



Canadian Centre
on Substance Use
and Addiction
Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances



Canada Health
Infoway
Inforoute
Santé
du Canada



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Mettre à profit la technologie pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale et d'usage de substances au Canada

Compte rendu sommaire de réunion

Table ronde tenue à Calgary, en Alberta, le jeudi 16 novembre 2017

Préparé par

Adair Roberts & Associates

La Commission de la santé mentale du Canada, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et la Table ronde d'Inforoute Santé du Canada : Mettre à profit la technologie pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale et d'usage de substances au Canada

Jeudi 16 novembre 2017

Calgary, Alberta

Commission de la santé mentale du Canada
Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
Inforoute Santé du Canada

Les résultats et analyses contenus dans la présente publication sont ceux des auteurs. Ils ne reflètent pas nécessairement les opinions ou les points de vue des organismes mentionnés, ni ceux de la Commission de la santé mentale du Canada, du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et d'Inforoute Santé 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.

Résumé

La Commission de la santé mentale du Canada, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et la Table ronde d'Inforoute Santé du Canada

Mettre à profit la technologie pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale et d'usage de substances au Canada

Jeudi 16 novembre 2017

Calgary, Alberta

Des personnes ayant des antécédents de maladie mentale ou d'usage de substances, des décideurs, des chercheurs et des fournisseurs de services se sont penchés sur le potentiel des interventions basées sur la technologie (IBT) pour élargir la portée des services liés à la santé mentale et à l'usage de substances et pour accroître l'accès à ceux-ci au Canada. À l'heure actuelle, la manière de sélectionner, de mettre à profit le plus efficacement possible et de déployer à grande échelle les IBT fait l'objet de nombreux débats, discussions et recherches aux quatre coins du pays.

La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) et Inforoute Santé du Canada (Inforoute) se sont associés pour convoquer, le 16 novembre 2017, une table ronde sur l'utilisation de la technologie pour résoudre les problèmes de santé mentale et d'usage de substances au Canada, notamment les crises des opioïdes et du suicide chez les jeunes.

Les objectifs de cet événement étaient les suivants:

- discuter des occasions et des mesures précises à adopter pour résoudre les problèmes émergents liés à la santé mentale et à l'usage de substances et pour améliorer l'accès aux soins par l'entremise des IBT; et
- déterminer les changements les plus urgents à

apporter aux politiques et aux systèmes afin d'intégrer l'utilisation de la technologie à la pratique actuelle.

Dans la première des trois présentations visant à situer le contexte des discussions prévues, le Dr Michael Krausz, titulaire de la chaire de leadership Providence Health Care BC sur la recherche en toxicomanie de l'Université de la Colombie-Britannique, a indiqué qu'en raison de la forte présence de la technologie et des médias sociaux dans notre quotidien, le moment est propice à un changement de paradigme majeur dans le financement des services liés à la santé mentale et à l'usage de substances et dans notre façon d'envisager ceux-ci partout au Canada. Le Dr Krausz estime que les IBT proposent de nombreux outils appropriés permettant de réagir aux problématiques de santé publique actuelles, notamment les crises des suicides chez les jeunes, des surdoses et des soins tenant compte des traumatismes, ajoutant que le Canada pourrait et devrait prendre exemple sur d'autres pays qui sont en avance dans le processus d'adoption et de mise à l'échelle des IBT et transposer à la pratique canadienne les leçons apprises par leurs homologues.

Clare Perry, directrice de groupe, Conception intégrée des services, ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande et Andrew Slater, directeur général de Homecare Medical, ont coprésenté une étude de cas sur la conception, la planification et la mise en œuvre du Service national de télésanté de la Nouvelle-Zélande. Présentant son point de vue à titre de leader gouvernementale de l'initiative, Mme Perry a expliqué que les succès de la Nouvelle-Zélande dans ce domaine s'expliquaient en grande partie par l'approche adoptée par le gouvernement à l'égard de sa commande.

Du point de vue des fournisseurs de services, M. Slater a décrit les fonctions du Service national de télésanté, son organisation et les facteurs essentiels à son succès (à savoir une vision nationale jumelée à des solutions locales; l'octroi de contrats à long terme, à haut niveau de confiance, axés sur les résultats; les partenariats avec des fournisseurs experts; et l'utilisation intensive des médias sociaux).

Après ces présentations, les participants ont été invités à positionner les systèmes de santé mentale et de lutte contre l'usage de substances de leur administration le long d'un continuum d'adoption et de mise à l'échelle des IBT allant de la conception (réflexions au sujet des IBT, aucune action entreprise) au maintien (déploiement à grande échelle, évaluation et amélioration de la qualité). Après avoir pris connaissance du portrait de la situation dans l'ensemble du pays, les participants ont discuté des facteurs facilitants et des obstacles à la progression, puis ont formulé leurs réflexions et leurs recommandations sur les changements requis au niveau des systèmes pour permettre au Canada et à ses différentes administrations de progresser le long du continuum de mise en œuvre et d'expansion.

En tout, 17 éléments essentiels à une progression soutenue des IBT au Canada sont ressortis:

1. large publicisation de la disponibilité et du potentiel des IBT;
2. objectifs clairement définis et axes prioritaires;
3. conception de la stratégie sur les IBT, mise en œuvre et surveillance effectuées conjointement avec des personnes ayant un savoir expérientiel;
4. volonté politique, leadership fort et positionnement à tous les niveaux du système de champions et de moteurs de changement compétents qui collaborent à la création d'une stratégie et d'une plateforme nationales sur les IBT;
5. élaboration de nouveaux modèles de financement et d'octroi de contrats à long terme et réduction du financement de projets pilotes ponctuels de courte durée;
6. organisation du système de prestation de services autour du modèle de soins par paliers¹ dans toutes les administrations;
7. création et utilisation de données pour étayer la prise de décisions;
8. tolérance accrue au risque, aux expériences et aux échecs;
9. collaborations et partenariats axés sur les valeurs et la confiance à tous les niveaux des gouvernements et dans tous les secteurs et industries;
10. différents modèles d'innovation pour orienter la façon dont les recherches sont réalisées et dont les connaissances sont diffusées et transposées;
11. protection de la vie privée et de la confidentialité;
12. politiques harmonisées (p. ex. législation, réglementation, autorisations, politiques);
13. utilisation accrue de la science de l'application;
14. stratégies pour combler le fossé numérique, autant sur le plan générationnel que géographique;
15. investissements dans l'éducation, les formations et le renforcement des capacités pour les fournisseurs de services et les communautés;
16. résolution des problèmes de gouvernance des soins de santé et de la cybersanté; et

17. (ré)harmonisation du déroulement des tâches.

