

Investir dans l'équité : analyse économique des modèles de soins palliatifs mobiles axés sur l'équité au Canada

Septembre 2026

À propos d'Excellence en santé Canada et le Partenariat canadien contre le cancer

Excellence en santé Canada (ESC) travaille avec des partenaires de tout le pays pour façonner un avenir où chaque personne au Canada reçoit des soins et services de santé sûrs et de qualité. Nous agissons pour diffuser et mettre à l'échelle les améliorations en matière de qualité et de sécurité, renforcer les capacités et le leadership collectif et catalyser le changement dans les politiques et les pratiques. Nous créons ainsi des liens entre les personnes, les données probantes et les actions pour maintenir le cap sur l'amélioration.

ESC est un organisme de bienfaisance indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada.

En tant que coordonnateur de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (la Stratégie), le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) collabore avec les différents ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, dans le cadre de leurs programmes de lutte contre le cancer, avec les gouvernements et les organismes inuit, métis et des Premières Nations, avec les leaders et les spécialistes du système de santé ainsi qu'avec les personnes atteintes de cancer partout au pays, afin de mettre en œuvre la stratégie et ainsi améliorer les résultats liés au cancer pour l'ensemble de la population au pays. Le Partenariat a été créé par le gouvernement fédéral en 2006 pour mettre en œuvre la Stratégie, et reçoit un financement de Santé Canada pour continuer d'appuyer des partenaires de l'ensemble du pays. Pour en savoir plus, consultez le site <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/>.

La production de ce produit de connaissances a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Les opinions exprimées ici sont celles des autrices et des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles d'Excellence en santé Canada, du Partenariat canadien contre le cancer ou de Santé Canada. Les personnes ayant préparé le rapport ou y ayant contribué déclinent toute responsabilité ou garantie de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite.

À propos de ce rapport

Ce rapport a été préparé par Edge Health pour ESC, qui publie ce résumé afin d'en présenter les conclusions.



Résumé

Aux fins du présent rapport, le terme « soins palliatifs mobiles axés sur l'équité » (SPMAE) désigne des modèles de programmes communautaires proposant une approche palliative aux personnes atteintes d'une maladie grave et chronique ou ayant des besoins liés à la fin de vie, également confrontées à des obstacles sociaux et structurels à l'accès aux soins (par exemple, l'itinérance, un logement précaire). Les programmes de SPMAE visent à améliorer l'accès aux soins en tenant compte de leur situation clinique, sociale et géographique. Par exemple, des équipes cliniques se déplacent souvent pour fournir des soins dans des cadres non traditionnels comme les refuges, les logements supervisés ou la rue.

Cette étude s'est penchée sur trois programmes de SPMAE déployés dans trois villes canadiennes : l'équipe PORT (*Palliative Outreach Resource Team*) à Victoria (Colombie-Britannique); l'équipe PCOAT (*Palliative Care Outreach and Advocacy Team*) à Edmonton (Alberta); et le programme PEACH (*Palliative Education and Care for the*

Homeless) à Toronto (Ontario). Si la mise en œuvre varie d'un programme à l'autre, ils reposent tous sur les mêmes principes d'équité : des soins mobiles dispensés en dehors des cadres traditionnels (cabinets médicaux ou hôpitaux), des procédures d'aiguillage simplifiées, une prestation de services flexible, la prise en compte des déterminants sociaux et structurels de la santé, et une approche de soins centrée sur la personne.

En améliorant l'accès à une prise en charge palliative à l'échelle communautaire, les programmes de SPMAE réduisent le recours des patientes et patients aux services d'urgence pour répondre à leurs besoins de santé. Dans l'ensemble des sites de mise en œuvre, les programmes de SPMAE ont été associés à une baisse de 33 % des visites aux urgences et à une baisse de 32 % des admissions aux urgences. Cette réduction a été constatée dans les trois provinces, ce qui semble indiquer que le modèle de SPMAE serait efficace dans différents milieux de soins.

Dans une perspective systémique, ce modèle permet non seulement d'améliorer les indicateurs quantitatifs et qualitatifs de la qualité des soins, mais aussi d'optimiser le rapport coût-efficacité.

