

# Miser sur le potentiel de la cybersanté mentale au Canada pour combler les lacunes d'accès

## Rapport sommaire

Rédaction :  
Ascribe Marketing Communications inc.

*Table ronde de la Commission de la santé mentale du Canada  
Miser sur le potentiel de la cybersanté mentale au Canada pour combler les lacunes d'accès*

Vendredi 27 janvier 2017  
Université de la Colombie-Britannique  
Vancouver, C.-B.

**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 available in English.*

Ce document est disponible à l'adresse <http://www.commissionsantementale.ca>  
La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.

# Sommaire

## Table ronde de la Commission de la santé mentale du Canada Miser sur le potentiel de la cybersanté mentale au Canada pour combler les lacunes d'accès

Vendredi 27 janvier 2017

Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B.

En matière de services de santé mentale, le Canada est aux prises avec une « crise liée à l'accès », causée en partie par le fait que la stigmatisation diminue, ce qui incite plus de personnes à demander des soins. Afin de désengorger le système, la cybersanté mentale pourrait s'avérer cruciale, par l'élargissement de la portée des services, l'offre d'autres points d'accès et la promotion de soins de qualité supérieure.

Dans le but de découvrir comment les technologies de la cybersanté mentale pourraient être exploitées, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a organisé une table ronde à Vancouver le 27 janvier 2017. Des décideurs, des dirigeants d'organisme, des personnes ayant des antécédents de maladie mentale et des chercheurs du Canada, de même qu'un groupe de spécialistes étrangers, se sont réunis afin de discuter des sujets suivants.

- Faire mieux connaître les plus récentes données probantes sur l'efficacité des solutions de cybersanté pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale.
- Repérer et examiner les modèles existants de cybersanté mentale mis en œuvre au Canada et ailleurs dans le monde.
- Désigner les facteurs qui font obstacle ou qui facilitent l'adoption et la mise en œuvre d'approches axées sur la cybersanté mentale pour améliorer l'accès aux services.
- Formuler des recommandations à l'appui de la création, de la mise en œuvre et de l'évaluation des possibilités actuelles ou futures de cybersanté mentale.

Dans son discours liminaire, Mme Lori Wozney, du Centre de recherche en santé familiale, a décrit la situation de la cybersanté mentale au Canada.

Ses collègues et elle ont découvert que la cybersanté mentale suscite beaucoup d'intérêt – même si le concept est encore flou – et que l'un des principaux obstacles à son adoption est la culture décisionnaire réfractaire au risque.

En avant-midi, le groupe de panélistes s'est penché sur des modèles de cybersanté mentale adoptés au Canada. M. Peter Cornish, professeur agrégé et directeur du Student Wellness and Counselling Centre de l'Université Memorial de Terre-Neuve a décrit le programme Stepped Care 2.0 (soins par paliers 2.0). Ce modèle de soins primaires intégrés incorpore l'heuristique pour l'organisation de programmes aux solutions de cybersanté mentale, afin de suivre les progrès du patient et d'offrir des soins. La professeure Heather Hadjistavropoulos de l'Université de Regina a présenté ses travaux avec Online Therapy USER (unité de thérapie en ligne pour le service, l'éducation et la recherche), qui offre par Internet des services gratuits de thérapie cognito-comportementale aux adultes.

Après le dîner et une pause-rencontre, Mme Louise Bradley, présidente-directrice générale de la CSMC, a ouvert la séance de l'après-midi avec une brève allocution sur sa vision de la cybersanté mentale au Canada et a souligné la nécessité de coopérer afin d'aller de l'avant et de régler la crise liée à l'accès.

Le deuxième groupe de panélistes regroupait des spécialistes de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie, qui ont décrit l'expérience en cybersanté mentale dans leur pays. M. Andrew Slater, PDG de Homecare Medical, a expliqué comment il a relevé le défi de la gestion de la plateforme numérique de soins de santé à l'échelle de la Nouvelle-Zélande, tandis que le PDG de HealthTRx, M. Anil Thapliyal, a passé en revue les facteurs de réussite de la cybersanté mentale, y compris l'approche centralisée et l'établissement d'un budget durable.

Mme Jane Burns, fondatrice et PDG du Young and Well Cooperative Research Centre, a décrit la méthode de réorganisation du système de soins de santé mentale de l'Australie utilisée pour intégrer la technologie et les soins dirigés par les patients. M. Ian Hickie, codirecteur du Brain and Mind Centre de l'University of Sydney, a ensuite expliqué comment apporter des changements au système.

Au cours des trois ateliers, les participants ont examiné une série de questions sur la conception et la réalisation de solutions de cybersanté mentale au Canada. Les discussions ont ensuite porté sur une grande variété d'idées et de questions sur la cybersanté mentale. Parmi les thèmes communs abordés, mentionnons la nécessité de combler la fracture numérique, le défi de la prestation de la cybersanté mentale

dans les communautés rurales, la nécessité de surmonter l'aversion au risque afin de favoriser l'innovation, la valeur des soins dirigés par la personne et la possibilité d'adopter des solutions prometteuses dans des contextes similaires.

En conclusion de la réunion, la CSMC a annoncé son intention de publier sur son site Web les constatations de sa série de tables rondes sur la cybersanté mentale. Avant de partir, les participants ont présenté leurs prochaines étapes, notamment partager les nouvelles connaissances avec les collègues, faire un suivi auprès d'animateurs et de participants choisis, mobiliser les principaux intervenants, évaluer les solutions existantes en matière de cybersanté mentale et prendre des mesures de mise en œuvre.

