



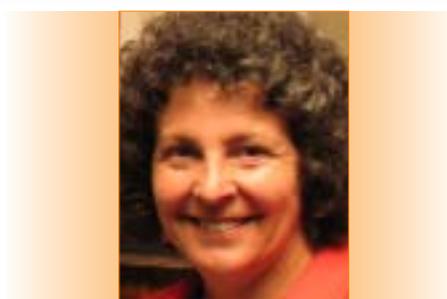
# Pleins feux

Institut de services et des politiques de la santé

## La santé mentale

D<sup>re</sup> Paula Goering

Les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies (SSMTT) au Canada traversent une période stimulante. En tant que titulaire d'une chaire de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)/IRSC en matière d'élaboration et de diffusion de pratiques exemplaires dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies, et membre de longue date du conseil consultatif de l'ISPS, j'ai personnellement observé de récents développements qui présagent fort bien des progrès à venir dans ce secteur. Au cours des six années d'existence des IRSC et du programme CADRE dans les services de santé en soins infirmiers, une foule d'activités de formation, de



recherche et d'élaboration de politiques ont engendré de nouvelles possibilités en matière de production et d'application des connaissances. Mais avant de souligner certains de ces développements, j'aimerais parler brièvement de la façon dont les SSMTT se comparent aux autres services de santé.

à la planification et à la prestation de soins axés sur le rétablissement, ainsi qu'une solide base de données sur de nombreux types d'interventions. Mais dans l'ensemble, l'étiquette de « laissés-pour-compte des soins de santé » de Romanow décrit bien les antécédents et le contexte actuel du secteur. Heureusement, la reconnaissance grandissante, par les décideurs, des coûts liés aux SSMTT a favorisé de nouvelles percées en matière de recherche, de formation et de politiques.

Des enquêtes sur les priorités des décideurs provinciaux ont contribué à faire en sorte que nos organismes nationaux inscrivent la recherche en santé mentale à leur programme. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.2 de Statistique Canada a permis de brosser le premier tableau pancanadien des besoins en SSMTT et de leur utilisation. Comme en témoigne l'entretien entre Alain Lesage et Ron Gravel, les données ainsi recueillies constituent une ressource des plus précieuses pour les stagiaires et les chercheurs, et le soutien des IRSC a permis d'en assurer un examen minutieux. Des groupes de planification de Santé Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé envisagent la mise sur pied de systèmes de surveillance nationale et de mesure des effets de la dépression pouvant permettre un suivi constant du rendement des SSMTT. Une initiative en cours, la santé mentale en milieu de travail, amène décideurs et chercheurs à œuvrer de concert pour enrichir nos connaissances en matière de prévention et de traitement des invalidités en milieu de travail.

Les stagiaires affectés à l'analyse des données issues de ces initiatives sont maintenant beaucoup plus nombreux, grâce aux investissements des IRSC et de la FCRSS dans la

### Dans ce numéro :

*Paula Goering nous dit pourquoi nous devrions être optimistes face à l'avenir de la recherche sur les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies au Canada. . . . . 1*

#### En entrevue

*Alain Lesage s'entretient avec Ron Gravel de la première enquête nationale sur la santé mentale et le bien-être, et de la façon dont la recherche qui en découle contribue à la prise de décisions. . . . . 3*

#### Articles de recherche

*Aider les personnes atteintes de maladie mentale à trouver un emploi . . . . . 5*

*Stratégies d'amélioration des soins offerts aux personnes atteintes de démence dans les régions rurales et isolées . . . . . 6*

*Offrir un traitement intégré à l'égard des problèmes concurrents de santé mentale et de toxicomanie . . . 7*

*Faciliter la transition : mise en place d'un modèle de soins permettant le passage de l'hôpital à la collectivité . . . . . 8*

#### Plus

*Le programme RSPSMT : accroître la capacité de recherche en santé mentale . . . . . 9*

Les questions qui nous préoccupent présentent de nombreuses similitudes. Ainsi la prise en charge des maladies chroniques, l'accès aux soins pour les groupes marginalisés et l'écart entre ce que nous savons et ce que nous faisons constituent autant d'enjeux communs à tous les secteurs des SSMTT. Mais il y a aussi d'importantes différences liées au fait que la stigmatisation et la discrimination demeurent des réactions courantes à ces maladies. Le niveau des besoins non satisfaits est plus élevé, et les services en place sont plus fragmentés et sous-financés que dans le cas des affections chroniques d'ordre purement médical. Jusqu'à une époque récente, les SSMTT étaient assurés par des systèmes de prestation distincts. La collaboration avec les fournisseurs de soins primaires reste insuffisante. Les cas peu fréquents, quoique inévitables, de recours à l'hospitalisation et aux traitements contre le gré de certaines personnes présentent des défis uniques. Il y a aussi des forces, notamment la participation des consommateurs et des familles

*Continue sur la page 2*

formation et le renforcement des capacités. L'appui de l'ISPS et de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT) a permis de multiplier et de bonifier les options d'allocations et de formation offertes aux diplômés et aux stagiaires postdoctoraux relativement aux SSMTT. Une Initiative stratégique des IRSC pour la formation en recherche dans le domaine de la santé, précisément axée sur les SSMTT, est décrite dans ces pages. Cette initiative a permis de tisser des liens étroits entre le programme de ma chaire au Centre de toxicomanie et de santé mentale de l'Université de Toronto, et des professeurs et étudiants du Québec, de la Colombie-Britannique et de l'Alberta. Une capacité accrue de collaboration, à l'heure actuelle et à l'avenir, entre les provinces en est une importante retombée.

La Commission Kirby sur la maladie mentale, la santé mentale et la toxicomanie se penche sur les questions de politiques depuis le printemps 2003. De vastes consultations auprès de témoins experts, des audiences publiques, un rapport provisoire et une recommandation visant la création d'une Commission canadienne sur la santé mentale ont suscité une prise de conscience et un intérêt sans précédent pour la modification des systèmes en place à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale. Le rapport final, présenté en mai, comprend des recommandations visant à rehausser le financement de la recherche et à créer le Centre d'échange de connaissances national. Un projet de planification financé par l'ISPS et l'INSMT nous a donné, à Alain Lesage, à Elliot Goldner et à moi-même, l'occasion de recueillir des opinions d'experts et de fournir des données détaillées sur l'éventuel fonctionnement d'un tel centre.