- 1 Dans un modèle de soins par paliers, les patients reçoivent en premier lieu le traitement le plus efficace et le moins exigeant en termes de ressources (p. ex. une consultation initiale, une séance de thérapie unique, des ressources d'autothérapie en ligne). Au besoin, ils sont ensuite orientés vers un niveau de traitement plus intensif (p. ex. une thérapie intensive, une consultation psychiatrique, la progression dans le système, l'orientation vers des services tertiaires).

Les participants ont aussi discuté de ce qu'ils décrivaient comme l'un des plus sérieux obstacles à la progression, à savoir la forte aversion au risque des décideurs et des bailleurs de fonds. Ils ont proposé cinq stratégies pour modifier le paradigme du risque au Canada:

- bâtir l'ensemble du processus autour de personnes ayant un savoir expérientiel, véritablement intégrer celles-ci au processus de conception et assurer qu'elles communiquent directement avec les décideurs, les responsables des orientations politiques et les bailleurs de fonds;
- redéfinir le risque en documentant et en faisant connaître le coût réel de l'immobilisme et entreprendre le passage d'un système axé sur l'exclusion à un système axé sur l'inclusion au moyen d'une conception universelle.
- améliorer la gestion du risque en confiant celle-ci à des sous-traitants les mieux qualifiés pour cette tâche;
- mandater des organismes nationaux (p. ex. la CSMC, le CCDUS, Inforoute, etc.) pour déterminer conjointement les éléments requis pour adopter et mettre à l'échelle les IBT au Canada; et
- modifier les processus de financement et d'octroi de contrats en amenant les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à changer et à harmoniser leurs modèles de financement et leurs structures de passation de marchés dans ce domaine.

En conclusion de l'événement, la CSMC, le CCDUS et Inforoute se sont engagés à utiliser le contenu des discussions du jour pour étayer leurs travaux futurs et ont cerné des domaines de collaboration, particulièrement en lien avec leurs activités communes d'échange et de transposition des connaissances.

Table des matières

Résumé.....	3
Introduction.....	1
Les interventions basées sur la technologie dans les domaines de la santé mentale et de l'usage de substances: besoins, occasions et retombées	4
Comment pourrait-on efficacement adopter et mettre à l'échelle des interventions basées sur la technologie au Canada?	11
.....	13
Mesures prioritaires.....	16
Conclusion et prochaines étapes	13
Annexe A: Aperçu de la réunion	14
ANNEXE B: Liste des participants	16
Annexe C: Biographies des conférenciers	19

« Si la médecine en ligne est l'assise du système de santé mentale de demain, commençons sa construction dès maintenant. Ce changement doit être perturbateur, et non graduel, et il commence par une nouvelle façon de penser. »

**– Dr Michael Krausz,
titulaire de la chaire de leadership
Providence Health Care BC sur la
recherche en toxicomanie de
l'Université de la Colombie-
Britannique**

« ... le plus grand risque que notre pays court est que 90 % des personnes qui ont besoin de soins n'en reçoivent pas. »

– Un participant

Introduction

Au cours des dernières années, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) et Inforoute Santé du Canada (Inforoute) ont tous trois réuni des partenaires afin d'étudier le potentiel des interventions basées sur la technologie (IBT) à transformer la prestation des services liés à la santé mentale et à l'usage de substances au Canada.

Reconnaissant leur intérêt partagé pour ce domaine, la CSMC, le CCDUS et Infosanté ont coanimé, en novembre 2017, une table ronde sur la mise à profit de la technologie pour résoudre les problèmes de santé mentale et d'usage de substances au Canada. Grâce à l'expertise, aux compétences et aux contacts des organismes hôtes, la table ronde a permis de rassembler des décideurs, des chercheurs, des associations nationales et des personnes ayant un savoir expérientiel afin de définir des priorités d'action concrètes pour l'adoption et la mise à l'échelle des IBT au Canada. De façon plus précise, les objectifs de cet événement étaient les suivants :

- discuter des occasions à saisir et des mesures précises à prendre afin que les IBT puissent contribuer à résoudre certaines problématiques émergentes en matière de santé mentale et d'usage de substances et améliorer l'accès aux soins; et
- déterminer les changements les plus urgents à apporter aux politiques et aux systèmes afin d'intégrer l'utilisation de la technologie à la pratique actuelle.

Les résultats visés par cette table ronde étaient les suivants:

- les participants définissent les mesures et les changements clés requis pour accroître le recours à la technologie dans la prestation de services liés à la

santé mentale et à l'usage de substances; et

- la CSMC, le CCDUS et Infosanté puisent dans les discussions et les résultats de cette réunion pour étayer et faire avancer leurs travaux respectifs, y compris leurs éventuelles initiatives collaboratives, dans ce domaine.

Pour faciliter leur préparation à cette rencontre, les participants ont reçu deux rapports récents produits par la CSMC qui résument la documentation disponible sur la cybersanté mentale et la mise en œuvre de services de cybersanté mentale : *Poursuivre l'évolution : Le point sur les services de cybersanté mentale au Canada* et *Cadre RE-AIM en cybersanté mentale : un examen rapide des recherches en cours*. Les articles scientifiques portaient aussi sur le recours aux IBT dans le domaine de l'usage de substances. Les recherches démontrent que les IBT sont moins adaptées aux services de lutte à la toxicomanie qu'aux soins de santé mentale.

Le présent rapport a pour but de synthétiser les principaux points abordés à la table ronde. Ce résumé s'adresse aux décideurs, aux dirigeants d'autorités sanitaires, aux fournisseurs de soins de santé et aux responsables des orientations politiques. Reportez-vous à l'Annexe A pour consulter l'ordre du jour, à l'Annexe B pour la liste des participants et à l'Annexe C pour les biographies des conférenciers.

LES INTERVENTIONS BASÉES SUR LA TECHNOLOGIE...

