control Plan for England*. 9 mars 2011. Consulté en avril 2014, tiré de A Tobacco Control Plan for England : [gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/213757/dh\\_124960.pdf](http://gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213757/dh_124960.pdf) (RISQUE POUR LA SANTÉ ÉVITABLE)
11. Jochelson, K. et Majrowski, B. *Clearing the air*. (K. Fund, éditeur) 18 juillet 2006. Consulté en mars 2014, tiré de Debating smoke-free policies in psychiatric units: [kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/clearing-the-air-debating-smoke-free-policies-psychiatric-units-karen-jochelson-bill-majrowski-kingsfund-18-july-2006.pdf](http://kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/clearing-the-air-debating-smoke-free-policies-psychiatric-units-karen-jochelson-bill-majrowski-kingsfund-18-july-2006.pdf) (AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS)
12. Lawn, S. et Champion, J. *Achieving Smoke-Free Mental Health Services: Lessons from the Past Decade of Implementation Research*. Septembre 2013. Consulté en mars 2014, tiré de International Journal of Environmental Research and Public Health : [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3799524/pdf/ijerph-10-04224.pdf](http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3799524/pdf/ijerph-10-04224.pdf) (AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS) (MISE EN ŒUVRE)
13. Leonardi-Bee, J. *Expert paper 4: Association between smoking and mental disorders*. (R. C. Studies, éditeur) 2012. Consulté en avril 2014, tiré de Paper for NICE smoking cessation guidance: [nice.org.uk/nicemedia/live/13017/63464/63464.pdf](http://nice.org.uk/nicemedia/live/13017/63464/63464.pdf) (RISQUE POUR LA SANTÉ ÉVITABLE)
14. Leonardi-Bee, J., Jayes, L., O'Mara-Eves, A., Stansfield, C., Gibson, K., Kwan, I. et coll. *Review 4: Effectiveness of Smoking Cessation Interventions in Mental Health*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 30 novembre 2012. Consulté en mars 2014, tiré de SMOKING CESSATION IN MENTAL HEALTH SERVICES: [nice.org.uk/nicemedia/live/13017/63461/63461.pdf](http://nice.org.uk/nicemedia/live/13017/63461/63461.pdf) (RISQUE POUR LA SANTÉ ÉVITABLE) (MISE EN ŒUVRE)
15. Leonardi-Bee, J., Jayes, L., O'Mara-Eves, A., Stansfield, C., Gibson, K., Ratschen, E. et coll. *Review 5: Barrier and Facilitators of Smoking Cessation Interventions in Mental Health*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 3 décembre 2012. Consulté en mars 2014, tiré de SMOKING CESSATION IN MENTAL HEALTH SERVICES: [nice.org.uk/nicemedia/live/13017/63461/63461.pdf](http://nice.org.uk/nicemedia/live/13017/63461/63461.pdf) (AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS)
16. National Association of Mental Health Program Directors (NASMHPD). *Tobacco-Free Living in Psychiatric Settings*. Octobre 2010. Consulté en mars 2014, tiré de A best-practices toolkit promoting wellness and recovery: [smokingcessationleadership.ucsf.edu/nasmhpd\\_toolkit\\_updated\\_april\\_2011.pdf](http://smokingcessationleadership.ucsf.edu/nasmhpd_toolkit_updated_april_2011.pdf) (CONTEXTE) (MISE EN ŒUVRE) (CONCLUSION)
17. National Health Service. *NHS Stop Smoking Services: England, April 2011 to September 2011 (Q2 – Quarterly report)*. 19 janvier 2012. Consulté en mars 2014, tiré de The Information Center for Health and Social Care: [hscic.gov.uk/catalogue/PUB05084/nhs-stop-smok-serv-eng-2011-q2-key-rep.pdf](http://hscic.gov.uk/catalogue/PUB05084/nhs-stop-smok-serv-eng-2011-q2-key-rep.pdf) (RISQUE POUR LA SANTÉ ÉVITABLE) (MISE EN ŒUVRE)
18. Institut Philippe-Pinel de Montréal. *Hôpital sans fumée*. Consulté en mars 2014, tiré de: [pinel.gc.ca/contentt.aspx?navid=72&CultureCode=fr-CA](http://pinel.gc.ca/contentt.aspx?navid=72&CultureCode=fr-CA) (CONTEXTE) (MISE EN ŒUVRE)
19. Royal College of Psychiatrists. *Smoking and mental health*. (UK Centre for Tobacco Control) 2013. Consulté en mars 2014, tiré de A joint report by the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists: [rplondon.ac.uk/sites/default/files/smoking\\_and\\_mental\\_health\\_key\\_recommendations.pdf](http://rplondon.ac.uk/sites/default/files/smoking_and_mental_health_key_recommendations.pdf) (RISQUE POUR LA SANTÉ ÉVITABLE) (MISE EN ŒUVRE)
20. Statistique Canada. *Principales causes de décès au Canada*. (Gouvernement du Canada) 3 octobre 2013. Consulté en mars 2014, tiré du Tableau 1. Classement et nombre de décès pour les 10 principales causes de décès au Canada, 2000 et 2009 : [statcan.gc.ca/pub/84-215-x/2012001/table-tableau/tbl001-fra.htm](http://statcan.gc.ca/pub/84-215-x/2012001/table-tableau/tbl001-fra.htm) (RISQUE POUR LA SANTÉ ÉVITABLE)
21. *Loi sur le tabac. Chapitre T-0.01*, [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/T\\_0\\_01/T0\\_01.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/T_0_01/T0_01.html). Québec, Canada : Publications Québec. 1<sup>er</sup> avril 2014. (CONTEXTE)

Cet aperçu de la mise en œuvre d'un comportement sans tabac au sein des services de santé mentale provient de collections d'établissements qui fournissent une orientation nationale et des conseils pour améliorer les soins de santé et les soins sociaux, notamment : le *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, la *National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD)* et *Anciens Combattants Canada*. D'autres ressources ont également été analysées et incluses.

Alain Lesage, M.D.  
Karen Medina, M.D.

REMERCIEMENTS à Madame Ionela Gheorghiu, coordonnatrice UETMISM et Madame Andreea Neagota, stagiaire UETMISM, pour l'identification de la littérature pertinente au projet et pour l'extraction des données.