De nouvelles sources de données nationales, un plus grand nombre de chercheurs, un profil de politiques rehaussé et la création du Centre d'échange de connaissances sont autant de raisons d'être optimiste face à l'avenir, aussi bien en ce qui concerne les SSMTT que la recherche axée sur cet aspect trop longtemps négligé du système de soins de santé. Tout ce que j'espère, c'est que les progrès mis de l'avant dans ce numéro de *Pleins feux* sur la recherche se traduiront par de meilleurs soins et une meilleure qualité de vie pour les consommateurs et leurs familles. Peut-être que dans dix ans, l'étiquette de « laissés-pour-compte » n'aura plus lieu d'être.

#### **Paula Goering**

Directrice, Unité de consultation et de recherche sur les systèmes de santé, Centre de toxicomanie et de santé mentale  
Professeure, Département de psychiatrie,  
Université de Toronto

## **Analyse de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être**

En 2002, Statistique Canada, l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, l'Institut de la santé des femmes et des hommes et l'Institut des services et des politiques de la santé des IRSC se sont associés dans le cadre d'un concours de financement axé sur l'analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être.

Le but de ce concours était d'élargir l'accès aux données probantes relativement à la prise de décisions liées à la prestation de soins, à l'élaboration de programmes et au soutien à apporter dans les cas de maladie mentale et de toxicomanie. Dix-sept projets ont ainsi été financés en 2003.

Un projet entrepris par JoAnne Palin, une aspirante au doctorat à l'Université de la Colombie-Britannique sous la supervision du D<sup>r</sup> Bruno Zumbo, visait à évaluer la mesure dans laquelle les données fournies par les consommateurs sur l'utilisation des services de santé mentale primaires dans le cadre de l'ESCC se comparaient à celles des dossiers d'assurance maladie des provinces. Les résultats préliminaires de l'étude semblent indiquer que l'utilisation des services telle qu'en font état les dossiers administratifs est presque deux fois plus élevée que celle rapportée lors du sondage mené en Colombie-Britannique, et que les répondants sont plus susceptibles de mentionner un recours récent aux services qu'un recours plus lointain au cours d'une période de référence de 12 mois. Bien que l'analyse des facteurs responsables de ces écarts se poursuive, ce projet et les conclusions qui en découlent visent d'abord et avant tout à aider ceux et celles qui conçoivent et interprètent des études sur l'utilisation des soins de santé mentale à évaluer les lacunes, les limites et les biais éventuels liés à l'une ou l'autre forme de mesure.

Un deuxième projet mettait l'accent sur la prévalence des toxicomanies concurrentes à des troubles mentaux et sur son impact sur l'utilisation des services de santé. Une équipe dirigée par le D<sup>r</sup> Brian Rush du Centre de toxicomanie et de santé mentale a découvert qu'une telle cooccurrence était plus fréquente chez les jeunes hommes, les salariés à faible revenu et les personnes sans-emploi en raison d'une invalidité. Le taux de prévalence des problèmes de dépendance ou d'abus d'alcool ou d'autres drogues chez les personnes atteintes d'une maladie mentale variait entre 16 % et 21 %, et la prévalence de la maladie mentale chez les personnes ayant des problèmes de dépendance ou d'abus d'alcool ou d'autres drogues était du même ordre. Dans l'ensemble, 37 % des Canadiens et des Canadiennes atteints d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie avaient sollicité des soins de santé relatifs à leur état au cours de l'année écoulée avant l'enquête. Quant aux personnes atteintes de troubles concurrents, elles étaient les moins susceptibles de se déclarer satisfaites des soins reçus, et les plus susceptibles d'affirmer qu'elles n'avaient pu obtenir des soins dont elles avaient besoin.

Un troisième projet, dirigé par le D<sup>r</sup> Raymond Tempier du Centre universitaire de santé McGill (qui poursuit désormais ses travaux à l'Université de la Saskatchewan), visait à étudier l'utilisation que font les Canadiens et les Canadiennes des services de santé relativement à des troubles mentaux courants, et à comparer les résultats obtenus à ceux d'une récente enquête nationale menée en Australie. Cette équipe de recherche a constaté des différences entre les taux de prévalence liés aux troubles mentaux dans les deux pays : les Canadiens ont tendance à être plus angoissés alors que les Australiens sont plus dépressifs, boivent plus d'alcool et consomment davantage de drogues illicites. Les Australiens font en outre état d'une plus grande utilisation des services de santé à l'égard de tous les troubles, sauf en ce qui a trait à la dépression associée à l'anxiété. Les chercheurs ont depuis utilisé ce projet comme base d'une collaboration élargie financée par les IRSC et visant à étudier comment la santé mentale des Canadiens et les soins de santé qu'ils reçoivent se comparent à ceux d'autres populations et d'autres systèmes de soins de santé.

Pour plus d'information sur les projets financés dans le cadre de ce concours, consultez le site suivant : <http://www.cihir-irsc.gc.ca/f/19277.html>.

*enquête nationale sur la santé mentale et le bien-être*

*Le cycle 2002 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 1.2) a été la première enquête nationale sur la santé mentale. Avec l'appui d'un groupe d'experts et après diverses consultations, Statistique Canada a élaboré cette enquête afin de combler d'importants écarts relatifs aux données issues des milieux de la recherche, des consommateurs et de la politique. En 2002, les IRSC et Statistique Canada se sont associés pour lancer un appel de demandes afin d'accroître les possibilités que les données recueillies par cette enquête soient analysées par des experts.*

Le **D<sup>r</sup> Alain Lesage** est professeur au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal et coprésident du conseil consultatif de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies des IRSC. Diplômé en médecine de l'Université de Sherbrooke, il a effectué sa formation en psychiatrie au sein du réseau hospitalier de l'Université de Montréal. Alain consacre son travail aux besoins des personnes atteintes de maladies mentales graves, et utilise des approches évaluatives, épidémiologiques et axées sur les services de santé, et il dirige une unité d'évaluation chargée d'appuyer la mise au point de traitements et de programmes novateurs à l'hôpital L.-H. Lafontaine et à l'Université de Montréal. Il est rédacteur en chef adjoint de la *Revue canadienne de psychiatrie* et a précédemment été rédacteur en chef de *Santé Mentale au Québec*. Alain a siégé au comité d'experts de l'ESCC 1.2 et a été agent de liaison pour le compte de l'Académie canadienne d'épidémiologie psychiatrique.

