



Consultation canadienne concernant la recherche
sur la
comorbidité associée aux maladies mentales, aux dépendances ainsi
qu'aux troubles cérébraux et sensoriels :
Programme de recherche stratégique de l'INSMT pour 2005-2010

Rapport de la consultation

**Programme de recherche stratégique de l'INSMT pour
2005-2010**

**Ottawa (Ontario)
Les 22 et 23 septembre 2005**

*Strachan-Tomlinson
Version provisoire : le 5 octobre 2005*

Table des matières

Table des matières.....	2
Introduction	3
Mot de bienvenue et ouverture.....	3
Consignes pour l'atelier.....	4
Présentations.....	4
Discours-programme.....	7
Perspectives actuelles de la recherche	8
Portrait de la situation actuelle	11
Priorités de recherche stratégique 2005 - 2010.....	14
Priorité stratégique A : Étiologie et voies de développement	14
Priorité stratégique B : Meilleure prestation de services et de traitements intégrés	19
Priorité stratégique C : Transfert et échange de connaissances	23
Priorité stratégique D : Études démographiques longitudinales sur les causes, l'évolution et l'issue	26
Priorité stratégique E : Outils de mesure pour le dépistage et le diagnostic	29
Élaboration d'un appel de demandes	35
Conclusion	35
Participants	36

Introduction

En septembre 2005, l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) a réuni des chercheurs, des cliniciens ainsi que des représentants d'organismes non gouvernementaux et de l'industrie pour travailler à l'élaboration d'un programme de recherche multidisciplinaire, stratégique et intégré sur la comorbidité. Les objectifs étaient les suivants :

- explorer les défis et les lacunes de la recherche multidisciplinaire sur la comorbidité associée aux maladies mentales, aux dépendances ainsi qu'aux troubles cérébraux et sensoriels;
- recommander des priorités de recherche pour 2005 à 2010, avec la contribution de chercheurs de diverses disciplines et de personnes représentant d'autres perspectives (p. ex., organismes à but non lucratif, systèmes de soins de santé);
- donner aux chercheurs l'occasion de tisser des liens de collaboration et d'explorer les possibilités de partenariat;
- élaborer les concepts d'un appel de demandes qui sera lancé par l'INSMT/IRSC en 2006, comprenant les objectifs du programme (p. ex., renforcement des capacités, création de nouvelles connaissances, recherche sur les interventions), les paramètres délimitant l'étendue des troubles à considérer, ainsi que les priorités de recherche stratégique.

Mot de bienvenue et ouverture

La **D^{re} Barbara Beckett**, directrice adjointe de l'INSMT, a souhaité la bienvenue aux participants à la consultation. Elle a souligné que cette initiative tenait grandement à coeur au **D^r Rémi Quirion**, directeur scientifique de l'INSMT, étant donné qu'elle représente un important défi de recherche et qu'elle a été lancée et fortement appuyée par les utilisateurs de la recherche. L'INSMT souhaite pouvoir lancer un appel de demandes sur la comorbidité d'ici la fin de 2006. Les recommandations qui seront formulées au cours de l'atelier seront transmises au conseil consultatif de l'Institut pour décision et préparation d'un appel de demandes. Le rapport de la consultation sera affiché sur le site Web de l'INSMT.

La D^{re} Roberta Palmour, du Département de psychiatrie de l'Université McGill et membre du conseil consultatif de l'INSMT, a fait observer que la comorbidité malgré sa prévalence et ses conséquences profondes fait rarement l'objet d'étude. Bien que les scientifiques canadiens soient très actifs dans le domaine de la recherche sur la comorbidité, le financement des projets est minime et difficile à obtenir. Il subsiste une résistance bien ancrée à l'égard de ce type de recherche et de ses défis ainsi qu'un manque de bons outils de recherche.

La comorbidité désigne la présence de plus d'une maladie chez la même personne. À cet atelier, les discussions ont porté sur la comorbidité qui s'inscrit dans le mandat de l'INSMT, c'est-à-dire les maladies mentales ou physiques conjuguées avec des troubles neurologiques, mentaux ou sensoriels ou encore avec des problèmes de dépendance, de langage et de communication. L'étude des comorbidités suppose un engagement à travailler de façon intégrée, par le travail interdisciplinaire et l'établissement de liens solides entre les chercheurs, les professionnels de la santé, les décideurs et les consommateurs. Les approches intégrées reposent sur un processus à la fois délicat et complexe et impliquent la compréhension de différentes approches et méthodes ainsi que le développement d'un langage commun.

Consignes pour l'atelier

Les participants ont été encouragés à suivre les consignes suivantes durant l'atelier :

- Parler de façon claire et concise
- Travailler en collaboration afin d'en arriver à un consensus
- Explorer les perspectives et se concentrer sur les approches intégrées
- Ne pas négliger ce qui est simple ou évident
- Penser de façon stratégique – cette consultation vise un programme de cinq ans.

Présentations

Les participants ont été priés de se présenter et de mentionner une de leurs attentes par rapport à la consultation.

- Les participants espéraient que l'atelier serait axé sur la collaboration et que son approche serait générale et intégrée.
- Ils voulaient inclure différents types de comorbidités :
 - Les dépendances (p. ex., alcool, drogues, jeu, tabagisme);
 - Les troubles bipolaires et métaboliques;
 - Les maladies chroniques et neurodégénératives au sein des populations autochtones;
 - Les troubles de l'humeur et les maladies cardiovasculaires;
 - Les comorbidités associées aux troubles neurologiques, psychologiques et mentaux;
 - La schizophrénie et les troubles métaboliques;

- La vision, le sommeil et la douleur.
- Les participants ont suggéré des priorités de recherche qui permettraient ce qui suit :
 - Miser sur les points forts des bases de données canadiennes sur les services de santé et relier les réseaux de recherche intégrative;
 - Élaborer des stratégies pour surmonter les barrières systémiques;
 - Explorer les contributions des études sur des animaux;
 - Enrichir nos connaissances par l'observation de situations réelles plutôt que par des études démographiques isolées;
 - Voir si le traitement d'une des maladies associée à la comorbidité peut avoir un effet positif sur d'autres aspects de la santé;
 - Avoir un impact dans la population grâce à une application et à un échange efficaces des connaissances;
 - Influencer sur l'élaboration de bonnes politiques publiques;
 - Intégrer la maladie mentale et les dépendances;
 - Faire mieux comprendre les lacunes et les priorités de la recherche au Canada.
- Ils ont dit espérer que l'appel de demandes :
 - soit pragmatique, réaliste et bien défini, qu'il intègre la prévention et l'éducation et soit orienté sur les patients et les résultats pour ces derniers;
 - favorise la recherche-action participative communautaire;
 - favorise des approches intégrées;
 - permette de considérer la recherche fondée sur la curiosité et celle fondée sur les besoins;
 - génère des connaissances utiles et accessibles à la population;
 - permette d'appuyer des interventions sans critères d'exclusion.
- Les participants ont dit souhaiter un programme de recherche stratégique qui mènerait à une plus grande intégration, c'est-à-dire :
 - Regrouper les données sur les aspects moléculaires, les populations et les dépendances;
 - Élaborer une stratégie visant à améliorer les soins de santé et la santé des populations par la création et l'intégration de bases de données administratives et épidémiologiques;
 - Intégrer qualité de vie et comorbidité;
 - Examiner le rôle des facteurs qui facilitent ou entravent les études sur la comorbidité.

Les participants représentaient de nombreux domaines d'expertises et avaient des attentes variées. Ils ont travaillé sérieusement et énergiquement à l'élaboration des priorités stratégiques d'un programme de recherche national.

Discours-programme

Le Dr Scott Patten, Département des sciences de la santé communautaire,
Université de Calgary

*Les défis associés à la comorbidité associée aux maladies mentales,
aux dépendances ainsi qu'aux troubles cérébraux et sensoriels :
Épidémiologie de la comorbidité médicale-psychiatrique au
Canada*

Le Dr Patten a commencé son exposé en soulignant l'importance de l'épidémiologie pour décrire les besoins en services lorsque l'on élabore des politiques et formule des hypothèses concernant les associations étiologiques et les mécanismes pathophysiologiques. L'épidémiologie est également importante dans le dépistage et la recherche de cas, car l'information concernant les taux de base est essentielle à l'interprétation des résultats du dépistage. Le Dr Patten a fait remarquer que ces tâches ne requièrent pas toutes des échantillons issus de la population générale.

