

Déclaration de consensus sur l'amélioration des transitions en santé mentale

Edmonton, Alberta



*Déclaration de consensus de l'Institute of Health Economics
Volume 7 – 4-6 novembre 2014*

IHE

**INSTITUTE OF
HEALTH ECONOMICS**
ALBERTA CANADA

Remerciements

À titre de président du jury, le Dr Alain Lesage, M.D., FRCPC, M.Phil., DFAPA, professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal et clinicien à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Québec, a dirigé un comité spécial dont le mandat était d'élaborer un compte rendu des données probantes et de formuler des recommandations à l'égard de l'amélioration des politiques et des pratiques de transition des soins en institution vers les soins dans la collectivité chez les adultes atteints de maladies mentales graves et persistantes.

Le programme de la conférence a été élaboré avec la collaboration d'un comité scientifique présidé par le Dr Roger C. Bland, CM, MB, Ch.B., FRCPC, FRCPSych et professeur émérite au département de psychiatrie de l'Université de l'Alberta.

Il s'agissait de la 7^e conférence de consensus organisée par l'IHE (Institute of Health Economics) depuis l'introduction de ce type de conférence au Canada en 2006 par l'IHE.

La conférence a été financée par le Gouvernement de l'Alberta.

Site Web de la conférence : <http://transitions2014.ca/>

Déclaration

Aucun membre du jury ayant participé à cette conférence et contribué à la rédaction de cette déclaration ne se trouvait en conflit d'intérêts financiers ou scientifiques.

Table des matières

Introduction.....	3
Introduction du président du jury.....	4
Question 1 : Qu'est-ce qu'une maladie mentale grave et persistante? Quelles en sont les conséquences sociales et économiques? .	4
Question 2 : Quelle est l'efficacité des interventions actuelles auprès des adultes atteints de maladies mentales graves et persistantes?.....	7
Question 3 : Quelles sont les données probantes au sujet du rôle des autres systèmes de soutien, incluant les soins de santé primaires, dans le cadre des méthodes d'intervention efficaces?.....	8
Question 4 : Quels sont les systèmes de soutien les plus efficaces pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes?.....	10
Question 5 : Quels outils d'information sont nécessaires pour une administration de système de haute qualité?	12
Question 6 : Quels efforts de recherche supplémentaires sont requis?	13
Recommandations finales.....	14
Membres du jury	16
Conférenciers experts.....	16
Comité scientifique.....	17
Comité d'organisation	18
À propos de l'IHE (Institute of Health Economics).....	19

Introduction

À propos de cette déclaration de consensus

Cette déclaration de consensus a été rédigée par un jury indépendant de 13 membres composé de professionnels de la santé, d'universitaires et de représentants des affaires publiques. Elle se fonde sur 1) les études publiées réunies par le comité scientifique pour la conférence; 2) les présentations effectuées par des experts dans les domaines pertinents aux questions soulevées lors de la conférence; 3) les questions et commentaires des personnes présentes lors des séances de discussion ouverte; et 4) les délibérations du jury.

La conférence s'est tenue à Edmonton, Alberta, Canada. La déclaration de consensus se base donc sur le contexte albertain, bien que les données proviennent d'ailleurs au Canada, des États-Unis et du reste du monde.

Cette déclaration constitue un rapport indépendant rédigé par le jury et non une déclaration de politique des partenaires de la conférence ou du gouvernement de l'Alberta.

Les recommandations, ainsi que l'introduction du président ci-jointe, ont été lues à haute voix par le président et ont fait l'objet d'une séance de discussion ouverte tenue le jour de la clôture de la conférence, le 6 novembre 2014.

Les conférences de consensus de l'IHE

L'IHE a mis au point un programme de conférences de consensus unique en son genre dans le domaine de la santé au Canada. Ces conférences sont conçues selon un modèle de délibération qui réunit experts et décideurs dans l'optique de formuler des conclusions claires et des recommandations visant à promouvoir l'intégration des données probantes scientifiques aux politiques et aux pratiques.

L'IHE a introduit ce format de conférence de consensus au Canada en 2006 à Edmonton. L'IHE a actuellement sept conférences de consensus à son actif :

Titre de la conférence	Date	Président du jury
Self-Monitoring in Diabetes	2006	Michael Decter
Healthy Mothers–Healthy Babies: How to Prevent Low Birth Weight	2007	Dr Shoo Lee
Depression in Adults	2008	Hon. Michael Kirby
Fetal Alcohol Spectrum Disorder – Across the Lifespan	2009	Hon. Anne McLellan
Legal Issues of FASD	2013	Hon. Ian Binnie
Surveillance & Screening for AROs	2014	Dr Tom Marrie
Improving Mental Health Transitions	2014	Dr Alain Lesage

Le modèle de concertation

Le modèle de concertation unique de la conférence de consensus repose sur un procès devant jury formé de membres impartiaux qui réalisent une analyse indépendante et critique de questions précises. La conférence permet l'examen des données probantes les plus fiables ainsi que des opinions d'experts de premier rang dans le but de produire une déclaration de consensus pertinente pour les politiques et les pratiques. Au cours de la conférence, 20 à 25 experts présentent des données probantes scientifiques traitant 5 à 8 questions relatives à un domaine précis au cours de deux jours d'audition devant une audience de délégués et un jury composé de 12 membres.

Il s'agit d'un modèle de concertation flexible. Par exemple, il peut inclure une séance « forum public » avec tous les conférenciers (experts), une séance de questions-réponses suivant chaque présentation ou une séance avec les conférenciers et portant sur chaque question principale à la suite des présentations sur ladite question. Les séances de questions-réponses donnent l'occasion de recueillir les témoignages de l'audience, qui peut inclure des non-spécialistes et des membres du public.

Le jury considère l'ensemble de l'information recueillie lors des délibérations à huis clos votées à la fin de chaque jour de présentations. Le jury rédige alors une déclaration de consensus qui comprend une synthèse des données probantes et ses recommandations. La déclaration est lue à haute voix par le président du jury au début de la troisième et dernière journée de la conférence et est ensuite diffusée à grande échelle vers les décideurs et professionnels concernés ainsi que vers d'autres parties prenantes au Canada et ailleurs. La transparence qui caractérise le modèle de concertation en maximise les retombées. La déclaration de consensus est rédigée en langage clair et simple, et est publiée sous forme de feuillet imprimé et électronique.

Introduction du président du jury

Cette conférence de consensus a été commandée par le gouvernement de l'Alberta dans le but d'améliorer la transition entre le système de soins et la collectivité chez les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes. Le système, anciennement centré sur les hôpitaux et les institutions, se dirige progressivement vers la collectivité, le patient et la famille. L'élaboration et la mise en place de services communautaires de soins en santé mentale produisent des résultats positifs. Les défaillances du système auprès des personnes atteintes de maladies mentales graves ou persistantes se notent dans le nombre grandissant d'incarcération et de cas d'itinérance touchant ces personnes, dans la réduction moyenne de 20 ans de leur espérance de vie et dans l'impact de ces maladies sur les communautés autochtones.

Nous avons recueilli des données probantes au sujet d'innovations efficaces sur le plan du système ainsi que sur le plan individuel, puis au sujet de stratégies d'application et d'incitatifs financiers qui, selon nous, peuvent aider à la transition vers un système de soins axé sur la collectivité pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes. Il y a de l'espoir pour réaliser de véritables progrès. Grâce aux soutiens adéquats, à l'emploi, à l'éducation et au logement, les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes profiteront d'une meilleure qualité de vie et recevront des traitements et des soins davantage humains.

Lors de discussions avec le comité scientifique, nous avons convenu que les efforts devraient être concentrés sur les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes, c'est-à-dire celles présentant un diagnostic de trouble psychotique ou bipolaire qui cause une importante dysfonction sociale et qui requiert des services de santé et de soutien social soutenus. Ces personnes représentent environ 1,5 % de la population générale et sont à l'origine d'un pourcentage disproportionné des coûts dans le système de soins en santé mentale et de services sociaux, ainsi que dans le système de justice et la collectivité. On estime qu'un 3,5 % additionnel de la population est atteint de maladies mentales graves telles que la schizophrénie, le trouble bipolaire ainsi que d'autres troubles de l'humeur importants, les troubles sévères de personnalité et les troubles de la personnalité limite, puis des comorbidités connexes, incluant la toxicomanie. Les patients atteints de maladies mentales graves et persistantes se trouvent dans les unités de soins de longue durée des hôpitaux psychiatriques ou de psychiatrie légale; ils font l'objet d'admissions récurrentes et d'hospitalisation dans les unités de soins psychiatriques de courte durée; ils vivent dans les milieux résidentiels supervisés comme les familles d'accueil et les foyers de groupe; et ils reçoivent toutes sortes de service, y compris les services d'équipes de suivi intensif en équipe (SI) (*Assertive*

Community Treatment ACT) et les services de soutien d'intensité variable (SIV) (*Intensive Case Management ICM*). Malheureusement, beaucoup d'entre eux deviennent itinérants ou font l'objet d'incarcérations récurrentes.