**AL : Le deuxième cycle de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a fourni les premières données exhaustives sur la santé mentale et le bien-être des Canadiens et des Canadiennes. Quelle était, à l'époque, la motivation à mettre l'accent sur la santé mentale et le bien-être? Y avait-il des obstacles à la mise sur pied d'une étude sur ce qu'on pourrait qualifier d'affections délicates ou stigmatisées?**

RG : Un des premiers objectifs de l'ESCC est de combler les lacunes statistiques. Lors de la conception de l'ESCC, divers intervenants en santé ont été consultés à l'échelle nationale, provinciale et régionale. À l'époque, la santé mentale et la nutrition étaient tenues pour les deux domaines à l'égard desquels il était le plus pressant d'obtenir des statistiques détaillées au Canada. Jusque-là, il n'y avait jamais eu au Canada d'enquête sur la santé mentale et les troubles mentaux pouvant fournir des statistiques comparables à l'échelle provinciale et nationale.

En menant une étude axée sur les troubles mentaux, nous allions rencontrer de nombreux obstacles. Nous avons élaboré un vaste ensemble de mesures visant à les surmonter. À titre d'exemple, nous avons procédé à une évaluation des facteurs relatifs à la confidentialité afin de jauger les effets d'une enquête sur la vie privée. Nous avons rendu visite aux commissaires à la protection de la vie privée aussi bien provinciaux que fédéraux dans tout le Canada afin de discuter avec eux d'éventuelles préoccupations liées à l'étude. Nous avons également procédé à des essais qualitatifs auprès du grand public et des personnes chez qui un trouble mental a été diagnostiqué afin de déterminer la mesure dans laquelle la population était disposée à prendre part à une telle enquête. Or, la réaction à ces essais a été : « Il est à peu près temps! »

Dans l'ensemble, le plus grand obstacle a été la stigmatisation associée à la santé mentale. Les enquêteurs se demandaient comment les répondants réagiraient aux questions concernant leur état de santé mentale; cela



**Ron Gravel** est présentement responsable des enquêtes à contenu ciblé reliées à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes à Statistique Canada. Entre 2000 et 2004, il a été le chargé d'enquête responsable de la santé mentale et du bien-être dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.2. Il a en outre été analyste principal dans le cadre de l'Enquête sur la santé mentale dans les Forces

canadiennes. Au terme de l'ESCC 1.2, Ron a été muté à l'Agence de santé publique du Canada pour une affectation spéciale qui consistait à travailler avec les analystes en matière de politiques sur les questions relatives aux données issues de l'ESCC 1.2. Au cours de sa carrière à Statistique Canada, il a aussi été analyste dans le cadre de divers projets, dont l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités et l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes. Ron a aussi contribué à divers projets de l'Organisation mondiale de la Santé.

constituait leur principale préoccupation. Nous avons donc mis sur pied un programme spécial de formation à l'intention des enquêteurs afin de les soutenir dans leur démarche et de les aider à mieux comprendre et « à déstigmatiser » la santé mentale.

**AL : En 2002, les IRSC et Statistique Canada se sont associés pour lancer un appel de demandes visant à élargir l'utilisation des données recueillies par l'ESCC 1.2 pour la prise de décisions. Comment ce partenariat s'est-il développé? Quels en ont été certains des avantages et des défis?**

Grâce au partenariat conclu avec les IRSC, l'appel de demandes est sans aucun doute une des grandes réussites liées aux activités de diffusion de l'ESCC 1.2. Les IRSC ont mis en place un processus d'examen par les pairs qui a rehaussé la crédibilité scientifique de l'analyse des données, et le lancement d'un seul appel de demandes a permis d'éviter un dédoublement des efforts d'analyse. Un des objectifs de l'ESCC est de faire en sorte que les résultats de l'enquête soient accessibles à tous les Canadiens et les Canadiennes. Les données recueillies ne doivent pas simplement rester « sur les tablettes »; il importe qu'elles soient rigoureusement analysées. À cet égard, Statistique Canada partageait la vision des IRSC quant à l'utilisation de données de qualité sur la santé.

L'appel de demandes a évolué grâce aux solides rapports que nous entretenions avec nos comités d'experts, qui ont soutenu tout le processus d'élaboration de l'enquête. L'appel de demandes est devenu la prochaine étape logique en ce qui a trait à l'exploration des moyens propres à favoriser l'analyse des données, et les résultats se sont révélés très positifs.

Je suis particulièrement heureux des liens que nous avons tissés avec le milieu de la recherche. Dès le départ, on a pu constater une ferme volonté de comprendre les besoins en données, de même que la façon dont les

données seraient analysées. Au fil de discussions suivies avec les divers intervenants en santé mentale, nous avons élaboré une stratégie de diffusion visant à fournir des renseignements pertinents au grand public et à divers auditoires ciblés, dont les analystes en matière de politiques, les décideurs et les utilisateurs de services de santé mentale.

Un des objectifs « indirects » de l'appel de demandes était de recueillir des commentaires susceptibles de nous aider à planifier la prochaine enquête sur la santé mentale. Or, chemin faisant, nous avons effectivement recueilli des commentaires très constructifs à même d'orienter notre démarche. Une des limites les plus souvent soulignées tenait au fait que l'enquête ne couvrait pas un éventail suffisamment large d'affections. On était aussi d'avis que l'enquête aurait dû cibler des populations spéciales, comme les sans-abri et les Autochtones, de même que sonder plus profondément certains thèmes, tels que la santé mentale positive, l'utilisation des services ou les besoins et les obstacles perçus.

Un de nos grands défis consistait à faire en sorte que la documentation relative à l'enquête soit complète, de même que facilement et rapidement accessible à tous les utilisateurs des données recueillies. Pour ce qui est de l'appel de demandes, les données de l'ESCC 1.2 étaient disponibles par l'entremise des Centres de données de recherche de Statistique Canada. Bien que les chercheurs aient apprécié la possibilité de bénéficier d'un unique point d'accès contrôlé aux données confidentielles, certaines personnes n'étaient pas à l'aise avec les procédures à suivre pour travailler dans ce genre d'environnement. Il va sans dire toutefois que la protection de la confidentialité de toutes données recueillies par Statistique Canada est primordiale. Compte tenu de notre objectif d'assurer un accès adéquat aux données, nous sommes réceptifs aux commentaires des chercheurs à cet égard, d'autant qu'ils nous aideront à élaborer des stratégies conçues pour mieux les servir dans l'avenir.

Conformément à notre engagement de promouvoir l'accès aux données, nous avons mis un fichier de microdonnées à la disposition du public. Bien que certains renseignements en aient été retirés ou transformés afin d'en préserver la confidentialité, nous avons déployé tous les efforts nécessaires pour y inclure des données pertinentes et détaillées sur les affections et l'utilisation des services, et le produit final se révèle un outil d'analyse apprécié.