Il a toujours été difficile d'étudier la santé mentale au sein de la collectivité, car le fait de poser un diagnostic psychiatrique nécessite normalement une entrevue avec un professionnel. Par le passé, les diagnostics psychiatriques dépendaient du jugement porté au niveau clinique sur la cause du problème. Cette situation a changé au milieu des années 1980 avec l'avènement du DSM-III, un système de classification normalisé des diagnostics psychiatriques qui avait pour but d'écarter les jugements théoriques et de fonder les diagnostics sur des symptômes ou des signes pouvant être mesurés de façon plus fiable. Cette approche a donné lieu à la conception de plans d'entrevue détaillés, ce qui a permis pour la première fois à des adjoints de recherche dûment formés de poser des diagnostics valides et fiables dans le cadre d'études communautaires. Cependant, un des aspects intéressants du DSM-IV, une liste de diagnostics pour les troubles « liés à un problème médical général », contredit cette tendance, en introduisant des jugements étiologiques ou théoriques dans des définitions qui, pour le reste, sont fondées sur des critères précis. Cela peut créer des problèmes, étant donné que ces catégories particulières sont un peu le miroir des croyances et des opinions actuelles concernant l'étiologie des symptômes, ce qui risque d'empêcher que des données épidémiologiques viennent remettre en question ou compléter les connaissances actuelles sur l'étiologie de la comorbidité médicale-psychiatrique.

Le Dr Patten a cité plusieurs études américaines révélant qu'un certain nombre de maladies chroniques et de troubles physiques avaient un lien avec la prévalence de la dépression majeure, des troubles anxieux, du syndrome de stress post-traumatique, des troubles paniques, de l'agoraphobie et d'autres phobies particulières et ce, tout au long de la vie. Il a également indiqué que les

enquêtes du « Carnet de route de l'information sur la santé », comprenant l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), ont facilité l'obtention de données révélant l'existence de comorbidités mettant en cause des maladies mentales et des maladies physiques.

Dr Patten a conclu que :

- toutes les longues maladies sont susceptibles de s'accompagner d'un épisode dépressif majeur, bien que la corrélation ne soit pas toujours forte;
- l'impact sur la santé publique est majeur (de 50 à 60 % des gens affirment souffrir d'au moins une maladie chronique);
- les effets semblent partiellement liés à l'incidence (risque), mais ils ont aussi rapport avec le pronostic (durée de l'épisode);
- théoriquement, la mortalité joue aussi un rôle (On a noté une hausse de la mortalité associée à diverses maladies, notamment chez les personnes souffrant de dépression majeure. Ceci tend à affaiblir la corrélation observée dans les données transversales.)

Perspectives actuelles de la recherche

Trois participants ont donné des exemples de leurs recherches en cours sur les comorbidités associées à leur domaine d'expertise.

1. Dr Sam Wiebe, Département des neurosciences cliniques, Faculté de médecine, Université de Calgary

Impact de la comorbidité sur l'épilepsie

Le Dr Wiebe a présenté des données sur (i) l'incidence et la prévalence de l'épilepsie au Canada et dans le monde et sur (ii) les répercussions de l'épilepsie sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent, et l'utilisation des ressources en santé entraînée par cette maladie. Il a démontré l'existence de comorbidités associées à l'épilepsie mettant en cause d'autres maladies physiques et des troubles mentaux comme l'hyperactivité avec déficit de l'attention, l'anxiété, la phobie sociale et la dépression majeure. Il a souligné que les lignes directrices à l'intention des praticiens pour quinze des maladies chroniques les plus communes n'ont subi aucune modification pour tenir compte de la comorbidité.

Le Dr Wiebe a conclu que l'épilepsie comporte un niveau élevé de comorbidité somatique et psychiatrique. Il a souligné la nécessité de se doter de paradigmes détaillés pour comprendre les mécanismes communs et la causalité, offrir des soins, évaluer les conséquences (effet sur la santé, fardeau social, mortalité) et mesurer les issues.

2. La D^{re} Nancy Frasure-Smith, Université McGill, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Centre de recherche de l'Institut de cardiologie de Montréal

Comorbidité mettant en cause la dépression et les maladies du cœur : cause, effet ou coïncidence?

La D^{re} Frasure-Smith a décrit un programme de recherche qui s'intéresse au lien entre la dépression et les maladies du cœur. Ses recherches, menées de concert avec celles du D^r François Lespérance, ont démontré que la dépression est au moins trois fois plus répandue chez les personnes souffrant de coronaropathie que dans le reste de la population. En effet, un patient sur trois hospitalisé pour une coronaropathie présentait de graves symptômes de dépression ou souffrait d'une dépression majeure. Comme d'autres études, ces travaux ont révélé que la dépression chez ces patients s'accompagnait d'un taux de mortalité considérablement plus élevé et d'une survie à long terme moins longue. Les conclusions d'une méta-analyse d'études de cohortes longitudinales indiquent également que la dépression est peut-être un facteur de risque de coronaropathie chez des personnes auparavant en bonne santé. Ces conclusions ont été dernièrement corroborées par le D^r Salim Yusuf et ses collègues dans leur article décrivant le projet INTERHEART, une vaste étude cas-témoin internationale sur des personnes ayant subi une première crise cardiaque. La D^{re} Frasure-Smith a étudié des mécanismes biologiques qui auraient pu vraisemblablement relier la dépression à la coronaropathie. Elle a également cité l'étude ESCAPE (*Epidemiological Study of Acute Coronary Syndromes and the Pathophysiology of Emotions* -- étude épidémiologique des syndromes coronariens aigus et de la pathophysiologie des émotions) dont le but est de confirmer l'impact de la dépression majeure et des symptômes graves de dépression sur le pronostic des patients en état stable après une coronaropathie, en explorant des mécanismes inflammatoires ainsi que les mécanismes génétiques.

Il est important de savoir si le traitement de la dépression chez les patients à la suite d'une coronaropathie (antidépresseurs, psychothérapie, exercice, etc.) améliore le pronostic, et de déterminer s'il est souhaitable d'intégrer le traitement de la dépression aux soins cardiovasculaires et si oui, comment.

La D^{re} Frasure-Smith a conclu que la dépression est fortement et fréquemment reliée à une augmentation du risque de développer ou d'aggraver une coronaropathie et que la recherche devrait se concentrer sur les éléments suivants :

- Comment traiter la dépression chez les patients souffrant de coronaropathie?
- Quels sont les mécanismes en cause?
- Le traitement de la dépression peut-il prévenir la coronaropathie ou en améliorer le pronostic, rehausser la qualité de vie des patients atteints de coronaropathie et de leur famille et réduire le recours aux soins de santé?

- La dépression est-elle l'unique facteur de risque psychosocial?
- Quels patients doit-on traiter, quand faut-il les traiter et pour combien de temps?
- Qui devrait assurer le traitement (psychiatres, infirmières, cardiologues, généralistes)?

3. D^{re} Louise Nadeau, Département de psychologie, Université de Montréal

Polytoxicomanie et autres troubles de santé mentale : l'oeuf ou la poule?

La D^{re} Nadeau a décrit l'interaction entre, d'une part, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur et, d'autre part, les toxicomanies. Les recherches en milieu clinique ont révélé une prévalence élevée de maladie mentale chez les personnes toxicomanes, ce qui réduit l'efficacité de leur traitement. Il faut donc concevoir un traitement intégré.

Elle a relevé les défis que cela comporte :

- La mise en application de pratiques exemplaires. Bien qu'il existe une mine d'information sur les principes associés aux pratiques exemplaires et qu'il y ait eu de nombreuses tentatives afin d'offrir un traitement intégré aux patients souffrant de troubles concomitants, la plupart des régions du Canada n'offrent pas encore de formation ni de supervision adéquates pour assurer la mise en oeuvre efficace de ces pratiques;
- Le cloisonnement des connaissances. On manque d'information sur les résultats obtenus dans d'autres disciplines s'intéressant aux dépendances, et la compréhension des dimensions neurologiques, psychologiques et sociales des problèmes de dépendance demeure incomplète;
- Le traitement des problèmes de dépendance. Il s'agit d'une tâche complexe car la comorbidité associée à la maladie mentale met en cause des problèmes comme la pauvreté, les difficultés de communication, le manque de confiance, la violence et les milieux sociaux malsains;
- Les comorbidités et leurs problèmes connexes sont perpétués par l'état misérable des patients.