Le coût de fonctionnement mensuel moyen des programmes de SPMAE s'élève à 861 \$ par patiente ou patient. Ces coûts sont largement compensés par la réduction des visites et des admissions aux urgences. Après prise en compte des coûts du programme, le modèle des SPMAE permet une économie nette de 9 560 \$ en soins d'urgence par patiente ou patient, avec un rendement des investissements net de 1,65. Autrement dit, chaque dollar investi dans des programmes de SPMAE permet une économie supplémentaire de 1,65 \$ sur les coûts des soins d'urgence ailleurs dans le système (ce qui équivaut à une économie totale de 2,65 \$ sur les coûts des

soins d'urgence, avant prise en compte des coûts d'investissement liés aux programmes de SPMAE).

Globalement, cette analyse multiprovinciale montre qu'en améliorant l'accès aux soins palliatifs pour les populations mal desservies, le modèle des programmes de SPMAE améliore la qualité des soins, atténue la pression sur les services d'urgence et permet une utilisation plus efficace des ressources du système de santé. Ces résultats constituent un argument économique de poids pour les organismes de santé et les responsables des politiques qui envisagent d'adopter un programme de SPMAE dans d'autres régions. Toutefois, les approches axées sur l'équité doivent être maintenues, car il s'agit d'un élément fondamental de la qualité des soins et des avantages économiques.

Renseignements généraux

Aux fins du présent rapport, les SPMAE sont définis comme un modèle de prestation de programmes axé sur l'équité. Il vise à assurer une prise en charge palliative aux patientes et patients mal desservis en tenant compte de leur situation clinique, sociale et géographique. Les soins sont dispensés dans des milieux non traditionnels, par exemple dans les refuges, les logements supervisés et la rue. Nombre de patientes et patients servis par les programmes de SPMAE sont confrontés à d'importants obstacles sociaux et structurels en matière d'accès aux soins, notamment l'itinérance ou le logement précaire, ce qui les empêche d'accéder à une prise en charge palliative. Celle-ci vise à améliorer la qualité de vie des patientes et patients atteints d'une maladie chronique et progressive limitant l'espérance de vie, ou en fin de vie. Il s'agit donc d'une approche flexible des soins, qui peut être adaptée aux besoins des personnes, des familles et des communautés.

Ce modèle est mis en œuvre dans le cadre de trois programmes communautaires qui font l'objet de cette étude : l'équipe PORT (*Palliative Outreach Resource Team*) à Victoria (Colombie-Britannique), créée en 2019; l'équipe PCOAT (*Palliative Care Outreach and Advocacy Team*) à Edmonton (Alberta), créée en 2016; et le programme PEACH (*Palliative Education and Care for the Homeless*) à Toronto (Ontario), créé en 2014. Si chaque programme a vu le jour de façon indépendante et propose des modèles de soins légèrement différents (composition du personnel, taille de la structure, critères de soins palliatifs, etc.), tous trois reposent sur les principes fondamentaux du programme de SPMAE : des procédures d'aiguillage simplifiées, une prestation de services flexible (concernant par exemple le lieu, la durée et le type des soins), la prise en compte des déterminants sociaux et culturels de la santé dans les soins cliniques, et une approche de soins centrée sur la personne.



Méthodologie

Nous avons réalisé une évaluation économique des retombées du modèle de SPMAE. Elle a été menée dans une perspective systémique, ce qui signifie que les coûts et les avantages ont été pris en compte

du point de vue d'un responsable du financement des soins de santé (par exemple, un gouvernement provincial). L'évaluation économique s'est appuyée sur une analyse coûts-avantages, dont les principales étapes sont décrites ci-dessous.

- Dans un premier temps, au moyen d'une méta-analyse à effets aléatoires, nous avons estimé les retombées moyennes de la participation à un programme de SPMAE sur le nombre de visites et d'admissions aux urgences.
- Dans un deuxième temps, à l'aide d'un modèle de simulation, nous avons comparé les coûts des soins d'urgence et la qualité de vie des personnes participant à un programme de SPMAE à ceux des personnes qui reçoivent des « soins classiques » (SC, soit aucun accès à des SPMAE). Afin de garantir la robustesse des résultats du modèle de simulation par rapport à différentes hypothèses, plusieurs analyses de sensibilité ont été réalisées.