... sont « les services et l'information sur la santé mentale [et l'usage de substances] fournis ou bonifiés grâce à l'Internet ou à des technologies connexes. »*

S'il n'existe aucune définition universelle des interventions basées sur la technologie (ni de la cybersanté mentale et de la cyberdépendance), la CSMC, le CCDUS et Infosanté ont adopté et adapté la citation ci-dessus de Christensen, Griffiths et Evans parce qu'elle est suffisamment large pour tenir

* H. Christensen, K. Griffiths et K. Evans, E-Mental Health in Australia: Implications of the Internet and Related Technologies for Policy (document de discussion du comité d'information stratégique), ministère de la Santé et des

« À titre de décideurs et de fournisseurs de services, il est clair que nous devons rompre avec le passé... [notre stratégie] met fortement l'accent sur les utilisateurs des soins de santé, sur la nécessité d'offrir davantage de services dans la communauté, sur la prévention et l'intervention hâtive et sur de nouveaux moyens innovateurs de rejoindre les plus vulnérables. »

Clare Perry,
directrice de groupe, Conception intégrée des services, ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande

Les interventions basées sur la technologie dans les domaines de la santé mentale et de l'usage de substances: besoins, occasions et retombées

Dans leurs présentations, les conférenciers ont énuméré les critères à remplir pour réussir la mise en œuvre et le déploiement à grande échelle d'interventions basées sur la technologie (IBT) et ont présenté l'exemple de la Nouvelle-Zélande, où des IBT ont été adoptées et intégrées au système, du point de vue d'une leader du gouvernement et d'un innovateur de l'industrie.

Les critères à remplir pour y parvenir

Selon Dr Michael Krausz, en raison de la forte présence de la technologie et des médias sociaux dans notre quotidien, le moment est propice à un changement de paradigme majeur dans le financement des services liés à la santé mentale et à l'usage de substances et dans notre façon d'envisager ces services partout au Canada. Il a affirmé que les IBT proposent de nombreux outils appropriés permettant de réagir aux crises actuelles de santé publique liées au suicide chez les jeunes, aux surdoses et aux soins reliés aux

traumatismes. Il a également indiqué que le Canada pourrait et devrait prendre exemple sur d'autres pays qui sont en avance dans le processus d'adoption et de mise à l'échelle des IBT et transposer à la pratique canadienne les leçons apprises ailleurs.

Dr Krausz a énuméré quelques-uns des grands défis qui se posent aux systèmes canadiens de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, dont l'accès insuffisant aux services (seule une faible minorité de personnes ayant besoin de services liés à la santé mentale et à l'usage de substances y ont accès); l'accès inéquitable aux services, particulièrement pour les régions rurales et éloignées du Canada; et la qualité inégale des services d'une communauté à l'autre et à l'échelle du pays. Il a aussi décrit trois urgences de santé publique du Canada: la crise du suicide chez les jeunes (près de 10 % des jeunes ont des idées suicidaires, un taux qui grimpe considérablement dans les régions éloignées); la crise des surdoses (désormais la première cause de mortalité chez les jeunes adultes); et le taux croissant de traumatismes (causé en partie par le nombre de plus en plus élevé de personnes déplacées de force partout dans le monde).

La technologie peut contribuer à surmonter la crise des surdoses en favorisant la prise de décisions éclairées concernant les risques associés à l'usage de substances; en favorisant la prestation de services de soutien par les pairs et de mentorat; en facilitant l'accès aux options thérapeutiques et l'engagement des clients dans leur traitement; en s'attaquant à des troubles concomitants, comme les traumatismes et la dépression; et en ciblant les populations à haut risque.

Dr Krausz a affirmé que l'accès aux soins reliés aux traumatismes pouvait être considérablement élargi grâce aux IBT. Il a cité en exemple les programmes électroniques de soins basés sur les traumatismes, les autoévaluations en ligne et les outils d'aide à la prise de décisions éclairées, le soutien par les pairs et le mentorat continu dans la langue d'origine des clients ainsi que la prestation de soins médicaux en ligne et l'offre de conseils spécialisés par l'entremise de « cliniques virtuelles ».

Dr Krausz a fait trois assertions, liées respectivement au temps, aux capacités et à l'accès, qui à son avis soulignent l'importance d'effectuer un virage majeur dans notre manière de choisir, de financer et de fournir les services liés à la santé mentale et à l'usage de substances. Ces assertions sont les suivantes :

- il sera impossible de réagir aux urgences de santé publique à temps sans l'apport des ressources en ligne;
- il est impossible de renforcer la capacité d'intervention rapide sans l'apport des ressources en ligne;
- il a été démontré impossible de desservir les régions éloignées sans l'apport des ressources en ligne (accès).

CONFÉRENCIERS

Dr Michael Krausz

Titulaire de la chaire de leadership Providence Health Care BC sur la recherche en toxicomanie de l'Université de la Colombie-Britannique

Clare Perry

Directrice de groupe, Conception intégrée des services, ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande

Andrew Slater

Directeur général, Homecare Medical, Nouvelle-Zélande

Clare Perry et Andrew Slater ont coprésenté une étude de cas sur la conception, la planification et la mise en œuvre du Service national de télésanté de la Nouvelle-Zélande. Exposant son point de vue à titre de leader gouvernementale de l'initiative, Mme Perry a expliqué que les succès de la Nouvelle-Zélande dans ce domaine s'expliquaient en grande partie par l'approche adoptée par le gouvernement à l'égard de sa commande (le terme télésanté englobe ce qui est aussi appelé cybersanté, cybersanté mentale, santé mobile ou santé virtuelle). Du point de vue des fournisseurs de services, M. Slater a décrit les fonctions du Service national de télésanté, son organisation et les facteurs essentiels à son succès, à savoir une vision nationale assortie à des solutions locales; l'octroi de contrats à long terme, à haut niveau de confiance, axés sur les résultats; les partenariats avec des fournisseurs experts; et l'utilisation intensive des médias sociaux.

Mme Perry a expliqué que le système actuel ne fonctionnait pas pour tout le monde et avait causé des disparités en matière de santé. On réclame aujourd'hui une plus grande participation du public à la conception du système ainsi que le passage de la « conception représentative des clients » à une véritable « co-conception ». On reconnaît aussi de plus en plus que bien des résultats en matière de santé ne peuvent pas être améliorés par une agence gouvernementale ou par un fournisseur œuvrant de façon indépendante, et qu'en unissant leurs efforts, les mandataires et les fournisseurs seraient en mesure de déterminer les mesures efficaces permettant d'améliorer à la fois la qualité des services et les relations de travail.