La recherche a notamment besoin :

- de modèles animaux sur lesquels fonder les changements apportés aux pratiques cliniques;
- de l'application des connaissances, afin que l'information soit échangée sous la bonne forme entre le milieu de la recherche fondamentale, les cliniciens, les décideurs et les spécialistes des sciences sociales;
- d'études s'étendant sur toute la vie des sujets;

- d'équipes multidisciplinaires, y compris des alliances avec les organismes gouvernementaux, les organismes de prévention et le personnel qui assure le traitement.

La D^{re} Nadeau a terminé en soulignant que les troubles du spectre de l'alcoolisation foetale (TSAF) nous ont appris que, compte tenu des limites biologiques des patients, les facteurs psychologiques et sociaux peuvent avoir une influence positive.

Portrait de la situation actuelle

- Les participants ont discuté de la recherche sur la comorbidité sous l'angle des réalisations dans ce domaine, des lacunes et des mécanismes communs. Voici certaines des principales réalisations dans le domaine de la recherche liée aux maladies concomitantes et à la comorbidité au Canada :
 - disponibilité de certaines statistiques démographiques sur la comorbidité;
 - succès des IRSC dans l'élimination du cloisonnement;
 - création de nouveaux modèles;
 - reconnaissance générale des liens entre la comorbidité en santé physique et en santé mentale;
 - bonne information sur la schizophrénie et la concomitance avec d'autres maladies, surtout les dépendances;
 - reconnaissance du besoin d'une perspective multidisciplinaire, exhaustive et holistique;
 - nature et résultats de la recherche en santé mentale et sur les dépendances;
 - reconnaissance du besoin de recherche concertée par les IRSC en général et par les participants à l'atelier;
 - succès de la recherche dans des domaines particuliers, comme la colère et les dépendances, le stress et l'exposition au tabac durant la période prénatale;
 - réussite des travaux sur la comorbidité réalisés à l'aide de modèles animaux;
 - établissement d'un lien entre la coronaropathie et les troubles de l'humeur.
- Les difficultés comprennent :
 - manque d'outils, d'instruments de mesure et d'innovations méthodologiques qui pourraient soutenir la recherche à l'avenir (p. ex., études de validation);

- obstacles au traitement des comorbidités (p. ex., le sexe, la culture, la stigmatisation, les attitudes professionnelles, les barrières systémiques);
- fossé entre les nouvelles connaissances et la pratique;
- absence d'un cadre général pour comprendre les facteurs influant sur la comorbidité;
- manque d'études longitudinales pour aider à mieux comprendre l'orientation des liens causaux et de concomitance;
- mauvaise compréhension des mécanismes fondamentaux et communs de la comorbidité;
- mauvaise compréhension des voies longitudinales de la maladie (histoire naturelle);
- respect de la vie privée tout en ayant l'accès nécessaire aux bases de données;
 - Sheila Chapman, coordonnatrice de la protection des renseignements personnels aux IRSC, a décrit les initiatives en cours visant l'élaboration de normes volontaires parmi les dépositaires de données sur les services de santé. Cette initiative fait suite au désir des chercheurs de l'extérieur d'avoir accès aux données. M^{me} Chapman a souligné qu'un atelier est prévu pour janvier 2006 en vue d'élaborer des normes volontaires à inclure dans le prochain recueil de pratiques exemplaires des IRSC, dont la révision est prévue pour 2007. Certains ont dit craindre que même avec l'adoption de normes volontaires, les chercheurs continueront d'avoir de la difficulté à obtenir de l'information à titre individuel.
- Certains mécanismes, facteurs ou systèmes biologiques communs pouvant causer ou perpétuer la comorbidité ont été désignés, notamment :

Au niveau biologique

 - système nerveux autonome /voies neuro-endocrinienne/stress;
 - interactions gènes-environnement;
 - inflammation et médiateurs de l'inflammation comme le milieu social, le stress, la nutrition, et les facteurs alimentaires;
 - interactions pharmacologiques.

Au niveau social

 - voies comportementales (p. ex., conséquences de la dépression sur les maladies chroniques); approche et comportements d'évitement (p. ex., douleur, voies menant à de saines habitudes de vie);
 - facteurs environnementaux;
 - facteurs en jeu dans la résilience et l'effet placebo (général et inclusif);

- comportements des fournisseurs de soins de santé et système actuel de prestation des soins de santé;
- facteurs spirituels;
- stigmatisation (rôle et réduction).

Priorités de recherche stratégique : 2005 – 2010

Pour les besoins de cette consultation, les priorités de recherche stratégique devaient être des domaines de recherche ou des applications qui occupent une place centrale dans la recherche interdisciplinaire concertée sur la comorbidité associée aux maladies mentales, aux dépendances ainsi qu'aux troubles cérébraux et sensoriels. Les priorités tendent à recouper plusieurs disciplines, déterminants de la santé et thèmes de recherche des IRSC. Leur portée peut varier mais devrait être assez spécifique pour permettre la détermination d'approches ou de méthodes appropriées.

Les recommandations de priorités devaient aussi tenir compte des considérations suivantes :

- Cette priorité est-elle susceptible d'avoir un impact important, en particulier sur les lacunes qui ont été cernées?
- Se prête-t-elle à une approche intégrée, reliant entre elles diverses disciplines de la recherche?
- Tient-elle compte des atouts particuliers du Canada?
- Est-elle importante pour la population ou la santé publique (fardeau de la maladie)?
- Comporte-t-elle des travaux peu susceptibles d'être réalisés ailleurs?

Les participants se sont entendus sur les cinq priorités de recherche suivantes :

- A. Étiologie et voies de développement
- B. Meilleure prestation de services et de traitements intégrés
- C. Échange de connaissances
- D. Études démographiques longitudinales sur les causes, l'évolution et l'issue
- E. Outils de mesure pour le dépistage et le diagnostic de la comorbidité.

Les participants se sont ensuite répartis en groupes de travail pour préciser ces priorités et élaborer des questions de recherche pour un appel de demandes.

Priorité stratégique A

Étiologie et voies de développement

Pour cette priorité stratégique, les types d'études suivants ont été proposés :

- Études sur des animaux et mécanismes biologiques
 - Effets de l'environnement physique
 - Facteurs en cause dans la résistance et la vulnérabilité
 - Interactions gènes-environnement
 - Prédispositions génétiques
 - Interrelations et interactions entre divers facteurs et variables - approche systémique
 - Contexte social propice aux comorbidités : existe-t-il des déterminants de plus haut niveau?
- Trajectoires du développement ¹
 - Biomarqueurs
 - Choix d'interventions et moments propices pour intervenir
 - Progression d'un trouble simple vers des troubles multiples
 - Facteurs de risque et de protection durant toute la vie
- Directionnalité
 - Facteurs environnementaux qui « permettent » l'émergence de la comorbidité
 - Preuve d'une étiologie commune ou de prédispositions sous-jacentes partagées
 - Mécanismes par lesquels un facteur ou un trouble en entraîne un autre
 - A précède-t-il toujours B ou si le lien temporel peut être réciproque?
- Interventions
 - Possibilité d'accès rapide à des soins
 - Efficacité à différents stades de développement
 - Influence du sexe et des facteurs culturels et raciaux

¹ Nota : On comprend mal quand et comment se déclenchent certains troubles (p. ex., la schizophrénie). Il est donc important d'adopter une approche qui tient compte du développement et de toute la vie.

