



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Table ronde: Faire progresser les pratiques exemplaires en matière de cybersanté mentale au Canada

Rapport sommaire

La Commission de la santé mentale du Canada

Le 1 février 2017

commissionsantementale.ca

*Table ronde de la Commission de la santé mentale du Canada
Faire progresser les pratiques exemplaires en matière de cybersanté mentale au Canada*

Le jeudi 1^{er} décembre 2016
Hôtels Delta par Marriott Ottawa City Centre
101, rue Lyon Nord
Ottawa (Ontario)

Commission de la santé mentale du Canada

Les résultats et l'analyse contenus dans la présente publication sont ceux des auteurs. Ils ne reflètent pas nécessairement les opinions ou les points de vue des organismes mentionnés ou de la Commission de la santé mentale du Canada.

This document is also available in English.

Ce document est accessible au www.commissionsantementale.ca.

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



TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
RÉSUMÉ	3
PRINCIPAUX POINTS À RETENIR	5
INTRODUCTION	1
BIENVENUE ET MOT D'OUVERTURE	2
DISCOURS PRINCIPAL Établir un système de santé amélioré et axé sur le patient grâce aux soins virtuels	3
PRÉFÉRENCES DES UTILISATEURS ET BESOINS DU SYSTÈME : Perspectives et leçons retenues pour faire avancer la cybersanté mentale	5
SOINS DE SANTÉ DIRIGÉS PAR LA POPULATION	5
METTRE LA THÉORIE EN PRATIQUE	6
ÉTUDE DE LA DÉPLOYABILITÉ	8
FAITS SAILLANTS DE LA FOIRE AUX QUESTIONS	9
AVANCEMENT DE LA CYBERSANTÉ MENTALE ET DE LA STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE POUR LE CANADA	10
SOUS LES PROJECTEURS : DES PRATIQUES PROMETTEUSES EN CYBERSANTÉ MENTALE	11
CYBERTHÉRAPIE : STRATÉGIE ET EXÉCUTION	11
À LA POURSUITE DE LA DURABILITÉ	12
OFFRIR UN LIEN PLUS DIRECT AVEC LES SOINS	13
FAITS SAILLANTS DE LA FOIRE AUX QUESTIONS	14
DES IDÉES À LA MISE EN ŒUVRE	15
QUESTION 1	16
QUESTION 2	16
QUESTION 3	17
QUELLES QUESTIONS DEMEURENT?	18
CONCLUSION ET PROCHAINES ÉTAPES	19
ANNEXE A : Coup d'œil sur la rencontre	20
ANNEXE B : Liste des participants	21
ANNEXE C : Biographies des présentateurs	25
ANIMATRICE ET INTERVENANTE	25
CONFÉRENCIER PRINCIPAL	26
EXPERTS	26
ANNEXE D : RESSOURCES EN CYBERSANTÉ MENTALE	30
ANNEXE E : QUESTIONS CLÉS	33
Quelles questions clés demeurent ou doivent être résolues pour faire avancer la cybersanté mentale?	33

RÉSUMÉ

Grâce aux technologies de cybersanté, plus de gens pourraient avoir accès à des soins de grande qualité et être en meilleure santé. Elles ne sont toutefois pas aussi répandues qu'elles pourraient l'être, surtout en santé mentale. Pour en expliquer les raisons et cerner des façons de faire progresser la cybersanté mentale, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a animé une table ronde à Ottawa le 1^{er} décembre 2016. Puisque la cybersanté mentale peut entraîner un changement positif dans le système, la CSMC l'a incluse dans deux orientations stratégiques de la *Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* afin d'améliorer l'accès aux services et la qualité des soins.

Lors de la table ronde, des responsables des soins de santé et des praticiens de première ligne en santé mentale qui travaillent dans des hôpitaux, des milieux communautaires, des autorités régionales de la santé et des associations nationales de l'ensemble du pays se sont rassemblés pour discuter de la cybersanté mentale dans les buts suivants :

- mieux faire connaître les preuves les plus récentes de l'efficacité des solutions de cybersanté mentale en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale;
- cerner et examiner les modèles existants de cybersanté mentale qui ont été mis en œuvre dans les systèmes de santé;
- explorer les recommandations à l'appui du développement, de la mise en œuvre et de l'évaluation des possibilités actuelles et futures dans le domaine de la cybersanté mentale.

La séance du matin a commencé par le discours principal du Dr Ed Brown, président-directeur général du Réseau Télémédecine Ontario. Il a parlé de la difficulté de déployer à grande échelle des solutions efficaces en cybersanté à partir de projets à l'échelon de la population et mentionné des modèles pour disséminer la technologie dans l'ensemble du système de soins de santé.

La question de la déployabilité était l'un des sujets traités par le groupe de présentateurs au cours de la matinée. Fraser Ratchford d'Inforoute Santé du Canada a partagé des perspectives quant à ce que les Canadiens veulent des services de cybersanté, John Dick a décrit l'expérience du Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores dans le cadre du déploiement de solutions de cybersanté, et Patricia Lingley-Pottie a expliqué comment le Strongest Families Institute (SFI) a élaboré et déployé ses services de soins à distance et les systèmes d'information qui les soutiennent.

Après une pause pour prendre le repas du midi et échanger, Louise Bradley, présidente-directrice générale de la CSMC, a parlé de l'importance d'investir dans la cybersanté mentale

pour surmonter les difficultés relatives à l'accès aux soins au Canada. Bien qu'il y ait encore beaucoup à apprendre sur la cybersanté mentale, le fort potentiel du concept mérite d'être exploré.

Le deuxième groupe de la journée a décrit certaines de ces explorations de première main. Le Dr Simon Hatcher du Centre de santé mentale du Royal Ottawa a parlé de son expérience des solutions de cybersanté mentale et de l'importance d'établir des plans de mise en œuvre durables. Le Dr David Gratzler et Faiza Khalid-Khan ont parlé de la thérapie cognitivo-comportementale assistée par Internet de l'Hôpital de Scarborough, de son utilité et des leçons tirées de la mise en œuvre. Shalini Lal, Ph. D., a décrit le projet PRISM récemment lancé, de quelle façon il offrira aux jeunes des voies plus directes vers les soins, et pourquoi la durabilité postérieure au projet constitue le plus grand défi à surmonter.

La dernière séance de la journée était un dialogue animé. Les participants ont formé des groupes pour discuter de trois questions connexes sur les obstacles à la cybersanté mentale ainsi que les facteurs de facilitation, les priorités clés et les participants à la mise en œuvre. Les obstacles allaient de la vie privée au financement, en passant par l'engagement des cliniciens, alors que le modèle de rétablissement, le traitement individualisé et la conception en collaboration avec les patients et les collectivités ont été cernés comme étant des facteurs de facilitation. Pratiquement tous les intervenants imaginables ont joué un rôle dans la mise en œuvre de la cybersanté mentale, ce qui donne à penser qu'il s'agit d'un véritable effort collectif.

Après le dialogue, les participants ont eu le temps d'enregistrer ce qu'ils estimaient être des questions laissées sans réponse sur l'avancement de la cybersanté mentale qui pourraient guider les prochaines tables rondes. Les réponses incluaient la définition des solutions qui fonctionnent, la conception d'un nouveau modèle de financement, l'accroissement de l'engagement du gouvernement et des cliniciens, ainsi que la rencontre de personnes au faible statut économique et d'autres populations à risque.

Pour terminer la rencontre, la CSMC a réitéré qu'il s'agissait de la première d'une série de trois tables rondes sur la cybersanté mentale visant à lui permettre de guider l'avancement de la cybersanté mentale au Canada.

PRINCIPAUX POINTS À RETENIR

Les principes suivants ont été soulevés lors de la table ronde relativement aux futures mesures en matière de cybersanté mentale.

- **Il est essentiel d'investir dans la cybersanté mentale**, car il s'agit d'une façon de remédier à certains des plus graves problèmes du système canadien de soins de santé, comme les longues périodes d'attente pour obtenir les services de praticiens en santé mentale.
- **Les cliniciens doivent faire partie du processus** en tant que concepteurs, champions et utilisateurs des solutions de cybersanté mentale.
- **Un nouveau modèle de financement est nécessaire** pour soutenir la cybersanté mentale. Les modèles actuels ne sont pas conçus pour rémunérer les cliniciens qui offrent un traitement à distance aux patients à la maison et du soutien après leur congé de l'hôpital.
- **La technologie existe**. Le défi est de déterminer quelles solutions fonctionnent et de les déployer dans l'ensemble du système de soins de santé.
- **La déployabilité est essentielle**. La planification doit comprendre une feuille de route depuis l'étape du projet pilote jusqu'à la mise en œuvre complète.
- **La durabilité est difficile, mais essentielle**. Il est souvent plus facile de commencer à utiliser les innovations en cybersanté mentale que de les employer à long terme; cela dit, la durabilité est essentielle à leur réussite.
- **Il faut régler les préoccupations liées à la protection des renseignements personnels et à la sécurité** pour que la cybersanté mentale à l'échelle du système soit viable.
- **Il faut élaborer des normes et des pratiques exemplaires** afin d'évaluer les solutions, de cerner les meilleures pratiques et de mesurer les résultats.
- **Nous devons penser aux populations vulnérables**. Par exemple, il n'est peut-être pas possible de rejoindre les personnes qui vivent dans la pauvreté.
- **Tous doivent œuvrer en vue d'éliminer les obstacles à la cybersanté mentale** : les cliniciens, les organismes à but non lucratif, les écoles de médecine, les organismes de réglementation, ainsi que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent tous être engagés afin de faire avancer les stratégies de cybersanté mentale.

INTRODUCTION

LA CYBERSANTÉ MENTALE DÉSIGNE « les services de santé et les renseignements fournis ou améliorés grâce à Internet et aux technologies connexes » [traduction] ¹.

(Bien qu'il n'existe aucune définition universelle de la cybersanté mentale, la CSMC a adopté la citation ci-dessus de l'ouvrage de Christensen, de Griffiths et d'Evans puisqu'elle est suffisamment large pour tenir compte de l'évolution constante de la technologie.)

Les champions de la cybersanté vantent les mérites du potentiel de la technologie d'élargir la portée, d'accroître l'accès et d'améliorer la qualité des soins, que ce soit par le biais d'un téléphone intelligent, de plateformes de médias sociaux, de robots ou de chirurgies à distance. Bien que la population canadienne semble avoir un appétit grandissant pour ces types de solutions, elles ne sont pas aussi répandues qu'elles pourraient l'être, surtout dans le domaine de la santé mentale.