**AL : Statistique Canada a aussi travaillé en étroite collaboration avec d'autres intervenants à divers stades de la recherche. Pouvez-vous citer quelques exemples de la façon dont ces efforts concertés ont pu influencer ou faciliter votre travail?**

La liste des appuis que nous avons reçus de nos collaborateurs est très longue. Tout a débuté grâce au sérieux des membres du comité d'experts, composé de représentants de toutes les régions du Canada et réunissant à la fois des décideurs, des consommateurs et des chercheurs. Les membres du comité ont ainsi formulé des commentaires et des directives tout au long du processus d'élaboration de l'enquête.

Nous avons par ailleurs obtenu l'appui de divers organismes, dont le Centre de toxicomanie et de santé mentale, l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, l'Association médicale canadienne, l'Association canadienne pour la santé mentale, l'Association des psychiatres du Canada et l'Association canadienne de psychologie.

Plusieurs initiatives de collaboration ont également vu le jour au fil du cycle de l'enquête afin d'aborder bon nombre de questions, notamment en ce qui a trait à l'évaluation et à l'adaptation de divers instruments dans le contexte canadien d'une enquête sur la santé de la population, à la tenue

d'essais qualitatifs, à l'élaboration d'un programme de formation psychosociale à l'intention des enquêteurs, et aux communications avec les médias au moment de la diffusion officielle des résultats de l'enquête.

**AL : La diffusion de l'enquête, en septembre 2003, a eu d'importants échos dans les médias. Quels sont certains des constats préliminaires issus des données? Les projets de recherche subventionnés ont-ils permis de dégager des perspectives nouvelles ou différentes?**

L'objectif du rapport initial (Statistique Canada, *Le Quotidien* du mercredi 3 septembre 2003) était de broser un tableau sommaire de la santé mentale au Canada. Une des principales conclusions en était qu'environ 2,6 millions de Canadiens et de Canadiennes âgés de 15 ans ou plus avaient fait état de symptômes liés à l'une ou l'autre des affections à l'étude (dépression, manie, agoraphobie, phobie sociale, trouble panique) ou d'une dépendance à l'alcool ou à des drogues illicites au cours des 12 mois précédant l'enquête. Cela représentait 1 Canadien sur 10 chez les 15 ans et plus. La dépression majeure était l'affection la plus répandue – touchant 4,5 % de la population canadienne. Un autre résultat important tenait à ce que seulement 32 % des personnes éprouvant des sentiments et des symptômes liés aux affections à l'étude ou à une forme de toxicomanie avaient vu ou consulté un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois. Fait intéressant, la grande majorité de celles qui avaient réclamé des soins se disaient satisfaites des soins reçus. De fait, 82 % des répondants présentant une affection ou une forme de toxicomanie se sont dits satisfaits des soins reçus.

Un bon nombre de projets de recherche ont par la suite été menés afin de tenter d'approfondir les résultats préliminaires publiés en septembre 2003. Par exemple, une étude portant sur l'utilisation des services selon le sexe a révélé que les femmes et les hommes moins intégrés à la société étaient plus susceptibles de recourir à des services de médecine générale pour des problèmes de santé mentale. D'autres études ont mis l'accent sur les besoins perçus – un aspect très important de la santé mentale et de l'accès aux services. La *Revue canadienne de psychiatrie* (RCP) a pour sa part consacré son édition de septembre 2005 aux données de l'enquête; de nombreux articles publiés étaient le fruit de l'appel de demandes. C'est là un excellent exemple d'initiative et de collaboration en matière de recherche.

L'ESCC 1.2 fournit un très riche ensemble de données, et l'appel de demandes a permis de faire en sorte que ces données soient étudiées au moyen d'analyses approfondies faisant appel à diverses techniques quantitatives. Les articles publiés abordent clairement d'importantes questions liées à la santé mentale, d'ailleurs on ne peut plus pertinentes pour les analystes en matière de politiques et pour les décideurs. Les articles en question ne fournissent pas nécessairement des réponses complètes, mais les résultats publiés peuvent néanmoins enrichir les processus complexes associés à l'élaboration des politiques et des programmes.

**AL : Avez-vous des exemples d'utilisation de ces résultats de recherche pour éclairer la prise de décisions?**

Il ne fait aucun doute que les analyses axées sur l'accès aux soins de santé et l'utilisation des services retiennent grandement l'attention. Comme je l'ai déjà mentionné, l'édition de septembre 2005 de la RCP présente de nombreux exemples de la façon dont les résultats de recherche peuvent servir à orienter la prise de décisions.

À l'échelle nationale, la Commission Kirby met la dernière main à un rapport sur la maladie mentale, la santé mentale et la toxicomanie au Canada fondé sur diverses sources d'information, dont l'ESCC 1.2. Pour

préparer un prochain rapport de suivi, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) s'est aussi appuyée sur l'analyse de ces données pour tracer un portrait détaillé de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. Ce nouveau rapport fournira des renseignements clés, aussi bien à la population en général qu'aux professionnels de la santé.

L'ESCC 1.2 et les études connexes ont suscité un intérêt accru pour la santé mentale. Beaucoup des chercheurs qui ont déjà publié des articles entretiennent des liens étroits avec les groupes responsables de l'élaboration des politiques et leur fournissent une orientation fondée sur des données probantes quant à la façon dont les services de santé mentale devraient être développés. L'ASPC élabore en outre un programme de surveillance des affections chroniques qui englobera la santé mentale. On reconnaît volontiers que la santé mentale doit être mesurée de façon plus régulière.

Chez Statistique Canada, nous venons tout juste d'achever une consultation pancanadienne visant à dégager les thèmes à aborder dans le cadre des futures enquêtes ciblées liées à l'ESCC. La santé mentale est une fois de plus perçue comme une priorité élevée. Je ne saurais dire exactement quand viendra le prochain cycle, mais je suis persuadé que nous n'aurons pas à attendre vingt ans avant la prochaine enquête!

Il est fascinant de voir comment les données ont ainsi été analysées et de constater que les résultats de ces travaux constituent désormais un important point de référence dans le cadre des discussions en matière de politiques qui concernent la santé mentale au pays. Je suis particulièrement heureux d'apprendre que les données de l'ESCC 1.2 comptent parmi les éléments essentiels de l'information requise pour élaborer une stratégie nationale en matière de santé mentale et pour appuyer les travaux d'analyse axés sur l'établissement projeté d'une Commission canadienne sur la santé mentale.