Il existe de nombreux modèles novateurs de soins dans la collectivité qui visent un rétablissement complet pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes. Bien qu'ils diffèrent les uns des autres, tous ces modèles accordent une importance particulière à la continuité des soins afin d'assurer l'efficacité des interventions pharmacologiques et psychosociales, de la psychothérapie et des interventions sociales (reliées aux finances et au logement). En général, les approches les plus prometteuses sont celles qui intègrent les équipes communautaires de traitement multidisciplinaires ayant les ressources nécessaires pour agir à titre de ressources fixes auprès des personnes atteintes de ces maladies et de leur famille, dans un secteur donné.

Bien que cette déclaration de consensus se concentre sur les adultes atteints de maladies mentales graves et persistantes, nous reconnaissons l'importance de l'élaboration de programmes efficaces en réponse à l'apparition de la psychose chez les adolescents et les jeunes adultes pour réduire le nombre de patients nécessitant un soutien de longue durée, voire à vie. Nous reconnaissons également les besoins des patients atteints d'autres troubles mentaux graves dès l'enfance (p. ex. les troubles du spectre de l'autisme) ou plus tard (p. ex. la démence); des patients atteints d'autres syndromes cérébraux organiques, comme les troubles de traumatismes crâniens, à l'enfance ou à l'âge adulte; des patients atteints de handicaps mentaux graves et de troubles graves de comportement; et des patients atteints de troubles mentaux graves autres que la psychose, tel le trouble de la personnalité limite.

Question 1 : Qu'est-ce qu'une maladie mentale grave et persistante? Quelles en sont les conséquences sociales et économiques?

Quelle est l'envergure du problème?

« Maladie mentale grave et persistante » est un terme générique et non le diagnostic d'une maladie ou de maladies particulières. Il peut être utilisé pour désigner une certaine catégorie de diagnostics. Par contre, son sens n'est pas fixe et changera au cours du temps.

Ce terme a longtemps été utilisé pour désigner les diagnostics de schizophrénie, les troubles psychotiques connexes et le trouble bipolaire. Cette approche présente toutefois des problèmes.

Selon cette approche traditionnelle fondée sur une définition

étroite, la prévalence de la schizophrénie et du trouble bipolaire au sein de la population est estimée à 1,5 %. Jusqu'à un tiers des personnes atteintes requièrent des services de soins intensifs spécialisés et seraient davantage vulnérables à l'itinérance et à l'incarcération. Un premier problème relatif à cette définition est qu'une personne peut être atteinte d'autres maladies mentales qui sont à la fois graves et persistantes, comme la dépression majeure, le trouble obsessionnel compulsif et le trouble de la personnalité. Un deuxième problème est que ce ne sont pas toutes les personnes visées par la définition traditionnelle qui présentent des symptômes graves ou persistants, et cela est particulièrement vrai lorsqu'il y a une intervention précoce et un traitement complet et efficace. Le diagnostic à lui seul ne s'accorde pas parfaitement à la déficience, à la détresse, à la persistance et à l'intensité du traitement.

Une solution de rechange serait une approche davantage fonctionnelle à l'égard des maladies mentales graves et persistantes qui considère la durée et la gravité. Sans ignorer le diagnostic ou les besoins particuliers de traitement, cette approche inclut les maladies peu prévalentes et plus susceptibles de nuire à la personne atteinte, comme la schizophrénie, ainsi que les maladies plus prévalentes et moins susceptibles de nuire à la personne atteinte, comme la dépression. Cette approche fonctionnelle estime la prévalence des maladies mentales graves dans la population générale durant la vie adulte à 5 %.

De plus, la définition épidémiologique du terme donne l'occasion d'examiner les facteurs critiques modifiables qui pourraient avoir un impact sur la prévalence. Puisqu'il n'y a pas de définition « exacte » de la maladie mentale grave et persistante, la définition devrait du moins être utile et mesurable. La prévalence des maladies mentales graves et persistantes s'accroît avec l'incidence (apparition de la maladie) et la durée (la durée de l'épisode), et diminue avec les événements positifs comme le rétablissement et avec les événements négatifs comme la mort causée par le suicide ou la maladie physique. La prévention du suicide et l'amélioration des soins de santé physique auprès des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes augmenteraient la prévalence de ces maladies, alors que la prévention de rechute en diminuerait la prévalence.

Vivre avec les maladies mentales graves ou persistantes : une perspective personnelle

Le jury a reçu un témoignage éloquent d'une personne atteinte de la schizophrénie depuis des décennies. Bien qu'il reconnaisse avoir bénéficié de ses traitements, il décrit également l'importance de l'espoir et d'autres facteurs : « Il y a une limite à ce que les médicaments peuvent faire... Il faut un bon endroit pour vivre, du soutien, etc. ». Il a souligné le

besoin que les formulaires provinciaux financent une vaste gamme des meilleurs médicaments disponibles compte tenu des variétés génétiques probables conséquentes. Il a également souligné le besoin que la recherche élabore de meilleurs traitements. L'homme a aussi abordé le besoin de traitements psychosociaux financés par le secteur public pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes.

Les conséquences sociales des maladies mentales graves et persistantes sur les individus et les familles

Le jury a été clairement informé de l'ampleur des conséquences sociales des maladies mentales graves et persistantes sur les individus (la diminution de la qualité de vie, la détresse émotionnelle, la vulnérabilité au développement d'autres conditions, le risque de décès prématuré et le fardeau relié à la stigmatisation) et les familles (la stigmatisation par association, la tension émotionnelle et les inquiétudes continues au sujet de qui assurera la relève à la mort des parents).

Le jury a aussi été informé au sujet de l'impact économique important des maladies mentales graves et persistantes sur les patients, les familles et la société, se chiffrant dans les milliards de dollars annuellement. Les frais personnels déboursés par les patients pour leurs médicaments sont importants et à ces frais s'ajoutent souvent d'énormes coûts indirects reliés à la diminution de la qualité de vie, à la diminution du rendement professionnel des individus et des familles, au temps consacré aux soins médicaux et au décès prématuré par suicide.

Ce fardeau peut être allégé au moyen de l'éducation sur les maladies mentales graves et persistantes, du soutien professionnel (éducation et emploi) et du soutien par les pairs, puis en favorisant la résilience et le rétablissement dans la mesure du possible. Il en reste beaucoup à faire pour améliorer les soins en santé mentale auprès des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes et de leur famille, et pour lutter contre la stigmatisation.

Quels sont les liens entre la maladie mentale et l'itinérance?

Parmi les quelque 150 000 usagers de refuges pour sans-abri au Canada, la grande majorité a recours à ces services de façon brève et peu fréquente. Il existe toutefois une sous-population d'entre 8 et 12 % pour qui la fréquence et la durée des visites sont supérieures. Ce groupe est responsable de la majorité du taux d'occupation des lits en refuge. Les études portant sur les maladies mentales graves et persistantes chez les itinérants indiquent des incidences nettement supérieures de troubles psychotiques, de dépression, de troubles de la personnalité et de toxicomanie comparativement à la population générale.

Les meilleures données canadiennes sur l'itinérance et les maladies mentales graves et persistantes proviennent de la récente étude « At Home/Chez Soi » : un essai clinique

aléatoire portant sur l'efficacité de l'approche « Logement d'abord » comparativement au traitement habituel proposé aux itinérants canadiens atteints de maladies mentales dans cinq villes. Des plus de 2 000 participants, 35 % étaient atteints de troubles psychotiques, 52 % étaient atteints d'une dépression majeure, 29 % étaient atteints de troubles de stress post-traumatique et 67 % souffraient à la fois de troubles psychiatriques et de toxicomanie. Les conclusions de cette étude corroborent qu'une approche axée sur le soutien au logement, offrant un logement régulier, des suppléments au loyer et un soutien au moyen des équipes de soutien d'intensité variable (SIV) ou des équipes de suivi intensif en équipe (SI), est davantage efficace que le traitement habituel. Cette approche a donné lieu notamment à une amélioration majeure de la stabilité en logement et à une amélioration modérée de la qualité de vie et des capacités fonctionnelles, comparativement au traitement habituel. Un usage plus approprié des services de santé et des services sociaux a aussi été relevé. Celui-ci comprend une diminution de l'usage de refuge, une diminution des hospitalisations et, particulièrement chez les participants à niveau de besoin moyen, une diminution des visites à la salle d'urgence. Les analyses qualitatives confirment que l'approche favorisait les choix personnels, la reprise du pouvoir d'agir, l'espoir et l'amélioration du cours de la vie.

Bien que le soutien au logement permette de réaliser des économies, dans un système clos où l'argent est dépensé de toute façon, l'objectif n'est pas de réduire les coûts. Il s'agit plutôt d'une occasion de bien faire et de libérer des ressources qui pourront être réaffectées à d'autres personnes dans le besoin dans le cadre d'un système surchargé, palliant ainsi les lacunes en matière de soins.

Les implications des maladies mentales dans les services correctionnels

Nos prisons sont devenues les derniers grands asiles psychiatriques, où un pourcentage significatif de contrevenants (36 % des hommes et 62 % des femmes) a été évalué comme nécessitant une évaluation en santé mentale et où la majorité souffre de toxicomanie. Les services correctionnels n'offrent pas une approche de traitement globale aux personnes souffrant de toxicomanie et de troubles psychiatriques. Ces personnes connaissent des résultats correctionnels peu positifs et engendrent des coûts plus élevés. Ces résultats négatifs comprennent la mort sous garde, la victimisation et l'isolement prolongée par ségrégation.