En 2012, la CSMC a rassemblé pour la première fois des intervenants pour explorer la cybersanté mentale. Reconnaisant l'intérêt de mieux comprendre le potentiel et les répercussions de la cybersanté mentale, la CSMC a publié le document *La cybersanté mentale au Canada : Transformer le système de santé mentale grâce à la technologie* en 2014. Ce document d'information dressait le portrait de la cybersanté mentale au Canada, soulignait la façon dont la technologie pouvait transformer la prestation de services en santé mentale, et traitait des obstacles à la mise en œuvre. Il se terminait par neuf recommandations pour guider l'élaboration et la diffusion de la cybersanté mentale dans l'ensemble du pays.

En mettant de nouveau l'accent sur la cybersanté mentale, la CSMC entreprend des activités de recherche et d'échange de connaissances afin de guider l'élaboration d'un plan pour orienter la cybersanté mentale, ce qui comprend animer une série de tables rondes pour offrir aux intervenants clés et aux décideurs un forum pour discuter de la cybersanté mentale au Canada.

La première table ronde a eu lieu à Ottawa, en décembre 2016. Elle rassemblait des dirigeants des soins de santé et des praticiens de première ligne en santé mentale des hôpitaux, des milieux communautaires, des autorités régionales de la santé et des associations nationales de l'ensemble du pays pour discuter de la cybersanté mentale dans les buts suivants :

- mieux faire connaître les preuves les plus récentes de l'efficacité des solutions de cybersanté mentale en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale;

¹ Christensen, H., Griffiths, K., & Evans, K. (2002). e-Mental Health in Australia: Implications of the Internet and Related Technologies for Policy. ISC Discussion Paper No 3, Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra.

- cerner et examiner les modèles existants de cybersanté mentale qui ont été mis en œuvre dans les systèmes de santé;
- explorer les recommandations à l'appui du développement, de la mise en œuvre et de l'évaluation des possibilités actuelles et futures dans le domaine de la cybersanté mentale.

Ce rapport présente également un sommaire de la journée pour les participants et les autres intervenants intéressés qui guident, conçoivent ou fournissent des services de santé mentale. Il faut noter que ce rapport est une réflexion générale de la table ronde et ne vise pas à représenter la perspective d'une personne ou d'un organisme en particulier.

BIENVENUE ET MOT D'OUVERTURE

PRÉSENTATEURS

Aîné Paul Skanks

Membre d'une bande, Mohawks de Kahnawake, Confédération iroquoise

MaryAnn Notarianni

Gestionnaire de la cybersanté mentale, Commission de la santé mentale du Canada

L'Aîné Paul Skanks a commencé la séance par une prière de bonnes intentions. MaryAnn Notarianni, la modératrice de la table ronde, a ensuite défini la journée, expliquant que la CSMC considère la cybersanté mentale comme la clé de ses propres stratégies et comme un moteur de changement positif dans le système. Elle a d'ailleurs établi des liens avec la *Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* et le *Cadre d'action, le Plan stratégique 2017-2022* de la CSMC et plusieurs éléments du *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*.

La CSMC travaille présentement à l'avancement de la cybersanté mentale en se concentrant sur trois secteurs clés : la recherche, l'échange de connaissances et les partenariats. Il s'agissait de la première de trois tables rondes prévues dans le cadre des activités d'échange de connaissances de cette année.



Katherine Parker @dgtweets · Dec 1

Looking forward to our @MHCC_e-MentalHealth Roundtable with Healthcare decision makers and experts follow #MHCC_eMH

DISCOURS PRINCIPAL Établir un système de santé amélioré et axé sur le patient grâce aux soins virtuels

PRÉSENTATEUR

Aîné Dr Ed Brown

Président-directeur général, Réseau Télémédecine Ontario

Le Dr Ed Brown a fait remarquer que nous disposons déjà de la technologie pour améliorer l'accès aux soins de santé et donner aux patients les outils pour gérer leurs soins et leur état de santé. Le défi consiste à déterminer quelles solutions fonctionnent le mieux et à les déployer dans l'ensemble de la population afin d'établir un système de soins de santé plus accessible et davantage axé sur le patient. Le Dr Brown a décrit brièvement des modèles afin que les innovateurs aident à diffuser la technologie dans l'ensemble du système de soins de santé.

Le Réseau Télémédecine Ontario contribue à cet effort par le biais d'applications et de services comme le service eConsultation, lequel dispose de spécialistes qui répondent, par voie électronique, aux questions médicales des médecins généralistes dans un délai de quelques jours, le portail OTNhub, par l'intermédiaire duquel plus de 25 000 praticiens des soins de santé offrent des services de télémédecine, et le Virtual HealthCare Marketplace, lequel jumelle des organisations de soins de santé à des solutions virtuelles en matière de soins de santé. En partie par le biais de services comme ceux-ci, le Réseau Télémédecine Ontario a facilité près de 328 000 événements sur les dépendances et la santé mentale en 2015-2016, représentant plus de la moitié du nombre total d'événements.

Selon le Dr Brown, puisque les outils de cybersanté permettent des processus nouveaux et perturbateurs, il est essentiel de d'abord comprendre ce qu'ils peuvent faire, et ensuite d'imaginer de nouveaux processus et de les intégrer assidûment dans le système. Il a cité deux programmes de l'OTN. Le premier, le programme de télésoins à domicile OTN, est un modèle de gestion des maladies chroniques pour les personnes souffrant d'une insuffisance cardiaque ou d'une maladie pulmonaire obstructive chronique qui a été efficacement appuyé par une surveillance et un encadrement à distance. Le deuxième, un projet pilote qui est actuellement en cours de lancement au sein du système public, est un système qui donne aux patients accès aux conseils d'un médecin le jour même sans avoir à se présenter au cabinet. Le défi consiste à cerner le meilleur de ces nouveaux modèles de soins et la façon de le déployer.

La question de la déployabilité est liée aux questions concernant l'accès, qui est souvent limité par la disponibilité des spécialistes, la géographie et les coûts. Des exemples comme le service de santé mentale en ligne du Royaume-Uni, Big White Wall, démontrent comment l'accès peut être élargi.



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

BIG WHITE WALL (ROYAUME-UNI/CANADA)

bigwhitewall.com

Les patients qui attendent de consulter un fournisseur de soins de santé peuvent s'inscrire sur le site du service Big White Wall, lequel les mettra en relation avec une communauté virtuelle anonyme de personnes qui vivent la même chose. Ce service peut atténuer le sentiment d'isolement qui accompagne souvent les problèmes associés à la santé mentale. Des thérapeutes formés dirigent des groupes de discussion et surveillent la communauté pour s'assurer que les participants sont en sécurité. Big White Wall a été introduit en Ontario grâce à un projet pilote de l'OTN.

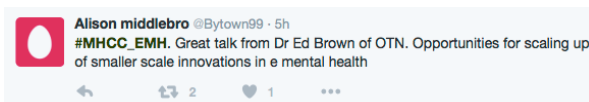
Les raisons pour lesquelles les fournisseurs de soins de santé ont tardé à adopter ces types de solutions peuvent être nombreuses : manque de sensibilisation, incertitude quant à leur crédibilité, hésitation à changer, et manque de soutien des modèles opérationnels actuels. Cependant, les modèles de soins reposant sur la technologie pourraient faire évoluer le rôle des cliniciens et la façon dont ils voient les patients et demeurent en relation avec eux à la suite de la consultation. Ils pourraient favoriser l'utilisation d'applications de « prescription » et d'outils en ligne ainsi que la communication avec les patients après leur sortie, sans oublier le travail d'équipe. Les réseaux sociaux en ligne pourraient même devenir un aspect standard des soins.

PRACTICAL APPS (CANADA)

practicalapps.ca

Plus de 165 000 applications mobiles liées à la santé étant disponibles, il est difficile de déterminer lesquelles sont efficaces et sécuritaires pour les patients. Le service Practical Apps, une initiative conjointe entre l'OTN et le Women's College Hospital Institute for Health System Solutions and Virtual Care (WIHV), offre des critiques sur les applications mobiles liées à la santé formulées par des cliniciens, lesquelles pourraient inclure des applications visant à atténuer les problèmes associés à la santé mentale.

Il existe de nombreuses questions auxquelles il faut répondre au sujet des technologies de cybersanté mentale. Le Dr Brown a d'ailleurs posé une question aux participants : « Quelles sont les difficultés que nous pouvons résoudre et les solutions que nous pouvons déployer dès maintenant? »



FAITS SAILLANTS DE LA FOIRE AUX QUESTIONS

Y a-t-il des obstacles propres au Canada qui expliquent le déploiement relativement lent des services de télémédecine?

Selon le Dr Brown, d'une perspective mondiale, le Canada n'accuse pas un retard important. L'Ontario est reconnue comme un chef de file mondial dans la vidéoconférence rurale traditionnelle, même si la province adopte moins rapidement de nouveaux modèles de soins. Le service national de la santé du Royaume-Uni et les innovations réalisées aux États-Unis nous en apprennent beaucoup.

Le secteur public devrait-il créer de nouveaux outils ou miser sur ce que le secteur privé a déjà conçu?

Selon le Dr Brown, le secteur public devrait créer le moins d'outils possible. Nous devons miser sur ce qui se fait déjà. Il est difficile pour le gouvernement de choisir des gagnants tout en favorisant l'innovation par l'interopérabilité.

De quoi avons-nous besoin pour faire avancer le programme de la cybersanté mentale au Canada?

Nous avons besoin d'un modèle pour l'appuyer. Aussi, le système ne fonctionne pas sur le plan financier. Par exemple, une solution liée aux soins transitoires qui réduit les taux de réadmission ne permettra pas aux hôpitaux d'économiser de l'argent puisqu'il y aura toujours de nouveaux patients pour occuper les lits. Le fait de payer les médecins en fonction de la valeur et des résultats et non pas en fonction du service ferait une différence.