- Éléments déclencheurs
 - Accumulation de stress mental et physique – seuils critiques
 - Traumatismes, infections

Les thèmes de recherche des IRSC, mentionnés ci-dessous, correspondent le mieux à cette priorité de recherche :

Recherche biomédicale fondamentale (p. ex., physiologie génétique, moléculaire, cellulaire et tissulaire)	Recherche clinique appliquée (p. ex. médicaments, matériel médical, intervention sociale) <i>Ajouter : interventions psychologiques et individuelles</i>	Systèmes et services de santé (p. ex., épidémiologie, qualité et des soins de santé et rapport coût-efficacité)	Influences de la société, de la culture et de l'environnement sur la santé et la santé des populations
✓	✓	✓	✓

Les déterminants de la santé suivants sont les plus étroitement liés à cette priorité de recherche :

Déterminants	Cocher (✓)	Déterminants	Cocher (✓)
Niveau de revenu et environnement social	✓	Habitudes de vie et habiletés d'adaptation personnelles	✓
Réseaux de soutien social	✓	Développement sain durant l'enfance et l'adolescence	✓
Niveau d'instruction	✓	Patrimoine biologique et génétique	✓
Emploi/Conditions de travail	✓	Services de santé	✓
Environnements sociaux	✓	Sexe	✓
Environnements physiques	✓	Culture	✓

Questions de recherche possibles

- Les liens entre la comorbidité et les facteurs qui y contribuent changent-ils au cours de la vie?
- Comment les mesures d'intervention/ de prévention changent-elles l'évolution de la comorbidité?
- Les troubles associés à une comorbidité comportent-ils une directionnalité?

- Quels sont les mécanismes biologiques fondamentaux qui contribuent au développement de la comorbidité dans les études sur les animaux et les humains?
- Quels sont les facteurs qui contribuent au développement et à l'évolution de la comorbidité (p. ex., environnement biologique, social et physique, facteurs comportementaux et leurs interactions) ?

Point de discussion

- Pour aider à faire la distinction entre les relations causales et les relations de concomitance, nous aurons besoin d'études longitudinales et d'essais randomisés. La détermination des causes est d'autant plus compliquée qu'on ignore souvent quand commence une maladie.

Mise en oeuvre et partenariats de recherche futurs

La mise en œuvre de ce programme de recherche serait facilitée par les capacités, les compétences, l'expérience, la législation, la situation ou les tendances suivantes, qui existent au Canada et ailleurs dans le monde :

- Des connaissances et une expertise scientifiques de qualité dans le milieu canadien de la recherche;
- Des possibilités de consultation/liaison en psychiatrie, où les psychiatres travaillent avec des patients malades physiquement (ce qu'on appelle médecine psychosomatique aux É-U);
- Existence d'une étude sur les services de santé communautaires;
- Sensibilisation accrue aux comorbidités;
- Mise en rapport des concepts de soins intégrés et de soins complets;
- Population instruite qui exige des traitements exhaustifs et holistiques de la part des fournisseurs de soins de santé.

Les capacités, les compétences, l'expérience, la législation, la situation ou les tendances suivantes sont requises au Canada et ailleurs dans le monde pour faciliter la mise en œuvre de ce programme de recherche :

- financement accru de la recherche;
- engagement plus actif des groupes de consommateurs;
- meilleure application des connaissances actuelles.

De futurs partenariats seront nécessaires pour mettre en oeuvre ce programme de recherche :

- Groupes de consommateurs (p. ex. Société Alzheimer du Canada, Fondation des maladies du cœur, Société pour les troubles de l'humeur du Canada);
- Organismes internationaux de financement de la recherche tels que les National Institutes of Health (NIH) des États-Unis ou le UK Medical Research Council de Grande-Bretagne;
- National Co-morbidity Project aux États-Unis;
- Autres instituts des IRSC;
- Autres organisations disposant de grandes bases de données (p. ex. registres des cas d'accidents vasculaires cérébraux, Statistique Canada, Génome Canada);
- Sociétés pharmaceutiques;
- Autorités provinciales/territoriales dans le domaine de la santé afin d'accéder aux bases de données provinciales/territoriales sur les dossiers médicaux;
- Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH).

Priorité stratégique B

Meilleure prestation de services et de traitements intégrés

Pour cette priorité stratégique, les types d'études suivants ont été proposés :

- Renforcement des capacités et acquisition de l'infrastructure requise pour renforcer les capacités;
- Étude ciblant le fournisseur de soins/le patient/le client/la personne;
- Continuum des services et des soins (de la période préclinique à la prestation de services);
- Rapport coût-efficacité;
- Planification d'un traitement intégré;
- Recherche sur les interventions;
- Besoin d'infrastructure et de formation.

Cette priorité nécessitera de la recherche innovatrice, détaillée et soutenue réalisée par des équipes intégrées de façon à produire des connaissances à tous les niveaux. Il faudra du soutien pour le réseautage et l'acquisition des données pilotes.

Les thèmes de recherche suivants correspondent le mieux à cette orientation de recherche stratégique :

Recherche biomédicale fondamentale (p. ex., physiologie génétique, moléculaire, cellulaire et tissulaire)	Recherche clinique appliquée (p. ex. médicaments, matériel médical, intervention sociale) <i>Ajouter : interventions psychologiques et individuelles</i>	Systèmes et services de santé (p. ex., épidémiologie, qualité des soins de santé et rapport coût-efficacité)	Influences de la société, de la culture et de l'environnement sur la santé et la santé des populations
√	√	√√	√

On a noté qu'il faudra que l'application et la mobilisation des connaissances se fassent dans les deux sens entre ces thèmes pour favoriser l'innovation dans le continuum des soins de santé.

Les déterminants de la santé suivants sont les plus étroitement liés à cette priorité de recherche :

Déterminants	Cocher (√)	Déterminants	Cocher (√)
Niveau de revenu et environnement social		Habitudes de vie et habiletés d'adaptation personnelles	✓
Réseaux de soutien social		Développement sain durant l'enfance et l'adolescence	
Niveau d'instruction		Patrimoine biologique et génétique	✓
Emploi/Conditions de travail		Services de santé	✓
Environnements sociaux		Sexe	
Environnements physiques		Culture	

Les déterminants non cochés sont aussi importants parce qu'ils fournissent un contexte aux trois déterminants clés et doivent être pris en compte pour intervenir efficacement auprès des patients.

Questions de recherche possibles

- Comment les soins de santé sont-ils offerts aux personnes souffrant de maladies concomitantes?
- Quelle serait la façon idéale de gérer les cas de comorbidité?
- Quelles interventions sont nécessaires pour optimiser la gestion et la prestation des soins de santé pour les cas de comorbidité?
- Quels sont les besoins et les points forts des patients souffrant de maladies concomitantes, des aidants, des organisations et des familles?

Recherche actuelle

- Étude sur le traitement précoce de la psychose, à Vancouver, financée par la Fondation Michael Smith pour la recherche en santé;
- Initiatives axées sur les besoins des populations au niveau communautaire /provincial /territorial qui favorisent le contact des chercheurs avec les collectivités, les praticiens et les décideurs, par exemple :
 - Alberta Heritage Infrastructure Fund
 - Alliance communautaire pour la recherche universitaire (ACRU) du CRSH
 - Initiative sur la douleur chronique du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)

- Étude sur la santé cardiaque
- Centre de recherche sur la prévention des blessures de l'Université de la Caroline du Nord - se concentre sur la démonstration et l'évaluation d'innovations en milieu clinique. C'est un exemple de mise en application de données factuelles. Ce centre collabore avec la Fondation ontarienne de neurotraumatologie.

Mise en oeuvre et partenariats de recherche futurs

La mise en œuvre de ce programme de recherche serait facilitée par les capacités, les compétences, l'expérience, la législation, la situation ou les tendances suivantes, qui existent au Canada et ailleurs dans le monde :

- Le financement des services de santé au Canada s'effectue de façon intégrée par l'intermédiaire des gouvernements provinciaux/territoriaux (on pourrait aussi considérer cela comme un problème étant donné que les responsabilités en matière de normes et de reddition de comptes sont diffuses);
- Les IRSC ont l'expérience des comités multidisciplinaires d'examen par les pairs, du genre de celui dont on aurait besoin pour évaluer la recherche sur la comorbidité;
- Au Canada, le paradigme en matière de santé publique est bien accepté et le système de santé est financé publiquement;
- Le Canada a l'expérience voulue pour sonder des intervenants afin d'obtenir la rétroaction dont on aurait besoin pour veiller à ce que les valeurs des collectivités soient intégrées aux programmes de recherche et de soins de santé;
- Au Canada, on accepte la diversité et ses implications sur le système de santé;
- Le Canada a de l'expérience dans le domaine des initiatives multidisciplinaires (p. ex., Stratégie canadienne sur les AVC, Stratégie canadienne de lutte contre le cancer).