# Principales constatations

## Les participants à la table ronde ont déterminé que les thèmes suivants étaient des principes clairs à adopter pour aller de l'avant avec la cybersanté mentale.

- **La voie d'avenir : mettre la personne au cœur du processus.** Cela est crucial pour établir des partenariats avec les utilisateurs des services afin de concevoir ces services et de donner à la personne le contrôle de ses données personnelles.
- **La fracture numérique doit être éliminée.** Les personnes qui n'ont pas accès à la technologie et aux services – ou qui n'ont pas les compétences ou les connaissances nécessaires pour profiter des solutions de cybersanté mentale – seront laissées pour compte.
- **La cybersanté mentale est une partie intégrante de l'amélioration de l'accès aux services.** Il n'existe pas de « formule miracle », mais les solutions de cybersanté mentale donnent l'occasion d'améliorer l'accès aux services et de désengorger le système surchargé de soins de santé mentale au Canada.
- **L'innovation exige une certaine tolérance au risque.** Les données probantes sur l'efficacité sont importantes pour orienter les décisions concernant le système de soins de santé mentale, mais les méthodes traditionnelles de collecte de données peuvent être trop lentes ou inexactes pour la cybersanté mentale. Il faut utiliser un modèle mieux adapté aux solutions technologiques, par exemple un modèle qui génère des données grâce à l'amélioration constante de la qualité ou à des évaluations continues du programme.
- **La coordination s'impose.** La volonté de multiplication des solutions en matière de cybersanté mentale existe, mais rien ne se fera sans effort coordonné. Il est essentiel de miser sur le travail d'équipe, les partenariats et les stratégies officielles en matière de cybersanté mentale.
- **Un leadership fort est essentiel.** La cybersanté mentale a besoin de champions parmi les praticiens, le gouvernement et les personnes ayant des antécédents de maladie mentale. Pour encourager des personnes à défendre la cause, il faut accroître la visibilité de la cybersanté mentale et des données probantes qui la soutiennent.
- **La technologie ne connaît pas les frontières; il doit en être de même pour la collaboration.** Nous devons examiner ce qui fonctionne bien partout dans le monde et échanger de l'information à l'échelle internationale.
- **Au final, il s'agit de changer le système.** Plutôt qu'un ajout à ce qui existe déjà, la cybersanté mentale est, et doit être considérée, comme un catalyseur du changement pour le système.



# Table des matières

Sommaire.....	iii
Principales constatations.....	v
Table des matières.....	vii
Introduction.....	1
Mot de bienvenue et observations préliminaires.....	3
Contexte de la cybersanté mentale au Canada : ce que nous savons, ce que nous ignorons et ce que nous découvrons.....	5
Les pratiques prometteuses tirées de l'expérience canadienne.....	9
Cybersanté mentale : une approche transformatrice.....	13
Leçons tirées d'autres pays.....	14
Discussions en ateliers.....	19
La voie à suivre : mot de la fin.....	25
Conclusion et prochaines étapes.....	27
Annexe A : aperçu de la réunion.....	29
Annexe B : liste des participants.....	30
Annexe C : attribution des places.....	32
Annexe D : notices biographiques des animateurs.....	34

*« Nous devons recueillir le plus d'information possible, déterminer ce que nous pouvons faire, le réaliser encore mieux, et échanger nos bons coups avec d'autres pays et d'autres fournisseurs de services. »*

Michael Krausz



# Introduction

Nous sommes dans une impasse systémique en raison du nombre croissant de Canadiens qui veulent de l'aide pour leurs problèmes de santé mentale. Les fournisseurs de soins de santé mentale sont débordés, et les patients doivent parfois attendre jusqu'à un an pour un rendez-vous. De nombreux intervenants du système considèrent que la cybersanté mentale est cruciale pour apporter des changements positifs, en raison de son potentiel d'élargir la portée des services, de créer d'autres points d'accès et de pouvoir offrir des soins de qualité supérieure.

En 2012, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a regroupé pour la première fois des intervenants afin de discuter de la cybersanté mentale. Cette réunion a mené à la publication deux ans plus tard du document *La cybersanté mentale au Canada : transformer le système de santé mentale grâce à la technologie*, un document d'information sur le potentiel de la technologie pour transformer la prestation de services de santé mentale, tout en tenant compte de certains obstacles à sa mise en œuvre. Les auteurs du document ont formulé neuf recommandations pour la mise en place et l'accroissement de la cybersanté mentale au pays. La CSMC a également recommandé d'élargir la portée de la cybersanté mentale dans le document intitulé *Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*.

Mettant de nouveau l'accent sur la cybersanté mentale, la CSMC entreprend des activités de recherche et d'échange des connaissances afin d'orienter l'établissement d'un plan pour faire valoir la cybersanté mentale. Ces activités comprennent l'organisation d'une nouvelle série

de tables rondes qui permettra aux principaux intervenants et décisionnaires de discuter de la cybersanté mentale au Canada.

Tenue à Ottawa en décembre 2016, la première table ronde a réuni des leaders en soins de santé et de praticiens de première ligne en santé mentale d'hôpitaux, de milieux communautaires, de régies régionales de la santé et d'associations nationales de tout le pays afin de discuter de la cybersanté mentale.

La deuxième table ronde a été organisée à Vancouver en janvier 2017. Elle regroupait des décisionnaires, des dirigeants d'organisme, des personnes ayant des antécédents de maladie mentale et des chercheurs qui ont discuté des moyens d'utiliser la cybersanté mentale pour améliorer l'accès aux services. En sus des représentants de chaque province et territoire du pays, des spécialistes de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie étaient présents pour décrire l'approche adoptée par leur pays en matière de cybersanté mentale.