Le Commissioning Service a lancé un processus de dialogue compétitif d'une durée de deux ans en vue de la conclusion d'un contrat. À l'aide d'un processus de co-conception faisant appel à des personnes ayant une expérience passée ou présente de la maladie mentale, à des hôpitaux, à des fournisseurs de soins de santé communautaires, à des fournisseurs de soins primaires, à des services de police et autres, le Commissioning Service a mis au point les caractéristiques et l'approche du futur Service national de télésanté.

Le contrat régissant le Service est unique en ce qu'il a été octroyé pour une durée de dix ans, qu'il est financé par plusieurs agences et qu'il est fondé sur les principes de l'innovation, de l'engagement du secteur et de la transparence en termes de fonctionnement et de gestion financière. Mme Perry a souligné la nécessité impérieuse de se doter d'une structure de financement pluriannuelle comportant peu de restrictions dans des dossiers très complexes. Une telle approche reconnaît que le changement prend du temps et que les organisations concernées ont besoin d'une certaine latitude pour réagir aux changements en fonction de leur propre contexte.

Mme Perry a conclu en exposant les grands principes qui sous-tendent la conception et la prestation des services de santé en Nouvelle-Zélande :

- reconnaître la relation particulière entre les Maoris, peuple autochtone de la Nouvelle-Zélande, et la Couronne;
- favoriser une santé et un bien-être optimaux pour tous;
- améliorer l'état de santé des personnes victimes des disparités du système;
- travailler activement à bâtir des relations positives – reconnaître l'importance de la confiance;
- articuler la conception et la prestation des services autour des besoins des clients;
- nouer des partenariats avec les individus et avec les collectivités;

- penser au-delà des définitions étroites de la santé lors d'initiatives de collaboration;
- en cas de financement limité, cibler les initiatives ayant les plus importantes retombées (au niveau du système et à grande échelle); et
- faire le meilleur usage possible de la promotion collaborative de la santé, de la réadaptation et de la prévention des maladies et des blessures.

services de consultation et de conseils, services communautaires, soins à domicile et services d'autothérapie assistée).

Andrew Slater a ensuite énoncé l'objectif du Service national de télésanté, créé par Homecare Medical: « fournir un soutien virtuel aux Néo-Zélandais afin qu'ils demeurent en santé et qu'ils puissent obtenir facilement des soins au moment où ils en ont besoin. » Le Service est financé par deux fiducies de soins primaires (entreprises sociales) touchant un rendement sur les sommes investies. Le Service compte huit équipes cliniques, prodiguant des soins 24 heures sur 24, sept jours sur sept, par sept modes de prestation (dont le téléphone, la messagerie texte, le courriel, les groupes virtuels et les consultations en personne). Il est doté d'un fonds d'innovation utilisé pour élaborer et tester de nouveaux concepts et services.

Les services, offerts selon un modèle d'entonnoir où la richesse et les coûts cliniques augmentent à mesure que les clients approchent de l'extrémité étroite de l'entonnoir, sont les suivants:

- campagnes d'information destinées au public (sites Web d'autothérapie, canaux dans les médias sociaux, autres médias);
- conseils automatisés personnalisés (évaluations, vérification de symptômes, suivi, marketing ciblé, applications);
- interactions en ligne (clavardage, courriels, messages texte, messagerie sociale);
- interactions personnelles (téléphone, photos, vidéos); et
- orientation vers une consultation en personne (ambulance, services offerts après les heures habituelles, hôpital,

M. Slater a indiqué que le succès du Service passait tout d'abord par une main-d'œuvre hautement performante, épaulée par une équipe de gestion du personnel dynamique et de solides processus de gouvernance clinique. Les processus de gouvernance clinique sont les formations, le cyberapprentissage et les exigences mensuelles d'apprentissage en ligne; les politiques et procédures claires; les exigences en matière de perfectionnement professionnel et d'agrément; les processus d'enquête et d'analyse des causes fondamentales; l'analyse des tendances; l'examen des services; et un comité externe de gouvernance clinique.

2 Infirmières, spécialistes de la santé mentale et des dépendances, conseillers en matière de santé, spécialistes en toxicologie, infirmières au triage, infirmières en santé mentale, conseillers en matière de violence sexuelle, professionnels de la santé publique.

M. Slater a ensuite exposé les compétences uniques de Homecare Medical :

- une co-conception basée sur l'expérience des utilisateurs, des profils détaillés des segments clés de consommateurs et l'utilisation des médias sociaux pour obtenir la participation des Néo-Zélandais aux efforts de co-conception;
- des campagnes de marketing social ciblant les segments clés, une vision nationale jumelée à des solutions locales où les collectivités contribuent à promouvoir les divers canaux et programmes du Service auprès de leurs pairs; et
- une insistance perpétuelle sur les résultats, avec une définition et des mesures claires de ceux-ci, une production de rapports et un suivi réguliers.

M. Slater a conclu sur quelques réflexions au sujet des mesures à prendre pour que les IBT puissent être pleinement intégrées aux systèmes et qu'elles puissent être déployées à grande échelle :

- investir massivement dans le leadership clinique;
- prôner une vision nationale tout en agissant au niveau local – utiliser la technologie pour donner aux communautés les moyens d'agir;
- résoudre les questions liées à la vie privée et à la confidentialité;
- envisager « le numérique » comme un produit, et non comme un projet;
- reconnaître ses aptitudes – nouer des partenariats étroits pour s'adjoindre les autres capacités requises;
- modifier les processus de financement et de commande pour opérer des changements;
- déployer les initiatives à grande échelle;

- octroyer des contrats à long terme, à haut niveau de confiance, axés sur les résultats;
- envisager le marketing et la promotion comme une prestation de services numériques; et
- envisager les services d'aide téléphoniques comme le fondement de changements futurs.

« Prônez une vision nationale tout en agissant au niveau local. Faites en sorte que les communautés contribuent à promouvoir les différents canaux, programmes et solutions. »

**Andrew Slater,
président directeur
général, Homecare
Medical**

Comment pourrait-on efficacement adopter et mettre à l'échelle des interventions basées sur la technologie au Canada?

Les participants ont comparé les niveaux d'adoption et de mise à l'échelle des IBT des systèmes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie (qui se trouvent parfois à des stades distincts) de leur administration, en les situant le long d'un continuum comptant cinq stades:

- Conception: réflexions concernant les IBT et leur mise en œuvre, sans passer à l'action;
- Élaboration d'une stratégie: inclusion des IBT dans les plans stratégiques des gouvernements et des organisations;
- Adoption: premiers stades de mise en œuvre des stratégies et des plans d'action sur les IBT;
- Mise en œuvre: Implantation à grande échelle et utilisation des IBT dans l'ensemble du système de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie;
et
- Maintien: exploitation, évaluation et amélioration continue et terminaison sélective d'IBT.