PRÉFÉRENCES DES UTILISATEURS ET BESOINS DU SYSTÈME : Perspectives et leçons retenues pour faire avancer la cybersanté mentale

EXPERTS

Fraser Ratchford

Directeur des programmes collectifs, Santé grand public et Innovations, Inforoute Santé du Canada

John Dick

Président du conseil des patients, Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences

Patricia Lingley-Pottie

Présidente-directrice générale, Strongest Families Institute

Que veulent les Canadiens en matière de services de cybersanté mentale? À quoi ressemblent ces services? Comment les fournisseurs peuvent-ils s'assurer que des projets pilotes sont déployés à grande échelle afin d'offrir une portée élargie et un accès accru aux soins? Ce sont là certaines des questions clés qui ont été soulevées par le groupe de présentateurs de la table ronde de la matinée.

SOINS DE SANTÉ DIRIGÉS PAR LA POPULATION

Selon les recherches de l'Inforoute Santé du Canada, les Canadiens ont des préférences et des attentes claires en matière de cybersanté. Ils veulent :

1. avoir accès à leurs renseignements personnels en ligne;

2. être en mesure de renouveler des ordonnances en ligne;
3. être en mesure de fixer des rendez-vous en ligne;
4. disposer de moyens pour communiquer avec des équipes de soins de santé en ligne.

Fraser Ratchford d'Inforoute Santé du Canada a donné quelques exemples concrets de ces éléments. Il a mentionné des projets qui ont été réalisés dans l'ensemble du pays, comme des initiatives de réservation qui permettent aux clients de prendre des rendez-vous en ligne, la mobilisation de personnel qui peut accorder plus d'attention aux personnes qui en ont le plus besoin, le modèle de « visite virtuelle » mis à l'essai lors d'une étude réalisée en Colombie-Britannique qui a accru la satisfaction des patients en éliminant les déplacements et les frais des stationnement ainsi que le portail des patients de l'hôpital Ontario Shores qui leur donne accès à leurs renseignements personnels sur leur santé, en plus de réduire le temps que les fournisseurs de soins consacrent à la recherche de dossiers médicaux.

Même si certains affirment que les Canadiens ne sont pas prêts pour la cybersanté, l'Inforoute Santé du Canada a déterminé que 96 % des citoyens estiment qu'il est important pour le système de soins de santé d'utiliser des outils numériques, que 86 % disent que les technologies numériques facilitent l'accès à l'information, et que 9 % d'entre eux disent que les dossiers médicaux devraient être conservés de façon électronique pour en faciliter le partage. Étonnamment, 70 % des personnes interrogées ont dit qu'elles n'étaient présentement pas confiantes que les fournisseurs de soins de santé partagent des renseignements pour avoir une vision d'ensemble de leur santé.

Alors que la vie privée et la sécurité sont des facteurs réels, Fraser Ratchford affirme que les préoccupations des personnes interrogées à ce sujet l'emportaient sur leur désir d'accéder à des renseignements en ligne. Au bout du compte, le désir de trouver des solutions numériques et d'avoir un meilleur contrôle sur leur santé (et des renseignements sur la santé) constitue un mouvement au-delà même de la notion actuelle des soins axés sur les patients vers des « soins de santé dirigés par la population ». Il s'agit d'une notion déjà bien connue dans le milieu de la santé mentale selon laquelle « rien de ce qui me concerne ne doit être fait sans me consulter ».

METTRE LA THÉORIE EN PRATIQUE

John Dick a parlé de deux projets de cybersanté mentale réalisés à l'Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences. Le premier, l'Ontario Shores HealthCheck, est un portail Internet sécuritaire, privé et confidentiel qui aide les patients à gérer leurs renseignements sur leur santé à l'aide de leurs appareils numériques ou de ceux fournis par leur hôpital.

Offert à tous les patients de 16 ans et plus, HealthCheck permet notamment aux utilisateurs de prendre connaissance des rapports, de fixer des rendez-vous, de faire le suivi de leurs visites, d'envoyer des messages à leurs équipes de soins, d'obtenir des explications sur les médicaments et de renouveler leurs ordonnances. Les membres de la famille et les autres personnes qui prennent des décisions peuvent également avoir accès à ce portail avec la permission du patient.

Dans le cadre de la deuxième initiative de cybersanté mentale d'Ontario Shores, des iPad et une application mobile ont été remis à quatre unités de patients pour accéder à des soins personnalisés. L'application allie des fonctions de communication, des ressources hospitalières et des outils d'apprentissage individuel afin que les patients puissent garder le contact avec leur plan de soins entre les rendez-vous et accéder à des ressources en ligne pour obtenir du soutien et des renseignements. Le but est d'accroître l'efficacité et de donner plus de place aux patients dans leurs propres soins.

Les patients qui participent au projet pilote représentent une coupe transversale complète de personnes aux prises avec des problèmes associés à la santé mentale : les jeunes en transition, les personnes ayant des troubles alimentaires, les patients recevant des services psychologiques gériatriques, etc.

John Dick a conclu son exposé par la question suivante : si, comme le secteur de la santé mentale le dit depuis des années, chaque porte devait être la bonne porte en ce qui concerne l'accès aux soins, la cybersanté mentale ne serait-elle pas la plus grande porte? Elle offre de nouvelles façons d'accéder aux services, élargit la portée des fournisseurs de soins, et offre une voie privée vers des soins qui aide à atténuer l'impact de la stigmatisation.

ÉTUDE DE LA DÉPLOYABILITÉ

Patricia Lingley-Pottie, Ph. D., a conclu la séance de la matinée par un aperçu du SFI et de son approche de la prestation de services. Le service téléphonique de soins à distance du SFI permet depuis longtemps de réduire les temps d'attente, d'éviter la stigmatisation et de rejoindre des patients dispersés sur le plan géographique. Grâce à une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada, le SFI a misé sur sa propre expérience de la prestation de soins à distance pour concevoir le logiciel IRIS (Intelligent Research and Intervention Software), lequel simplifie le flux de travail et la gestion de la charge de travail et en assure l'efficacité. La version 4.0 d'IRIS automatise désormais les tâches clés, applique les procédures opérationnelles normalisées, produit de la correspondance, en plus d'aviser le SFI et de l'aider suivre les progrès des patients et de leur état de santé. Cela assure une plus grande responsabilisation et des soins de meilleure qualité.

L'un des objectifs d'IRIS est d'aider les membres du personnel à se concentrer sur les activités offrant la plus grande valeur plutôt que sur les processus manuels des fonctions administratives courantes. Par exemple, il peut produire un sommaire de deux pages sur le programme d'intervention du SFI de 17 semaines pour une personnalisation rapide afin d'accélérer la communication avec les familles qui utilisent ses services. Selon Patricia Lingley-Pottie, grâce à la mise en œuvre du logiciel IRIS, le SFI peut maintenant répondre rapidement et en détail aux demandes de renseignements des intervenants comme les gouvernements provinciaux, même si le rapport exige une certaine personnalisation.

Le SFI utilise la solution pour s'assurer qu'il atteint ses objectifs de rendement (p. ex. temps de rappel, durée de l'intervention) et que les conseillers qui interagissent avec les familles reçoivent des notes acceptables de la part des clients.

Patricia Lingley-Pottie a fait remarquer que la déployabilité est essentielle à toute solution de cybersanté et de cybersanté mentale. Misant sur la propre expérience du SFI dans l'élargissement d'un laboratoire indépendant à but non lucratif au Centre for Research in Family Health de la Nouvelle-Écosse, passant de 700 clients et de 16 membres du personnel à plus de 3 000 clients et 42 employés, M^{me} Lingley-Pottie a cerné quelques facteurs essentiels pour un déploiement réussi : comprendre le contexte dans lequel les services sont offerts, anticiper les obstacles, prévoir la correction des lacunes et utiliser les données relatives à la satisfaction des clients pour répondre aux besoins des utilisateurs. Elle a indiqué que le manque de financement et de sensibilisation à l'égard des innovations qui fonctionnent constituaient des obstacles et a incité les participants à songer à la façon dont les solutions novatrices peuvent être déployées à plus grande échelle.



FAITS SAILLANTS DE LA FOIRE AUX QUESTIONS

Serait-il avantageux d'appliquer le processus du SFI au Réseau Télémédecine Ontario?

Patricia Lingley-Pottie affirme que le modèle du SFI pourrait être appliqué au Réseau Télémédecine Ontario. Le SFI, qui offre déjà des services en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve-et-Labrador, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Alberta et dans certaines parties de l'Ontario, ainsi qu'à l'échelle nationale pour les familles militaires, intéresse grandement la Nouvelle-Zélande et l'Australie.

Comment pouvons-nous mobiliser les personnes aux prises avec la maladie mentale et les utilisateurs dans la mise en œuvre de ces programmes et approches pour nous assurer qu'ils sont dirigés par la population?

Les experts ont souligné l'importance de mobiliser les utilisateurs dès le départ plutôt que d'élaborer des solutions et de dire « Voici! ». L'Anishnawbe Health Centre de Toronto est un exemple de la façon dont la créativité peut provenir d'endroits inattendus lorsque les bonnes personnes sont mobilisées. Dans ce centre, les conseillers sont formés en psychothérapie occidentale et en guérison autochtone traditionnelle et ont proposé des offres en ligne uniques.

Qu'en est-il des techniques visant les groupes de patients mal desservis, et pas seulement les régions mal desservies, pour aider les cliniciens locaux?

Les experts conviennent qu'il faut examiner les groupes spécialisés et les façons de communiquer avec les patients directement. On a noté que le cadre conceptuel du SFI peut être appliqué à tous les types d'états de santé.

Y a-t-il des recommandations à l'intention de la CSMC dans le cadre du soutien du transfert des connaissances?

Lorsque le SFI a été créé, la CSMC l'a beaucoup aidé à gagner du terrain dans l'ensemble du Canada : il a remporté un prix de l'innovation sociale de la CSMC. Il est essentiel d'avoir des champions pour favoriser la sensibilisation.

Si nous apprécions la technologie numérique en matière de soins de santé, comment pouvons-nous rémunérer les médecins pour le temps et les efforts consacrés à l'intégration de cette technologie dans la pratique?

Les experts conviennent que cette question est souvent présentée à la table : les médecins doivent être rémunérés et avoir du temps pour la mise en œuvre.