## ON ENTEND PAR CYBERSANTÉ MENTALE...

« [...] les services de santé mentale et les renseignements fournis ou améliorés par Internet et les technologies connexes »\*

Il n'existe pas de définition universelle de la cybersanté mentale, mais la CSMC a adopté la définition ci-dessus établie par les auteurs Christensen, Griffiths et Evans, car elle est suffisamment générale pour tenir compte de l'évolution constante de la technologie.

\* Adapté de H. Christensen H., K. M. Griffiths et K. Evans, e-Mental Health in Australia: Implications of the Internet and Related Technologies for Policy, document de travail n° 3, 2002, Commonwealth Department of Health and Aging, Canberra.

Les objectifs de cette table ronde, qui tablaient sur ceux de la rencontre précédente, étaient les suivants :

- faire mieux connaître les plus récentes données probantes sur l'efficacité des solutions de cybersanté pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale;
- repérer et examiner les modèles existants de cybersanté mentale mis en œuvre au Canada et ailleurs dans le monde;
- désigner les facteurs qui font obstacle ou qui facilitent l'adoption et la mise en œuvre d'approches axées sur la cybersanté mentale pour améliorer l'accès aux services et en discuter;
- formuler des recommandations à l'appui de la création, de la mise en œuvre et de l'évaluation des possibilités actuelles ou futures de cybersanté mentale.

Le présent rapport résume les discussions à l'intention des participants et des autres intervenants intéressés qui participent à l'orientation, à la conception ou à la prestation de services de santé mentale. Il offre une vue d'ensemble des travaux de la table ronde et ne représente pas le point de vue d'un participant ou d'un organisme particulier.

# Mot de bienvenue et observations préliminaires

La CSMC cherche actuellement à promouvoir la cybersanté mentale et met donc l'accent sur trois domaines principaux : la recherche, l'échange de connaissances et les partenariats. Cette table ronde est la deuxième organisée dans le cadre des activités d'échange de connaissances prévues cette année.

L'aîné **Woody Morrison**, membre de la nation Northern Haida en Hydaburg (Alaska), ouvre la séance avec une prière afin de reconnaissance des territoires non cédés des peuples de la côte Salish, où se tient la table ronde.

**Nicholas Watters** décrit ensuite le contexte de l'activité, présente la CSMC et explique que la table ronde vise à favoriser une franche discussion. Il souligne la diversité des participants, c'est-à-dire des représentants de presque toutes les provinces et de tous les territoires, ainsi que des spécialistes internationaux, et la variété des points de vue.

## PRÉSENTATEURS

### **Aîné Woody Morrison**

Aîné spécialisé en soutien de la clientèle à la Vancouver Child and Family Services Society

### **Nicholas Watters**

Directeur, centre d'échange des connaissances, Commission de la santé mentale du Canada

*« Il faut être réaliste : toutes les solutions ne fonctionneront pas, et l'échec fait partie de la conception et de l'apprentissage. »*

Lori Wozney

# Contexte de la cybersanté mentale au Canada : ce que nous savons, ce que nous ignorons et ce que nous découvrons

Membre d'une équipe de recherche dirigée par M. Patrick McGrath, Mme Lori Wozney a constaté qu'il existe au Canada un grand intérêt pour les solutions de cybersanté mentale, même si le concept est mal défini. Selon Mme Wozney, l'un des principaux obstacles à leur adoption est probablement la culture réfractaire au risque dans la prise de décisions.

## Le point sur la cybersanté mentale au Canada

La plus récente analyse générale de la situation de la cybersanté mentale au pays remonte à 2014. Mme Wozney fait partie de l'équipe de recherche qui s'affaire à mettre à jour cette analyse, au moyen d'un examen exhaustif de la documentation qui porte sur tous les sujets, comme les interventions en ligne pour les troubles de stress post-traumatique (TSPT) et les applications mobiles de gestion de la dépression.

Dans le cadre de ces travaux, Mme Wozney et ses collègues ont interviewé neuf cliniciens ou chercheurs, ainsi que 11 administrateurs du système de santé mentale afin de préparer un résumé de haut niveau des initiatives en cours et envisagées, les défis de la mise en œuvre, ainsi que les ressources et les possibilités liées à la cybersanté mentale. Elle a présenté les constatations de ces entrevues, afin de mettre en contexte les discussions de la table ronde, à l'aide du cadre suivant :

**Portée** – Les technologies rejoignent-elles les personnes qu'elles doivent, et avec quel niveau de participation?

**Efficacité** – Comment définir la « réussite »?

**Adoption** – De quoi ont besoin les organismes en matière de capacité, de formation, de compétences, etc. pour adopter les technologies de la cybersanté mentale?

**Mise en œuvre** – Quelles sont les ressources nécessaires pour mettre en pratique la recherche?

**Maintien des acquis** – Comment assurer la durabilité des technologies de cybersanté mentale et leur intégration au système normalisé?

## Portée

Mme Wozney a expliqué que la demande est forte pour des solutions de cybersanté mentale, mais que la définition de ce concept n'est pas uniforme, par exemple, dans un cas la « cybersanté mentale » peut s'appliquer à un rappel par texto d'un rendez-vous, et dans un autre, il s'agit d'une application entièrement autogérée en ligne. En outre, la définition de la « demande » peut vouloir dire différentes choses selon le contexte. Dans certaines communautés, cela correspond à la volonté d'améliorer une trousse de ressources existante, et pour d'autres, cela correspond à un désir plus fondamental d'offrir l'accès aux services de base.