Certains participants ont éprouvé de la difficulté à positionner leur administration sur le continuum, puisque les services de santé mentale et les services liés à l'usage de substances se trouvaient parfois à des stades différents. Néanmoins, certaines grappes se sont formées, par exemple:

- les systèmes de santé mentale avaient généralement atteint un stade plus avancé d'adoption et de mise à l'échelle des IBT que les services liés à l'usage de substances;
- la plupart des administrations et des organisations étaient regroupées autour des stades initiaux de « conception » et d'« élaboration d'une stratégie » du continuum; et
- les autres administrations étaient regroupées autour des stades d'« adoption », de « mise en œuvre » et de « maintien » (plus précisément, les administrations se trouvant au stade du maintien invoquaient généralement la mise en place d'une ligne d'écoute téléphonique).

Après cette réflexion sur le stade de mise en œuvre de leur administration, les participants ont identifié les facteurs qui avaient facilité leur progression jusque-là, les obstacles qu'ils avaient rencontrés et les éléments dont ils auront besoin pour poursuivre la mise en œuvre et le déploiement à grande échelle des IBT.

Facteurs facilitants

Les participants ont rapidement énuméré une série de facteurs ayant facilité l'adoption et la mise à l'échelle des IBT:

- volonté politique aux plus hauts échelons, leadership progressif et positionnement d'agents de changement à tous les niveaux du système;
- clarté dans les définitions, les résultats et les livrables et dans les obligations de rendre compte au fil du temps;
- flexibilité des modèles de financement (et des structures de passation de marchés) employés, y compris les modèles qui ne sont pas répandus dans le système de santé actuellement;
- co-conception des stratégies sur les IBT et des plans de mise en œuvre;
- partenariats externes (interagence et avec des sociétés) fondés sur des valeurs et des comportements communs et sur la confiance mutuelle, conclus pour combler des lacunes en matière de capacités (suppose l'honnêteté quant aux capacités et aux compétences de l'organisation);
- mobilisation des médias sociaux et de la communauté pour accroître la portée et l'ampleur de la mise en œuvre des IBT; et
- intérêt de la part des chercheurs et activisme social des consommateurs afin de susciter le changement et de conserver cet élan.

Obstacles à la progression

Les participants ont aussi dressé la liste des obstacles freinant la progression des IBT:

- les modèles de financement gouvernemental traditionnels et les structures de passation de marchés existantes, autant au sein du ministère que de l'autorité sanitaire (tous deux sont imprégnés d'une culture réfractaire au risque; gagneraient à mieux encadrer la mesure des résultats et à mettre l'accent sur celle-ci; et tendant à privilégier les projets pilotes, dont le potentiel de transposition et de mise à l'échelle est souvent limité);
- les défis touchant plusieurs administrations, ministères ou secteurs à la fois;
- les questions et inquiétudes au sujet de la vie privée et de la confidentialité;
- la réticence ou l'incapacité des consommateurs à utiliser des services faisant appel à la technologie (pour des raisons liées à la sécurité culturelle, à la compétence technologique, à la situation financière ou autres);
- l'utilisation de méthodes de recherche traditionnelles pour évaluer l'efficacité et la rentabilité des IBT (alors qu'en réalité, les technologies évaluées ont déjà changé au moment où les recherches sont achevées et publiées); et
- le sentiment d'être submergé par la tâche à entreprendre et par le nombre souvent élevé de projets et d'initiatives à regrouper.

Éléments requis pour accélérer et maintenir la progression: priorités clés, mesures et recommandations

Ensemble, les participants ont rédigé et examiné une ébauche de liste des critères à remplir pour favoriser la mise en œuvre d'IBT et maintenir la cadence. Les discussions ont mis en lumière 17 éléments essentiels à la progression des IBT au Canada dont l'importance relative varie selon les résultats visés par les différentes administrations et selon le contexte et l'état de préparation de chacune. Ces éléments sont les suivants:

1. large sensibilisation à l'existence et au potentiel des IBT (réalisée en partie à la faveur d'une publicisation extensive des données probantes au sujet des IBT et de la disponibilité de ces dernières ainsi que d'une mobilisation locale sur le terrain et d'un renforcement des capacités);
2. objectifs clairement définis et axes prioritaires;
3. engagement et co-conception de la stratégie sur les IBT et des processus de mise en œuvre et de suivi avec des personnes ayant vécu la maladie mentale, avec une pleine intégration de la notion de soins dirigés par l'individu;
4. volonté politique, leadership fort et positionnement à tous les niveaux du système de champions et de moteurs de changement compétents qui collaborent à la création d'une stratégie et d'une plateforme nationales sur les IBT pouvant être mises à profit d'une manière appropriée à chacune des administrations;

organisation du système de prestation des services autour d'un modèle de soins par paliers⁴.

5. création de nouveaux modèles de financement et de passation de marchés dans une perspective de longue durée, en regroupant les gouvernements, l'industrie et l'entrepreneuriat social et en faisant preuve d'innovation en ce qui concerne la planification des infrastructures ainsi que les cadres d'allocation et de reddition de comptes qui s'y rapportent (avec une réduction proportionnée du financement de projets pilotes ponctuels de courte durée);
6. dans chaque administration, en mettant en place des IBT pertinents à chaque étape.
7. création et utilisation de données pour étayer la prise de décisions;
8. tolérance considérablement accrue au risque, aux expériences et aux échecs;
9. collaboration et partenariats axés sur la confiance mutuelle et les valeurs communes à tous les niveaux des gouvernements et dans tous les secteurs et industries (afin de s'adjoindre l'expertise requise et particulièrement dans le cas des partenariats liés à la technologie);

3 S'il était accepté que la stratégie doive viser le long terme, certains participants estimaient qu'elle devrait comporter des plans de mise en œuvre continus de 100 jours, comme déployés en Nouvelle-Zélande, afin de favoriser la rapidité d'exécution et la reddition de comptes.

4 Dans un modèle de soins par paliers, les patients reçoivent en premier lieu le traitement le plus efficace et le moins exigeant en termes de ressources (p. ex. une consultation initiale, une séance de thérapie unique, des ressources d'autothérapie en ligne). Au besoin, ils sont ensuite orientés vers un niveau de traitement plus intensif (p. ex. une thérapie intensive, une consultation psychiatrique, la progression dans le système, l'orientation vers des services tertiaires).