Les capacités, les compétences, l'expérience, la législation, la situation ou les tendances suivantes sont requises au Canada et ailleurs dans le monde pour faciliter la mise en œuvre de ce programme de recherche :

- Une culture de financement de la recherche qui récompense les approches intégrées;
- Une plus grande priorité accordée aux responsabilités en matière de normes et de reddition de comptes (même si le Canada a un système de santé financé à même les fonds publics qui est intégré au niveau des

gouvernements provinciaux et territoriaux, les normes et la reddition de comptes sont des responsabilités provinciales/territoriales qui n'ont pas la priorité – contrairement au système privé américain qui, motivé par les économies de coûts, amorce un virage vers la rentabilité);

- Des chercheurs expérimentés en recherche multidisciplinaire.

Il faudra dès le départ consulter les chercheurs/les fournisseurs de soins de santé/les consommateurs au sujet des initiatives liées à la technologie de l'information, car sinon l'infrastructure ne sera pas utilisée.

De futurs partenariats seront nécessaires pour mettre en oeuvre ce programme de recherche :

- Collaboration parmi les associations professionnelles, les fournisseurs de soins de santé, les organismes bénévoles, les groupes de consommateurs, les décideurs, les spécialistes des sciences sociales, les experts en gestion et leurs organismes de financement de la recherche respectifs;
- Collaboration à d'autres projets sur la comorbidité réalisés à l'étranger (p. ex. Australie, É-U);
- Collaboration avec d'autres organismes de soutien de la recherche (p. ex. Ontario Public Gambling Research Centre, fondations de recherche en santé).

Priorité stratégique C

Transfert et échange de connaissances

Les éléments clés de la recherche sur le transfert et l'échange de connaissances sont les suivants :

- l'éducation des clients;
- un processus itératif non linéaire pour réaliser un changement;
- la transmission de l'information des cliniciens et des consommateurs vers les chercheurs, et vice-versa;
- la participation pleine et entière des partenaires.

Les thèmes de recherche suivants correspondent le mieux à cette priorité de recherche stratégique :

Recherche biomédicale fondamentale (p. ex., physiologie génétique, moléculaire, cellulaire et tissulaire)	Recherche clinique appliquée (p. ex. médicaments, matériel médical, intervention sociale) <i>Ajouter : interventions psychosociales et individuelles</i>	Systemes et services de santé (p. ex. épidémiologie, qualité des soins de santé et rapport coût-efficacité)	Influences de la société, de la culture et de l'environnement sur la santé et la santé des populations
√	√	√	√

Les déterminants de la santé suivants sont les plus étroitement liés à cette priorité de recherche :

Déterminants	Cocher (√)	Déterminants	Cocher (√)
Niveau de revenu et environnement social	✓	Habitudes de vie et habiletés d'adaptation personnelles	✓
Réseaux de soutien social	✓	Développement sain durant l'enfance et l'adolescence	✓
Niveau d'instruction	✓	Patrimoine biologique et génétique	✓
Emploi/Conditions de travail	✓	Services de santé	✓
Environnements sociaux	✓	Sexe	✓
Environnements physiques	✓	Culture	✓

Questions de recherche

- Les consommateurs et la famille disposent de beaucoup d'information. Est-ce que cette information a un effet positif sur l'évolution de leur maladie et/ou leur rétablissement?
- Que pourrions-nous utiliser comme moyen efficace d'échange d'information (p. ex., quantité d'information, mode de transmission, format, support)?
- Quelles sont les caractéristiques des destinataires et des environnements qui contribuent aux changements de comportements à long terme?

Points de discussion

- Explorer la « mobilisation des connaissances », l'exploitation des connaissances, plutôt que seulement « l'échange de connaissances »;
- Fournir de l'information exacte et accessible aux consommateurs représente un défi constant;
- La formation est l'élément clé d'une application efficace des connaissances et ne doit pas s'adresser seulement aux fournisseurs mais aussi aux consommateurs et aux aidants. Partout au Canada, nous voyons des gens sans formation travailler avec les cas les plus lourds; cependant, nous voyons aussi des gens formés qui ne font pas mieux dans les mêmes situations;
- Il faut tenir compte des valeurs de la population où l'on tente d'adapter des pratiques éprouvées aux besoins des clients;
- Les groupes cibles pour l'échange et la mobilisation des connaissances sont vastes (p. ex. décideurs, membres de la famille, médecins de soins primaires, grand public, organismes de financement de la recherche). Quelle méthode de ciblage fonctionne le mieux? Comment devrait-on joindre les populations particulières?
- Il est nécessaire de former et d'éduquer les médecins dans le domaine de la comorbidité afin que les nouvelles connaissances se traduisent par un impact réel sur la santé. Il faut aussi leur enseigner à travailler dans des contextes multidisciplinaires avec des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychologues, etc.;
- Les établissements d'enseignement devraient être encouragés à augmenter leurs capacités en application des connaissances, en augmentant le nombre de chercheurs capables d'appliquer des connaissances auprès de diverses collectivités.

Mise en œuvre et partenariats de recherche futurs

La mise en œuvre de ce programme de recherche serait facilitée par les capacités, les compétences, l'expérience, la législation, la situation ou les tendances suivantes, qui existent au Canada et ailleurs dans le monde :

- Nechi Training, Research and Health Promotions Institute, à Edmonton, (www.nechi.com) est un modèle à explorer.

Les capacités, les compétences, l'expérience, la législation, la situation ou les tendances suivantes sont requises au Canada et ailleurs dans le monde pour faciliter la mise en œuvre de ce programme de recherche :

- La recherche-action participative est essentielle pour un échange et une mobilisation efficaces des connaissances. Ce genre de recherche devrait faire appel à des partenaires de divers milieux (consommateurs, cliniciens, chercheurs) dès le départ (formulation d'hypothèses), de façon à augmenter la pertinence des travaux;
- L'INSMT doit entreprendre des discussions avec des partenaires potentiels pour trouver des moyens de travailler ensemble et de mettre en commun leurs ressources financières d'une façon qui cadre avec les programmes de chaque partie.

De futurs partenariats seront nécessaires pour mettre en œuvre ce programme de recherche :

- des organismes gouvernementaux comme l'Institut canadien d'information sur la santé, d'autres instituts des IRSC, Santé Canada – Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, d'autres directions générales de Santé Canada, l'Agence de santé publique du Canada et son Réseau canadien de la santé et le CRSH;
- des organismes non gouvernementaux comme l'Association des universités et collèges du Canada (AUCC - formation), la Lawson Foundation (source de financement de la recherche-action participative), les groupes de consommateurs et d'autres ONG (source d'expérience et de connaissances).

Priorité stratégique D

Études démographiques longitudinales sur les causes, l'évolution et l'issue

Les types d'études suivants ont été suggérés :

- validation des bases de données et amélioration des données;
- études démographiques de cohortes comportant le recours aux sources de données administratives pour l'exécution de la recherche longitudinale;
- couplage des dossiers et ensemble de données administratives;
- études de cohortes en contextes particuliers, comme la recherche longitudinale menée en clinique auprès de groupes particuliers.

Études portant sur les éléments suivants :

- Orientation communautaire
- Fardeau et impact de la maladie
- Expositions initiales
- Services de santé
- Facteurs de risque et de protection
- Intensité des symptômes : seuils

Les thèmes de recherche suivants correspondent le mieux à cette priorité de recherche stratégique :

Recherche biomédicale fondamentale (p. ex. physiologie génétique, moléculaire, cellulaire et tissulaire)	Recherche clinique appliquée (p. ex. médicaments, matériel médical, intervention sociale) <i>Ajouter : interventions psychosociales et individuelles</i>	Systèmes et services de santé (p. ex. épidémiologie, qualité et des soins de santé et rapport coût-efficacité)	Influences de la société, de la culture et de l'environnement sur la santé et la santé des populations
√	√	√	√

Les déterminants de la santé suivants sont les plus étroitement liés à cette priorité de recherche :

Déterminants	Cocher (✓)	Déterminants	Cocher (✓)
Niveau de revenu et environnement social	✓	Habitudes de vie et habiletés d'adaptation personnelles	✓
Réseaux de soutien social	✓	Développement sain durant l'enfance et l'adolescence	✓
Niveau d'instruction	✓	Patrimoine biologique et génétique	✓
Emploi/Conditions de travail	✓	Services de santé	✓
Environnements sociaux	↔	Sexe	↔
Environnements physiques	↔	Culture	↔

✓ = plus; ↔ = moins

Questions de recherche

- Quel est le lien entre les types de symptômes et les issues?
- Les services sont-ils proportionnels aux besoins des personnes souffrant de maladies concomitantes?
- Quels sont les déterminants et l'histoire naturelle de la comorbidité?
- Quel fardeau représente la comorbidité (c.-à-d. qualité de vie, productivité)?
- Pour optimiser le rendement de la recherche sur la comorbidité, quels seraient les investissements stratégiques à faire dans le développement de méthodes de recherche et de procédures d'amélioration des données? Il pourrait s'agir d'études sur la faisabilité de stratégies prometteuses pour le rapprochement des dossiers, ou encore de l'élaboration de procédures de modélisation et d'échantillonnage.