## PRÉSENTATRICE

### Lori Wozney

Associée de recherche au Centre de recherche en santé familiale

Selon Mme Wozney, la plupart des solutions actuelles de cybersanté mentale sont axées sur les cas d'anxiété et de dépression faible à modérée, ayant un faible risque lié à la gestion. Même si les jeunes sont plus branchés que les personnes plus âgées, cela ne veut pas nécessairement dire qu'ils adopteront des interventions électroniques. Il faut donc se demander si le fossé générationnel perçu ne correspond pas en fait à des lacunes de compétences.

## Efficacité

Toutes les personnes interviewées par Mme Wozney et ses collègues ont affirmé que l'utilisation de technologies de cybersanté mentale doit fournir de meilleurs résultats en santé. La majorité (65 %) d'entre elles mentionnent en outre qu'elles veulent connaître l'utilisation de ces technologies et avoir un moyen quelconque de savoir si les utilisateurs préfèrent certaines technologies. De nombreux répondants soulignent qu'il manque de données probantes sur l'adoption des solutions.

Un nombre plus élevé de répondants (75 %) veulent avoir des mesures pour l'ensemble du système. Certaines interventions mènent-elles

à une baisse des visites à l'urgence ou à de meilleures interactions à l'école? De quelle façon l'intégration d'outils de cybersanté mentale modifie-t-elle le système? Mme Wozney précise que les chercheurs doivent examiner tout particulièrement les moyens de faire le suivi de telles mesures afin de faire avancer les choses.

### Adoption

Tous les répondants connaissaient au moins une solution de cybersanté mentale, la télépsychiatrie étant la plus souvent mentionnée. Ils connaissent peu les activités de cybersanté mentale menées au Canada et suggèrent que le pays doit se doter d'une stratégie nationale générale sur la cybersanté mentale.

En ce qui concerne les difficultés liées à la mise en œuvre, Mme Wozney a donné l'exemple de la ligne d'aide Jeunesse j'écoute, qui a lancé des services par texto, mais sans avoir suffisamment de ressources de formation pour appuyer le lancement des services. De même le personnel infirmier Dalhousie ne savait pas s'il pouvait communiquer avec des patients par médias sociaux, ni comment le faire.

« Même si vous connaissez les mécanismes et le contenu clinique, vous devez comprendre comment la technologie modifie ce que vous faites », a fait remarquer la chercheuse.

Mme Wozney a indiqué que les répondants estiment que la réglementation doit être moins conventionnelle, et qu'il existe souvent des solutions existantes aux questions de protection de la vie privée et de la sécurité perçues comme des obstacles. Il faut de sérieux documents stratégiques afin d'aider les cliniciens à comprendre ce que leur pratique englobe.

Les répondants estiment en outre que les organisations doivent être moins réfractaires au risque afin de traverser la « vallée de la mort » entre la recherche biomédicale de base et la science clinique, ainsi qu'entre celle-ci et la pratique. Alors que les universitaires comprennent généralement bien les données probantes, les administrateurs ne savent pas toujours à quelles données se fier ou à quel endroit les trouver. La science de la mise en œuvre est un domaine d'étude qu'il faut explorer.

### Mise en œuvre

La confiance à l'égard de la prise en compte des risques est également nécessaire pour la mise en œuvre. Il faut être réaliste : toutes les solutions ne fonctionneront pas, et l'échec fait partie de la conception et de l'apprentissage. À l'heure actuelle, surmonter la peur du risque exige généralement qu'un clinicien se fasse le champion d'une solution donnée et incite les autres à l'adopter. À l'avenir, un solide leadership sera encore essentiel.

Les personnes interviewées ont également affirmé que des investissements continus dans l'infrastructure technologique sont nécessaires afin que les organismes abandonnent leur approche actuelle et non durable de faire des demandes de subventions toujours plus élevées sans certitude de les obtenir.

Les partenariats auront toujours leur importance, en particulier avec l'industrie. Comme l'a souligné Mme Wozney, une personne peut commander en ligne une pizza, mais ne peut recevoir de la même façon des rappels au sujet d'une opération. Pour les répondants, il importe de se demander de quelle façon les valeurs et les droits liés à la propriété intellectuelle d'une organisation sont modifiés avec ces partenariats, compte tenu de l'absence de lignes directrices juridiques à l'heure actuelle. De nombreux répondants se demandent dans quels domaines ils doivent collaborer plus étroitement avec l'industrie et de quelle façon.

### Maintien des acquis

Le maintien des acquis exige la compréhension des mesures et des éléments qui doivent faire l'objet de rapports, la période couverte par ceux-ci et une comparaison avec le coût de ne rien faire. Les analyses à long terme doivent tenir compte du coût, mais une simple comparaison entre les coûts directs des interventions en personne et des interventions en ligne pourrait être trop simple et incomplète. En fin de compte, le financement de la recherche, le parrainage, les partenariats et la participation de l'industrie sont tous nécessaires pour faire en sorte que les bonnes idées ne meurent pas en cours de route.

## Faits saillants de la période de questions

### **Jusqu'à quel point dans le temps remontera l'analyse systématique ?**

Mme Wozney a précisé que la mise à jour remontera jusqu'à l'année 2010 environ et englobera la littérature grise et les évaluations de programme dans tous les secteurs cliniques, les études qualitatives et les projets pilotes. Elle invite les participants du groupe à suggérer des études à inclure dans l'analyse.