10. différents modèles d'innovation pour orienter la façon dont les recherches sont réalisées et dont les connaissances sont diffusées et transposées (c.-à-d. que les structures et modèles de recherche universitaire existants doivent être modifiés);
11. protection de la vie privée et de la confidentialité;
12. politiques harmonisées (p. ex. législation, réglementation, autorisations, politiques);
13. utilisation accrue de la science de l'application (c.-à-d. connaissance et utilisation de mesures efficaces pour faciliter la mise en œuvre et l'application à grande échelle des IBT);
14. stratégies pour combler le fossé numérique, autant sur le plan générationnel que géographique (y compris l'élaboration d'une stratégie nationale assortie de plans de mise en œuvre et de démarches locales);
15. investissements dans l'éducation, les formations et le renforcement des capacités pour les fournisseurs de services et les communautés;
16. résolution des problèmes de gouvernance des soins de santé et de la cybersanté (harmonisation des objectifs et des résultats, autorité et responsabilité à tous les niveaux de gouvernement et dans toutes les organisations et administrations); et
17. (ré)harmonisation du déroulement des tâches.

« Est-ce que nos travaux et nos discussions d'aujourd'hui nous permettront réellement d'opérer un changement, ou sommes-nous simplement en train de trouver des moyens de perpétuer notre système actuel? Sommes-nous trop réfractaires au risque? Devrions-nous être plus audacieux? »

– Un participant

Mesures prioritaires

Dans le dernier segment de la réunion, les participants étaient invités à s'entendre, lorsque possible, sur les mesures à adopter en priorité. La discussion a bifurqué vers une conversation sur l'un des plus grands obstacles au progrès: la forte aversion du risque chez les décideurs et les bailleurs de fonds, qui étouffe l'esprit d'innovation nécessaire pour réaliser des progrès significatifs dans l'adoption et la mise à l'échelle des IBT.

Les participants ont ciblé des moyens concrets de contribuer à modifier le paradigme du risque au Canada:

- Tendre l'oreille aux personnes ayant l'expérience, passée ou présente, de la maladie mentale:
Bâtir l'ensemble du processus autour de personnes ayant vécu la maladie mentale, véritablement intégrer celles-ci au processus de conception et assurer qu'elles communiquent directement avec les décideurs, les responsables des orientations politiques et les bailleurs de fonds;
- Redéfinir le risque: Documenter et diffuser le coût réel de l'immobilisme. Entreprendre le passage d'un système axé sur l'exclusion à un système axé sur l'inclusion au moyen d'une conception universelle; pour reprendre les mots d'un participant, « le plus grand risque que notre pays court est que 90 % des personnes qui ont besoin de soins n'en reçoivent pas. » Orienter les efforts vers ces 90 % de personnes qui ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin et mettre l'accent sur l'amélioration du bien-être de tous. Adopter des modèles de soins par paliers pour assurer que les bonnes personnes sont dirigées vers les bons services au bon moment.

- Faire appel à des sous-traitants pour la gestion du risque: Placer la gestion du risque entre les mains de sous-traitants mieux qualifiés pour gérer les différents risques (et se préparer à formuler des excuses en cas de problème, ce qui arrivera de temps à autre). Nouer des partenariats afin de confier la gestion des risques à des intervenants possédant les capacités requises pour cette tâche.
- Assurer une planification conjointe par les organismes nationaux: Rassembler des organismes nationaux (p. ex. la CSMC, le CCDUS, Inforoute, etc.) afin qu'ils échafaudent des plans communs et aident les administrations à participer au dialogue national. Mandater les organismes nationaux pour déterminer conjointement les éléments requis pour l'adoption et la mise à l'échelle des IBT au Canada.
- Changer la structure de financement et de passation de marchés: Amener les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à modifier et à harmoniser leurs modèles de financement et leurs structures d'octroi de contrats dans ce domaine. En collaboration avec les provinces et les territoires, élever les IBT au rang de priorité nationale à adopter et à mettre à l'échelle.

« Il sera impossible de surmonter les défis de santé publique sans l'aide des ressources offertes sur le Web. Il est impossible d'accroître la capacité d'intervention rapide sans l'aide des ressources du Web. Il est prouvé qu'il est impossible de desservir les régions éloignées sans se doter de stratégies d'intervention en ligne. »

– Dr Michael Krausz,
titulaire de la chaire de leadership
Providence Health Care BC sur la
recherche en toxicomanie de
l'Université de la Colombie-
Britannique

Conclusion et prochaines étapes

Les interventions basées sur la technologie (IBT) ont le potentiel d'élargir la portée des services liés à la santé mentale et à l'usage de substances et pour accroître l'accès à ceux-ci au Canada. Les résultats de la table ronde portaient sur les occasions clés à saisir et les obstacles à surmonter quant à l'utilisation de la technologie pour résoudre les problèmes liés à la santé mentale et à l'usage de substances au Canada. L'un des importants secteurs de collaboration ciblés est la transposition et l'échange des connaissances, ce qui inclut la poursuite du dialogue sur les IBT en vue de mobiliser des intervenants influents, comme les décideurs et les autorités sanitaires, ainsi que la promotion des pratiques exemplaires relatives aux IBT dans les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.

La CSMC, le CCDUS et Inforoute se sont engagés à utiliser le contenu des discussions du jour pour étayer leurs travaux futurs dans ce domaine et ont cerné des domaines de collaboration.