Il y a une pénurie criante de professionnels en santé mentale au sein des services correctionnels.

Bien qu'il existe des centres de traitement régionaux offrant les soins psychiatriques dans l'établissement de services correctionnels, ces derniers n'ont qu'une capacité d'accueil limitée. Cette contrainte fixe donc une norme différente pour

les soins en santé mentale comparativement à d'autres types de soins de santé; les contrevenants ayant besoin de soins médicaux spécialisés pour d'autres conditions (p. ex. le cancer) seraient transférés à un établissement de soins de santé non correctionnel.

Tout compte fait, il y a un besoin en amont, afin d'assurer que les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes ne se retrouvent pas par défaut dans le système correctionnel; et en aval, afin d'assurer que, au-delà de l'expiration du mandat (lorsque l'individu n'est plus sous l'autorité des services correctionnels), les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes ont accès aux soins et au soutien.

Recommandations :

1. La prévalence des maladies mentales graves et persistantes n'est pas une donnée statique. Il faudrait se tourner vers les études épidémiologiques pour mesurer l'influence des facteurs modifiables qui augmentent et diminuent la prévalence de ces maladies au fil du temps dans le but de diriger les interventions.
2. Les témoignages des personnes atteintes de maladies mentales et de leur famille devraient être accessibles; ce sont des éléments essentiels pour promouvoir l'éducation et pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination au sein de la population.
3. Les résultats de l'étude « At Home/Chez Soi », la plus grande étude dans le monde traitant des interventions efficaces contre l'itinérance chez les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes, ont démontré le besoin d'augmenter l'ampleur du projet « Logement d'abord » ainsi que d'autres interventions conçues à partir de données probantes afin de réduire les taux alarmants d'itinérance chez les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes. Plus d'études sont requises au sujet des personnes atteintes de maladies graves et persistantes qui ne bénéficient pas du projet « Logement d'abord ».
4. Dans le système correctionnel, la disparité entre les traitements spécialisés pour les troubles physiques et ceux pour les troubles mentaux doit être examinée, puis des services de soins intégrés pour la toxicomanie et les troubles psychiatriques doivent être fournis. Les troubles du comportement causés par les maladies mentales doivent faire l'objet d'un traitement, et non d'une ségrégation prolongée.

Question 2 : Quelle est l'efficacité des interventions actuelles auprès des adultes atteints de maladies mentales graves et persistantes?

Résultats de la médication à long terme

Les médicaments comme les antidépresseurs, les antipsychotiques, les anxiolytiques et les stabilisateurs de l'humeur constituent des options de traitement efficaces pour de nombreux individus souffrant de troubles psychiatriques. Toutefois, malgré leurs bienfaits, ces médicaments comportent une variété d'effets secondaires possibles pouvant être éprouvants, voire débilissants. Les études démontrent que même lorsque les médicaments sont donnés selon les meilleures pratiques cliniques, le traitement à long terme est tout de même insatisfaisant chez de nombreuses personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes. De nouvelles options de traitement pharmacologique sont nécessaires afin d'améliorer les résultats de traitement.

Quelle est l'efficacité des interventions psychosociales?

Le jury a entendu que les interventions psychosociales sont généralement efficaces et qu'elles devraient faire partie intégrante du système de soins en santé mentale. Les bienfaits des interventions familiales, de la psychoéducation, du développement des aptitudes sociales et des soins à domicile ont tous été corroborés par un solide ensemble de données probantes. Les interventions familiales jumelées à la psychoéducation permettent de réduire le taux de rechute, puis les soins personnalisés à domicile permettent de réduire le taux d'hospitalisation et pourraient même aider à atténuer les symptômes menant au retrait social et à d'autres déficiences sociales connexes chez les personnes atteintes de maladies psychotiques.

Il existe de nets effets bénéfiques au soutien en emploi; les probabilités de trouver un emploi sont plus élevées. Certaines données probantes confirment les bienfaits de l'art-thérapie, du sport et d'autres activités physiques. Il y a un volume croissant de données probantes relatives au soutien par les pairs, par contre les données au sujet de la qualité du milieu thérapeutique ne sont pas suffisantes. Les données probantes portant sur l'ergothérapie ne démontrent que des améliorations modérées. Par contre, cette forme de thérapie est très utile lorsqu'elle est utilisée pour réaliser les interventions psychosociales fondées sur des données probantes décrites précédemment.

Quelle est l'efficacité des psychothérapies?

L'efficacité de la psychothérapie en combinaison avec la

médication chez les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes est corroborée par d'importantes données probantes. Notamment, pour la psychose, il existe des données probantes à l'appui des bienfaits des interventions familiales et de la thérapie cognitivo-comportementale. Il a été démontré que la thérapie cognitivo-comportementale a un effet positif sur les résultats de traitement ainsi que sur le fonctionnement social et professionnel, et peut être utilisée sans danger pour les personnes qui refusent la médication. Il faut prendre note que ces données probantes sont fondées sur une thérapie comportant au moins une séance aux deux semaines, pour une moyenne de 20 séances en 9 mois. Cependant, un traitement de moins longue durée peut également être efficace. De plus, une évaluation canadienne souligne qu'un tel traitement peut aussi venir en aide aux patients pour qui la médication ne suffit pas.

Le rôle des équipes de soutien d'intensité variable (SIV) et des équipes de suivi intensif en équipe (SI)

Les données probantes démontrent que la gestion de cas (*Case Management*) est uniquement efficace lorsque la charge de travail par professionnel de la santé est peu élevée (maximum de 20 patients). On parle alors de soutien d'intensité variable (SIV) (*Intensive Case Management ICM*).

Les équipes de suivi intensif en équipe (SI) (*Assertive Community Treatment ACT*) offrent aux personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes des services de santé mentale dans la collectivité. Ceux-ci sont axés sur le rétablissement et fondés sur une approche globale. Les services des équipes de suivi intensif en équipe visent habituellement les personnes ayant souvent recours aux services de soins de courte durée en psychiatrie ou aux services d'urgence. Ces équipes de service constituent un effort collectif et regroupent des spécialistes en psychiatrie, en soins infirmiers, en travail social, en rétablissement professionnel (incluant le soutien en emploi, à l'éducation et à la formation), en psychologie, en toxicomanie, en soins de santé primaires, et en soutien par les pairs. Cette approche comprend des traitements intégrés de double diagnostic visant la comorbidité troubles psychiatriques-toxicomanie et prête attention aux besoins en matière de soins de santé primaires. Selon la norme, un professionnel de la santé ne devrait pas avoir plus de 10 patients.

Les équipes de suivi intensif (SI) qui montrent un degré élevé de conformité au modèle sont efficaces en affichant une amélioration des résultats pour les patients et une réduction des coûts de soins de la santé. Ces effets positifs ont été constatés principalement chez les personnes ayant des antécédents de psychose, faisant souvent l'objet d'importantes hospitalisations psychiatriques et en salle d'urgence, et qui ne répondent pas bien aux services moins intensifs. Les équipes de suivi intensif (SI) permettent à ces patients de demeurer dans la collectivité,

réduisant ainsi le besoin d'hospitalisation psychiatrique. Ils forment aussi un élément clé dans le succès de la transition des patients de l'hôpital (hôpital de psychiatrie légale, etc.) à la collectivité. Ces bénéfices sont encore plus répandus chez les personnes atteintes de maladies mentales graves qui présentent des besoins complexes (incluant le sous-groupe de patients atteints de maladies mentales graves et persistantes). Il a été signalé que deux équipes de suivi intensif (SI) ont été mises sur pied en Ontario afin de répondre aux besoins des patients autochtones. En l'absence d'une équipe de suivi intensif (SI), le parcours des patients inclut généralement des hospitalisations de longue durée, le syndrome de la récurrence en soins de courte durée ou l'itinérance.

Recommandations :

1. Les traitements psychosociaux devraient être intégrés aux services de soins en santé mentale offerts aux patients hospitalisés et aux patients traités dans la collectivité. Il faut donner priorité aux interventions familiales, à la psychoéducation, au développement des aptitudes sociales et aux soins à domicile. D'autres approches présentant de plus en plus de données probantes, comme le soutien en emploi, le sport et d'autres activités physiques, devraient être appliquées selon les besoins de chaque patient. L'art-thérapie peut être particulièrement appropriée pour les patients dont les habiletés verbales sont peu développées.
2. Il faut faciliter l'accès à la psychothérapie et à la psychoéducation pour les familles des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes. Pour y arriver, les formations appropriées sont de mise et il est conseillé que les patients, familles et organismes impliqués soient intégrés à une approche davantage globale de services axés sur le rétablissement. Le dernier guide de pratique clinique pertinent de la Canadian Psychiatric Association, *Le traitement de la schizophrénie (2005-1 CPG)*, date de 2005. On recommande la rédaction d'une mise à jour.
3. Compte tenu des données probantes à l'appui de l'approche de suivi intensif en équipe (SI), il est recommandé de la porter à une plus grande échelle. Il est essentiel que les ressources adéquates soient mises à la disposition de ce projet afin d'assurer la conformité au modèle de soins. Ce projet nécessitera également de la formation et une vérification officielle de conformité (sous forme d'attestation) afin d'assurer la conformité à long terme. L'approche de suivi intensif en équipe (SI) peut être adaptée à des populations particulières (p. ex. celles présentant des troubles de développement et celles reliées au système de justice pénale). La priorité devrait peut-être être accordée à cette approche pour de telles populations. Des équipes de suivi intensif (SI) visant des groupes culturels particuliers, comme les deux équipes en Ontario visant la population

autochtone, devraient être mises sur pied. Cette approche comprend des traitements intégrés de double diagnostic pour la comorbidité troubles psychiatriques-toxicomanie.