### **Comment organiser sa pratique pour intégrer la technologie à la prestation de soins ?**

Mme Wozney répond qu'avec son équipe, elle a examiné l'organisation du travail. Les personnes interrogées ont signalé que la technologie engendre un problème, parce que les organismes ne font qu'ajouter des solutions sans en

supprimer d'autres. Le rapport de Mme Wozney décrira cette organisation du travail et les changements qui doivent être apportés.

### **Examinez-vous les obstacles organisationnels ou institutionnels à la mise en application de la recherche dans la pratique ?**

Cela ne s'inscrit pas dans le travail de Mme Wozney visant le cadre REAIM, mais l'examen se penchera sur ce qui fonctionne ou non. Selon elle, la recherche organisationnelle « n'est pas forte à l'heure actuelle », et il se fait peu de recherche sur la mise en œuvre, ce qui signifie qu'on ne sait pas vraiment quelles mesures chercher.

### **Votre recherche est-elle axée uniquement sur les cliniciens ? Qu'en est-il des personnes ayant des antécédents de maladie mentale ?**

Mme Wozney explique que les projets pilotes et les études sur l'utilisation englobent généralement les utilisateurs ultimes, mais elle admet que l'absence du point de vue des utilisateurs constitue un « problème majeur ». Les chercheurs établissent des programmes en fonction de leurs perceptions des besoins. En outre, les mesures sur l'utilisation et la satisfaction sont généralement peu définies ou de très haut niveau. Elle précise que son examen de la littérature englobe les documents sur les applications d'auto-assistance, mais que celles-ci ne sont pas nécessairement abordées lors des entrevues avec les informateurs clés.

### **Le Canada est un pays où sont menés des projets pilotes et des consultations à long terme. L'examen de la cybersanté mentale et des ressources disponibles sur Internet devrait être de portée mondiale afin d'éviter cette tendance.**

Mme Wozney est d'accord et précise que son examen de la littérature sera de portée internationale. En sus de leur recherche mandatée par la CSMC, elle et ses collègues ont mené des entrevues d'intervenants clés avec 75 personnes, ce qui produit du matériel intéressant.

*La CSMC prévoit diffuser largement l'examen de la littérature et l'analyse contextuelle au printemps 2017.*

*« Enfin, les gens s'intéressent à la santé mentale et tout le monde se précipite pour entrer à la porte. Mais nous n'avons qu'une seule porte, et une longue file d'attente. Nous avons besoin de nombreuses portes. »*

Peter Cornish, Université Memorial



# Les pratiques prometteuses tirées de l'expérience canadienne

En matinée, les présentateurs ont décrit deux modèles de cybersanté mentale mis en œuvre au Canada. M. Peter Cornish a expliqué le modèle de soins primaires intégrés Stepped Care 2.0, qui combine une approche progressive d'organisation de programmes et des solutions de cybersanté mentale pour surveiller les progrès du patient et offrir des soins. Mme Heather Hadjistavropoulos a fait état de ses travaux avec l'unité de thérapie en ligne, qui offre des services gratuits de thérapie cognito-comportementale aux adultes.

## S'attaquer aux délais d'attente avec le modèle de soins par paliers

L'atténuation de la stigmatisation à l'égard de la maladie mentale et des problèmes de santé mentale incite un plus grand nombre de personnes à demander de l'aide auprès de spécialistes. Par conséquent, les délais d'attente se sont grandement allongés, ce qui engendre une « crise liée à l'accès ». Selon M. Cornish, le modèle de soins par paliers pourrait grandement contribuer à régler ce problème. Il mentionne que grâce aux projets pilotes de soins par paliers, l'Université Memorial de Terre-Neuve à St.-John's, et la George Washington University à Washington, D.C., ont fait disparaître les délais d'attente du jour au lendemain.

Selon M. Cornish, l'une des causes de la surcharge de la demande de services est ce qu'il nomme le « problème d'acquisition de connaissances sur la santé mentale ». En d'autres mots, de nombreuses personnes dirigées vers des spécialistes de la santé mentale représentent de « faux positifs », c'est-à-dire des patients qui, techniquement, ne souffrent pas d'une maladie mentale, mais qui veulent améliorer leur santé mentale.

Avec le modèle de soins par paliers, la responsabilité du traitement des patients est transférée des spécialistes aux soins primaires ou à des services en ligne avec soutien d'auto-assistance ou encore à un soutien en ligne par des pairs, qui pourraient être plus aptes à encadrer les personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale. Les spécialistes peuvent alors consacrer plus de temps à traiter les personnes souffrant d'une maladie mentale. En outre, le modèle cherche à accroître l'autonomie du patient et son autonomie sociale, afin de favoriser l'acquisition de compétences en auto-assistance et la résilience nécessaires pour faire face aux difficultés de la vie.