Annexe A: Aperçu de la réunion

8 h 30 à 16 h, le jeudi 17 novembre 2017 à l'hôtel Westin de Calgary, en Alberta

POINT	CONFÉRENCIER
<i>Arrivée et petit-déjeuner</i>	
Ouverture	L'aîné Casey Eagle
Introduction et coup d'envoi	Nicholas Watters, directeur du Centre d'échange des connaissances Commission de la santé mentale du Canada Adair Roberts, animatrice, Adair Roberts & Associates
Les interventions basées sur la technologie dans les domaines de la santé mentale et de l'usage de substances : besoins, occasions et retombées	Dr Michael Krausz, titulaire de la chaire de leadership Providence Health Care BC sur la recherche en toxicomanie de l'Université de la Colombie-Britannique <ul style="list-style-type: none"> · Comment les interventions basées sur la technologie peuvent accroître l'accès aux services de santé mentale et aux traitements des dépendances et améliorer leur qualité · La nécessité d'adopter des approches novatrices pour s'attaquer aux problèmes émergents liés à la santé mentale et à l'usage de substances Clare Perry, directrice de groupe, Conception intégrée des services, ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande Andrew Slater, directeur général de Homecare Medical, Nouvelle-Zélande <ul style="list-style-type: none"> · Étude de cas sur l'adoption et l'intégration dans le système de santé d'interventions basées sur la technologie dans le domaine des soins liés à la santé mentale et à l'usage de substances en Nouvelle-Zélande, du point de vue d'une leader du gouvernement et d'un innovateur de l'industrie
<i>Pause-santé</i>	
Discussion dirigée : Comment pourrait-on efficacement adopter et mettre à l'échelle des interventions basées sur la technologie au	Animée par Adair Roberts, Adair Roberts & Associates
<i>Déjeuner et réseautage</i>	
Tables rondes : Cibler et partager des priorités clés, des mesures et des recommandations en vue de favoriser la progression des interventions basées sur la technologie au Canada	Animation par Adair Roberts, Adair Roberts & Associates, la Commission de la santé mentale du Canada, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Inforoute Santé du Canada
<i>Pause-santé</i>	
Discussion dirigée : Mesures prioritaires, engagements des différentes administrations et rôle des organismes	Animée par Adair Roberts, Adair Roberts & Associates

Conclusion et mot de la fin	Adair Roberts, animatrice, Adair Roberts & Associates Nicholas Watters, directeur du Centre d'échange des connaissances Commission de la santé mentale du Canada
<i>Levée de la séance</i>	

ANNEXE B: Liste des participants

Participants

NOM	TITRE	ORGANISATION
Kimberlee Barro	Directrice générale, Gestion du risque et promotion de la santé, ministère de la Santé et du Mieux-être	Gouvernement de la Nouvelle-Écosse
Nigel Bart	Représentant du groupe couloir	Commission de la santé mentale du Canada – groupe couloir
Sara Chorostkowski	Directrice, Santé mentale et lutte contre les dépendances	Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Marion Cooper	Directrice générale	Association canadienne pour la santé mentale – Manitoba
Peter Cornish	Professeur agrégé et directeur, University Counselling Centre	Université Memorial de Terre-Neuve
Linda Courey	Directrice principale, Santé mentale et toxicomanie	Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse
Michelle Craig	Directrice générale, Dépendances et santé mentale, Services de santé de l'Alberta	Gouvernement de l'Alberta
John Dick	Représentant du groupe couloir	Commission de la santé mentale du Canada – groupe couloir
Todd Evans	Conseiller principal, Programme sur l'usage et les dépendances aux substances	Santé Canada
Marie Fast	Gestionnaire clinique, Services de santé mentale	Gouvernement du Yukon
Catherine Ford	Conseillère politique principale, santé mentale et dépendances, ministère de la Santé et des Soins de	Gouvernement de l'Ontario
DeAnn Hunter	Directrice, Dépendances et santé mentale	Services de santé de l'Alberta
Jill Kelland	Directrice, Services aux jeunes adultes et transversaux	Services de santé de l'Alberta (secteur Edmonton, Dépendances et santé mentale)
Kimberly Korf-Uzan	Directrice de projet, Services de santé en milieu correctionnel, Services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie	Gouvernement de la Colombie-Britannique
Carolina Koutras	Chef d'équipe, Projets et initiatives	Instituts de recherche en santé du Canada Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies
Greg Kylo	Directeur national, Innovation en matière de programmes	Association canadienne pour la santé mentale – bureau national
Niki Legge	Conseillère, ministère de la Santé et des Services communautaires	Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador
Patricia Lingley-Pottie	Présidente et directrice générale	Institut des familles solides

Opal Mcinnis	Directrice adjointe, Santé mentale et dépendances	Gouvernement du Nunavut
--------------	---	-------------------------

Participants (suite)

NOM	TITRE	ORGANISATION
Charmaine McPherson	Directrice générale, ministère de la Santé et du Mieux-être	Gouvernement de la Nouvelle-Écosse
Sheryl Pedersen	Représentante du Conseil consultatif	Commission de la santé mentale du Canada – Conseil consultatif
Breanna Pottie	Gestionnaire des accompagnateurs	Institut des familles solides
Fraser Ratchford	Directeur principal de programmes	Inforoute Santé du Canada

Animatrice

NOM	TITRE	ORGANISATION
Adair Roberts	Animatrice	Adair Roberts & Associates

Conférenciers

NOM	TITRE	ORGANISATION
Dr Michael Krausz	Professeur de psychiatrie, d'épidémiologie et de santé publique	Université de la Colombie-Britannique (UBC)
Clare Perry	Directrice de groupe, Conception intégrée des services, ministère de la	Gouvernement de la Nouvelle-Zélande
Andrew Slater	Directeur général	Homecare Medical

Personnel

NOM	TITRE	ORGANISATION
Christopher Canning	Gestionnaire, Politiques et recherches	Commission de la santé mentale du Canada
Romie Christie	Gestionnaire des initiatives de lutte contre la stigmatisation	Commission de la santé mentale du Canada
Pam Kent	Directrice associée de la recherche	Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
Shelagh Maloney	Vice-présidente, Santé grand public, Communications et Services d'évaluation	Inforoute Santé du Canada
Rhowena Martin	Première dirigeante adjointe	Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
Robyn McQuaid	Analyste des politiques et des recherches	Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

MaryAnn Notarianni	Gestionnaire, cybersanté mentale	Commission de la santé mentale du Canada
Meg Schellenberg	Gestionnaire de programme, cybersanté mentale	Commission de la santé mentale du Canada
Nicholas Watters	Directeur, Centre d'échange des connaissances	Commission de la santé mentale du Canada

Annexe C: Biographies des conférenciers

Dr Michael Krausz

Dr Michael Krausz a entrepris sa carrière professionnelle en Allemagne, où il a obtenu son diplôme d'infirmier autorisé au centre hospitalier universitaire Hambourg-Eppendorf. Il a ensuite effectué une résidence en psychiatrie des adultes et décroché un doctorat en philosophie, qui portait sur les liens entre la psychose et la dépendance. Au milieu des années 1990, il est devenu directeur fondateur du Centre de recherche interdisciplinaire sur les dépendances de l'Université de Hambourg. À ce titre, il a supervisé l'essai allemand sur le traitement assisté à l'héroïne (*German Heroin Trial*), le projet européen sur la cocaïne (*European Cocaine Project*) et plusieurs autres recherches notables sur des sujets liés aux dépendances.