Question 3 : Quelles sont les données probantes au sujet du rôle des autres systèmes de soutien, incluant les soins de santé primaires, dans le cadre des méthodes d'intervention efficaces?

Quelles sont les solutions de rechange à l'hospitalisation pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes? L'évaluation de l'utilité des équipes de traitement intensif bref à domicile (TIBD) et des centres de gestion de crise

En théorie, les équipes de traitement intensif bref à domicile (TIBD) (*Crisis-resolution teams CRTs*) sont responsables des 24 premières heures. Elles « guettent » tous les patients entre 18 et 65 ans admis en soins de courte durée et pratiquent une gamme d'interventions médicales et psychosociales dans le but de résoudre la crise dans un délai approximatif de trois à six semaines. Lorsqu'elles ont les ressources nécessaires, ces équipes constituent une solution de rechange efficace à l'hospitalisation et permettent de réduire le taux d'occupation des lits d'hôpital tout en augmentant le taux de satisfaction des patients. La mise en œuvre actuelle des équipes de traitement intensif bref à domicile (TIBD) n'est pas uniforme. Un modèle des meilleures pratiques a fait l'objet d'une analyse empirique. Cela a permis d'établir les normes auxquelles les équipes doivent se conformer et les ressources de mise en œuvre afin d'assurer la conformité.

En plus des équipes de traitement intensif bref à domicile (TIBD), le jury s'est vu présenter des données probantes des bénéfices potentiels des centres de gestion de crise. En comparaison avec les unités de soins de courte durée, les centres de gestion de crise sont conçus pour les patients présentant des besoins de soins en gestion de crise pour une courte période. Le coût par jour est moindre que pour l'hospitalisation et le taux de satisfaction des patients de centres de gestion de crise est supérieur à celui des patients hospitalisés. De plus, cette solution de rechange à l'hospitalisation pourrait permettre aux patients de poursuivre leur train de vie habituel tout en faisant l'acquisition d'outils pour gérer une crise future. Un centre de gestion de crise pourrait accueillir des patients ayant à se conformer à des ordonnances de traitement.

Le jury a entendu qu'il existe des solutions de rechange aux grands hôpitaux psychiatriques : des plus petits centres de

traitement (8 à 15 lits) comportant des coûts d'exploitation bien moindres et des taux de satisfaction des patients plus élevés. Ces centres donnent accès à une équipe de spécialistes dans un milieu résidentiel qui offre des traitements ayant un rythme plus lent et axés sur le rétablissement, de plus longs séjours et plus de liberté, incluant un accès à la collectivité.

L'intégration de l'approche de soutien d'intensité variable (SIV) et de l'approche de suivi intensif en équipe (SI) : l'approche de suivi intensif en équipe flexible (Flexible Assertive Community Treatment FACT)

Il y a de cela 40 ans, des équipes de suivi intensif (SI) ont été mises sur pied aux États-Unis afin de fournir un traitement de rétablissement à domicile. Il a été démontré que cette approche est plus efficace sur le plan du rétablissement et de la satisfaction du patient et de sa famille. Par contre, elle s'applique uniquement à 20 % des cas. Le jury a entendu qu'il existe des équipes de suivi intensif flexible aux Pays-Bas qui répondent aux besoins d'une plus grande portion de la population. Cette approche flexible est destinée aux personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes qui présentent des besoins modérés à élevés, à raison de 200 patients par équipe et une équipe par 50 000 habitants (ratio professionnel-patient de 1:20). Plus de 200 équipes ont été mises sur pied aux Pays-Bas et 200 autres sont prévues. Dans un pays de 16 millions d'habitants comme les Pays-Bas, cela signifie qu'environ 0,5 % de la population y a accès. Cette estimation correspond au tiers des cas les plus graves de maladies mentales graves et persistantes, estimés dans la question 1 et qui touche 1,5 % de la population. Plus de recherches sont nécessaires pour mesurer l'efficacité de l'approche du suivi intensif en équipe flexible dans de différents contextes.

Comment les médecins de famille peuvent-ils mieux soutenir les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes dans la collectivité?

Pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes, les médecins de famille demeurent un élément clé et parfois la seule ressource pour répondre à leurs besoins en soins de santé primaires. Bien que les bureaux de médecins de famille offrent un environnement moins stigmatisé pour les soins de santé primaires, ils ne sont pas fréquentés par les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes autant qu'on le croirait. Il y a donc moins de dépistages et moins d'interventions pour améliorer la santé physique de ces personnes. Les médecins de famille signalent un manque de soutien et des problèmes de liaison relativement aux services spécialisés.

Comment les tribunaux de la santé mentale, les programmes de déjudiciarisation et les peines de substitution ont-ils aidé les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes?

Les tribunaux de la santé mentale réalisent des évaluations de l'aptitude à subir un procès et peuvent donc contribuer à la diminution significative du nombre de personnes en détention provisoire. Les programmes de déjudiciarisation en santé mentale décriminalisent les personnes ayant des problèmes reliés à la maladie mentale, et non l'intention délictueuse. Ils offrent des traitements et un soutien social qui, autrement, ne seraient pas accessibles. Ils permettent également de réduire les coûts dans le système judiciaire. Il a été démontré que les traitements reçus en milieu carcéral sont inappropriés et inadéquats.

Quel est le rôle des organisations non gouvernementales (ONG) et autochtones à l'égard des systèmes de soutien efficaces?

Les ONG fournissent une vaste gamme de services. Elles œuvrent dans les secteurs du logement, du placement et des loisirs. Elles s'impliquent davantage auprès de leurs clients, comparativement au gouvernement, et mettent l'accent sur le soutien par les pairs et le rétablissement. Pour traiter les patients atteints de maladies mentales graves et persistantes, il faut assurer une meilleure coordination en matière de planification afin d'élaborer une approche globale de service de santé axée sur la collaboration. Nous devons lever certains obstacles administratifs qui génèrent des coûts additionnels pour les ONG. La première étape serait d'assurer un financement à long terme qui permettrait de stabiliser les activités et élaborer une planification à long terme.

Les organisations communautaires autochtones et les guérisseurs traditionnels ont indiqué que les services de soins devraient inclure des traitements d'ordre spirituel, mental et physique, qui tiennent compte du contexte culturel et qui favorise le bien-être émotionnel complet.

Recommandations :

1. Les équipes de traitement intensif bref à domicile (TIBD) devraient constituer une solution de rechange à l'hospitalisation qui est plus accessible et davantage axée sur le patient et sur la famille en situation de crise.
2. Les centres de gestion de crise et les autres solutions résidentielles de rechange devraient être considérés. Ils permettraient peut-être de réduire les besoins en matière de lits d'hôpital et d'augmenter la satisfaction des patients comparativement à l'hospitalisation.
3. Une approche de suivi intensif en équipe élargie devrait être

considérée. Celle-ci pourrait inclure une fonction de soutien d'intensité variable, comme l'approche néerlandaise flexible, afin de répondre aux besoins d'une plus vaste portion des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes qui présentent des besoins de différents niveaux.

4. Les programmes de déjudiciarisation en santé mentale devraient continuer d'être développés afin de décriminaliser les personnes ayant des problèmes reliés à la maladie mentale, et non l'intention délictueuse, et ce pour rendre les soins en santé mentale plus accessibles.
5. Une approche caractérisée par une meilleure coordination en matière de planification est nécessaire pour assurer une meilleure intégration des ONG dans un service global, axé sur la collaboration et destiné aux patients atteints de maladies mentales graves et persistantes.
6. Les médecins de famille doivent intervenir auprès des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes au sein des points de service de soins primaires. Cela doit être fait en liaison avec une équipe multidisciplinaire (p. ex. infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, psychiatres, chefs spirituels, personnes âgées, etc.) en vue de répondre à l'ensemble des besoins des clients.

Question 4 : Quels sont les systèmes de soutien les plus efficaces pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes?

Les soins en santé mentale : pour qui, comment et où?

Le jury a entendu que, malgré les avancées en matière de services communautaires de soins en santé mentale et l'amélioration des traitements, il y a toujours un nombre important de personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes qui nécessitent des ressources résidentielles de moyenne et longue durée, et qui préfèrent vivre dans un milieu résidentiel petit et d'allure familiale.

Depuis la fermeture de ses principaux hôpitaux psychiatriques, l'Italie a vu la croissance d'un réseau d'établissements résidentiels de différentes sortes, de différentes tailles et de différents coûts. En Italie, ces petits établissements résidentiels peuvent servir de résidence permanente aux personnes atteintes d'incapacités graves qui ne seront sans doute jamais aptes à vivre de façon indépendante. Ces personnes représentent approximativement 0,03 % de la population en Italie. De plus, le jury a entendu qu'il y a un besoin pour de petits établissements de type résidentiel qui fourniraient des séjours

de traitement jusqu'à un an, et ce, dans le but que les personnes traitées puissent ensuite vivre de façon plus indépendante dans la collectivité.