Les principaux indicateurs des avantages économiques et cliniques comprenaient : l'économie nette de coûts (EC, coûts nets évités liés à l'inscription au programme de SPMAE), les années de vie pondérée par la qualité (AVAQ, une mesure de la santé sur une échelle de 0 à 1, où 0 correspond au décès et 1 à une année de santé parfaite), le bénéfice net (BN, coûts nets évités plus la valeur monétisée des gains en AVAQ) et le rendement net des investissements (rapport entre les coûts nets évités dans l'ensemble du système de santé et les coûts d'inscription au programme).

Afin de contextualiser les résultats de l'analyse coûts-avantages, des évaluations qualitatives des processus ont également été menées pour chaque programme de SPMAE. Ces évaluations visaient à mieux comprendre la mise en œuvre pratique du programme par chaque organisme.

Dans l'ensemble, cette évaluation économique multiprovinciale nous permet de tirer des conclusions généralisables concernant les SPMAE comme modèle global de prestation de programmes, tant sur le plan de la mise en œuvre que du rapport coût-efficacité potentiel. Ces conclusions peuvent être mises en pratique par d'autres organismes dans différents milieux de soins, en tant que feuille de route pour l'adoption de ce modèle de prestation de programmes et pour étayer une analyse de rentabilité.

Population cible

Au total, la population étudiée comprenait 405 patientes et patients inscrits aux programmes de SPMAEⁱ. Ces personnes étaient relativement jeunes pour une population en soins palliatifs, l'âge moyen global étant d'environ 59 ans. La majorité des personnes incluses (62 %) étaient des hommes. Parmi les patientes et patients pour lesquels des données sont disponibles, une proportion importante (58 %) est décédée dans la communauté plutôt qu'à l'hôpital, ce qui suggère que les préférences exprimées concernant la fin de vie ont été respectées.

ⁱ Seules les données préagrégées issues des rapports de chaque organisme ont été regroupées, conformément à leurs exigences en matière de sécurité des données.

Utilisation des services de santé

Dans les trois organismes, le recours aux soins palliatifs mobiles a été associé à une diminution importante et statistiquement significative du recours aux soins d'urgence.

L'inscription au programme de SPMAE a permis de réduire le risque de recours aux services d'urgenceⁱⁱ d'environ 33 % (risque relatif = 0,67; coefficient logit = -0,523 [IC à 95 % : -0,830, -0,215]) et le risque d'admission aux urgencesⁱⁱⁱ d'environ 32 % (risque relatif = 0,68; coefficient logit = -0,552 [IC à 95 % : -0,775, -0,329]). Une diminution du nombre de transports en ambulance vers les services d'urgence a été observée, mais elle n'a pas atteint le seuil de signification statistique (risque relatif = 0,87; coefficient ^{iv}logit = -0,256 [IC à 95 % : -0,593, 0,082]). Aucune variation statistiquement significative du coût des admissions aux urgences n'a été constatée (multiplicateur de coût = 0,86; coefficient log-coût = -0,154 [IC à 95 % : -0,428, 0,120]). Malgré des variations d'un organisme à l'autre, le regroupement multiprovincial des estimations indique que les programmes de SPMAE ont permis de réduire les visites aux urgences et les hospitalisations partout où ils ont été mis en œuvre.

ⁱⁱ Les visites aux services d'urgence (en ambulance ou non) sont désignées sous le terme « visites aux urgences » tout au long du présent rapport. Ces données sont collectées par le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et sont conformes aux normes de collecte des données relatives aux visites aux urgences définies par l'ICIS.

ⁱⁱⁱ Les hospitalisations où l'admission s'est faite au service des urgences (plutôt que de manière

Coûts du programme

Le coût mensuel moyen par patiente ou patient pour les trois organismes s'élevait à 861 \$. Ce chiffre correspond à la moyenne des coûts mensuels moyens par patiente ou patient déclarés par chaque organisme. Les détails relatifs aux dépenses annuelles du programme par organisme sont présentés dans les rapports propres à chaque organisme.

Analyse coût-efficacité

Du point de vue du financement public de la santé, le programme de SPMAE a généré des avantages économiques considérables. Le scénario de référence se fonde sur le coût mensuel moyen du programme de SPMAE par patiente ou patient depuis son lancement, et prend en compte deux états possibles (participation au programme et décès). Il part de l'hypothèse prudente que personne ne quitte le parcours de soins palliatifs.