## Aider les personnes atteintes de maladie mentale à trouver un emploi

**Chercheur principal :** Eric Latimer, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Québec

**Co-chercheurs :** Myra Piat, Tania Lecomte, Céline Mercier, Robert Drake et Deborah Becker

La plupart des personnes atteintes d'une maladie mentale grave aimeraient exercer un emploi dans un milieu de travail normal et sont à même de le faire, surtout là où l'on peut leur offrir des options de travail à temps partiel. Le travail a des effets bénéfiques sur l'estime de soi et la qualité de vie, et peut également améliorer la santé mentale et le fonctionnement en société. Néanmoins, plus des trois quarts des personnes atteintes d'une maladie mentale grave au Canada demeurent sans emploi.

Les approches conventionnelles visant à aider les personnes atteintes d'une maladie mentale grave à trouver un emploi satisfaisant offrent des possibilités de travail en milieu protégé ou des emplois de transition qui débouchent rarement sur des emplois soumis à la concurrence. Cela dit, une approche radicalement différente, qui vise à insérer ces personnes directement dans le monde du travail tout en les assurant d'un soutien continu, a donné des résultats nettement plus satisfaisants à ce chapitre.

En 2001, le Dr Eric Latimer et ses collègues ont reçu des IRSC une subvention de fonctionnement afin d'éprouver l'efficacité de cette approche – désignée sous le nom de « Placement et soutien individuel » (PSI) – au moyen d'une étude sur échantillon aléatoire menée à l'Hôpital Douglas, un établissement psychiatrique d'enseignement situé à Montréal. L'efficacité du PSI a été démontrée aux États-Unis, mais il s'agissait, au Canada, d'un des premiers programmes du genre



et du premier programme à faire l'objet d'une évaluation rigoureuse.

Suivant cette approche, élaborée par les co-chercheurs Robert Drake et Deborah Becker, les clients se voient assigner un spécialiste en emploi qui est attaché à leur service clinique et communique régulièrement avec leur gestionnaire de soins ou leur psychiatre. Ce spécialiste aide le client à obtenir un emploi qui correspond à ses intérêts et à ses capacités, à conserver cet emploi et, s'il vient à perdre son emploi, à déterminer ce qui n'a pas fonctionné.

L'expérience menée à l'Hôpital Douglas portait sur 150 adultes atteints d'une maladie mentale grave et sélectionnés au hasard pour recevoir

des services de PSI ou des services professionnels conventionnels. Au terme des 12 premiers mois du programme, 47 % des clients du groupe PSI avaient obtenu un emploi soumis à la concurrence, contre 18 % dans le groupe de contrôle, et occupaient une plus grande variété de postes, y compris des postes de plus haut niveau.

Cela dit, comme l'a souligné le Dr Latimer, l'impact du PSI n'a pas été aussi marqué que dans la majorité des études précédentes : « Un certain nombre de facteurs propres au Québec semblent réduire l'efficacité du programme par rapport aux États-Unis. L'un d'eux est qu'au Québec, les personnes handicapées n'ont aucune motivation économique à travailler plus de quelques heures par semaine, puisque tout revenu mensuel au-delà de 100 \$ est entièrement soustrait de leur chèque de prestation d'invalidité. De plus, celles qui travaillent dans le cadre d'un programme conventionnel d'emploi réservé peuvent en tirer certains avantages, comme l'accès gratuit aux transports publics. »

L'étude a néanmoins démontré que le modèle PSI peut être mis en œuvre avec succès dans le contexte canadien. Il est aussi, de toute évidence, plus efficace que les approches conventionnelles de réadaptation professionnelle. Les principaux résultats de l'expérience ont été présentés dans le cadre de plusieurs conférences scientifiques, et seront bientôt publiés dans une revue à fort impact soumise à l'examen des pairs.

Le Dr Latimer et l'équipe PSI poursuivent désormais activement des travaux d'application des connaissances visant à promouvoir le

modèle PSI à plus grande échelle au Québec. Ils ont fait des présentations aux cliniciens de nombreux hôpitaux de la province, et ils comptent, plus tard cette année, assurer la diffusion de leur modèle auprès des associations professionnelles de fournisseurs de soins de santé et des administrateurs de clinique.

L'équipe continue par ailleurs de discuter des mesures subséquentes à prendre pour favoriser une plus large adoption du modèle PSI. « Le défi

est grand, avoue le D<sup>r</sup> Latimer, car au Québec comme dans la plupart des autres provinces, sinon toutes, l'organisation des services de santé mentale et des services professionnels repose sur des principes qui entravent la mise en œuvre du modèle PSI. Nous envisageons de participer à un nouveau projet pancanadien sous la direction du D<sup>r</sup> Marc Corbière et du D<sup>r</sup> Daniel Reinharz, lequel vise à étudier, du moins en partie, les forces dynamiques qui font le succès des programmes d'emploi assisté. »

Ce mois-ci, visitez le site Web de l'INSMT pour obtenir plus d'information sur les possibilités de financement offertes, y compris un nouvel appel de demandes sur l'application des connaissances en santé mentale et en toxicomanies.

<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/8602.html>



## Stratégies d'amélioration des soins offerts aux personnes atteintes de démence dans les régions rurales et isolées

**Chercheuse principale :** Debra Morgan, Institut de la santé agricole, rurale et environnementale, Université de la Saskatchewan

**Co-chercheurs :** Jay Biem, Margaret Crossley, Carl D'Arcy, Andrew Kirk, Norma Stewart, Dorothy Forbes, Lesley McBain, Sheri Harder, Jenny Basran et Vanina Dal Bello-Haas

Les troubles cognitifs au cours du vieillissement, dont la maladie d'Alzheimer et d'autres types de démence, touchent un Canadien sur quatre au-delà de 65 ans et deux Canadiens sur trois au-delà de 85 ans. Compte tenu du vieillissement de la population, on prévoit que le taux de prévalence de la démence doublera au Canada au cours des 30 prochaines années.

Il y a un besoin grandissant de services et de personnel spécialisés en matière de démence. Pour les 24 % d'ainés qui vivent en région rurale ou isolée, la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des services de cet ordre revêtent un caractère crucial. Nombre d'ainés vivant dans de petites villes ou des villages doivent effectuer de multiples déplacements pour obtenir les services de divers professionnels de la santé, ce qui peut leur coûter cher, prendre beaucoup de leur temps et être stressant pour eux.