Recherche actuelle

- Contrevalidation des données administratives et des données d'enquêtes;
- Dépouillement en cours de l'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada, de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, de l'Étude longitudinale canadienne sur la vieillesse et de l'Enquête nationale sur la santé de la population;
- Diverses cohortes cliniques particulières.

Mise en oeuvre et partenariats futurs

La mise en œuvre de ce programme de recherche serait facilitée par les capacités, les compétences, l'expérience, la législation, la situation ou les tendances suivantes, qui existent au Canada et ailleurs dans le monde :

- Une série d'études prospectives sur la capacité;
- L'Institut d'information sur la santé du Canada recueille des données et entreprend des recherches sur ce sujet et dans d'autres domaines de la santé;
- Des modèles de rapprochement des données existent dans d'autres pays;
- Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie présidé par le sénateur Michael Kirby a produit un rapport provisoire sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie (<http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/repintnov04-f.htm>), et un rapport final est attendu pour le début de 2006. Cela pourrait donner lieu à des occasions de partenariat et de soutien financier;
- Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement;
- L'expertise nécessaire pour la recherche dans ce domaine est disponible au Canada;
- L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) travaille à la mise sur pied d'un système national de surveillance;
- Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires – le gouvernement du Canada a récemment investi 800 millions de dollars dans le cadre de ce programme pour le soutien à la réforme des soins de santé primaires (http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index_f.html);
- Développement social Canada (http://www.hrdc-drhc.gc.ca/redirect_hr.html) est une source de financement possible;
- Il existe déjà certains ensembles de données administratives; il est probable que d'autres seront créés et qu'il deviendra plus facile d'y accéder;
- Statistique Canada offre des possibilités de partenariats et constitue une source d'expertise et de données dans des domaines comme le volet « santé mentale » de la récente Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC);
- Diverses initiatives provinciales/territoriales.

Les capacités, les compétences, l'expérience, la législation, la situation ou les tendances suivantes sont requises au Canada et ailleurs dans le monde pour faciliter la mise en œuvre de ce programme de recherche :

- Meilleure accessibilité des données pour les chercheurs de l'extérieur;
- Capacité accrue de rapprochement des données inter-provinciales/territoriales;
- Financement stable de l'infrastructure des systèmes de soins de santé;
- Moyens d'accéder à des sources de données importantes tout en respectant la législation sur la protection des renseignements personnels.

De futurs partenariats seront nécessaires pour mettre en oeuvre ce programme de recherche :

- Inforoute Santé du Canada (travaille à la création du « dossier électronique de santé », qui sera une nouvelle source de données importante);
- ICIS;
- Fondations/organismes de financement de la recherche en santé;
- MHECCU (Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit (<http://www.mheccu.ubc.ca/>) et ICES (Institut de recherche en services de santé <http://www.ices.on.ca/webpage.cfm>);
- Autres instituts des IRSC/administration centrale des IRSC;
- ASPC (Agence de santé publique du Canada) (système de surveillance national);
- Associations professionnelles comme les organismes de réglementation professionnelle; l'Association médicale canadienne;
- gouvernements provinciaux/territoriaux;
- banque de données provinciales/territoriales de l'assurance-maladie;
- Statistique Canada et son réseau de centres de données régionaux (CDR).

Priorité stratégique E

Outils de mesure pour le dépistage et le diagnostic

Il faut trouver de nouveaux outils ou améliorer les outils existants (plus de précision) dans la recherche sur la comorbidité afin de répondre aux besoins suivants :

- diagnostic et dépistage;
- identification et validation des biomarqueurs et inclusion de ceux-ci dans l'évaluation (p. ex. mesure de l'inflammation comme mesure de la dépression) et mesures de la réponse au traitement;
- mesure de l'impact (invalidité, qualité de vie, fardeau de la maladie, fonctions physiques et psychosociales);
- possibilité de prévention secondaire par le dépistage;
- validation des seuils / points limites pour les troubles mentaux et physiques.

Suggestion de recherche sur les outils de mesure :

- L'usage des outils nouveaux et existants auprès des populations souffrant de comorbidité doit être validé.

Les thèmes de recherche suivants correspondent le mieux à cette priorité de recherche stratégique :

Recherche biomédicale fondamentale (p. ex. physiologie génétique, moléculaire, cellulaire et tissulaire)	Recherche clinique appliquée (p. ex. médicaments, matériel médical, intervention sociale) <i>Ajouter : interventions psychosociales et individuelles</i>	Systèmes et services de santé (p. ex., épidémiologie, qualité et des soins de santé et rapport coût-efficacité)	Influences de la société, de la culture et de l'environnement sur la santé et la santé des populations
	√ (1)	√ (2)	√ (3)

Les déterminants de la santé suivants sont les plus étroitement liés à cette priorité de recherche :

Déterminants	Cocher (√)	Déterminants	Cocher (√)
Niveau de revenu et environnement social		Habitudes de vie et habiletés d'adaptation personnelles	✓

Réseaux de soutien social		Développement sain durant l'enfance et l'adolescence	
Niveau d'instruction	✓	Patrimoine biologique et génétique	
Emploi/Conditions de travail		Services de santé	✓
Environnements sociaux		Sexe	
Environnements physiques		Culture	

Questions de recherche

- Les outils de dépistage et de diagnostic actuels sont-ils valides dans les populations multilingues? Le dépistage de routine convient-il à des populations multiculturelles?
- Les outils sont-ils applicables à toutes les disciplines?
- Mise au point/amélioration et validation des outils de dépistage de la comorbidité psychiatrique pour usage auprès de patients atteints de maladies physiques et de ceux souffrant de dépendance;
- Pertinence et qualité des critères diagnostiques utilisés pour la comorbidité;
- Mise en place et utilisation d'outils en situation réelle :
 - Ces outils sont-ils confinés à la recherche ou sont-ils aussi utilisés en contexte clinique?
 - Existe-t-il d'autres moyens d'intégrer ces outils à la pratique clinique?
 - Quels sont les obstacles à leur usage courant?
- Quels sont les meilleurs moyens d'évaluer les atouts et les ressources qui préviennent l'apparition de la comorbidité?
- Quels sont les aspects de la qualité de vie et du fonctionnement ou du handicap les plus touchés par la comorbidité?
- Quelle est la meilleure façon de mesurer la qualité de vie, le fonctionnement et le handicap dans des populations touchées par la comorbidité?

Recherche actuelle

- Un meilleur outil de diagnostic (plan d'entrevue pour les troubles associés à la consommation d'alcool et aux problèmes connexes - DSM-IV [AUDADIS-IV]) a été conçu par le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) des États-Unis pour évaluer la comorbidité mettant en cause des problèmes psychiatriques et des problèmes de dépendance dans les études démographiques;

- Centre de toxicomanie et de santé mentale – outils de dépistage de la dépression et de l’anxiété chez les personnes souffrant de dépendance;
- La dépression et le diabète – détermination d’outils;
- L’outil d’évaluation des troubles mentaux à l’étape des soins primaires (PrimeMD) n’est pas mis en œuvre efficacement;
- L’Organisation mondiale de la Santé (OMS) – outils de dépistage de la consommation d’alcool et de drogues à l’étape des soins primaires au sein des populations à risque de présenter une comorbidité mettant en cause ces deux problèmes (test de dépistage de la consommation d’alcool, de tabac et de drogues, ou ASSIST, et test de diagnostic des problèmes d’alcool, ou AUDIT).