Dans le scénario de référence, les coûts du programme étaient non seulement compensés par la réduction du nombre de visites aux urgences et d'hospitalisations, mais aussi par les économies réalisées dans l'ensemble du système de santé. Après prise en compte des coûts du programme, le modèle des SPMAE permet une économie nette de 9561 \$ par patiente ou patient (SC : 36 005 \$; SPMAE : 26 444 \$)^v, avec un rendement des

programmée) sont désignées sous le terme « admissions aux urgences » tout au long du présent rapport. Ces données sont collectées par la Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'ICIS et sont conformes aux normes de collecte des données définies par l'ICIS.

^v Les coûts comprennent les frais liés à la mise en œuvre du programme.

investissements net de 1,65^{vi}. Cela équivaut à un rendement des investissements brut de 2,65 (soit une économie brute de 15 362 \$ sur les coûts liés aux soins d'urgence). Autrement dit, chaque dollar investi dans des programmes de SPMAE permet une économie supplémentaire de 1,65 \$ sur les coûts des soins d'urgence ailleurs dans le système. Outre les coûts directement évités, les programmes de SPMAE contribuent probablement à accroître le nombre d'AVAQ des patientes et patients (gain moyen de 0,1 d'AVAQ par patiente ou patient), ce qui montre que l'accès à une prise en charge palliative améliore leur qualité de vie.

En combinant les économies réalisées et les gains en matière de santé, le bénéfice monétaire net qui en résulte s'est avéré encore plus favorable (14 737 \$ pour un seuil de consentement à payer de 50 000 \$ par AVAQ). Les analyses de sensibilité réalisées sur notre modèle par simulation ont également indiqué une très forte probabilité que le programme soit économiquement avantageux, quels que soient les hypothèses utilisées, les horizons temporels et les effectifs mobilisés.

Considérations méthodologiques

Bien que cette analyse repose sur une méthodologie standard d'évaluation du rapport coût-efficacité utilisant les AVAQ comme principale mesure des avantages cliniques pour les patientes et patients, il est important de noter que les AVAQ pourraient ne pas refléter pleinement la valeur des soins palliatifs. La littérature consacrée aux soins palliatifs montre que la « qualité du décès »

englobe des dimensions qui ne sont pas pleinement prises en compte dans les indicateurs classiques de qualité de vie, notamment la dignité, l'autonomie, la gestion de la douleur et le respect des souhaits de fin de vie¹.

Par conséquent, les AVAQ mesurées dans cette analyse doivent être considérées comme une estimation prudente des avantages cliniques pour les patientes et patients. D'autres indicateurs des avantages pour les patientes et patients ont été décrits en détail dans des publications antérieures consacrées aux avantages de ce modèle de soins pour tous les organismes qui l'ont mis en œuvre.

Pour plus de détails sur les hypothèses et les limites, se reporter à l'annexe.

Conclusions

Dans l'ensemble, cette analyse multiprovinciale fournit des arguments économiques convaincants en faveur du modèle de programme de SPMAE destiné aux populations mal desservies. Bien que l'évaluation du processus indique une certaine flexibilité dans la mise en œuvre (par exemple, le personnel, la taille de la structure ou les critères de soins palliatifs), tous les organismes ont adopté un modèle fondamental axé sur l'équité, en réponse à une lacune commune en matière de services destinés aux patientes et patients en situation d'itinérance ou de logement précaire.

Ce rapport démontre que les principes d'équité qui sous-tendent le modèle de programme de SPMAE constituent la clé de son succès pour réduire le recours aux soins d'urgence, améliorer la qualité de vie des patientes et patients et générer des avantages

^{vi} Cela équivaut à un rendement des investissements brut de 2,65 (soit une économie brute de 15 362 \$ sur les coûts liés aux soins d'urgence).

économiques nets pour le système de santé. Par conséquent, les responsables des politiques qui souhaitent reproduire ailleurs les résultats observés doivent veiller à respecter ces principes d'équité.

Globalement, ce rapport apporte des preuves solides que le modèle de programme de SPMAE constitue un investissement de grande valeur pour les systèmes de santé qui cherchent à améliorer l'équité et la qualité des soins tout en faisant un usage efficace des ressources du système de santé.

En savoir plus sur notre travail pour améliorer l'équité dans l'accès aux soins palliatifs.