En 2003, la D<sup>re</sup> Morgan et ses co-chercheurs ont obtenu, dans le cadre du Programme de subventions d'équipe en voie de formation des IRSC dans le domaine des troubles cognitifs au cours du vieillissement, un financement de cinq ans en vue d'un projet de recherche conçu pour améliorer les soins offerts aux personnes atteintes de démence dans les régions rurales et isolées. L'équipe se compose de spécialistes en soins infirmiers, en médecine, en neurologie, en psychologie, en physiothérapie et en sociologie, et compte principalement œuvrer sur trois plans, soit rehausser la disponibilité des services, élargir l'accessibilité des programmes de façon à assurer du soutien aux soignants et rendre les services plus acceptables pour les personnes atteintes de démence.

Une des études fondamentales de l'équipe a porté sur la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'une clinique de la mémoire en milieu rural, en Saskatchewan, afin d'améliorer l'accès à des services d'évaluation, de diagnostic et de prise en charge de la démence à un stade précoce. Ainsi les aînés des collectivités rurales et nordiques ont désormais accès à des évaluations multidisciplinaires regroupées la même journée dans un centre de soins tertiaires de Saskatoon. La vidéoconférence, ou Télésanté, est utilisée avant et après l'évaluation en clinique pour l'évaluation préalable et le suivi.

Continue sur la page 7

Au cours des six premiers mois du projet, l'équipe a tenu des consultations auprès des fournisseurs de soins de quatorze collectivités pour les informer de la conception de la clinique. La D<sup>re</sup> Morgan et son équipe estimaient que ces consultations préliminaires étaient essentielles à l'établissement de partenariats de recherche fructueux. « Le fait de rencontrer localement les fournisseurs de soins des collectivités rurales et nordiques nous a permis de cerner certains problèmes de faisabilité et de les résoudre avant de mettre la clinique sur pied, a affirmé la D<sup>re</sup> Morgan. Les aînés du nord de la province doivent plus particulièrement surmonter de nombreux obstacles pour accéder aux services, une situation présentement à l'étude dans le cadre d'un projet distinct mené par un des étudiants de troisième cycle de l'équipe. »

Les résultats de la clinique pour les patients, les familles et les fournisseurs de soins locaux sont présentement en cours d'évaluation mais, selon les premières indications, les patients et les familles sont satisfaits de l'approche à guichet unique et de l'utilisation de Télésanté. « Les gens semblent à l'aise d'utiliser Télésanté, ajoute la D<sup>re</sup> Morgan, et ils apprécient le fait de ne pas avoir à parcourir de longues distances et à se déplacer aussi fréquemment pour aller à leurs rendez-vous. »

D'autres études fondamentales porteront sur l'utilisation des services de santé par les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, plus précisément entre régions rurales et urbaines, et sur l'évaluation d'un programme élaboré par la Société Alzheimer du Canada afin d'aider les maisons de soins infirmiers à améliorer les soins fournis aux personnes atteintes de démence. De nombreux projets connexes sont aussi en cours, qu'il s'agisse du développement d'outils d'évaluation adaptés à la culture en ce qui concerne les troubles cognitifs et la démence chez les adultes autochtones plus âgés, de l'évaluation de la capacité de la spectroscopie par résonance magnétique à améliorer le diagnostic et le pronostic des troubles cognitifs. Beaucoup de ces études sont menées en partenariat avec les décideurs et les professionnels de la santé des régions rurales et isolées de la Saskatchewan, et fourniront des données utiles pour toute planification ultérieure en matière de santé.

Les nouvelles équipes émergentes sont conçues de façon à réunir des chercheurs indépendants en vue d'entreprendre en collaboration des recherches multidisciplinaires autrement impossibles à réaliser. L'équipe travaille depuis plus de deux ans et, malgré les défis inhérents à la recherche en équipe, la D<sup>re</sup> Morgan affirme que les avantages d'un environnement de travail multidisciplinaire sont indéniables. « Au cours de notre première année de financement, précise-t-elle, trois nouveaux co-chercheurs et six étudiants se sont joints à l'équipe. Nous avons présenté nos travaux dans le cadre de plusieurs conférences, et divers membres de l'équipe ont obtenu un financement externe. Étant donné que notre programme de recherche continue à se développer, nous anticipons de voir nos résultats entraîner des changements tangibles pour les aînés et les soignants des collectivités au sein desquelles nous travaillons. »

## Offrir un traitement intégré à l'égard des problèmes concurrents de santé mentale et de toxicomanie

*Astrid Brousselle, Université de Montréal, Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé de première ligne (GREAS1) et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)*

Les problèmes de santé mentale et d'abus d'alcool ou d'autres drogues sont souvent concurrents. Les meilleures pratiques médicales préconisent un traitement intégré pour les personnes qui ont un diagnostic mixte de cet ordre. Il a été démontré qu'un modèle intégré tenant compte des facteurs aussi bien cliniques qu'organisationnels quant à la prestation des soins était d'une grande efficacité, si ce n'est que sa mise en œuvre peut être très difficile. De fait, entre la moitié et les deux tiers seulement des programmes mis en œuvre parviennent à appliquer le modèle de manière à en assurer l'efficacité.

M<sup>me</sup> Astrid Brousselle a reçu une bourse de recherche (conjointement financée par le GREAS1 et les IRSC) et une subvention de fonctionnement des IRSC en vue d'une étude dans laquelle elle analysera l'efficacité de deux modèles de services intégrés dans la pratique au Québec. Dans un premier temps, elle a cherché à déterminer la façon d'aborder certains des défis liés à la mise en œuvre d'un traitement intégré. M<sup>me</sup> Brousselle et ses collègues du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas et de l'Université de Montréal ont ainsi parcouru la documentation scientifique, notamment professionnelle et organisationnelle, en quête de données sur l'intégration, et ils en ont dégagé des points de convergence. Le modèle conceptuel qui en résulte laisse supposer que les modèles de traitement intégrés peuvent être plus adaptables à certains contextes et à certaines personnes qu'on ne le croyait auparavant. Il peut en outre servir à déterminer les principaux facteurs requis pour assurer la réussite du traitement, de même qu'à évaluer l'efficacité de nouveaux modèles de pratique.

Ce modèle a été présenté dans le cadre de conférences canadiennes et internationales, et il est présentement en voie d'être publié. Plus tard cette année, M<sup>me</sup> Brousselle analysera deux modèles d'intégration différents afin de cerner les facteurs qui favorisent ou entravent la mise en œuvre de services intégrés.