Les études provenant de l'Italie indiquent que le succès des établissements résidentiels dépend de deux variables clés : la portée des services communautaires de soins en santé mentale environnants et l'ampleur du soutien informel aux familles.

Les questions non répondues comprennent : Quel type de soins résidentiels semble le plus efficace pour quels types de résidents? L'efficacité est mesurée selon quels types de résultats de traitement? Quels sont les contextes sociaux et de service? Il reste encore des questions à répondre à l'égard de la taille optimale de ces établissements, du nombre requis de personnel et de la formation.

Une question plus controversée est à savoir si les établissements résidentiels doivent être des centres de traitement intensif ou simplement des résidences ordinaires pour les résidents recevant des services communautaires en santé mentale.

Quel est le rôle du gouvernement fédéral dans la planification et le financement des stratégies en santé mentale?

De solides arguments ont été avancés en faveur du financement fédéral des services en santé mentale. Bien que les soins de la santé relèvent des provinces en vertu de la Constitution, depuis les années 1940, le gouvernement fédéral a souvent partagé les frais avec les provinces et leur a également accordé des subventions pour les soins en santé mentale. En 2004, le gouvernement fédéral a transféré 41 milliards de dollars aux provinces pour les soins de santé. Cependant, très peu de cet argent a été investi dans les soins en santé mentale. En fait, les dépenses en soins de santé mentale, analysées en pourcentage par rapport aux dépenses totales, ont diminué de façon remarquable au cours des 30 dernières années.

Le gouvernement fédéral est responsable des services de soins en santé mentale pour les personnes dans les groupes de compétence fédérale : les forces armées, la GRC, les services correctionnels, les Premières nations et les Inuits, les réfugiés et les immigrants. La compétence est partagée dans les secteurs de l'emploi et du logement.

Il y a de bonnes raisons d'agir : 20 % des Canadiens sont atteints de maladies mentales, et selon une vaste étude ontarienne le fardeau relié à la maladie mentale est 1,5 fois plus élevé que celui de l'ensemble des cancers, et sept fois plus élevé que celui des maladies infectieuses. L'impact annuel sur l'économie est de 50 milliards de dollars, montant qui devrait grimper à 2,5 billions au cours des 30 prochaines années. Le taux de chômage chez les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes est de 93 %. De plus,

520 000 personnes atteintes de maladies mentales sont sans-abri ou vivent dans des logements précaires. L'espérance de vie des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes est 20 à 30 ans en deçà de celle de la population générale.

En l'absence de financement additionnel, les listes d'attente continueront à s'allonger. Les systèmes policier et correctionnel continueront d'être les systèmes de soins en santé mentale par défaut en raison des défaillances dans les systèmes de soins en santé mentale civils. Selon certains, 5,3 milliards de dollars supplémentaires seront nécessaires au cours des 10 prochaines années.

Quelle est l'importance de la continuité des soins et de l'intégration dans le cadre de la mise en place d'un soutien efficace?

Depuis les années 1960, la continuité des soins est perçue comme un facteur important au rétablissement des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes. Ce concept porte différents noms : le continuum des soins, la coordination des soins, la planification de congé de traitement, la gestion de cas (*case management*), la gestion des soins (*care management*), l'intégration des services et l'intégration des systèmes. Malgré les différentes définitions, tout le monde est d'accord que la continuité des soins désigne l'organisation des soins d'un patient de sorte à assurer que ce dernier ait accès aux services de santé appropriés et efficaces qui répondent à ses besoins, et ce, de manière uniforme, cohérente et intégrée. L'approche du suivi intensif en équipe (SI), la gestion de cas (*case management*), les soins partagés, l'approche « Logement d'abord », l'intégration de la santé mentale et des soins en toxicomanie, et la planification de congé de traitement sont tous des exemples d'interventions conçues pour améliorer les services de continuité des soins aux individus.

Il y a un grand consensus à l'égard de l'importance de la continuité des soins. Les données probantes sont significatives, cependant elles ne sont pas directement liées au service individuel et sont insuffisantes sur le plan des systèmes. Il n'y a pas de solution passe-partout et la continuité des soins, vue de la perspective de l'intégration des systèmes, ne remédie pas aux manques de ressources. Même si cette approche ne permet pas d'économiser de l'argent, il a été démontré que la continuité des soins améliore les résultats connus par les patients.

Quels sont les effets des stratégies de soutien en emploi auprès des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes?

Environ le deux tiers des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes aimeraient travailler. Par contre, les sondages indiquent que moins de 30 % de ces personnes travaillent.

Les études démontrent que l'emploi a un effet positif sur les symptômes, l'estime de soi et la qualité de vie. Les études concluent également que les coûts reliés aux services de soins en santé mentale diminuent considérablement chez les personnes qui effectuent un retour au travail et qui bénéficient d'un soutien en emploi.

Au cours des 20 dernières années, le modèle de soutien en emploi « *Individual Placement and Support* » (*IPS*) est apparu comme une approche efficace pour aider les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes à intégrer le marché du travail concurrentiel. Les données probantes montrent que cette approche favorise l'inclusion sociale chez les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes.

Le modèle traditionnel de soutien en emploi protégé met l'accent sur la formation professionnelle dans un milieu protégé; l'objectif de placement dans un véritable milieu de travail est relégué au second plan, et parfois même ignoré. Alors que les personnes plus âgées atteintes de maladies mentales graves et persistantes préfèrent toujours cette approche (et devraient continuer d'y avoir accès), le jury a entendu que les adultes moins âgés préfèrent l'approche de soutien en emploi de type « *Individual Placement and Support* » (*IPS*), dont l'objectif est de placer les individus directement en milieu de travail concurrentiel et de leur fournir un soutien afin de les aider à connaître du succès dans leur travail. Le jury a entendu qu'il était possible de jumeler les deux approches.

Recommandations :

1. Étant donné que de nombreuses personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes ont exprimé une préférence pour les petits milieux de type résidentiel, les gouvernements doivent considérer le rôle des établissements résidentiels non institutionnels. Notamment, il faudrait considérer les établissements qui créent un environnement chaleureux et qui offrent une résidence de longue durée, sécuritaire et respectable pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes qui ne peuvent vivre de façon indépendante. Les modèles provenant d'autres autorités fournissent des données probantes de la viabilité de cette option.
2. Les gouvernements devraient rehausser le soutien apporté aux interventions où une amélioration dans la continuité des soins a été relevée. Ces interventions comprennent : le suivi intensif en équipe (SI), le soutien d'intensité variable (SIV), les soins partagés, l'approche du « Logement d'abord » et l'intégration des soins en santé mentale et en toxicomanie.
3. Une approche de soins en santé mentale axée sur le rétablissement devrait mener à une réorientation des

services professionnels actuels et, au besoin, à l'élaboration de services professionnels supplémentaires pour permettre à toutes les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes, et désirant travailler dans un milieu concurrentiel, d'avoir accès à des programmes conçus selon le modèle de soutien en emploi de type « *Individual Placement and Support* » (IPS).

4. Les autorités gouvernementales de tous les échelons devraient se conformer aux recommandations formulées dans la « Stratégie en matière de santé mentale au Canada » publiée en 2012. Cette stratégie réclamait une augmentation de 7 à 9 % des dépenses publiques en santé consacrées à la santé mentale, ainsi qu'une augmentation de 2 % des dépenses publiques en santé et en services sociaux reliées à la santé mentale.
5. Les ministres provinciaux et territoriaux de la santé devraient travailler en collaboration avec le ministre fédéral de la santé afin d'inscrire la continuité des soins à l'ordre du jour. Notamment, il faudrait considérer la création d'un fonds de transition pour la santé mentale afin d'aider les provinces et les territoires à financer adéquatement leurs systèmes de soins en santé mentale.

Question 5 : Quels outils d'information sont nécessaires pour une administration de système de haute qualité?

Les outils de base pour soutenir les décisions pour améliorer le système de soins en santé mentale

Les atlas de la santé peuvent s'avérer d'importants outils pour l'élaboration de politiques fondées sur les faits. Cependant, les décideurs doivent être bien informés de la façon d'utiliser les atlas. Les promoteurs doivent s'assurer que les décideurs seront en mesure de comprendre ces outils. Les atlas de la santé peuvent être utiles dans la comparaison de juridictions, cependant il faut tenir compte des divergences en matière de données entre les juridictions.

L'utilisation des systèmes d'information pour améliorer la qualité des soins prodigués aux personnes atteintes de maladies mentales graves

La qualité des soins peut être améliorée à l'aide des systèmes d'information. Des ensembles d'indicateurs élaborés à partir de données administratives recueillies systématiquement peuvent être utilisés et partagés dans le réseau afin de documenter la qualité des soins, de faciliter l'étalonnage entre les compétences des soins en santé mentale, d'encourager la responsabilisation, et d'être utilisés dans les initiatives d'amélioration de la qualité

des services. Au fil du temps, l'analyse de telles données peut aussi aider à identifier et surveiller les cheminements cliniques. D'importantes données, comme l'espérance de vie et les causes de décès, peuvent être obtenues. Cependant, les indicateurs de la qualité de vie et des capacités fonctionnelles sont rarement indiqués dans les données administratives courantes.