[Améliorer l'équité dans l'accès aux soins palliatifs >](#)

Bibliographie

- ¹ Seow H. et coll. Common care practices among effective community-based specialist palliative care teams: a qualitative study. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2016; 10(1), e3. doi:10.1136/bmjspcare-2016-001221

Annexe

Forces

Cette étude présente plusieurs forces méthodologiques. Nous abordons ici les points clés liés aux résultats multiprovinciaux.

Tout d'abord, le regroupement des résultats^{vii} provenant de trois organismes distincts implantés dans différentes provinces et dont les approches de mise en œuvre varient légèrement (mais qui partagent toutefois une même philosophie de soins sous-jacente) renforce le caractère généralisable de nos conclusions.

Ensuite, dans chacun des rapports établis au niveau des organismes, une méthodologie uniforme a été utilisée pour estimer les retombées de l'inscription au programme sur le recours aux soins d'urgence. Ces résultats ont ensuite été regroupés à l'aide d'une méta-analyse à effets aléatoires. Si les résultats de cette méta-analyse doivent être interprétés avec prudence, compte tenu du nombre relativement restreint d'organismes concernés, elle nous permet tout de même, en théorie, de tenir compte de l'hétérogénéité entre les organismes de manière appropriée. Nous pouvons ainsi mesurer les retombées du programme généralisables à d'autres organismes souhaitant adopter ce modèle de soins.

Enfin, l'analyse coût-efficacité principale s'appuie sur un modèle de simulation solide, qui démontre que les conclusions en matière de coût-efficacité restent valables quels que

soient la structure du modèle ou les paramètres d'entrée utilisés. En effet, comme le décrit en détail la section 9.3.2, la première caractérisation du modèle correspond à l'estimation la plus prudente des avantages du programme parmi toutes les analyses de sensibilité, ce qui fournit une justification encore plus solide des avantages économiques de ce modèle de soins.

Méthodologie

Plusieurs limites doivent être prises en compte dans l'interprétation de ces résultats. Nous abordons ici les aspects clés des résultats de cette étude multiprovinciale.

Premièrement, elle utilise des agrégats de statistiques sommaires provenant de chaque organisme, plutôt que de procéder au regroupement des données individuelles des patientes et patients. Autrement dit, les estimations multiprovinciales ont été produites en combinant des statistiques sommaires (par exemple, coûts moyens, probabilité d'événements) de chaque organisme, plutôt qu'en regroupant les dossiers individuels des patientes et patients dans un seul ensemble de données, puis en recommençant l'analyse. Ce choix de conception est pragmatique, car en raison des exigences en matière de confidentialité et de gouvernance des données, les données individuelles des patientes et patients ne peuvent pas être transférées hors de l'environnement sécurisé de chaque organisme. Néanmoins, cela

^{vii} À noter qu'en raison des exigences en matière de sécurité et de partage des données, seules les données agrégées ont été regroupées. Pour plus de détails, consulter la section « Limites ».

signifie que le modèle multiprovincial ne permet pas de rendre compte des variations à l'échelle individuelle (par exemple, la manière dont les résultats varient en fonction de l'âge) qui seraient mises en évidence par l'analyse d'un regroupement de données individuelles. En pratique, cette méthode peut légèrement sous-estimer l'incertitude entourant les estimations multiprovinciales, puisque la variation des résultats individuels au sein de chaque organisme est synthétisée avant l'agrégation. Il s'agit toutefois d'une réserve mineure, qui ne modifie pas de manière significative l'interprétation globale des résultats multiprovinciaux.

Deuxièmement, il existait des différences entre les organismes quant à la disponibilité des données. Par exemple, les méthodes de collecte de données variaient : certains organismes disposaient de dossiers médicaux à l'échelle de la province, d'autres disposaient seulement de données provenant des hôpitaux. Par ailleurs, la taille de l'échantillon issu de l'équipe PCOAT était beaucoup plus importante que celle des équipes PORT ou ESPSA, principalement en raison de la qualité des données. Ainsi, les résultats pourraient être biaisés et refléter la population et les retombées associées à la PCOAT, aux dépens de celles des autres organismes. Cependant, les analyses de données menées à l'échelle de chaque organisme ont donné des résultats similaires d'un organisme à l'autre; ce déséquilibre dans la taille des échantillons ne devrait donc pas avoir d'incidence significative sur la portée générale des conclusions de l'analyse coût-efficacité.