AVANCEMENT DE LA CYBERSANTÉ MENTALE ET DE LA STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE POUR LE CANADA

PRÉSENTATRICE

Louise Bradley

Présidente-directrice générale, Commission de la santé mentale du Canada

« Si nous n'investissons pas dans cette innovation révolutionnaire, l'accès aux soins en santé mentale demeurera un privilège. Cela ne devrait tout simplement pas être le cas. »

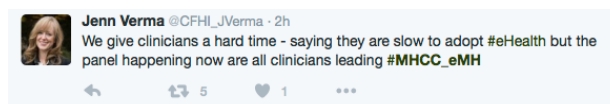
- Louise Bradley, présidente-directrice générale de la Commission de la santé mentale du Canada

Chaque année au Canada, une personne sur cinq éprouve des problèmes de santé mentale. Il est donc essentiel d'accroître la sensibilisation et de réduire la stigmatisation. Selon Louise Bradley, la CSMC et ses pairs incitent de plus en plus de gens à demander de l'aide. Nombreux sont toutefois ceux qui doivent surmonter un autre obstacle : de longs temps d'attente, parfois plus d'une année.

Pour traiter de cette difficulté et faire ressortir l'importance d'investir dans la santé mentale, Louise Bradley explique que la CSMC a présenté une lettre ouverte aux ministres provinciaux et territoriaux, laquelle était cosignée par les présidents-directeurs généraux du Centre de toxicomanie et de santé mentale et de l'Association canadienne pour la santé mentale. Celle-ci demandait que des fonds soient consacrés aux services en santé mentale. Le Canada accuse du retard par rapport aux autres nations : des milliards qui sont dépensés en soins de santé au Canada, seulement environ 7 % sont affectés à la santé mentale. Le Royaume-Uni en accorde près du double, 13 % des dépenses du service national de la santé étant engagées en santé mentale.

Selon Louise Bradley, la cybersanté mentale, qu'elle a appelée « la prochaine tendance » au Canada, représente une occasion de combler l'écart en améliorant le traitement et l'accès à une intervention précoce. Ce n'est pas seulement que la technologie est pratique et accessible : elle est souvent aussi efficace qu'une thérapie en face à face pour les maladies et les problèmes de santé mentale légers à modérés, libérant du coup le système pour les cas plus complexes.

Elle soutient par ailleurs qu'il reste encore beaucoup à apprendre et qu'il existe des occasions extraordinaires d'améliorer la vie des personnes aux prises avec des maladies ou des problèmes associés à la santé mentale.



SOUS LES PROJECTEURS : DES PRATIQUES PROMETTEUSES EN CYBERSANTÉ MENTALE

Le groupe d'experts de l'après-midi a traité des façons dont les fournisseurs de soins de santé mentale peuvent miser sur la technologie, citant des réussites et quelques mises en garde.

EXPERTS

Dr Simon Hatcher

Vice-président de la recherche, Royal Ottawa

Dr David Gratzer

Psychiatre et médecin traitant, Services de santé mentale aux patients hospitalisés, Hôpital de Scarborough

Faiza Khalid-Khan

Directrice des soins aux patients, Services de santé mentale, Hôpital de Scarborough

Shalini Lal, Ph. D.

Chercheuse associée, Institut universitaire en santé mentale Douglas

CYBERTHÉRAPIE : STRATÉGIE ET EXÉCUTION

Le Dr Simon Hatcher a défendu le réalisme de l'approche de la cybersanté mentale. Il a commencé par parler d'un projet réalisé en Nouvelle-Zélande visant à automatiser les tests des fonctions cognitives dans un hôpital général. Alors que la technologie développée offre un énorme potentiel en matière d'économie de temps et d'amélioration des soins aux patients, elle n'a jamais été mise en œuvre en raison d'un manque de ressources budgétaires, d'une gouvernance peu claire, d'un processus évolutif non défini et d'obstacles pratiques comme des questions d'espace.

Même si la technologie est séduisante, les preuves de son efficacité et de son rapport coût-efficacité sont rares. De récents examens systématiques, par exemple, ont montré que la télésanté n'est pas économique et qu'elle aide principalement les patients souffrant de troubles légers dont la santé se serait améliorée d'elle-même. Aussi, les personnes qui pourraient avoir le plus besoin des technologies de cybersanté sont souvent celles qui y ont le moins accès, comme les sans-abri dans les refuges. En Ontario, 1 domicile sur 7 n'a pas d'accès Internet, un chiffre qui grimpe à 40 % pour les foyers dont les revenus annuels sont inférieurs à 30 000 \$.

Cela ne signifie pas que la technologie n'a pas d'utilité dans le cadre des soins de santé mentale. Le Dr Hatcher participe présentement à un projet pilote en cybersanté mentale touchant les hommes d'âge moyen qui ont récemment fait une tentative de suicide. Les participants peuvent avoir accès à une thérapie en face à face par le biais de leurs téléphones intelligents, programmer des points d'accès à l'aide des technologies GPS pour éviter les endroits qui représentent des risques, et demander de l'aide en appuyant simplement sur un bouton. La

solution comprend également un tableau de bord des cliniciens pour examiner la façon dont les gens utilisent l'application.

Selon le Dr Hatcher, il existe des preuves raisonnablement solides voulant que les thérapies informatisées soient aussi efficaces que celles offertes par les humains. Toutefois, l'élaboration de ces thérapies nécessite la mobilisation des utilisateurs, y compris les cliniciens, à toutes les étapes. Le succès dépend non seulement de la technologie elle-même, mais aussi d'une budgétisation suffisante, du financement du temps des cliniciens et de l'examen des questions de vie privée, de sécurité et de gestion des situations à haut risque. Les solutions doivent également être à l'épreuve du temps, ce qui signifie qu'elles doivent non seulement être évolutives, mais également évoluer au fil du temps plutôt que de tomber dans l'obsolescence.

Le Dr Hatcher a terminé par une récapitulation : l'introduction de la technologie n'est pas simple. De nouvelles façons d'offrir des traitements doivent être encouragées (suggérant ainsi un rôle possible pour la CSMC), et les rôles des cliniciens dans le cadre du processus doivent être compris d'abord et avant tout.

À LA POURSUITE DE LA DURABILITÉ

Le Dr David Gratzer de l'Hôpital de Scarborough a parlé de la solution cognitivo-comportementale assistée par Internet (SCCAI) de l'institution, un système disponible sur Internet pour offrir une thérapie cognitivo-comportementale. Il a raconté l'histoire d'une patiente, Ashley, dont les problèmes d'anxiété et de dépression ont compliqué l'accès aux services puisqu'elle trouvait souvent difficile de sortir de la maison. La SCCAI lui a permis de recevoir des soins à la maison et dans les six mois qui ont suivi son utilisation, elle était en cours de rétablissement.

Le Dr Gratzer a indiqué que la SCCAI n'était pas qu'une application ou un site. Il s'agit d'un programme guidé par un thérapeute offert par des travailleurs sociaux à l'aide de différents moyens, notamment le téléphone et le courriel, d'une bibliothèque d'applications en ligne sur la thérapie cognitivo-comportementale, des techniques de conscientisation et d'autres mesures de renforcement. Il a admis que la première version 1.0 avait échoué : 90 % des personnes ont abandonné en raison d'une règle énonçant que les participants ne pouvaient plus poursuivre le programme s'ils rataient trois séances. L'hôpital a restructuré la solution selon les commentaires des utilisateurs afin de la rendre plus flexible et simple et déterminé que la version 2.0 était efficace pour les personnes ayant différents besoins, enregistrant ainsi un taux d'abandon inférieur à celui d'un traitement interne.

Étant donné la grande taille du Canada et la dispersion de la population, et en raison de la diversité des cultures et des langues, les solutions de cybersanté mentale comme la SCCAI

peuvent combler les fossés, ce qu'un thérapeute individuel ne peut pas faire, offrant ainsi des soins normalisés qui sont personnalisés selon les besoins afin d'accroître leur efficacité.

La collègue du Dr Gratzler, Faiza Khalid-Khan, a ensuite parlé du déploiement de la SCCAI de la perspective de l'administration hospitalière. Elle a reconnu certains des obstacles rencontrés : les cliniciens qui utilisent encore des téléavertisseurs et des télécopieurs; un méga-hôpital de 100 lits en psychiatrie qui traite 500 aiguillages de patients externes par mois; une communauté composée principalement de clients immigrants de faible statut socioéconomique, dont de nombreux membres ne peuvent pas manquer le travail pour suivre une thérapie; et des patients présentant des symptômes généralement modérés à graves.

« Il est facile d'avoir des idées. Il est difficile de les mettre en œuvre. Il est encore plus difficile de les maintenir. »

- Faiza Khalid-Khan, Hôpital de Scarborough

Selon Faiza Khalid-Khan, le plus difficile était d'obtenir l'engagement des thérapeutes. Il a fallu un peu de temps, mais aujourd'hui, l'hôpital offre à tous les nouveaux thérapeutes une formation cognitivo-comportementale classique et sur Internet et a établi un partenariat avec l'Université de Toronto pour former de nouveaux praticiens sur l'outil, créant ainsi un bassin de talents. L'Hôpital de Scarborough envisage maintenant la version 3.0 de la SCCAI, qui est davantage un centre de cyberthérapie.

OFFRIR UN LIEN PLUS DIRECT AVEC LES SOINS

PRISM (la voie vers une autoréférence rapide sur Internet à des services de santé mentale) est un projet quadriennal du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal qui vise à élaborer, à mettre en œuvre et à évaluer une solution d'autoréférence intégrée en ligne pour aider les jeunes âgés de 11 à 25 ans à accéder rapidement à des services de santé mentale.

Shalini Lal a expliqué que 75 % des problèmes associés à la santé mentale apparaissent d'abord à l'adolescence et au début de l'âge adulte, mais la même proportion, soit 75 %, de jeunes qui nécessitent des soins n'ont pas un accès direct et rapide à des soins appropriés, et ceux faisant partie des populations marginalisées sont encore plus difficiles à atteindre.

Parallèlement, il y a un fossé entre les jeunes et le système de santé lui-même : les jeunes préfèrent obtenir de l'aide à leur façon alors que le système exige l'aiguillage de professionnels. Les options comme Jeunesse, J'écoute se sont avérées efficaces pour les situations de crise : bien que ces solutions soient intéressantes, bon nombre de jeunes préféreraient attendre

d'utiliser le service de clavardage en direct que Jeunesse, J'écoute a créé que de parler au téléphone, attendant en ligne parfois jusqu'à 45 minutes pour le service de clavardage.

Cette situation révèle deux choses : d'abord que les jeunes ressentent beaucoup d'appréhension quant à la recherche d'aide, et ensuite que la technologie est inhérente à la façon dont ils sont enclins à chercher de l'aide. Selon Shalini Lal, les jeunes d'aujourd'hui sont des « techno sapiens ».