## Faciliter la transition : mise en place d'un modèle de soins permettant le passage de l'hôpital à la collectivité



**Chercheuse principale :** Cheryl Forchuk,  
Université Western Ontario

**Co-chercheurs :** William Reynolds, Elisabeth Jensen,  
Mary-Lou Martin, Siobhan Sharkey, Susan Ouseley,  
Pat Sealy et Georgiana Beal

Au cours de la dernière décennie, le Canada, à l'instar de nombreux autres pays occidentaux, a connu une succession interrompue de changements et de réformes dans le secteur des soins de santé mentale. La prestation de soins à long terme en milieu communautaire plutôt qu'en établissement psychiatrique constitue un virage important. Mais la transition de l'hôpital à la collectivité est complexe, et peut présenter un défi pour les personnes concernées comme pour le système de soins de santé.

Dans une étude réalisée en 2002 et financée par la FCRSS, la D<sup>re</sup> Cheryl Forchuk et ses collègues ont démontré l'efficacité d'un modèle de soins transitoires pour aider les personnes atteintes d'une maladie mentale chronique à passer du milieu hospitalier à la vie dans la collectivité. Les éléments les plus importants de ce modèle sont l'appui des pairs (assuré par d'anciens clients du système de soins de santé mentale) et un chevauchement entre le personnel hospitalier et les intervenants communautaires pendant la transition. Dans le cadre de cette étude, à laquelle prenaient part 26 unités psychiatriques de soins tertiaires (13 unités où l'intervention était mise en œuvre et 13 unités témoins), la durée de séjour moyenne des patients s'est vue réduite de 116 jours chez les sujets soumis à l'intervention, ce qui a entraîné des économies de plus de 12 millions de dollars.

La D<sup>re</sup> Forchuk et ses collègues ont toutefois constaté que la mesure dans laquelle le modèle était effectivement appliqué pouvait varier. L'équipe a alors demandé et obtenu un financement dans le cadre du concours Stratégies liées à l'application des connaissances dans le domaine de la santé des IRSC afin de mettre à l'essai un cadre d'application des connaissances fondé sur les conclusions de l'étude précédente relativement à la mise en œuvre du modèle dans d'autres services psychiatriques. Les éléments de ce cadre d'application portent sur une plus grande participation du personnel, l'établissement d'un climat positif au sein des unités de soins, la satisfaction de besoins de formation précis et le soutien aux gestionnaires d'un bout à l'autre du processus de changement.

Tandis que se déroulait l'étude de 2002, une équipe de recherche en collaboration évaluait le modèle de soins transitoires en Écosse. Ce projet pilote indépendant a révélé que, cinq mois après leur congé, les patients des services psychiatriques participants étaient deux fois moins susceptibles d'être réadmis que les sujets témoins. L'équipe écossaise a elle aussi décidé d'entreprendre une évaluation des stratégies d'intégration des connaissances.

Cette convergence a créé une occasion évidente de collaboration et, en 2004, l'équipe canado-européenne a reçu une subvention dans le cadre du Programme de possibilités internationales des IRSC en vue d'un plus vaste projet visant à comparer les résultats des stratégies d'application des connaissances entre différentes cultures. Selon la D<sup>re</sup> Forchuk, bien qu'on ne sache pas dans quelle mesure il faudra adapter le modèle pour le mettre en pratique dans d'autres parties du monde, il est évident qu'il devra s'intégrer à une variété de systèmes de soins de santé et de modèles de prestation de soins. « La vision communautaire de la santé mentale et des soins en santé mentale varie également, selon les normes en vigueur dans différentes sociétés, nous dit-elle. Ce partenariat de recherche sera orienté sur le partage des apprentissages faits par chaque équipe dans son pays et sur la résolution en collaboration des problèmes soulevés. La subvention obtenue nous a permis – fait important, s'il en est – d'effectuer des visites sur place et d'élaborer une proposition tenant compte des besoins de chaque pays. » Des hôpitaux, des collectivités et des membres de l'équipe du Canada, de l'Écosse, de l'Angleterre, de l'Irlande, du Portugal et de l'Estonie participent désormais à ce projet.

Les deux subventions ont toujours cours, mais les résultats préliminaires semblent indiquer que les stratégies propres à soutenir l'intégration des connaissances aux pratiques et le perfectionnement des aptitudes et des capacités des fournisseurs de soins de santé à mettre en œuvre des interventions éclairées par des données probantes passent par le soutien de tiers et l'appui aux politiques, aux pratiques et à la formation. De façon générale, la participation et l'engagement actifs du personnel, de l'établissement psychiatrique, des clients et de la collectivité d'un bout à l'autre du processus de mise en œuvre semblent essentiels.

# Le programme RSPSMT : accroître la capacité de recherche en santé mentale

Le programme Recherche sur les politiques et services en santé mentale et toxicomanies (RSPSMT), une Initiative stratégique pour la formation en recherche dans le domaine de la santé (ISFRS) des IRSC, vise à accroître le nombre et la qualité des chercheurs qui se spécialisent dans la recherche sur les services et les politiques en matière de toxicomanie et de santé mentale. Conçu par trois chercheurs émérites – Elliot Goldner, Paula Goering et Alain Lesage – le programme RSPSMT a été mis sur pied afin d’alléger le lourd fardeau de la maladie et les souffrances liées à la maladie mentale et à la toxicomanie au Canada et de s’attaquer à un problème connu, soit la capacité restreinte des universités à offrir une formation appropriée sur ce sujet aux étudiants des cycles supérieurs.

La formation en RSPSMT se donne dans le contexte d’une collaboration entre plusieurs centres d’expertise canadiens : la Faculté des sciences de la santé de l’Université Simon Fraser; les facultés de médecine de l’Université de la Colombie-Britannique, de l’Université de Montréal et de l’Université McGill; les départements de psychiatrie et des sciences de la santé communautaire de l’Université de Calgary; et l’Unité de consultation et de recherche sur les systèmes de santé du Centre de toxicomanie et de santé mentale de l’Université de Toronto. Un aspect fondamental du programme tient à un réseau d’expertise transdisciplinaire national auquel les stagiaires ont accès grâce à un mentorat personnalisé, un atelier annuel, des séminaires mensuels par vidéoconférence et des travaux pratiques sur la recherche et les politiques. Le programme fournit une occasion unique aux stagiaires d’acquérir des connaissances et des compétences en recherche dans le cadre d’un réseau établi d’universitaires chevronnés et de pairs dont l’expertise couvre un large éventail d’expériences de recherche pertinentes.