Points de discussion

- Du point de vue de l’éthique, il faut se demander si l’utilisation de biomarqueurs comme outils de diagnostic ne risque pas d’étiqueter les personnes aux prises avec la comorbidité.

Mise en œuvre et partenariats de recherche futurs

La mise en œuvre de ce programme de recherche serait facilitée par les capacités, les compétences, l’expérience, la législation, la situation ou les tendances suivantes, qui existent au Canada et ailleurs dans le monde :

- L’ICIS a de l’expertise dans les bases de données et la gestion de registres, mais le système de classification est peut-être un obstacle;
- Il existe des programmes de traitement des troubles concomitants au Canada (Centre de toxicomanie et de santé mentale, programmes en Colombie-Britannique, à Calgary, en Saskatchewan, au Québec, etc.) qui possèdent :
 - de l’expérience en diagnostic, en évaluation et en dépistage;
 - des données sur l’issue du traitement des patients présentant une comorbidité.
- Les dossiers de santé électroniques seront peut-être une importante source de données de recherche;
- National Health Information (NHI – É.-U.) est un partenaire potentiel disposant d’information sur les issues déclarées et menant une vaste étude visant à établir des mesures uniformes de ces issues;
- Statistique Canada a de l’expertise en mesure de la santé des populations et pourrait être un partenaire efficace pour déterminer la meilleure méthode d’évaluation de la comorbidité dans les études démographiques;

- La *Loi sur la protection des renseignements personnels et les dossiers électroniques* est censée être révisée l'an prochain, ce qui donnera aux chercheurs l'occasion de faire connaître leur opinion;
- Le système de soins de santé universel au Canada comporte des possibilités énormes de recherche à la grandeur du système.

Les capacités, les compétences, l'expérience, la législation, la situation ou les tendances suivantes sont requises au Canada et ailleurs dans le monde pour faciliter la mise en œuvre de ce programme de recherche :

- Capacité de créer et de relier des bases de données administratives (les barrières possibles sont l'inertie organisationnelle et les craintes soulevées par la protection des renseignements personnels);
- Il faut consulter le personnel de première ligne afin de connaître les outils utilisés actuellement. L'Inforoute santé du Canada et l'ICIS reconnaissent le besoin d'avoir des outils qui peuvent être utilisés rapidement et facilement (p. ex. formulaires Web que les patients peuvent remplir eux-mêmes);
- Les bases de données doivent être accessibles au milieu de la recherche. Par exemple, il faudrait que Statistique Canada améliore l'accessibilité de ses bases de données par l'intermédiaire de ses centres de données régionaux;
- Il faut mieux diffuser l'information sur les programmes visant les maladies concomitantes et sur les pratiques et conclusions qui s'y rapportent;
- Il est important que le dossier électronique de santé (sous la direction de l'Inforoute santé du Canada) soit conçu et mis en application d'une façon qui le rende utile aux chercheurs;
- Il faut consulter les intervenants pour déterminer leurs besoins et les amener à participer aux études de recherche;
- Il faut pouvoir utiliser les outils auprès de groupes culturels particuliers – voir par exemple l'appel de demandes de l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) visant l'analyse de la comparabilité interculturelle des enquêtes mondiales sur la santé.

De futurs partenariats seront nécessaires pour mettre en œuvre ce programme de recherche :

- Fondation canadienne en recherche en psychiatrie;
- Dépositaires de données;
- Organismes non gouvernementaux – par exemple, la Fondation des maladies du cœur du Canada, la Société canadienne du cancer, la Société

- canadienne de schizophrénie, l'Association canadienne pour la santé mentale. Nous avons besoin de l'appui de ce genre d'organisations;
- Les autres instituts des IRSC devraient être approchés à titre de partenaires financiers potentiels;
 - Il faut établir des partenariats avec l'Association médicale canadienne, les associations médicales provinciales et territoriales et les ordres professionnels représentant d'autres disciplines de la santé (p. ex. sciences infirmières, psychologie) pour appuyer et valider les conclusions de recherche;
 - Autorités régionales en matière de santé;
 - Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada;
 - CRSH (pour améliorer l'accès aux centres de données régionaux);
 - Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, présidé par le sénateur Michael Kirby (rapport final sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie, prévu pour le début 2006);
 - Statistique Canada (usage de données existantes comme celles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, soutien méthodologique).

Élaboration d'un appel de demandes

Pour terminer, on a demandé aux participants :

« Si vous deviez préparer un appel de demandes sur la comorbidité, quels seraient les principaux points à retenir? »

Les participants ont fortement recommandé que l'appel de demandes soit ciblé de manière très spécifique pour favoriser la réception de demandes de qualité et pour s'assurer que le processus d'examen par les pairs reflète l'esprit et l'essence des discussions tenues dans le cadre de cette consultation. Il a aussi été recommandé que l'appel de demandes implique d'entrer en contact de manière réelle et significative avec les collectivités étudiées et que celles-ci participent de façon significative à la conception de l'appel et à la diffusion des résultats.

Les participants ont aussi souligné que les candidats seront tenus d'adopter une approche de travail en équipe multidisciplinaire pour ce type de recherche, en recourant à l'expertise particulière d'autres groupes, au besoin (p. ex. gestion, politiques publiques).

Ils ont fortement recommandé que le comité d'examen par les pairs affecté à cet appel de demandes soit composé de personnes ayant une bonne compréhension du travail interdisciplinaire (biologique et psychosocial) et une expertise dans ce domaine. Il faudrait aussi inclure d'autres membres dans le comité (p. ex. des patients).

On a suggéré d'envisager un appel de demandes en deux étapes, étant donné que certains partenariats sont peut-être prêts à soumettre une demande, tandis que d'autres pourraient nécessiter plus de temps pour se constituer. Pour ces derniers, l'appel de demandes pourrait comporter une subvention de développement ou des fonds de démarrage pour la tenue d'un « forum des partenaires » ou la mise sur pied d'une équipe intersectorielle.

Les participants ont finalement recommandé que le processus rattaché à la lettre d'intention soit élaboré de façon à répondre aux besoins des IRSC sans pour autant nécessiter un investissement majeur en temps et en efforts de la part des candidats. Ils se sont aussi demandé si l'appel de demandes ne devrait pas inclure un engagement à l'égard de la formation.

Conclusion

Au nom du conseil consultatif de l'INSMT, la Dre Roberta Palmour a exprimé sa satisfaction à l'égard des progrès accomplis par les participants à la consultation. Elle les a remerciés pour leur travail intense, leur ouverture et leur collaboration pendant les deux jours de l'atelier. Le conseil consultatif disposera d'une

abondante matière à réflexion avant de se lancer dans la préparation de l'appel de demandes.

La Dre Barbara Beckett, directrice adjointe (Ottawa) de l'INSMT, a également remercié les participants et s'est engagée à partager avec eux le rapport provisoire afin de recueillir leurs commentaires. Elle fera rapport des conclusions de l'atelier au conseil consultatif de l'INSMT à la mi-octobre.



Consultation canadienne concernant la recherche
sur la
comorbidité associée aux maladies mentales, aux dépendances ainsi
qu'aux troubles cérébraux et sensoriels :
Programme de recherche stratégique de l'INSMT pour 2005-2010

Liste des participants

Carol Adair
Département des sciences de la santé
communautaire
3330, promenade de l'hôpital N.-O.
Calgary (Alberta)
T2N 4N1
ceadair@ucalgary.ca

Alasdair Barr
Département de psychiatrie
Université de la Colombie-Britannique
211, 828 West 10th Avenue
Pavillon de recherche de l'hôpital Général de
Vancouver
Vancouver (Colombie-Britannique)
V5Z 1L8
albarr@interchange.ubc.ca

Barbara Beckett
Instituts de recherche en santé du Canada
160, rue Elgin, IA 4809A
Ottawa (Ontario)
K1A 0W9
BBeckett@cihr-irsc.gc.ca

Michelle Bergin
Société canadienne de schizophrénie
50, avenue Acadia
Markham (Ontario)
L4R 3K7
berginm@schizophrenia.ca

Richard Brière
IRSC - Institut des neurosciences, de la santé
mentale et des toxicomanies
Centre de recherche de l'hôpital Douglas
Université McGill, Pavillon Dobell (B2131)
6875, boul. LaSalle
Arrondissement de Verdun
Montréal (Québec)
H4H 1R3
richard.briere@douglas.mcgill.ca