Le projet PRISM est conçu pour aider à combler l'écart entre le contact initial d'un jeune pour obtenir du soutien et la transition vers des soins appropriés, reliant les utilisateurs directement avec des services de santé mentale. Son système en ligne en trois parties comprend un processus d'aiguillage initial, un système de gestion de l'aiguillage qui aide les fournisseurs de services à gérer les aiguillages et à en faire le suivi, ainsi qu'une plateforme de communications sécuritaire qui garantit la confidentialité tout en permettant aux utilisateurs d'indiquer de quelle façon ils veulent être contactés.

La solution sera mise en œuvre dans six sites ACCESS Esprits ouverts dans l'ensemble du Canada : au Québec, en Alberta, en Ontario et en Nouvelle-Écosse, ainsi que dans différents milieux urbains, semi-ruraux et ruraux. Selon Shalini Lal, l'équipe de projet prévoit que le plus grand défi concernera la durabilité postérieure au projet, soit dans quelle mesure les plus petits sites assureront la continuité du service et la façon de l'intégrer notamment à d'autres plateformes de collecte de données.

Elle a indiqué que le système de santé actuel fragmente les populations, et la façon dont les technologies de la santé sont créées fait la même chose. Si nous voulons vraiment assurer la continuité des soins, l'idéal devrait être la création d'une plateforme unique à laquelle tous ont accès.

FAITS SAILLANTS DE LA FOIRE AUX QUESTIONS

Comment les organisations peuvent-elles surmonter l'hésitation des fournisseurs de soins de santé à adopter les technologies de la cybersanté mentale?

Selon le Dr Hatcher, l'apprentissage de nouveaux outils a augmenté le temps non rémunéré des médecins dans un système qui les paye à la minute, créant ainsi un obstacle à l'adoption.

D'après le Dr Gratzner, le soutien du gouvernement constitue, d'une certaine façon, son propre élément de preuve : la preuve ne se trouve pas que dans les documents publiés. Les services doivent être disponibles. Faiza Khalid-Khan a admis que des membres du personnel ont quitté l'Hôpital de Scarborough puisque l'adoption du cadre de la SCCAI n'était pas ce à quoi ils s'étaient engagés. Maintenant, l'hôpital recrute des personnes qui respectent pleinement l'approche.

La déployabilité et l'assurance de la qualité sont importantes : les traitements deviennent vagues et parfois « dilués » puisqu'il n'existe aucune norme et que tout un chacun pense qu'il peut les appliquer.

Selon Faiza Khalid-Khan, les cas légers se prêtent particulièrement bien à l'encadrement et au soutien par les pairs, mais les cas modérés et graves nécessitent les services de psychologues et de psychiatres. La SCCAI comprend une supervision hebdomadaire assurée par des praticiens. Selon le Dr Hatcher, les ordinateurs ont un avantage : ils offrent un traitement de façon constante. Toutefois, des conseillers sont nécessaires pour guider les participants tout au long du programme. L'assurance de la qualité et la norme sont intégrées dans l'ordinateur, lequel fonctionne essentiellement comme le conseiller des conseillers. Selon le Dr Hatcher, le Canada pourrait concevoir des thérapies provinciales ou nationales assistées par ordinateur pour les maladies mentales et des manuels pour les conseillers.

Pour le projet pilote touchant les hommes d'âge moyen qui ont fait une tentative de suicide, comment peut-on résoudre la tension entre les données produites et la protection de la vie privée?

Le Dr Hatcher a expliqué que les participants n'ont pas à utiliser leurs vrais noms et que les renseignements stockés respectent les règlements (qui sont peu nombreux) en matière de protection de la vie privée.

DES IDÉES À LA MISE EN ŒUVRE

Un dialogue portant sur trois questions a été animé au cours de la dernière séance de la journée.

1. Quels sont les obstacles ou les défis et les facteurs de facilitation relativement à la mise en œuvre de la cybersanté mentale?
2. Parmi les obstacles ou défis cernés, quelles sont les trois principales priorités dont il faut traiter?
3. Qui doit participer au soutien ou à la facilitation de la mise en œuvre de la cybersanté mentale?

Les participants ont été divisés en six groupes et ont présenté les réponses de leur table respective à chaque question. Un résumé des réponses données par chaque table dans le cadre de l'activité de groupe est présenté ci-après. En général, les participants semblaient d'accord avec les réflexions des autres, et en faisaient souvent l'écho, suggérant un certain consensus clair concernant les obstacles, les catalyseurs et les personnes clés qui doivent être inclus dans la mise en œuvre de la cybersanté mentale.

QUESTION 1

Quels sont les obstacles ou les défis et les facteurs de facilitation relativement à la mise en œuvre de la cybersanté mentale?

OBSTACLES	FACTEURS DE FACILITATION
<ul style="list-style-type: none"> • Faible statut socioéconomique • Gouvernance (déterminer qui dirigera (p. ex. hôpital, collectivité)) • Besoin d'un nouveau modèle de financement pour rendre les services de cybersanté mentale viables et couvrir le temps pendant lequel le médecin apprend à utiliser les nouveaux outils • Résistance au changement, manque d'engagement de la part des cliniciens • Craintes concernant la sécurité • Inquiétudes relatives à la vie privée et à la sécurité • Nombreuses options, aucune norme de mesure • Aucune responsabilisation pour les résultats sur la santé à l'échelle de la population (aucune mesure d'incitation) • Besoin d'intégration avec les autres services • Définir la propriété des données sur la santé (au bout du compte, elles n'appartiennent pas à la personne; des normes pourraient-elles être adoptées pour s'assurer qu'elles sont partagées et mesurées?) 	<ul style="list-style-type: none"> • Argent • Modèle de rétablissement (les besoins et les choix des personnes aux prises avec une maladie mentale et les utilisateurs sont importants) • Gouvernance (bon leadership, volonté d'investir) • Traitement individualisé • Idée de co-conception (avec les personnes aux prises avec une maladie mentale et les utilisateurs, la collectivité)

QUESTION 2

Parmi les obstacles ou défis cernés, quelles sont les trois principales priorités dont il faut traiter?

Alors que chaque table a été invitée à présenter trois obstacles ou défis, le groupe a dressé collectivement une liste plus longue. Les réponses présentées ici sont dans l'ordre où elles ont été mentionnées, les suggestions en double ayant été omises (bien que dans plusieurs cas, les participants aient indépendamment suggéré les mêmes priorités) :

- obtenir l'engagement des cliniciens;
- intégrer les services et les plateformes;

- élaborer des stratégies provinciales générales;
- modifier le modèle de financement (p. ex. paiements regroupés, financement fondé sur la population, financement social);
- assurer la responsabilisation quant à l'évaluation des craintes relatives aux risques potentiels;
- examiner les résultats et le respect du traitement. (Présentement, nous ne mesurons pas ce que nous faisons et la mesure dans laquelle nous le faisons bien. Nous ne savons donc pas ce qu'il faut faire quant à la mise en œuvre des programmes.)

QUESTION 3

Qui doit participer au soutien ou à la facilitation de la mise en œuvre de la cybersanté mentale?

Cette question a produit des réponses larges et globales. Selon les participants à l'une des tables, la question devrait plutôt être « qui ne doit pas participer ». Un groupe de participants a dit qu'il est parfois difficile de déterminer qui devrait diriger des étapes données d'un projet puisque les solutions technologiques sont souvent guidées selon la perspective de la technologie de l'information, bien que bon nombre d'autres facteurs doivent être considérés.

Les principaux défenseurs mentionnés sont les suivants.

- **Personnes ayant une maladie mentale et utilisateurs** – Les personnes ayant une connaissance de première main des questions et des services de soins de santé mentale doivent déterminer conjointement comment la cybersanté mentale devrait être intégrée dans le système de soins de santé du Canada.
- **Praticiens** – Ils doivent parler des services aux patients ou clients (certains ne le font pas puisqu'ils n'approuvent pas le concept).
- **Experts** – Les bonnes personnes doivent poser les bonnes questions à tous les niveaux dans le monde entier.
- **Partenaires** – Partenaires locaux et organisations comme la CSMC et le Réseau Télémédecine Ontario pour traduire les idées en innovations à l'échelle locale.

- **Organismes de protection de la vie privée** – Traiter des questions de protection de la vie privée et des autres questions de sécurité (Association canadienne de protection médicale).
- **Syndicats** – Bien qu'ils soient souvent écartés, les syndicats sont une force puissante qu'il ne faut pas sous-estimer, surtout lorsque la technologie soulève des craintes quant à la perte d'emplois.

Établissements d'enseignement et organismes qui les régissent – Il peut s'agir d'importants leviers pour inciter les cliniciens à changer leur pratique.

QUELLES QUESTIONS DEMEURENT?

À la suite du dialogue animé, du temps a été alloué aux participants afin qu'ils répondent à la question « Quelles questions clés demeurent ou doivent être résolues pour aller de l'avant en matière de cybersanté mentale? » dans le but de guider la discussion lors des futures tables rondes. Les réponses communes incluaient la façon :

- de déterminer quelles solutions devraient être déployées;
- de déployer les solutions efficaces existantes;
- d'éviter le dédoublement d'efforts;
- de créer un modèle de financement qui appuie toute la population;
- d'accroître l'engagement du gouvernement et des cliniciens;
- de diffuser les données probantes voulant que la cybersanté mentale fonctionne;
- d'évaluer les inquiétudes en matière de vie privée et de sécurité et de les résoudre;
- de rejoindre les personnes pauvres et les autres populations à risque ou vulnérables;
- d'élaborer des normes et des pratiques exemplaires et, une fois élaborées, de les maintenir.

(Voir l'annexe E pour l'ensemble complet de réponses.)

CONCLUSION ET PROCHAINES ÉTAPES

REMARQUES

MaryAnn Notarianni

Gestionnaire de la cybersanté mentale, Commission de la santé mentale du Canada

MaryAnn Notarianni a conclu la rencontre en réaffirmant l'engagement de la CSMC à l'égard de l'avancement de la cybersanté mentale en collaborant avec les intervenants et les autres organisations. Elle a également demandé aux personnes qui désirent poursuivre cette voie avec la CSMC de communiquer avec cette dernière.

Avant de remercier les participants d'avoir assisté à l'événement et offert leurs points de vue, elle a réitéré que l'événement était le premier de la plus récente série de tables rondes sur la cybersanté mentale de la CSMC et qu'un rapport pour chaque table ronde sera disponible prochainement.