« Nous devons enseigner la résilience, explique M. Cornish. Notre société refile la patate chaude à d'autres, en disant "vous avez besoin de soins professionnels". Ce n'est pas le bon message à transmettre. Nous devons autonomiser les gens pour qu'ils prennent soin eux-mêmes de leur santé mentale. »

## PANÉLISTES

### **Peter Cornish**

Professeur agrégé et directeur,  
Student Wellness and Counselling Centre,  
Université Memorial

### **Heather Hadjistavropoulos**

Professeure de psychologie,  
Université de Regina;  
Enquêtrice principale,  
Online Therapy USER, Saskatchewan

L'heuristique du modèle de soins par paliers offre d'abord au patient l'intervention la plus efficace et qui exige le moins de ressources. Cette intervention peut se faire en clinique ou en milieu communautaire, et peut comprendre des applications de cybersanté mentale ou des services d'auto-assistance en ligne, ainsi que des « ordonnances comportementales »,

par exemple proposer au patient de faire du bénévolat, qui aura un effet thérapeutique. Dans le scénario décrit par M. Cornish, les fournisseurs de services surveillent les progrès du patient à l'aide d'un sondage électronique de 20 questions, baptisé Behavioral Health Measure-20. Si le patient ne réagit pas au traitement, il passe au palier supérieur de soins.

## Modèle de soins par paliers 2.0 pour la santé mentale



Diagramme fourni gracieusement par M. Peter Cornish

Le modèle compte neuf paliers au total, allant de la consultation initiale ou séance unique de thérapie, ensuite aux ressources d'auto-assistance et d'encadrement en ligne, à la thérapie intensive et la consultation psychiatrique, pour se terminer avec des soins par le système (où les fournisseurs de services mettent le patient en contact avec les ressources pertinentes) ou l'aiguillage vers les soins tertiaires. M. Cornish mentionne que son équipe travaille à la conception d'une plate-forme technologique qui indiquera aux fournisseurs de services à quelle étape se trouve un patient, ce qui les aidera à réfléchir et à agir de manière plus systématique. Les patients pourraient également consulter ces renseignements.

M. Cornish a démontré que les soins par paliers ont accru de plus de 15 % la capacité de la charge de travail, tout en maintenant les niveaux élevés de satisfaction des utilisateurs des services. D'autres données probantes laissent entendre qu'une période de 15 minutes par semaine consacrée par un praticien dans le cadre des soins par paliers pourrait avoir une incidence sur le bien-être, l'anxiété, la dépression et le fonctionnement dans la vie des patients semblable ou supérieure à une heure de thérapie traditionnelle en personne.

### La prestation en ligne de services de thérapie en Saskatchewan

Installée à l'Université de Regina, l'unité de thérapie en ligne pour le service, l'éducation et la recherche (Online Therapy Unit for Service, Education, and Research) repose sur un modèle australien de thérapie en ligne ([mindspot.org.au](http://mindspot.org.au)). Mme Heather Hadjistavropoulos explique que le programme a été lancé dans quatre cliniques et a graduellement pris de l'ampleur. À l'heure actuelle, neuf des douze cliniques communautaires de santé mentale de la Saskatchewan l'ont adopté.

Pour avoir accès aux services, les clients consultent le site [onlinetherapyuser.ca](http://onlinetherapyuser.ca). Ils peuvent visionner une vidéo d'introduction et effectuer le processus de sélection en ligne, qui sera suivi d'une sélection par téléphone. Mme Hadjistavropoulos mentionne qu'environ la moitié des utilisateurs sont aiguillés vers le site par leur médecin.

Les clients sélectionnés qui correspondaient aux critères du programme reçoivent un nom d'utilisateur et un mot de passe pour avoir accès en ligne aux documents sur la thérapie cognito-comportementale, qu'ils doivent étudier chaque semaine. Un thérapeute qualifié est également désigné pour chaque nouveau client et communique avec celui-ci par service de messagerie sécurisé ou téléphone pendant 15 à 20 minutes. Le service est axé sur le traitement de la dépression, de l'anxiété et du trouble panique et peut offrir des traitements selon l'approche transdiagnostique. Le programme habituel comprend actuellement cinq modules, d'une durée de huit semaines.

De novembre 2010 à décembre 2016, l'unité a effectué un processus de sélection auprès de 2 400 personnes et en a retenu 1 700 pour la prestation de ses services. Les autres personnes ont été aiguillées vers une clinique de santé mentale ou ont été perdues de vue. Les clients habitent en région urbaine ou rurale (49 % de ce dernier groupe). Pour environ un quart (26 %) des clients, c'était leur première expérience de soins en santé mentale; 13 % ont affirmé faire appel au service en attendant d'avoir d'autres soins.

Mme Hadjistavropoulos a mis à mal la perception selon laquelle le service vise uniquement des cas légers ou modérés. En fait, 48 % des clients présentaient des symptômes majeurs de dépression ou d'anxiété et seulement 3 % et 16 % respectivement avaient des symptômes mineurs et modérés.

Le taux de satisfaction des clients à l'égard du service demeure élevé : 91 % d'entre eux se disent satisfaits ou très satisfaits de la qualité des traitements, 95 % estiment que le cours représentait du temps bien investi et 95 % affirment qu'ils recommanderaient le service à des amis. Les taux d'achèvement et d'effet sont également positifs, puisque 80 % des clients ont terminé le programme et la grande taille d'effet est semblable à celle associée à une thérapie en personne.

Mme Hadjistavropoulos a souligné que d'atteindre ces résultats n'a pas été aisé, et qu'un fort leadership et la mobilisation de divers intervenants ont été nécessaires pour y parvenir. Il y a eu un grand apprentissage sur la conception du service, beaucoup d'éléments à prendre en considération

pour la présentation du site Web, la méthode de sélection des clients et les politiques et procédures. Certains cliniciens ont adopté plus rapidement que d'autres le concept; l'acceptation du service s'est améliorée avec le temps. Elle mentionne que l'idée que ce type de service n'est pas équivalent à une thérapie en personne évolue, mais qu'il existe encore une résistance à son égard.