Robert Buckingham
Association des psychiatres du Canada
141, avenue Laurier Ouest, bureau 701
Ottawa (Ontario)
K1P 5J3
robert.buckingham@uhn.on.ca

McIntyre Burnham
Département de pharmacologie
Université de Toronto
1 Kings College Circle
Toronto (Ontario)
M5S 1A8
mac.burnham@utoronto.ca

Shawn Currie
Département de psychologie
Addiction Centre, Calgary Health Region,
Centre médical Foothills
1403-29th St NW
Calgary (Alberta)
T2N 2T9
scurrie@ucalgary.ca

John Fisk
Département de psychiatrie
Université Dalhousie
4066 Abbie J. Lane
Memorial Building
5909 Veteran's Memorial Lane
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3H 2E2
john.fisk@cdha.nshealth.ca

Guillaume Galbaud du Fort
Centre d'épidémiologie clinique et de
recherche en santé publique
Hôpital général Juif Sir Mortimer B. Davies
3755, chemin de la Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 1E2
guillaume.galbaud_du_fort@mcgill.ca

Ronald Gravel
Division des statistiques sur la santé
Statistique Canada
Immeuble principal, bureau 2600
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
ronald.gravel@statcan.ca

Saulo Castel
Département de psychiatrie
Université de Toronto/Centre de santé mentale
Whitby
700, rue Gordon, bureau 2-2511
Whitby (Ontario)
L1N 5S9
saulo@rogers.com

Barbara Everett
Consultante, Société pour les troubles de
l'humeur du Canada
56H, avenue West
Toronto (Ontario)
M4M 2L8
barbaraeverett416@yahoo.com

Nancy Frasure-Smith
Département de psychiatrie
Université McGill
1216, rue Saint-Mathieu
Montréal (Québec)
H3H 2H7
nancy.frasure-smith@mcgill.ca

William Gnam
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Tower Wind, T314
33, rue Russell
Toronto (Ontario)
M5S 2S1
wgnam@iwh.on.ca

James L. Henry
Centre des sciences de la santé de l'Université
McMaster
Micheal G DeGroote Institute for Pain Research
and Care, salle J11
1200, rue Main Est
Hamilton (Ontario)
L8S 4L8
jhenry@mcmaster.ca

Steve Kisely
Psychiatrie, Santé communautaire et
épidémiologie
Centre de recherche clinique de l'Université
Dalhousie, salle 425
5790, avenue University
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3H 1V7
stephen.kisely@cdha.nshealth.ca

Marie-France Lamarche
Division de la prévention des maladies
chroniques
Direction générale de la santé des Premières
nations et des Inuit
Indice de l'adresse 1902A, Bureau 2013A
Immeuble Jeanne-Mance, Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
marie-france_lamarche@hc-sc.gc.ca

Roger McIntyre
Mood Disorders Psychopharmacology Unit
Toronto Western Hospital
399, rue Bathurst, MP 9-32b
Toronto (Ontario)
M5T 2S8
Roger.McIntyre@uhn.on.ca

Jose Mejia
Département de psychiatrie
Université Western Ontario
339, chemin Windermere
Salle 10-oF-20
London (Ontario)
N6A 5A5
jmejia4@uwo.ca

Bill Mussell
Native Mental Health Association of Canada
P.O. Box 242
Chiliwack (Colombie-Britannique)
V2P 6J1
nmha@telus.net

François Lespérance
Département de psychiatrie
Université de Montréal
CHUM Hôtel-Dieu
3850, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec)
H2W 1T8
francoise.lesperance@umontreal.ca

Eric Loucks
Harvard School of Public Health
677 Huntington Avenue
Boston, MA
02115
eloucks@hsphharvard.edu

Diana McMillan
Faculté des sciences infirmières
Université du Manitoba
Centre Helen Glass
89, place Curry
Winnipeg (Manitoba)
R3T 2N2
diana_mcmillan@umanitoba.ca

Cheryl Moyer
Initiative canadienne de recherche pour la lutte
contre le tabagisme
Société canadienne du cancer
10, avenue Alcom, bureau 200
Toronto (Ontario)
M5S 1A8
cmoyer@cancer.ca

Louise Nadeau
Département de psychologie
Université de Montréal
12, rue Saint-Cyril
Outremont (Québec)
H2V 1H8

louise.nadeau.2@montreal.ca

Juan Carlos Negrete
Département de psychiatrie
Université McGill
1604, avenue des Pins Ouest
Montréal (Québec)
H3G 1B4
juan.negrete@mcgill.ca

Roberta Palmour
Université McGill
1033, avenue des Pins Ouest
Montréal (Québec)
H3A 1A1
roberta.palmour@mcgill.ca

Scott Patten
Département des sciences de la santé
communautaire
Université de Calgary
3330, promenade de l'hôpital N.-O.
Calgary (Alberta)
T2N 4N1
patten@ucalgary.ca

Rick Riopelle
Département de neurologie et de neurochirurgie
Institut neurologique de Montréal
3801, rue Université
Montréal (Québec)
H3A 2B4
richard.riopelle@mcgill.ca

Ken Ross
Ministère de la Santé et du Mieux-être
Gouvernement du Nouveau-Brunswick
Carleton Place
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8
ken.ross@gnb.ca

Norbert Schmitz
Département de psychiatrie
Centre de recherche de l'hôpital Douglas
Université McGill
6875, boul. LaSalle
Arrondissement de Verdun
Montréal (Québec)
H4H 1R3
norbert.schmitz@douglas.mcgill.ca

Peter Selby
Centre de toxicomanie et de santé mentale
33, rue Russell
Toronto (Ontario)
M5S 2S1
peter_selby@camh.net

Wayne Skinner
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Université de Toronto
33, rue Russell
Toronto (Ontario)
M5S 2S1
Wayne_Skinner@camh.net

Mary Lou Smith
Département de psychologie
Université de Toronto
3359, chemin Mississauga
Mississauga (Ontario)
L5L 1C6
smithml@psych.utoronto.ca

Patrick Smith
Provincial Health Services Authority of BC
Suite 201 601
West Broadway
Vancouver (Colombie-Britannique)
V5Z 4C2
psmith2@bcmhs.bc.ca

Marina Sokolenko
Département de psychiatrie
Université Dalhousie
Troubles de l'humeur
3^e étage
5909, Veteran's Memorial Lane
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3H 2E2
marina.sokolenko@cdha.nshealth.ca

Paula Stewart
Centre de prévention et de contrôle des
maladies chroniques
Agence de santé publique du Canada
120, chemin Colonnade
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
paula_stewart@hc-sc.gc.ca

Valerie Taylor
Psychiatry-Mood Disorders
McMaster University
100 West 5th, Box 585
Hamilton (Ontario)
L8N 3K7
vhtaylor@hotmail.com

Louis Van Zyl
Department of Psychiatry
Queen's University
Kingston General Hospital
Connell-4, Suite 20486
Rue Stuart
Kingston (Ontario)
K7L 2V7
VANZYL@post.queensu.ca

Samuel Wiebe
Département de neurosciences cliniques
Centre médical Foothills
Université de Calgary
1403-29th St.W

Martin Steinbach
Eye Research Institute
Université de Toronto
6MP-302
399, rue Bathurst
Toronto (Ontario)
M5T 2S8
mjs@yorku.ca

Susan Strong
Centre for Mountain Health Services
St. Joseph's Healthcare
Schizophrenia Service
C.P. 585
Hamilton (Ontario)
L8N 3K7
strongs@mcmaster.ca

Phil Upshall
Société des troubles de l'humeur du Canada
3-304 Stone Road West, Suite 736
Guelph (Ontario)
N1G 4W4
mooddisorderscanada@rogers.com

John Weekes
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les
toxicomanies
75, rue Albert, bureau 300
Ottawa (Ontario)
K1P 5E7
jweekes@ccsa.ca

Calgary (Alberta)
T2N 2T9
swiebe@ucalgary.ca

Michael Wolfson
Statistique Canada
Immeuble R.H. Coats
26^e étage "K"
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6
wolfson@statcan.ca

Asimina Xidous
Instituts de recherche en santé du Canada
160, rue Elgin, indice de l'adresse 4809A
Ottawa (Ontario)
K1A 0W9
AXidous@cihr-irsc.gc.ca