ANNEXE A : Coup d'œil sur la rencontre

Heure	Point	Intervenant
8 h 30 à 9 h	<i>Inscription et petit déjeuner</i>	
9 h à 9 h 15	Ouverture	Aîné Paul Skanks
9 h 15 à 9 h 30	Bienvenue et mot d'ouverture	MaryAnn Notarianni , gestionnaire de la cybersanté mentale, Commission de la santé mentale du Canada
9 h 30 à 10 h 20	Discours liminaire et foire aux questions	Dr Ed Brown, président-directeur général, Réseau Télémédecine Ontario
10 h 20 à 10 h 40	<i>Pause-santé</i>	
10 h 40 à 12 h	Préférences des utilisateurs et besoins du système : Perspectives et leçons apprises pour faire avancer la cybersanté mentale : discussion de groupe avec modérateur	Fraser Ratchford, Inforoute Santé du Canada John Dick, Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences Patricia Lingley-Pottie, Strongest Families Institute
12 h à 12 h 45	<i>Déjeuner et réseautage</i>	
13 h à 13 h 10	Avancement de la cybersanté mentale et de la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada	Louise Bradley, présidente-directrice générale de la CSMC
13 h 10 à 14 h 20	Sous les projecteurs : Pratiques prometteuses en cybersanté mentale – Discussion de groupe avec modérateur	Dr Simon Hatcher, The Royal Ottawa et Université d'Ottawa Dr David Gratzner et Faiza Khalid-Khan, Hôpital de Scarborough Shalini Lal, Université de Montréal, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, et Institut universitaire en santé mentale Douglas
14 h 20 à 14 h 40	<i>Pause-santé</i>	
14 h 40 à 15 h 45	Des idées à la mise en œuvre : dialogue animé	Animé par le personnel de la CSMC



Heure	Point	Intervenant
15 h 45 à 16 h	Prochaines étapes et conclusion	MaryAnn Notarianni , gestionnaire de la cybersanté mentale, Commission de la santé mentale du Canada

ANNEXE B : Liste des participants

PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	TITRE	ORGANISATION
Dre Susan	Abbey	Psychiatre en chef, Centre pour la santé mentale	Réseau universitaire de santé
Aaron	Bond	Directeur, Services spécialisés du Northern Interior	Northern Health
Louise	Bradley	Présidente-directrice générale	Commission de la santé mentale du Canada
Glenn	Brimacombe	Président-directeur général	Association des psychiatres du Canada
Dr Edward	Brown	Président-directeur général	Réseau Télémédecine Ontario
Katherine	Chubbs	Vice-présidente	Eastern Health
Lisa	Crawley	Ancienne présidente et coprésidente du comité de l'ACMMSM	Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale
John	Dick	Président du conseil des patients	Ontario Shores Centre For Mental Health Sciences
Jason	Evans	Analyste des politiques	Agence de la santé publique du Canada
Dr Ilan	Fischler	Médecin en chef	Ontario Shores Centre For Mental Health Sciences
Elizabeth	Fisk	Directrice générale	Détresse et crise Ontario
Teresa	Gerner	Coordonnatrice nationale, Relations administratives et gouvernementales	Association canadienne pour la santé mentale – Échelle nationale
Dr David	Gratzer	Psychiatre	Hôpital de Scarborough



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	TITRE	ORGANISATION
Isa	Gros-Louis	Directrice	Santé Canada
Dr Simon	Hatcher	Vice-président de la recherche	The Royal – Santé mentale – Soins et recherche
Sam	Hodder	Directeur de la santé mentale (nord)	Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse
Katie	Hughes	Directrice principale, Opérations	Association canadienne pour la santé mentale (Colombie-Britannique)
Alexia	Jaouich	Directrice, Mise en œuvre et échange des connaissances	Centre de toxicomanie et de santé mentale
Nick	Kates	Président, département de psychiatrie	Université McMaster
Margaret	Kennedy	Vice-présidente	Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux
Faiza	KhalidKhan	Gestionnaire des soins aux patients	Hôpital de Scarborough
Jennifer	Kitts	Directrice, Politique et stratégie	SoinsSantéCAN
Hannah	Kohler	Adjointe administrative	Commission de la santé mentale du Canada
Shalini	Lal	Chercheuse associée	Université de Montréal
Patricia	Lingley-Pottie	Présidente-directrice générale	Strongest Families Institute
Andrea	Lucas	Directrice de la pratique professionnelle	Waypoint Centre de soins de santé mentale
Jane	Luhtasaari	Conseillère des affaires parlementaires	Bureau du sénateur Murray Sinclair
Alison	Middlebro	Responsable, Renseignements cliniques et dossiers médicaux électroniques	The Royal – Santé mentale – Soins et recherche



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	TITRE	ORGANISATION
Lawrence	Murphy	Conseiller	Association canadienne de counseling et de psychothérapie
MaryAnn	Notarianni	Gestionnaire, Cybersanté mentale	Commission de la santé mentale du Canada
Katherine	Parker	Conseillère spéciale	Commission de la santé mentale du Canada
Lynn	Pelletier	Vice-présidente	BC Mental Health & Substance Use Services – Provincial Health Services Authority
Dre Leora	Pinhas	Psychiatre pour enfants et adolescents	National Initiative for Eating Disorders
Fraser	Ratchford	Directeur des programmes collectifs, Santé grand public et innovation	Inforoute Santé du Canada
Megan	Schellenberg	Gestionnaire de programme, Cybersanté mentale	Commission de la santé mentale du Canada
Lynette	Schick	Analyste de la recherche et des politiques	Commission de la santé mentale du Canada
Paul	Skanks	Aîné	Nation Mohawk
Jeannette	Smith	Agente de liaison, Programmes fédéraux, Nunavut et peuples autochtones	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
Chris	Summerville	Président-directeur général et coprésident, ACMMSM	Société canadienne de schizophrénie
Marg	Synyshyn	Directrice de la santé mentale des enfants et des adolescents	Office régional de la santé de Winnipeg
Robyn	Tamblyn	Directrice scientifique	Université McGill
Phil	Upshall	Directeur général national	Société pour les troubles de l'humeur du Canada



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	TITRE	ORGANISATION
Jennifer	Verma	Directrice générale	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
Melissa	Webb	Gestionnaire, Applications	The Royal – Santé mentale – Soins et recherche
Scott	Wolfe	Directeur général	Association canadienne des centres de santé communautaire
Carlos	Yu	Médecin de famille	Collège des médecins de famille du Canada

ANNEXE C : Biographies des présentateurs

ANIMATRICE ET INTERVENANTE

Louise Bradley

Fière Terre-Neuvienne, Louise Bradley a fait ses débuts à Corner Brook, à Terre-Neuve-et-Labrador, à titre d'infirmière autorisée. Elle s'y est découvert une passion pour la santé mentale.

Son travail l'a amenée à occuper diverses fonctions dans le secteur de la santé dans l'ensemble du pays. Que ce soit dans les services infirmiers de première ligne, la médecine judiciaire, les services correctionnels, la recherche, l'enseignement ou l'administration de grands établissements de santé, elle a vu les problèmes de santé mentale sur le terrain et dans les hautes sphères de l'administration.

Elle a été nommée présidente-directrice générale de la CSMC en 2010 après avoir assuré la direction des exploitations de l'hôpital universitaire de l'Alberta, l'un des établissements les plus importants de soins cliniques, de recherche et d'enseignement au Canada.

Diplômée des Universités Dalhousie et Northeastern de Boston, elle est titulaire d'une maîtrise en sciences spécialisée en santé mentale. Elle a également obtenu un diplôme de soins infirmiers psychiatriques après un stage pratique au campus Harlow d'Essex (Angleterre) de l'Université Memorial de Terre-Neuve-et-Labrador.

En juin 2015, le Collège canadien des leaders en santé lui a décerné le [prix d'innovation en matière de leadership en soins de santé](#) pour souligner son travail avec la CSMC dans la promotion des futurs pionniers de la santé mentale. De plus, en juin 2012, elle a reçu la Médaille du jubilé de diamant de la reine Elizabeth II qui soulignait ses contributions remarquables à la santé mentale au Canada.

Au fil de sa carrière, Louise Bradley a rencontré des centaines de personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Elle tire de leurs témoignages l'inspiration nécessaire pour susciter un changement durable en matière de santé mentale au Canada.

CONFÉRENCIER PRINCIPAL

Dr Edward Brown

Le Dr Brown est le fondateur et président-directeur général du Réseau Télémédecine Ontario, l'un des réseaux de télémédecine intégrée les plus importants et les plus actifs dans le monde.

Pionner du domaine de la télémédecine, le Dr Brown a été reconnu à l'échelle nationale et internationale pour sa contribution au secteur. Il a reçu de nombreux prix pour ses travaux, et en 2011, il a été nommé l'un des 25 Canadiens visionnaires par un groupe national d'experts en médias parrainé par le Globe and Mail, CTV et La Presse. En 2016, il a reçu une Médaille du service méritoire par le gouverneur général du Canada pour sa contribution au secteur des soins de santé. Il siège actuellement au conseil d'administration d'OntarioMD et est ancien président et boursier de l'American Telemedicine Association.

Un urgentologue qui a étudié les mathématiques et l'ingénierie avant d'entreprendre sa carrière médicale, le Dr Brown est un ardent défenseur de l'avancement de la télémédecine, qu'il considère comme un outil important permettant d'améliorer l'accès aux soins, la qualité des soins, l'expérience des patients et la viabilité des systèmes de soins de santé.

EXPERTS

Fraser Ratchford

Fraser Ratchford se passionne pour son travail et cherche toujours à améliorer les expériences vécues par les patients et les utilisateurs ainsi que les cliniciens. Il est directeur principal de programmes en santé grand public et innovation chez Inforoute Santé du Canada, où il travaille avec les partenaires de la société pour habilitier les patients en leur donnant un accès numérique sécuritaire à leurs renseignements sur leur santé et à d'autres outils sur la santé à l'intention du public.

Avant d'assumer ce rôle chez Inforoute Santé du Canada, il a occupé de nombreux postes dans le secteur des soins de santé. Au cours des 25 dernières années, il s'est surtout concentré sur la santé numérique, travaillant au gouvernement et dans le milieu hospitalier ainsi qu'en santé publique.