Troisièmement, des différences entre les organismes en matière de mise en œuvre pourraient avoir affecté les résultats à l'échelle

de chaque organisme. Si ces programmes sont fondés sur une philosophie commune visant à proposer une approche palliative, ils diffèrent toutefois quant à leur portée potentielle, leurs modèles de dotation en personnel et leur durée de fonctionnement.

Ces différences constituent un atout dans la mesure où elles reflètent la diversité du monde réel, mais elles signifient aussi que les « retombées moyennes des SPMAE » regroupent des contextes très différents les uns des autres. Lorsqu'on transpose ces résultats à d'autres contextes (par exemple, de nouveaux établissements souhaitant mettre en œuvre ce modèle de soins), il est important de garder à l'esprit que les résultats individuels de chaque organisme pourraient différer et ne seront peut-être pas équivalents aux « retombées moyennes des SPMAE » calculées et présentées dans ce rapport.

Enfin, il est important de relativiser la représentativité des trois organismes en question. Ces organismes fournissent de précieuses données multiprovinciales, mais ne permettent pas de rendre compte de toute la diversité des contextes dans lesquels des programmes similaires pourraient être mis en œuvre, par exemple dans des communautés rurales ou isolées. Les organismes qui envisagent d'adopter ce modèle de programme devraient évaluer dans quelle mesure leur contexte local correspond aux caractéristiques des organismes inclus dans cette étude. Cette étude présente plusieurs forces méthodologiques. Nous abordons ici les points clés liés aux résultats multiprovinciaux.

Remerciements

Ce rapport a pu voir le jour grâce au partenariat des organismes et équipes suivantes, qui ont généreusement accordé de leur temps et fourni leurs données, leurs expériences et leur expertise.

Palliative Education and Care for the Homeless (PEACH), Toronto (Ontario)

Nous tenons à remercier chaleureusement Inner City Health Associates (ICHA) et Unity Health pour leur soutien. Plus précisément, les données relatives aux inscriptions au programme ESPSA ont été extraites par l'équipe d'aide à la décision de l'ICHA. Les données relatives aux admissions des patientes et patients du programme ESPSA aux urgences et dans les services hospitaliers de l'Hôpital St Michael's d'Unity Health ont été extraites par l'équipe d'aide à la décision de Unity Health.

Nous aimerions également remercier le personnel du programme ESPSA qui a participé à l'évaluation qualitative des processus.

Palliative Care Outreach and Advocacy Team (PCOAT), Edmonton (Alberta)

Nous souhaitons sincèrement remercier l'équipe PCOAT (Palliative Care Outreach and Advocacy Team). Les données ont été extraites de l'entrepôt de données d'entreprise de Services de santé de Alberta, avec le soutien de l'Alberta Strategy for Patient Oriented Research Support Unit (AbSPORU), financée par les IRSC, Alberta Innovates, l'University Hospital Foundation, l'Université de l'Alberta, l'Université de Calgary et Services de santé Alberta. Cette étude s'appuie en partie sur des données fournies par Santé Alberta et Services de santé Alberta. Les interprétations et les conclusions contenues dans la présente étude sont celles de l'équipe de recherche; ni le gouvernement de l'Alberta ni Services de santé Alberta n'ont exprimé d'avis concernant cette étude.

Nous aimerions enfin remercier les membres du personnel qui ont participé à l'évaluation qualitative des processus.

Palliative Outreach Resource Team (PORT), Victoria (Colombie-Britannique)

Nous témoignons notre profonde gratitude à l'équipe mobile de soins palliatifs PORT. La partie de l'analyse consacrée à cette équipe a été réalisée en collaboration avec la Régie de la santé de l'île de Vancouver. La Régie de la santé tient à remercier les partenaires de recherche, les collaboratrices et collaborateurs, les organismes communautaires, le personnel clinique, les responsables des politiques et les personnes avec un vécu expérientiel pour leurs connaissances et leur participation à ce travail.

Des travaux de recherche menés à l'Université de Victoria ont orienté l'élaboration du présent rapport. Les autrices et auteurs remercient également les partenaires de recherche, les collaboratrices et collaborateurs, les organismes communautaires, le personnel clinique, les responsables des politiques et les personnes avec un vécu expérientiel pour leurs connaissances et leur participation à ce travail.