Quelles sont les meilleures méthodes d'application des connaissances pour améliorer la qualité des soins?

Il existe des méthodes efficaces d'application des connaissances, par contre elles doivent être adaptées aux groupes cibles particuliers, notamment les cliniciens, les patients et la population générale, ainsi que les décideurs. Il n'y a pas suffisamment de données probantes au sujet des méthodes d'application des connaissances. Cette lacune s'explique en partie par le nombre réduit d'études à ce sujet.

Des études portant sur la mise en œuvre de telles méthodes ont identifié leurs obstacles. Ceux-ci doivent être considérés afin de réduire le risque d'échec. Il existe également des guides de développement de stratégies d'application des connaissances efficaces.

Enfin, il existe des données probantes émergentes à l'appui des centres d'assistance technique gérés par les professionnels en santé mentale. Ces centres favorisent l'application des normes cliniques et apportent un soutien aux équipes cliniques dans la mise en place des normes au sein de leur pratique. Ces centres d'assistance technique, conjugués à l'évaluation de la qualité et à la participation du patient et de sa famille, pourraient permettre de connaître un succès en matière d'implantation, de formation, de surveillance de la qualité des systèmes de soins en santé mentale et des interventions psychosociales individuelles.

Mesures incitatives financières : l'impact des mécanismes de rémunération des prestataires sur la qualité des soins en santé mentale

Il existe des données probantes qui montrent que les mesures incitatives de mécanismes de rémunération des prestataires exercent une influence involontaire sur la qualité des soins en santé mentale. Les planificateurs et les politiciens du secteur des soins en santé mentale doivent en prendre note et des systèmes de rémunération indépendants devront peut-être être élaborés.

Un plan d'action pour la recherche en santé mentale

Compte tenu des coûts élevés reliés aux problèmes de santé mentale et aux problèmes de santé concurrents chez les personnes atteintes de maladies mentales, un plan d'action pour la recherche en santé mentale pourrait servir à donner suite aux priorités. Les mécanismes qui permettent de recueillir les

commentaires d'un large éventail de partenaires, des utilisateurs de service aux responsables, pionniers et innovateurs œuvrant dans de nombreux différents secteurs, sont essentiels à l'élaboration d'un plan d'action novateur. Un tel plan d'action pourrait faciliter la planification des priorités en matière de recherche sur une période de 10 à 15 ans ainsi que l'élaboration d'une vision nationale, qui pourrait être une stratégie bien adaptée pour le Canada.

Recommandations :

1. Les autorités devraient tendre leurs efforts vers l'adoption d'ensembles d'indicateurs qui, idéalement, permettraient de réaliser la comparaison des soins en santé mentale à l'échelle locale, régionale, nationale et internationale. Ces ensembles devraient comprendre des indicateurs décisifs axés sur la collectivité, puisque la grande majorité des services sont offerts dans la collectivité.
2. Des indicateurs de rendement, de qualité, etc. devraient être accessibles de façon transparente à tous les citoyens. Ils devraient aussi permettre d'effectuer la surveillance des droits de la personne dans le cadre des services en santé mentale.
3. Il faut développer des outils en ligne pour les services de santé et l'application des connaissances. Les outils de collecte de données en ligne pourraient aussi être utiles pour l'élaboration des indicateurs sur la satisfaction des patients.

Question 6 : Quels efforts de recherche supplémentaires sont requis?

Recommandations de recherche

Survol

Les changements dans les services qui pourraient altérer la morbidité et la mortalité chez les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes devaient avoir un impact sur la prévalence des maladies mentales graves et persistantes. L'évaluation régulière de la prévalence des maladies mentales graves et persistantes est donc une composante essentielle dans l'évaluation de changements dans les services. Bien qu'il y ait de vastes connaissances au sujet de ce qui devrait être fait pour venir en aide aux personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes, ces pratiques ne sont toujours pas en vigueur dans de nombreuses régions canadiennes, peut-être en partie à cause de la stigmatisation.

Par conséquent, il a été dit que nous souffrons d'un « trouble de l'application ». La meilleure thérapie serait l'application des connaissances auprès des décideurs et la formation des

prestataires de services, le tout guidé par les priorités établies dans un plan d'action en santé mentale et évalué selon une science de l'application qui précise les durées de suivi appropriées dans le cadre d'une approche bio-psycho-socio-culturelle.

Le facteur culturel

L'approche culturelle doit tenir compte non seulement des besoins des populations autochtones, mais également de ceux d'autres groupes marginaux comme les itinérants et les immigrants récents. Pour y arriver, ces communautés doivent participer à l'élaboration de toute recherche pertinente. Cela signifie que les autorités fédérales et provinciales devront collaborer.

La participation appropriée

De même, la recherche se verra plus forte grâce à une participation pertinente des usagers et du personnel soignant, des ONG et d'autres parties prenantes. Ce sont des sources d'expertise relativement peu exploitées qui pourraient permettre de mieux répondre aux besoins et aux inquiétudes dans le système des soins en santé mentale. L'impact des changements dans les services sur les groupes mentionnés doit être évalué.

L'accès aux services

L'accès aux services, notamment la psychothérapie, et aux équipes de spécialistes appropriées constitue un point de recherche crucial. L'efficacité des interventions familiales dans le traitement des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes a été démontrée par une solide base de données probantes, puis celle des thérapies cognitivo-comportementales pour traiter la psychose a aussi été corroborée. Lorsqu'elles se feront plus accessibles, ces approches, y compris les facteurs comme le nombre de séances de traitement dans le cas de la thérapie cognitivo-comportementale, devront être évaluées. L'application des connaissances dans ces secteurs, incluant la conformité avec un modèle particulier de soins et une analyse économique des soins et de la santé, constitue également une avenue de recherche cruciale.

Thèmes importants

Il y a un besoin criant de projets de démonstration pour illustrer les résultats physiques consternants chez les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes. Un intérêt particulier devrait être porté aux jeunes dans le cadre des recherches reliées aux maladies mentales graves et persistantes. Les nouvelles applications électroniques (p. ex. en croissance personnelle et en psychothérapie) devraient être évaluées. Une analyse économique des divers rôles potentiels des travailleurs pairs aidants dans les services aux personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes est nécessaire. De plus, les travailleurs pairs aidants ne sont pas encore

suffisamment intégrés aux équipes de recherche. Le classement et la qualité des établissements résidentiels pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes (résidence permanente) et les psychothérapies connexes doivent faire l'objet d'une évaluation approfondie. Les autres interventions psychosociales qui présentent peu de données probantes, comme l'art-thérapie, doivent également être évaluées davantage. En outre, les établissements offrant des services de courte durée qui constituent une solution de rechange à l'hospitalisation, de même que les solutions de rechange au système judiciaire comme les tribunaux de la santé mentale, devraient être étudiés dans le contexte canadien. Il faudra étudier l'efficacité du soutien en emploi, la façon de permettre aux patients de viser l'objectif du travail en milieu concurrentiel et la transition au statut de contribuable. Il est nécessaire d'acquérir une meilleure compréhension des indicateurs prévisionnels individuels correspondant à la réponse aux médicaments et aux conséquences d'une discontinuation (p. ex. de grossesse ou périopératoire). La recherche relative aux nouvelles options de traitements pharmacologiques pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes devrait être inscrite de nouveau à l'ordre du jour.

Recommandations finales

1. Pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes, augmenter le financement pour les services de soins en santé mentale et les services de logement axés sur la collectivité et dont l'efficacité a été démontrée par les données probantes. Il faut augmenter le financement du système de soins en santé mentale pour respecter les recommandations formulées par la Commission de la santé mentale du Canada. Dans le cadre du système de soins actuel géré par le gouvernement, la transition des services à la collectivité requiert un financement supplémentaire afin de permettre au système d'intégrer les services axés sur la collectivité et les services de soutien au logement pour tous les patients atteints de maladies mentales graves et persistantes. Ces patients représentent 1,5 % de la population.
2. Les équipes communautaires de spécialistes en santé mentale (*Community Mental Health Teams*) devront être mises à la disposition de tous les patients atteints de maladies mentales graves et persistantes ainsi que de leur famille, et agiront à titre de ressources fixes. Elles devront être mises en place les premières.
 - a. Ces équipes communautaires de spécialistes en santé mentale (*Community Mental Health Teams*) doivent

posséder les ressources nécessaires pour fournir un soutien : d'intensité élevée (1 professionnel pour 10 patients) à 10 % des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes, tout en se conformant aux normes de service du suivi intensif en équipe (SI); d'intensité modérée (1 professionnel pour 20 patients) à 20 % des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes, tout en se conformant aux normes du soutien d'intensité variable (SIV). Les autres patients pourraient recevoir les services conventionnels cliniques, de réadaptation et sociaux de la part d'un membre de l'équipe communautaire de spécialistes en santé mentale (*Community Mental Health Teams*) qui agit à titre de gestionnaire de cas (1 professionnel pour 80 patients). Ces divers niveaux de soins peuvent être prodigués par une équipe de suivi intensif en équipe flexible (*Flexible Assertive Community Treatment team FACT team*).