Il détient une maîtrise en sciences de la santé (administration de la santé) de l'Université de Toronto et un baccalauréat spécialisé en mathématiques (programme d'enseignement coopératif), informatique et systèmes d'information de l'Université de Waterloo. Il est également directeur accrédité en santé auprès du Collège canadien des leaders en santé.

John Dick

John Dick est le coordonnateur du conseil des patients du Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores, lequel fournit la perspective de l'utilisateur sur des questions d'ordre systémique et les services offerts au Centre. Il est l'un des membres fondateurs du conseil des patients qui a été établi au Centre en 1993. Il travaille à l'hôpital depuis 10 ans.

Il est un ancien utilisateur du système de santé mentale et conférencier depuis 15 ans dans le cadre du programme Talking about Mental Illness, lequel s'est adressé à plus de 50 000 élèves du secondaire et de l'école publique sur la stigmatisation liée à la maladie mentale et aux dépendances et a offert des ateliers professionnels aux adultes. Il a participé à un documentaire sur la stigmatisation liée à la maladie mentale intitulé Extraordinary People. En novembre 2008, il a reçu le Prix du procureur général de distinction pour les services aux victimes au Queen's Park. En 2012, il a reçu le prix national en santé mentale dans la catégorie partenariat de la part de la CSMC.

Patricia Lingley-Pottie

Patricia Lingley-Pottie est la cofondatrice et présidente-directrice générale du Strongest Families Institute à Halifax, en Nouvelle-Écosse, au Canada. Elle a obtenu son doctorat en philosophie à l'Université Dalhousie, où elle occupe un poste de professeure adjointe au département de psychiatrie, et est scientifique au Centre de soins de santé IWK (tous deux à Halifax, en Nouvelle-Écosse, au Canada). Elle possède 27 années d'expérience en soins infirmiers pédiatriques et une expertise dans les secteurs des méthodes de recherche, du développement à grande échelle et de la réalisation d'essais cliniques aléatoires.

Au cours des 15 dernières années, elle s'est concentrée sur la recherche en psychologie, surtout l'exploitation des avantages de la technologie pour réaliser des interventions à distance accessibles et opportunes fondées sur des données probantes à l'intention des enfants et des familles. Ses recherches portent sur les systèmes de prestation à distance, les résultats en matière de santé, l'alliance thérapeutique à distance, l'expérience du traitement à distance et les obstacles aux soins. Elle a publié 23 articles et éditoriaux. En 2013, elle a été co-récipiendaire du prix principal de l'innovation sociale de la Fondation des Prix Ernest C. Manning. En 2012, le Strongest Families Institute a reçu le prix de l'innovation sociale de la CSMC.

Dr Simon Hatcher

Simon Hatcher est présentement professeur titulaire en psychiatrie à l'Université d'Ottawa. Il y a déménagé à partir d'Auckland en mai 2012. Il a fait des études en psychiatrie au Royaume-Uni, puis a travaillé à Auckland, en Nouvelle-Zélande, pendant 18 ans en tant qu'universitaire en soins cliniques, dirigeant le service de psychiatrie de liaison dans un hôpital général et au département de médecine psychologique à l'Université d'Auckland.

Ses principaux intérêts de recherche incluent le suicide, l'automutilation, les psychothérapies, la psychiatrie dans un milieu hospitalier général et les cyberthérapies. Il a été le chercheur principal dans plusieurs essais de grande envergure pour des interventions non pharmacologiques chez des personnes qui se présentent à l'hôpital pour un problème d'automutilation. Il a offert une contribution clinique au programme John Kirwan Journal (www.depression.org.nz). Présentement, il travaille dans les refuges pour sans-abri du centre-ville d'Ottawa et au service de psychiatrie de liaison de l'Hôpital général d'Ottawa. Il est vice-président de la recherche au département de psychiatrie.

En dehors du travail, il aime faire de la moto, piloter, faire de la randonnée pédestre, pratiquer le kayak, s'adonner à la création littéraire et procéder à la restauration de l'environnement.

Dr David Gratzer

Le Dr David Gratzer est médecin et psychiatre. Il est médecin traitant dans le cadre des services aux patients hospitalisés à l'Hôpital de Scarborough et codirige l'initiative de cyberthérapie. Il est conférencier à l'Université de Toronto et siège au comité de rédaction de la Revue canadienne de psychiatrie. Ses articles, documents et chapitres de livres sur la psychiatrie et la technologie ont été largement publiés, y compris dans le Journal de l'Association médicale canadienne (son article de synthèse sur la SCCAI, le premier du genre au Canada, a paru sur la page couverture du numéro du 1er mars).

Faiza Khalid-Khan

Faiza Khalid-Khan détient un baccalauréat spécialisé en psychologie et en littérature anglaise de l'Université York et une maîtrise en travail social de l'Université de Toronto. Elle a travaillé à l'Hôpital de Scarborough pendant plus de 15 ans, occupant diverses fonctions cliniques comme travailleuse sociale au service de santé mentale, et elle a notamment été membre de l'équipe de crise au service des urgences ainsi qu'au sein d'unités de santé mentale pour les patients hospitalisés. En 2012, elle a occupé un poste de gestion au sein duquel elle a dirigé une équipe afin d'établir un nouveau programme axé sur la pratique fondée sur des données probantes.

Elle occupe présentement le poste de directrice des soins aux patients des services de la santé mentale à l'Hôpital de Scarborough. Ses intérêts incluent l'utilisation de la technologie pour fournir des soins axés sur le patient, surtout l'élaboration et la mise en œuvre de cyberthérapies. Elle dirige présentement un projet afin d'élaborer des cyberthérapies brèves et ciblées pour le programme d'aide aux collectivités en période de crise.

Shalini Lal, Ph. D.

Professeure adjointe à l'École de réadaptation de la faculté de médecine à l'Université de Montréal; scientifique principale au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal; chercheuse associée à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas; et directrice du Youth Mental Health Technology Lab.

Elle a travaillé pendant 10 ans comme fournisseuse de services cliniques et directrice clinique auprès des jeunes et des familles au sein du système de soins de santé mentale dans le cadre de différents rôles, y compris gestionnaire de cas dans la collectivité, ergothérapeute et coordonnatrice des programmes cliniques, avant de poursuivre son doctorat.

Son programme de recherche, appuyé par une bourse salariale pour nouveau chercheur de cinq ans des Instituts de recherche en santé du Canada, vise à examiner l'utilisation de la technologie pour améliorer l'accès et la qualité des services de santé mentale fournis aux jeunes. Elle a aussi précédemment mené des recherches sur l'impact des services sur la résilience des jeunes, le rétablissement et l'engagement en matière de services selon les perspectives des patients et des familles. Elle s'intéresse aux nouvelles technologies, au soutien par les pairs et aux approches fondées sur les arts pour mener des recherches en vue d'améliorer la prestation, et utilise des méthodes combinées et des approches qualitatives et participatives dans le cadre de ses recherches.

Elle participe à des projets de recherche en collaboration avec le Canada, l'Inde et l'Australie. Elle est l'une des chercheuses principales du projet ACCESS Open Minds, un réseau pancanadien qui met en œuvre des services en matière de santé mentale chez les jeunes, et en évalue la transformation, dans plusieurs sites dans l'ensemble du Canada, et agit à titre de chercheuse principale dans le cadre du projet PRISM, financé par les Instituts de recherche en santé du Canada et la Fondation Graham-Boeckh.

ANNEXE D : RESSOURCES EN CYBERSANTÉ MENTALE

Les programmes, les pratiques et les ressources en cybersanté mentale énumérés ci-après ont été fournis par les participants qui ont rempli le sondage préalable à la rencontre.

ORGANISATION	RESSOURCE	LIEN
	Sondage interactif assisté par ordinateur d'évaluation des clients (iCCAS) Ferrari, M., Ahmad, F., Shakya, Y., Ledwos, C., & McKenzie, K. (2016). Computer-assisted client assessment survey for mental health: patient and health provider perspectives. <i>BMC Health Services Research</i> , 16, 516.	ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5035495
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)	Outil Télésanté : Synthèse des preuves (comprend une section sur la télésanté pour la santé mentale)	https://www.cadth.ca/fr/telesante-synthese-des-preuves
ACMTS	Les services de télésanté dans l'évaluation du patient hospitalisé contre son gré au motif de trouble de santé mentale en phase aiguë : efficacité clinique et lignes directrices	https://www.cadth.ca/fr/les-services-de-tele-sante-dans-le-valuation-du-patient-hospitalise-contre-son-gre-au-motif-de-trouble
ACMTS	Les services de télésanté dans le traitement de troubles psychiatriques : efficacité clinique, sûreté et lignes directrices	https://www.cadth.ca/fr/les-services-de-tele-sante-dans-le-traitement-de-troubles-psychiatriques-efficacite-clinique-surete
Association canadienne pour la santé mentale – Colombie-Britannique	Site Web Bounce Back Online	bouncebackonline.ca
Klinic Community Health Centre, Association canadienne pour la prévention du suicide, et Winnipeg Suicide Prevention Network	Application mobile Calm in the storm	calminthestormapp.com



ORGANISATION	RESSOURCE	LIEN
Université McMaster	Programme de formation en ligne en psychothérapie	pther.mcmaster.ca
Ontario Shores Centre For Mental Health Sciences	Portail qui permet aux patients de visualiser leurs rapports, les laboratoires et leurs rendez-vous, d'envoyer des messages à leurs fournisseurs en toute sécurité, et de demander des renouvellements d'ordonnances	ontarioshores.ca
Ontario Shores Centre For Mental Health Sciences	En cours de mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> • Clinique virtuelle de stress traumatique utilisant une application fondée sur des données probantes avec le soutien des cliniciens du Réseau Télémédecine Ontario • Application de mobilisation des patients qui permet à ces derniers de documenter, de remplir des échelles, de faire les efforts nécessaires dans le cadre de la thérapie, de recevoir des rappels liés aux médicaments et aux activités thérapeutiques, et d'obtenir des renseignements qu'ils entrent de façon synchronisée dans les dossiers médicaux électroniques de l'hôpital 	ontarioshores.ca
Palouse Mindfulness	Cours de réduction du stress en ligne fondé sur la conscientisation	palousemindfulness.com
The Royal	Application mobile OSI Connect	theroyal.ca/mental-health-centre/apps/osi-connect
The Royal	Application mobile HealthyMinds	theroyal.ca/mental-health-centre/apps/healthymindsapp
The Royal	Pratique active de la télémédecine dans l'ensemble de l'organisation	theroyal.ca



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

ORGANISATION	RESSOURCE	LIEN
Worldwide Therapy Online Inc.	Site Web de Therapy Online	therapyonline.ca

ANNEXE E : QUESTIONS CLÉS

À la suite du dialogue animé « Des idées à la mise en œuvre », les participants ont eu l'occasion de noter ce qu'ils estimaient être des questions clés qui doivent être résolues pour faire avancer la cybersanté mentale au Canada. Les questions transcrites à partir des notes manuscrites des participants sont présentées ci-après. Il pourrait y avoir des erreurs ou des omissions en raison de l'écriture des participants ou de l'interprétation du transcripteur.