Elle conclut son exposé en expliquant les prochaines étapes et objectifs de l'unité de thérapie en ligne, notamment accroître le taux de participation, offrir de nouveaux programmes, améliorer le site Web et obtenir une subvention de recherche pour étudier la prestation d'une thérapie cognito-comportementale en ligne personnalisée (personnalisation de la durée et de la nature du traitement en fonction des besoins et des préférences des clients).

## Faits saillants de la période de questions

### **Quel est le nombre moyen de patients consulté par clinicien à l'aide de l'unité de thérapie en ligne ?**

Mme Hadjistavropoulos répond qu'en plus de leur charge de travail de thérapie en personne, les cliniciens travaillent habituellement avec six clients à la fois par l'entremise de l'unité de thérapie en ligne. Les thérapeutes employés directement par l'unité travaillent généralement avec 20 clients par jour.

### **Quelles sont vos observations au sujet de la gestion du changement ?**

M. Cornish affirme qu'il faut convaincre les fournisseurs de services. Alors que les bailleurs de fonds, administrateurs et patients apprécient le modèle par paliers, environ un quart des fournisseurs de services sont réticents, soutenant que ce type de service « n'est pas ce qu'ils avaient accepté ». Ils estiment que cela dévalorise le système de soins de santé et que la bonne solution aux problèmes d'accès consiste à accroître le personnel. M. Cornish affirme qu'il faut une formation et des outils de suivi à utiliser dans le cadre des thérapies. Mme Hadjistavropoulos répond que le changement est un processus constant, et débute avec une journée de formation pour les cliniciens, suivie d'une supervision.

### **Comment gérez-vous la comorbidité ?**

Cette question a incité les responsables de l'unité de thérapie en ligne à adopter l'approche transdiagnostique, car elle est plus susceptible d'aider

les personnes ayant des problèmes concomitants. Mme Hadjistavropoulos fait remarquer que des clients devaient auparavant passer d'un programme à un autre. Le service élabore actuellement un « cours de renforcement » que les clients pourront suivre après un an afin de mettre à jour leurs connaissances, ce qui pourrait contribuer à régler le problème de comorbidité. M. Cornish affirme que le modèle de soins par paliers pourrait être utilisé pour une variété de situations.

### **Comment sont rémunérés les fournisseurs de services ?**

L'unité de thérapie en ligne est entièrement financée par le gouvernement et le service est gratuit pour les clients. Il y a des fournisseurs de thérapie cognito-comportementale en ligne désignés dans les cliniques communautaires de santé mentale, qui sont rémunérés par les fonds publics. M. Cornish précise que le programme de soins par paliers de l'Université Memorial est financé par le gouvernement, à l'exception du programme de licences.

### **Dans quelle mesure le modèle de soins par paliers intègre-t-il d'autres systèmes que les utilisateurs pourraient vouloir utiliser ?**

Le modèle n'est pas lié à un seul fournisseur de services; c'est plutôt un outil pour préciser où est rendu le patient. M. Cornish précise que le modèle vise à donner aux patients l'accès à n'importe quel service qu'ils souhaitent; c'est l'objectif du modèle.

# Cybersanté mentale : une approche transformatrice

*« Nous voulons nous défaire de notre réputation de pays axé sur les projets pilotes et aller de l'avant de façon délibérée. »*

Louise Bradley

Mme Louise Bradley, présidente-directrice générale de la CSMC, a ouvert la séance de l'après-midi en prononçant une brève allocution. Elle a décrit ainsi sa vision de la cybersanté mentale au Canada : « elle est là, devant moi, car c'est vous tous ensemble ici, du Canada et d'ailleurs dans le monde ». Elle a souligné la nécessité de collaborer afin de régler ce que M. Cornish a décrit comme « la crise liée à l'accès », réaffirmé l'engagement de la CSMC de faire progresser la cybersanté mentale et mis l'accès sur des modèles comme ceux examinés à cette table ronde. Elle a terminé son allocution en remerciant le personnel de la CSMC d'avoir coordonné l'événement et les participants de leur présence.

## PRÉSENTATRICE

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

# Leçons tirées d'autres pays

Le groupe de panélistes de l'après-midi a donné une perspective internationale aux discussions. Andrew Slater et Anil Thapliyal, tous deux de la Nouvelle-Zélande, ont parlé de l'intégration des services en ligne et de télésanté à une plate-forme unique de services et des principaux facteurs de réussite de l'instauration de la cybersanté mentale dans leur pays. Les Australiens Jane Burns et Ian Hickie ont décrit la transformation du système de santé mentale pour y intégrer la technologie et les soins dirigés par les patients, et plaidé pour une réflexion allant au-delà du statu quo.

## Nouvelle-Zélande

### Des lignes téléphoniques aux services en ligne

Il faut remonter au lancement des lignes d'aide téléphoniques dans les années 1950 pour comprendre l'origine du système de cybersanté mentale de la Nouvelle-Zélande. À la deuxième décennie des années 2000, on recensait dans ce pays plus de 100 lignes téléphoniques de services de santé et de services sociaux, ainsi qu'un nombre croissant de services virtuels. Dans le but d'économiser, le gouvernement a décidé de centraliser la gestion de ces services disparates en un service national unique de télésanté. L'entreprise Homecare Medical que dirige M. Slater était l'une des deux entreprises ayant répondu à l'appel d'offres pour gérer ce service.