Dr Krausz a également occupé la fonction de rédacteur en chef de deux revues scientifiques européennes, *Suchttherapie* et *European Addiction Research*.

Il a élu son domicile permanent à Vancouver, au Canada, en 2007. De 2009 à 2012, il a été directeur médical du Burnaby Centre for Mental Health and Addiction, au sein de l'autorité sanitaire Vancouver Coastal Health. Actuellement professeur de psychiatrie à

l'Université de la Colombie-Britannique (UBC), il est titulaire de la chaire de leadership Providence Health Care BC sur la recherche en toxicomanie, à l'Institute of Mental Health de l'UBC. À titre de directeur du groupe sur les dépendances et les troubles concomitants du CHEOS, Dr Krausz étudie la relation entre les traumatismes subis à un jeune âge, les troubles liés à l'usage de substances et d'autres maladies mentales. Dans le cadre de ses travaux, il a notamment participé à l'étude *At Home/Chez Soi*, à l'enquête sur la santé des personnes itinérantes en C.-B. et à l'étude sur l'efficacité des traitements à long terme de substitution aux opiacés (SALOME). À ce jour, il a publié plus de 300 articles scientifiques.

Plus récemment, Dr Krausz a étendu son expertise à la cybersanté mentale. Le Bell Youth Mental Health IMPACT Project (2012) est la première initiative qu'il a entreprise dans ce domaine. Le soutien philanthropique de Bell Canada, qui a versé 1 million de dollars dans le cadre du programme Bell Cause pour la cause, a permis le démarrage d'une nouvelle plateforme de santé mentale, WalkAlong, conçue pour fournir aux jeunes souffrant

de dépression et d'anxiété des ressources favorisant le bien-être mental.

En 2014, la Ville de Vancouver a souligné les efforts infatigables investis dans la recherche et la défense des droits dans le domaine de la toxicomanie, de la santé mentale et de la sécurité du logement par le Dr Krausz en lui décernant le prix d'excellence Healthy City for All.

Clare Perry

Clare Perry a entrepris sa carrière dans le secteur de la santé et des invalidités comme infirmière diplômée dans différents hôpitaux et établissements communautaires en Nouvelle-Zélande et ailleurs. Elle a également occupé les fonctions d'infirmière spécialisée dans des services de transplantation chez l'enfant et l'adulte, de médecine généraliste, de télésanté et de protection de l'enfance.

En 2011, Mme Perry a dirigé les équipes des Services nationaux et électifs du ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande, avant d'être nommée directrice de groupe, Conception intégrée des services, Octroi de contrats, en 2016. Les équipes de Conception intégrée des services créent, livrent et mettent en œuvre des services qui tiennent compte des besoins des gens, qui sont axés sur l'amélioration des résultats de santé et qui sont prodigués de manière équitable et durable. Mme Perry est active dans l'ensemble du ministère et travaille à la conception, à la planification et au financement de services, autant avec des agences gouvernementales que des ONG.

Andrew Slater

M. Slater est issue du secteur de la santé, où il a exercé des fonctions liées à la transformation, aux stratégies, aux ressources humaines et à la gestion du changement.

Initialement chargé d'élaborer une stratégie de télésanté et de santé mobile chez Homecare Medical, il est par la suite devenu le premier directeur général de l'organisation. Dans cette fonction de leadership stratégique et opérationnel, M. Slater s'attache à concrétiser la vision du gouvernement de la Nouvelle-Zélande à l'égard de son nouveau Service national de télésanté. Il s'est particulièrement démarqué en pilotant l'équipe de transition responsable d'intégrer pleinement les services.

Il se concentre aujourd'hui à accroître la capacité et la portée des services de santé, de bien-être et de santé mentale afin que tous les Néo-Zélandais puissent obtenir du soutien et des soins de qualité dans leur communauté, et ce, d'une manière qui les interpelle personnellement. M. Slater s'assure également que Homecare Medical demeure un service de confiance capable d'établir un lien harmonieux entre les individus et les soins appropriés. Durant sa première année de fonctionnement, l'équipe de 300 personnes de Homecare Medical a apporté de l'aide à un Néo-Zélandais sur dix.

Avant de se joindre à Homecare Medical, M. Slater a occupé des postes de leadership stratégique dans une jeune

entreprise spécialisée dans les technologies de surveillance de la santé en temps réel. Il avait auparavant travaillé à la planification, au développement et à la transformation des services pour le service d'ambulance de la Nouvelle-Zélande. Dans cette organisation, il a dirigé la conception du premier plan national sur le service d'ambulance, qui portait aussi sur l'engagement du secteur de la santé et sur l'intégration.

Tout au long de sa carrière, M. Slater a toujours fait passer le bien-être des patients et du secteur de la santé avant tout, tout en nourrissant sa passion pour l'amélioration, la qualité et le pokohiwi ki pokohiwi (le soutien épaulé à épaulé). En 2016, il a été nommé finaliste au Prix du jeune administrateur de l'année de la Nouvelle-Zélande, en plus de recevoir le Prix de leadership pour l'innovation en cybersanté de l'Université de technologie d'Auckland. On le décrit comme un visionnaire perturbateur, un attribut qui lui sied bien, mais qui ne manque pas de le faire sourciller.



Financial contribution from



Mental Health Commission of Canada

Suite 1210, 350 Albert Street
Ottawa, ON K1R 1A4

Tel: 613.683.3755
Fax: 613.798.2989

info@mentalhealthcommission.ca
www.mentalhealthcommission.ca

- @MHCC_
- /theMHCC
- /1MHCC
- @theMHCC
- /Mental Health Commission of Canada

Canadian Centre on Substance Use and Addiction

Suite 500, 75 Albert Street
Ottawa, ON K1P 5E7

Tel: 613.235.4048
Fax: 613.235.8101

info@ccsa.ca
www.ccsa.ca

- @CCSACanada
- @CCDUSCanada
- /CCSACCLAT

Canada Health Infoway

Suite 1300, 150 King Street West
Toronto, ON M5H 1J9

Tel: 416.979.4606
Fax: 416.593.5911

inquiries@infoway-inforoute.ca
www.infoway-inforoute.ca

- @Infoway
- @InforouteSante
- /CanadaHealthInfoway
- /InforouteSanteduCanada
- InfowayInforoute
- /Company/Canada-Health-Infoway