Quelles questions clés demeurent ou doivent être résolues pour faire avancer la cybersanté mentale?

- Comment peut-on déployer à plus grande échelle les programmes efficaces existants?
- Modèles de financement pour tous les fournisseurs de services (codes de frais, etc.) – Que sera le processus et quels seront les avantages?
- Comment pouvons-nous convaincre les gouvernements de s'engager?
- Comment pouvons-nous changer la mentalité de la société (voulant que la cybersanté mentale fonctionne et qu'elle doive être intégrée dans les pratiques en santé mentale)?
- Comment pouvons-nous convaincre les médecins de s'engager?
- Comment les gouvernements fédéraux et provinciaux travailleront-ils ensemble pour faire avancer une stratégie en cybersanté mentale?
- Comment pouvons-nous mobiliser les investissements en cybersanté mentale si les services de soins actifs pour les patients hospitalisés sont éliminés?
- Comment pouvons-nous transformer la conversation sur la vie privée et la confidentialité? Les renseignements appartiennent aux patients, et non aux professionnels.
- Lignes directrices pour passer d'une idée à l'action ou à la mise en œuvre.
- Où se situent les dépendances dans la conversation sur la cybersanté mentale? Collaboration avec le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Rôle pour la conversation nationale avec Agrément Canada.
- Comment pouvons-nous élargir la portée pour atteindre les personnes qui sont le plus à risque ou vulnérables?
- J'aimerais qu'une analyse documentaire soit faite concernant les preuves relatives aux initiatives de cybersanté mentale.
- Une séance d'information sur la protection de la vie privée pour chaque province et territoire serait utile pour nous préparer à la mise en œuvre.
- Occasions d'échanger des connaissances : forums potentiels dans chaque province et territoire pour savoir ce qui se passe dans l'ensemble du pays.

- Comment pouvons-nous appuyer l'adoption d'outils qui se fondent sur des données probantes et obtenir des résultats positifs clairement démontrés tout en empêchant l'utilisation des fonds publics pour les applications, notamment, dont la valeur est discutable?
- Assurer la qualité clinique tout en introduisant des outils novateurs et en maintenant l'utilisation.
- Questions d'équité : Accès aux personnes qui vivent dans la pauvreté, dont le taux est disproportionnellement plus élevé chez les personnes ayant une maladie mentale grave et persistante.
- Quelle est la meilleure façon d'encourager les fournisseurs de services à adopter cette méthode de prestation?
- Il faut clarifier ou résoudre les questions relatives à l'utilisation de la technologie (p. ex. confidentialité, sécurité) d'une façon transparente afin qu'elles ne soient plus des obstacles.
- Comment peut-on diffuser des renseignements (échange de connaissances) sur l'efficacité de la cybersanté mentale?
- Comment pouvons-nous réduire la réticence à adopter des solutions de cybersanté mentale?
- Comment pouvons-nous cerner efficacement les pratiques fondées sur des données probantes qui sont prêtes à être déployées d'une façon qui est acceptée par tous les joueurs clés?
- Comment pouvons-nous assurer la durabilité de ces pratiques exemplaires une fois mises en œuvre?
- Résoudre les problèmes de prestation de services entre les provinces et les territoires.
- Diffusion de la recherche et des preuves de l'efficacité.
- Encore et encore! Occasion extrêmement inestimable, très appréciée.
- Comment pouvons-nous nous assurer que la cybersanté mentale est un catalyseur de la réforme des politiques (au besoin), des pratiques exemplaires ou prometteuses et de l'allocation des ressources?
- Est-il possible d'obtenir du financement ciblé, surtout au départ pour appuyer les pratiques et le changement culturel?
- Quelle est la meilleure façon d'aller de l'avant avec la facilitation, l'interopérabilité et l'intégration entre les différentes solutions canadiennes de cybersanté? Existe-t-il des incitations financières ou des mécanismes qui peuvent l'appuyer?
- En quoi consiste une stratégie canadienne (et également provinciale) sur la cybersanté mentale?

- Quelle est la meilleure façon d'accroître la capacité des fournisseurs en santé mentale de fournir des services de cybersanté mentale?
- Le barème d'honoraires des médecins est très désuet. Par le passé, un traitement en psychiatrie et en santé mentale était axé sur la pharmacologie (pour les psychiatres). Nous avons maintenant adopté des approches non pharmacologiques, surtout des interventions psychologiques, mais les psychiatres ne les adoptent pas. Ces interventions, comme la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie comportementale dialectique et la conscientisation, se prêtent à divers formats et se traduisent bien en cybersanté mentale.
- Harmonisation nationale et provinciale de la stratégie en cybersanté mentale.
- Intégration accrue entre les hôpitaux, les patients externes et la collectivité (par le biais des dossiers médicaux électroniques, des paiements regroupés et d'autres modèles opérationnels). Le Royaume-Uni et l'Australie donnent de bons exemples. Pourquoi ne pas en apprendre davantage d'eux?
- Quel sera le rôle du gouvernement fédéral par rapport à celui des provinces et des territoires?
- Quelles seront les normes (à l'échelle provinciale et territoriale ou fédérale)?
- Il faut élaborer une solide analyse de rentabilisation fondée sur des données probantes avant d'aller de l'avant.
- Vie privée – Réelle ou perçue, guide pratique.
- Efficacité – Différentes perspectives.
- Modèles de financement : Le gouvernement et les bailleurs de fonds doivent prendre du recul et examiner les modèles actuels (en Ontario, cela ne fonctionne pas pour la santé mentale).
- Systèmes partagés et centralisés : Nous devons miser sur les économies d'échelle et les utiliser en investissant dans la technologie.
- Connectivité dans les zones rurales (dans l'ensemble du Canada) : Nous devons faire pression pour obtenir la gratuité d'Internet pour tous afin de permettre cet effort.
- Nous devons devenir plus exigeants dans la façon dont nous établissons des partenariats : que vous cherchiez à démarrer une entreprise ou à croître, différents types d'expertise sont requis. Aussi, il existe une vérité essentielle au sujet de l'innovation : elle survient souvent (toujours) grâce à des patients et à des cliniciens engagés. Appuyons-les. Donnons aux patients une réelle responsabilité. Payons les cliniciens pour une pratique novatrice.

- Résumé des éléments qui fonctionnent (bibliothèque d'applications du Réseau télémédecine Ontario) pour tout le Canada, mais au-delà des applications pour des exemples d'intégrité en soins de santé = nouveau modèle de soins.
- Financement (en cours) et modèles nécessaires. Besoin d'outils de gestion du changement pour maintenir le changement.
- Comprendre qu'une seule solution n'est pas la réponse idéale et que la cybersanté mentale peut prendre différentes formes.
- Lorsqu'il n'y a pas de nouveaux fonds, comment l'innovation est-elle financée? Se tourner vers « le public ou le privé » signifie que d'autres secteurs sous-financés comme les arts et les sports n'obtiennent pas les fonds dont ils ont besoin.
- Quelles sont les normes minimales de protection de la vie privée et de sécurité relativement à la mise en œuvre des initiatives de cybersanté?
- De quelle façon les modèles de financement peuvent-ils être modifiés pour appuyer des soins axés sur la population ou groupés par rapport aux soins actuels fondés sur le volume?
- Quelles sont les meilleures solutions de cybersanté fondées sur des données probantes qui peuvent être déployées facilement?
- Quels outils clés de la cybersanté mentale devrions-nous déployer maintenant?
- Quelles sont les prochaines étapes?
- Comment pouvons-nous obtenir du soutien pour nous assurer que des mesures sont prises?
- Qui devons-nous mobiliser pour faire avancer les choses?
- Recensement et validation de services de cybersanté mentale sécuritaires et efficaces pour des populations précises.
- Comment peut-on concevoir un ou des modèles de financement qui sont acceptables pour les payeurs, les fournisseurs de services et les patients?
- De quelle façon les professionnels (fournisseurs de services) collaborent-ils avec les groupes sans but lucratif comme la Société canadienne de schizophrénie et la Société pour les troubles de l'humeur du Canada afin d'éviter le chevauchement (thérapie cognitivo-comportementale en ligne) et inversement?
- À quel endroit les organismes sans but lucratif obtiennent-ils du financement pour mettre en œuvre des solutions de cybersanté mentale alors que nous devons composer avec un manque de capacités, de compétences en cybersanté mentale et de ressources?
- Fournir davantage d'exemples de la cybersanté mentale.
- Comment pouvons-nous procéder à un plus grand déploiement pour maintenir la qualité?

- Les guerres intestines représentent une question sous-entendue dont il faut traiter. Si deux programmes établissent une intervention similaire en matière de cybersanté mentale, lequel des deux peut la déployer?
- Comment pouvons-nous nous assurer que les interventions font plus que de dire aux patients ce qu'il faut faire?
- Protection de la vie privée par rapport à engagement clinique.
- Le risque lié à la responsabilité comprend les syndicats, les bailleurs de fonds et les organismes professionnels de réglementation.
- S'assurer qu'il n'existe aucun chevauchement.
- Comment peut-on mesurer adéquatement les résultats?
- La propriété des dossiers médicaux des patients est définie dans la Loi canadienne sur la santé.
- Mandat fédéral relativement à la norme d'information du paiement de transfert
- Mobiliser des experts internationaux pour établir un système national.



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Commission de la santé mentale du Canada

350, rue Albert, bureau 1210
Ottawa (Ontario) K1R 1A4

Tél. : 613.683.3755
Télééc. : 613.798.2989

info@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[@MHCC_](https://twitter.com/MHCC_) [f/theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [▶/1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC) [@theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)
[in/Mental Health Commission of Canada](https://www.linkedin.com/company/mental-health-commission-of-canada)