Au cours de ses trois premières années d’existence, le programme RSPSMT a subventionné 24 aspirants au doctorat et boursiers postdoctoraux hautement qualifiés. Les stagiaires viennent d’une grande variété de disciplines, notamment la psychiatrie, les soins infirmiers, la santé publique, la psychologie, la médecine familiale, l’épidémiologie, le travail social, l’administration de la santé, l’économie de la santé, la sociologie et les sciences politiques.

Le Dr Marc Corbière (nouveau chercheur financé par les IRSC et boursier de la Fondation de recherche en santé Michael Smith), aujourd’hui professeur adjoint à l’Institut de recherche en promotion de la santé de l’Université de la Colombie-Britannique, faisait partie du premier groupe de stagiaires en 2003. Selon lui, la possibilité de travailler avec des chercheurs de premier plan tels que Elliot Goldner, Paula Goering et Alain Lesage, les principaux mentors de la RSPSMT, et les possibilités élargies de réseautage avec des chercheurs d’autres provinces constituent l’aspect le plus important du programme. « Ces réseaux ont directement conduit à l’élaboration d’un nouveau projet pancanadien axé sur la mise en œuvre de programmes d’emploi assisté pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, explique le Dr Corbière. Ce projet, qui réunit une équipe dont j’ai rencontré les membres dans le cadre du programme RSPSMT, s’est récemment vu accorder un financement de trois ans par les IRSC. »

La Dre Aline Drapeau, qui a pris part au programme RSPSMT à titre de boursière postdoctorale en psychiatrie, souligne également les avantages d’un réseau élargi de collaborateurs potentiels, tout en faisant valoir les apprentissages importants qu’elle y a faits au plan des compétences et des attitudes : « Lorsque j’ai intégré le programme RSPSMT, j’avais déjà à mon actif plusieurs années d’expérience en recherche sur la santé mentale, mais le programme a élargi ma perspective et contribué à préciser mon orientation et ma pensée en matière de recherche. » Elle apprécie en outre d’avoir pu bénéficier de l’expertise de mentors, et observer la manière dont les spécialistes interagissent entre eux. « À cet égard, dit-elle, les mentors du programme RSPSMT sont pour moi comme des modèles de rôle au moment où j’étais en train de bâtir ma propre carrière en recherche. »

Pour Catherine Vallée, actuellement stagiaire au doctorat, l’attrait du programme RSPSMT tient à son approche transdisciplinaire. Avec sa formation en ergothérapie et son intérêt pour les programmes d’emploi axés sur le rétablissement à l’intention des schizophrènes, Catherine avait du mal à trouver dans son domaine un programme de réadaptation applicable à un contexte de santé mentale. « C’était plus ou moins le désert, confie-t-elle. Les cours étaient toujours pertinents par ricochet, mais sans jamais aborder directement les politiques et les services liés à la santé mentale. » Le programme RSPSMT a permis à Catherine d’être en contact avec des mentors versés dans le domaine, mais aussi avec des étudiants et des chercheurs qui partageaient ses intérêts et des perspectives à la fois variées et inspirantes. Catherine consacrera sa deuxième année de stage en RSPSMT à parfaire ses compétences en méthodes quantitatives et participera à un stage d’été sur le développement d’indicateurs axés sur les questions de santé mentale auprès d’un organisme de santé publique.

Le Dr Corbière et la Dre Drapeau s’entendent pour dire que l’expérience acquise en RSPSMT a été un facteur déterminant qui leur a permis d’obtenir, par la suite, des bourses salariales. La Dre Drapeau achève présentement sa recherche postdoctorale et occupera bientôt un poste de chercheuse au Centre de recherche Fernand-Seguin, au Québec. Le Dr Corbière pour sa part, est aujourd’hui lui-même mentor dans le cadre de deux autres ISFRS, à savoir le Programme de prévention des invalidités en milieu de travail de l’Université de Sherbrooke et le Programme de partenariats de recherche en santé communautaire de l’Université de la Colombie-Britannique.

*L’Initiative stratégique pour la formation en recherche dans le domaine de la santé (ISFRS) des IRSC vise à renforcer les capacités du milieu de la recherche en santé au Canada et à développer la prochaine génération de chercheurs brillants et créatifs. Par l’entremise de l’ISFRS, les IRSC – de concert avec des partenaires des secteurs gouvernemental, bénévole et privé – financent par voie de concours des programmes de formation stratégique individuelle afin d’appuyer les stagiaires en recherche. Près de quatre-vingt-dix programmes de formation ont été subventionnés depuis le lancement du concours de l’ISFRS en 2001.*

**Visitez notre site Web :**  
<http://irsc-cihr.gc.ca/isps.html>

## Mandat de l'ISPS

L'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) s'engage à appuyer des initiatives en matière de recherche innovatrice, de renforcement des capacités et d'application des connaissances conçues pour améliorer l'organisation, la réglementation, la gestion, le financement, le paiement, l'utilisation et la prestation des services de soins de santé, dans le but d'améliorer la santé et la qualité de vie de toute la population canadienne.

## Personnel de l'ISPS

**Morris Barer,**  
Directeur scientifique  
Tél. : (604) 222- 6872  
Télé. : (604) 224-8635  
mbarer@ihspr.ubc.ca

**Craig Larsen,**  
Gestionnaire de l'Institut  
Tél. : (604) 222-6874  
Télé. : (604) 224-8635  
clarsen@ihspr.ubc.ca

**Heidi Matkovich,**  
Associée – Communications  
et application des  
connaissances  
Tél. : (604) 222-6870  
Télé. : (604) 224-8635  
hmatkovich@ihspr.ubc.ca

**Lindsay Hedden,**  
Agente de projets spéciaux  
Tél. : (604) 222-6873  
Télé. : (604) 224-8635  
lhedden@ihspr.ubc.ca

**Shareen Khan,**  
Agente des finances et  
de l'administration  
Tél. : (604) 222-6875  
Télé. : (604) 224-8635

**IRSC – Ottawa**  
**Michelle Gagnon,**  
Directrice adjointe  
Partenariats et application  
des connaissances  
Tél. : (613) 952-4538  
Télé. : (613) 941-1040  
mgagnon@irsc-cihr.gc.ca

**Michèle O'Rourke,**  
Associée, Initiatives  
stratégiques  
(en congé)

**Kim Gaudreau,**  
Associée, Initiatives  
stratégiques  
Tél. : (613) 957-6128  
Télé. : (613) 941-1040  
kgaudreau@irsc-cihr.gc.ca

**Danièle St-Jean,**  
Agente de projets  
Tél. : (613) 952-4539  
Télé. : (613) 941-1040  
dstjean@irsc-cihr.gc.ca