- b. Il faut également mettre sur pied des équipes de suivi intensif (SI) (*Assertive Community Treatment ACT*) et des équipes de soutien d'intensité variable (SIV) (*Intensive Case Management ICM*) pour assurer la transition à la collectivité des itinérants atteints de maladies mentales graves et persistantes, y compris les criminels incarcérés dans les prisons ou se trouvant dans les établissements de psychiatrie légale. Le nombre d'équipes sera déterminé selon les normes établies pour les équipes de suivi intensif (SI) et les équipes de soutien d'intensité variable (SIV), et selon le nombre de personnes itinérantes ou incarcérées qui sont atteintes de maladies mentales graves et persistantes. Un programme de soutien au logement, accessible à tous, s'inspirera du modèle « Logement d'abord » et du programme de suppléments au loyer. Les transitions réussies des patients vers les équipes communautaires de spécialistes en santé mentale (*Community Mental Health Teams*) mettraient fin aux responsabilités des équipes de suivi intensif (SI) et des équipes de soutien d'intensité variable (SIV) envers ces patients.
- c. Des fonds devront être réservés aux services dans la collectivité et au programme de soutien au logement. Les équipes communautaires de spécialistes en santé mentale (*Community Mental Health Teams*), les services de suivi intensif en équipe (SI) et les services de soutien d'intensité variable (SIV) devront se conformer aux normes de traitements établies selon les données probantes. Les équipes de suivi intensif en équipe (SI) et les équipes de soutien d'intensité variable (SIV), devront avoir accès à des

formations et à une supervision, et devront accepter de faire l'objet d'une surveillance des normes et des résultats par un centre d'assistance technique.

3. Les transferts cohérents, efficaces et en temps opportuns des ressources à la collectivité.

a. Le nombre de lits en soins psychiatriques et en établissements résidentiels demeurera le même jusqu'à la mise sur pied et le fonctionnement efficace et complet des équipes communautaires de spécialistes en santé mentale (*Community Mental Health Teams*), des équipes de suivi intensif (SI) et des équipes de soutien d'intensité variable (SIV) (en moyenne, la durée de la transition est de deux à trois ans pour les équipes de suivi intensif).

b. La réalisation du redimensionnement des hôpitaux psychiatriques requiert que les équipes communautaires de spécialistes en santé mentale (*Community Mental Health Teams*), les équipes de suivi intensif (SI), les équipes de soutien d'intensité variable (SIV), les programmes de soutien au logement abordable et les établissements résidentiels alternatifs en soins psychiatriques soient pleinement fonctionnels et qu'ils disposent de toutes les ressources nécessaires.

c. Toutes les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes devraient avoir un suivi auprès d'un médecin de famille afin de bénéficier des meilleurs soins en matière de prévention et de traitement de troubles physiques. Les équipes communautaires de spécialistes en santé mentale (*Community Mental Health Teams*), les équipes de suivi intensif (SI) et les équipes de soutien d'intensité variable (SIV) fourniront un soutien aux patients ainsi qu'aux médecins de famille.

4. Centre d'excellence sur la formation, l'évaluation et le suivi.

a. Avant le déploiement des équipes de suivi intensif (SI), il faut créer des centres provinciaux d'assistance technique conçus selon le modèle ontarien, le Centre national d'excellence en santé mentale au Québec, le groupe de travail « Assertive Community Treatment Advanced Practice Panel » en Colombie-Britannique, ou encore le modèle en Indiana aux États-Unis. Ces centres serviront à améliorer la mise sur pied et le maintien des différentes équipes; soutenir leur mise en œuvre et la formation; soutenir les communautés de pratique des chefs d'équipes et des psychiatres (incluant à l'échelle nationale un réseau des centres provinciaux d'assistance technique); assurer un contrôle de la qualité (incluant la conformité au

modèle); et évaluer les ressources (*input*), les processus et les résultats.

b. Une partie distincte des centres provinciaux d'assistance technique sera responsable de cibler les experts en contenu et en formation afin d'assurer l'implantation des interventions psychosociales et de la psychothérapie individuelle pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes abordées dans cette conférence de consensus.

c. Les centres d'assistance technique entretiendront un contact permanent avec le monde universitaire afin d'assurer l'application des connaissances sur les pratiques émergentes et les nouvelles recherches, de participer à la surveillance et au suivi, de soutenir les initiatives d'évaluation du rendement du système et de participer aux nouvelles recherches.

5. Assurer la formation ainsi que l'intégration du personnel approprié dans le cadre d'un système de soins efficace axé sur le patient et sur le rétablissement, et qui tient compte des traumatismes et des facteurs culturels.

a. Il faut embaucher des travailleurs pairs aidants (*Peer Support Workers PSW*). Ces derniers feront partie intégrante des équipes communautaires de spécialistes en santé mentale (*Community Mental Health Teams*), les équipes de suivi intensif (SI) et les équipes de soutien d'intensité variable (SIV), et travailleront dans les établissements résidentiels, les centres de soutien au logement, les unités de soins de courte durée et les unités de psychiatrie légale. Selon qu'ils possèdent les compétences professionnelles requises, les travailleurs pairs aidants pourraient être membres permanents ou complémentaires d'une équipe. Comme le disait le célèbre psychiatre et réformateur Dr Phillippe Pinel durant la Révolution française au sujet de l'embauche de l'ancien interné Jean-Baptiste Pussin au poste de surintendant : « Cela assurerait un traitement plus humain et moral des patients par le personnel. »

b. La continuation de la formation et de la supervision des travailleurs pairs aidants fera partie du mandat des centres provinciaux d'assistance technique.

6. L'évaluation et le suivi : un organisme provincial spécialisé en santé mentale qui est géré par les familles et les personnes ayant vécu l'expérience de la maladie mentale.

a. Un organisme spécialisé en santé mentale qui est financé par le gouvernement provincial devrait rédiger un rapport annuel indépendant qui fait état du rendement du système à l'égard des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes.

Ce groupe sera dirigé par des personnes ayant vécu l'expérience de la maladie mentale ainsi que les membres de leur famille, et devra inclure d'anciens décideurs, des universitaires, les représentants provinciaux des familles, des patients, les représentants de communautés autochtones (PNMI), les représentants des immigrants, des organisations professionnelles et des organismes communautaires.

- b. Ces organismes spécialisés en santé mentale obtiendront des données des centres provinciaux d'assistance technique. Le gouvernement provincial assurera l'utilisation et le partage des bases de données portant sur les services de la santé et les services sociaux afin d'évaluer le rendement du système à l'égard des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes.

Membres du jury

Président du jury : Alain Lesage, M.D., FRCPC, M.Phil., DFAPA

Professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal et clinicien à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (Québec)

Katherine J. Aitchison, B.Sc. (Hons), M.A. (Oxon), BM B.Ch., Ph.D., FRCPsych

Présidente du programme Alberta Centennial Addiction and Mental Health Research; professeure aux départements de psychiatrie et de génétique médicale à University of Alberta, Edmonton (Alberta)

Rupert Arcand

Directeur, Yellowhead Corrections, Edmonton (Alberta)

André Delorme, M.D., FRCPC

Directeur, Santé mentale, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec

David Goldbloom, OC, M.D., FRCPC

Conseiller médical principal, Centre de toxicomanie et de santé mentale; professeur, Université de Toronto; président, Commission de la santé mentale du Canada (Ontario)

Kaj Korvela, B.A., BFA Arts, B.Ed.

Directeur général, Organization for Bipolar Affective Disorders (OBAD), Calgary (Alberta)

Gloria Laird

Alberta Health Services Wisdom Council, coprésidente, Edmonton (Alberta)

John J. McSorley, M.D., M.B., MRCP

Médecin de famille, Airdrie (Alberta)

Fay Orr

Ancienne défenseure des patients atteints de maladies mentales; cadre supérieure, gouvernement de l'Alberta; vice-présidente du conseil d'administration, United Way, Alberta Capital Region, Edmonton (Alberta)

Tom Shand

Ancien président, Alberta Alliance on Mental Illness and Mental Health; ancien directeur général, Association canadienne pour la maladie mentale, Edmonton (Alberta)

Michel Simard, M.A.

Directeur, Centre Le Havre de Trois-Rivières (Québec)

Sharon G. Sutherland

Défenseure des maladies mentales et de la santé mentale, Edmonton (Alberta)

Helen-Maria Vasiliadis, M.Sc., Ph.D.

Professeure adjointe, Université de Sherbrooke; chercheuse, Centre de recherche — Hôpital Charles LeMoyne (CR-HCLM)

Conférenciers experts

Carol Adair, M.Sc., Ph.D.

Professeure adjointe, Departments of Psychiatry and of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Calgary (Alberta)

Tim Aubry, Ph.D., M.A., B.A.

Titulaire de la Chaire de recherche en santé mentale communautaire et itinérance de la Faculté des sciences sociales; professeur, École de psychologie, Université d'Ottawa (Ontario)

Thomas Becker, dir. méd.

Directeur médical, Department of Psychiatry II, Ulm University, Allemagne

Dan Cohen, M.D., Ph.D.

Department of Chronic Psychiatry, Mental Health Care Organisation North-Holland North, Heerhugowaard, Les Pays-Bas

Philippa A. Garety, M.A., M.Phil., M.A.(Ed.), Ph.D., FBPsS

Professeure, psychologie clinique; directrice clinique, Psychosis Clinical Academic Group (CAG), South London and Maudsley NHS Foundation Trust, Royaume-Uni

Linda Gask, M.B. Ch.B., M.Sc., Ph.D., FRCPsych, FRCGP

Professeure émérite, Primary Care Psychiatry, National

Primary Care Research and Development Centre (NPCRDC),
University of Manchester, Royaume-Uni

Giovanni de Girolamo, M.D., Ph.D.

Directeur, IRCCS Unit of Psychiatric Epidemiology and
Evaluation, Brescia, Italie

Elliot Goldner, M.D., FRSPC, MHSc

Professeur, Centre for Applied Research for Mental Health and
Addiction (CARMHA), Simon Fraser University, Vancouver,
(Colombie-Britannique)

Heinz Katschnig, M.D.

Professeur émérite, psychiatrie, Université de médecine de
Vienne; PDG, IMEHPS.research, Vienne (Autriche)

Sara Lapsley, B.A., M.A. (candidate)

Conseillère et clinicienne, Forensic Psychiatric Hospital;
chercheuse sur le soutien par les pairs, Collaborative Research
Team to Study Psychosocial Issues in Bipolar Disorder
(CREST.BD) (Colombie-Britannique)

Eric Latimer, Ph.D.

Chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas et
professeur, Département de psychiatrie, Université McGill
(Québec)

Gerrit van der Leer

Directeur, Mental Health and Addictions, Ministry of Health
Services (Colombie-Britannique)

Antonio Lora, M.D.

Directeur, département de santé mentale, Lecco General
Hospital, Lecco, Italie

Steve Lurie, B.A., MSW, MM

Directeur général, Association canadienne pour la santé
mentale, filiale de Toronto (Ontario)

Orrin Lyseng

Directeur général, Alberta Alliance for Mental Illness and
Mental Health, Edmonton (Alberta)

Austin Mardon, Ph.D., CM, LLD(Hon.)

Professeur adjoint, John Dosssetor Health Ethics Centre,
University of Alberta, Edmonton (Alberta)

Oliver Mason, D.Phil., D.Clin.Psy.

Conférencier principal, Clinical Education and Health
Psychology, University College London, Royaume-Uni

David McDaid, B.Sc., M.Sc., M.Sc.

Chercheur principal titulaire, Health Policy and Health
Economics, London School of Economics and Political
Science, Londres, Royaume-Uni

Scott Patten, M.D., FRCPC, Ph.D.

Professeur, University of Calgary (Alberta)

Thomas Raedler, M.D.

Directeur médical, Psychopharmacology Research Unit (PRU)
and Associate Professor, University of Calgary (Alberta)

Luis Salvador-Carulla, M.D., Ph.D.

Professeur, Disability and Mental Health, Faculty of Health
Sciences, University of Sydney (Australie)

Howard Sapers

Enquêteur correctionnel, Bureau de l'enquêteur correctionnel,
Ottawa (Ontario)

Jitender Sareen, M.D., FRCPC

Professeur, psychiatrie, Departments of Psychiatry, Psychology
and Community Health Sciences, University of Manitoba;
directeur de recherche et directeur adjoint, Department of
Psychiatry (Manitoba)

**L'honorable juge Richard D. Schneider, B.Sc., M.A., Ph.D.,
LLB, LLM, CPsych**

Professeur adjoint, Université de Toronto (Ontario)

Richard Warner, M.D., DPM

Professeur, psychiatrie, University of Colorado; directeur,
Colorado Recovery, Boulder, Colorado

Comité scientifique

**Président : Roger Bland, C.M., M.B., ChB, FRCPC,
FRCPsych**

Department of Psychiatry, University of Alberta, Edmonton
(Alberta)

Donald Addington, MBBS, MRCPsych, FRCPC

Professeur, University of Calgary, Calgary (Alberta)

Lorraine J. Breault, Ph.D.

Professeure, Department of Psychiatry, University of Alberta,
Edmonton (Alberta)

Pierre Chue, M.B., B.Ch., MRCPsych, FRCPC

Professeur clinicien, University of Alberta, Edmonton
(Alberta)

Carolyn Dewa, Ph.D.

Health Systems Research and Consulting Unit, Centre for
Addiction and Mental Health, Toronto (Ontario)

Elliot Goldner, B.Sc., MHSc, M.D., FRSPC

Professeur, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser
University, Burnaby (Colombie-Britannique)

Alan Gordon, MB ChB, FRCPC

Professeur clinicien, University of Alberta, Edmonton
(Alberta)

Fern Miller

Directeur, Maternal-Child and Mental Health, Addiction and Mental Health Branch, Primary Health Care Division, Alberta Health, Edmonton (Alberta)

Tonia Nicholls, Ph.D.

Professeure adjoint, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, UBC-Forensic Psychiatric Services Commission (FPSC); BC Mental Health and Substance Use Services, Vancouver (Colombie-Britannique)

Scott Patten, M.D., FRCPC, Ph.D.

Professeur, Department of Community Health Sciences, University of Calgary, Calgary (Alberta)

Peter Silverstone, MB BF, M.D., MRCPsych, FRCPC

Professeur, Department of Psychiatry, University of Alberta, Edmonton (Alberta)

Michael Trew, M.D., FRCPC

Addiction and Mental Health Strategic Clinical Network, Alberta Health Services, Calgary (Alberta)

Doug Urness, M.D., LMCC, FRCPC

Alberta Health Services, Edmonton, (Alberta)

Doug Watson

Ancien président, Alberta Psychiatric Association, Calgary (Alberta)

Patrick J. White, M.B., BCh, BAO, DCH, Dip OBS, MRCPsych

Professeur clinicien, Psychiatry Department, University of Alberta, Edmonton (Alberta)

Sarah Parkinson

Alberta Health, Edmonton (Alberta)

Cathy Pryce, infirmière autorisée

Addiction and Mental Health Strategic Clinical Network, Alberta Health Services (Alberta)

Helen Ramsey, M.Sc.

Gestionnaire de projets, Institute of Health Economics, Edmonton (Alberta)

Doug Vincent

Directeur, Tertiary and Acute Care, Alberta Health Services, Edmonton (Alberta)

Comité d'organisation

Président : Fern Miller

Directeur, Maternal-Child and Mental Health, Addiction and Mental Health Branch, Primary Health Care Division, Alberta Health, Edmonton (Alberta)

Egon Jonsson Ph.D.

Président-directeur général, Institute of Health Economics; professeur, University of Alberta, University of Calgary (Alberta)

Laurie Beverley

Directrice générale, Community Treatment and Supports, Addiction and Mental Health, Alberta Health Services, Edmonton (Alberta)

Allison Hagen, CGA, MBA

Directeur des Finances, Operations and Administration, Institute of Health Economics, Edmonton (Alberta)

À propos de l'IHE (Institute of Health Economics)

L'IHE est un organisme indépendant à but non lucratif qui mène des recherches dans le domaine de l'économie de la santé et de la synthèse des données probantes dans l'évaluation des technologies de la santé dans le but d'offrir un soutien pour l'élaboration de politiques de santé et de meilleures pratiques médicales.

Le conseil d'administration de l'IHE

Directeur

Dr Lorne Tyrrell, professeur et directeur, virologie, CIHR/GSK, University of Alberta

Autorités gouvernementales et publiques

Mme Janet Davidson, sous-ministre, Alberta Health

Mme Marcia Nelson, sous-ministre, Alberta Innovation and Advanced Education

Dr Cy Frank, directeur général, Alberta Innovates - Health Solutions

Mme Vickie Kaminski, présidente-directrice générale, Alberta Health Services

Universitaires

Dr Walter Dixon, vice-président adjoint de la recherche, University of Alberta

Dr John Meddings, doyen, Faculty of Medicine, University of Calgary

Dr Douglas Miller, doyen, Faculty of Medicine and Dentistry, University of Alberta

Dr Edward McCauley, vice-président à la recherche, University of Calgary

Dr James Kehrer, doyen, Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, University of Alberta

Dr Braden Manns, SVARE Chair in Health Economics; professeur adjoint, Department of Medicine and Community Health Sciences

Dr Doug West, président, Department of Economics, University of Alberta

Industrie

Mme Lisa Marsden, vice-présidente, Cornerstone et Market Access, AstraZeneca

Mme Lauren Fischer, vice-présidente, Corporate Affairs, Eli Lilly Canada inc.

Mme Jennifer Chan, vice-présidente, Policy and Communications, Merck Canada

Dr Ghislain Boudreau, vice-président, Public Affairs, Pfizer Canada Inc.

Mr. Keith Gilchrist, Public Affairs and Reimbursement, GlaxoSmithKline inc.

IHE

Mr. Doug Gilpin, président, Audit and Finance Committee

Dr Egon Jonsson, président-directeur général, IHE; professeur, University of Alberta, University of Calgary

Mme Allison Hagen, Directeur des Finances, Operations and Administration



INSTITUTE OF
HEALTH ECONOMICS
ALBERTA CANADA

Institute of Health Economics
#1200, 10405 avenue Jasper
Edmonton, AB T5J 3N4

Téléphone: 780 448-4881
Télécopieur: 780 448-0018
info@ihe.ca

www.ihe.ca

ISBN 978-1-897443-32-3 (imprimé)
ISBN 978-1-897443-33-0 (en ligne)

ISSN 2369-6559 (imprimé)
ISSN 2369-6567 (en ligne)