Comme l'a expliqué M. Slater, à l'époque, Homecare Medical ne comptait que deux personnes. Le problème était donc de taille après l'obtention du contrat d'approvisionnement de deux ans. Son partenaire d'affaires et lui avaient

15 semaines pour embaucher 300 personnes, fournir 7000 heures de formation, créer quatre centres d'appels, un système informatique et une plate-forme infonuagique de santé sécurisée.

L'entreprise a réussi à le faire en ayant recours à des partenariats et s'assurant que l'expertise de l'industrie, du gouvernement, des utilisateurs des services et d'autres intervenants était mise à profit pour répondre aux besoins des utilisateurs. M. Slater explique que l'esprit de collaboration reposait sur un ensemble de valeurs fondamentales, soit la qualité, faire la bonne chose, avoir la passion de « mieux faire » et le principe maori *Pokohiwi ki Pokohiwi*, c'est-à-dire travailler en se serrant les coudes.

L'un des principaux engagements de Homecare Medical était de faire en sorte que les soins virtuels ne deviennent pas un autre « système » distinct, mais plutôt qu'ils renforcent le système actuel en accroissant sa capacité et ses outils. Cinq équipes ont été créées pour assurer la prestation de services en tout temps.

## PANÉLISTES

### Andrew Slater

PDG, Homecare Medical, Nouvelle-Zélande

### Anil Thapliyal

PDG, HealthTRx, Nouvelle-Zélande

### Jane Burns

Fondatrice et DG, Young and Well Cooperative Research Centre, Australie

### Ian Hickie

Codirecteur, Brain and Mind Centre, University of Sydney

Ces équipes comptent des spécialistes en santé mentale et en toxicomanie, des infirmières, des préposés d'un centre antipoison et des infirmières pour le triage des urgences. On prévoit ajouter des infirmières en santé mentale en 2017. Dès le premier mois, plus d'un million de personnes avaient communiqué avec le service national de télésanté.

Afin de maintenir la capacité de fournir « une bonne expérience des services de santé numériques aux Kiwis », le service s'est doté d'un fonds d'innovation. Ainsi, chaque dollar de revenu est versé dans le Fonds en fin d'exercice pour être investi plus tard. À l'échéance du contrat de dix ans, sauf en cas de renouvellement, tous les fonds non utilisés seront versés au gouvernement.

M. Slater affirme que le service cherche à optimiser le recours aux outils relativement économiques et qui exigent moins de ressources cliniques, p. ex. des campagnes d'information publique et des services automatisés de conseils personnalisés. Cela permet de consacrer les services exigeant plus de ressources cliniques et d'argent, comme les consultations téléphoniques et vidéo, ainsi que les interventions en personne, aux patients ayant les besoins les plus criants. Ses collègues et lui ont comme principe de s'assurer que « chaque porte est la bonne porte ».

M. Slater a dressé la suite suivante de leçons qui peuvent être tirées de l'expérience de la Nouvelle-Zélande.

- Les partenariats sont essentiels et les modalités du contrat doivent les exiger.
- La défavorisation numérique (c.-à-d. la fracture numérique) doit être éliminée, par exemple avec la collaboration de fournisseurs de services de télécommunications pour qu'ils fournissent gratuitement les moyens technologiques.
- Faites preuve d'audace, mais servez-vous de ce que vous avez en main. Voyez grand, mais construisez à partir des bases existantes.
- Assurez-vous d'avoir une crédibilité clinique.

- Perturbez de l'intérieur; en d'autres mots, travaillez dans le système et non en opposition à celui-ci.
- Soyez franc au sujet de votre façon de régler les problèmes de protection de la vie privée et ne laissez pas ceux-ci devenir un obstacle.
- Rendez des comptes aux contribuables.
- Les contrats devraient être plus généraux, de longue durée et axés sur les résultats.
- Le financement de l'innovation est essentiel et les organismes doivent se préparer à l'échec.
- Le marketing et la promotion constituent les premières étapes de la prestation numérique de services.

### Trouver de meilleures voies

Également de la Nouvelle-Zélande, M. Thapliyal a enchaîné avec ses réflexions sur les facteurs de réussite, à la lumière de sa participation à des projets sur la cybersanté mentale et la toxicomanie.

Il affirme que les définitions ont leur importance. Les responsables en Nouvelle-Zélande privilégient la définition donnée par Helen Christensen, c'est-à-dire « les services de santé mentale et les renseignements fournis ou améliorés par Internet et les technologies connexes » avec sa matrice en quatre volets : prestation d'information, sélection, soutien social et intervention (avec comme préalable de répondre aux exigences de soins secondaires).

Il mentionne également que la Nouvelle-Zélande est passablement « riche en applications », compte tenu de sa superficie totale de 265 000 kilomètres carrés et sa population de 4,5 millions d'habitants. Du point de vue stratégique, l'Australie est cependant à l'avant-garde sur la scène internationale, car elle s'est déjà dotée d'une stratégie sur la cybersanté mentale. Par contre, il y a d'autres pays, dont le Canada, qui travaillent à rendre leurs approches plus officielles.

Une question revient souvent dans les gouvernements qui s'intéressent à la cybersanté mentale : « mais comment achetez-vous ces services? ». Par exemple, comment M. Slater et son équipe de 300 personnes sont-ils rémunérés? Et si un service de très petite taille comme l'initiative nationale sur la dépression en Nouvelle-Zélande avait consacré 4,9 millions de dollars par année à un centre d'appels avec deux employés, comment peut-on payer la gamme de services maintenant offerts en tout temps par le service national de télésanté?

L'approche de centralisation adoptée par la Nouvelle-Zélande a été cruciale, de même que l'établissement d'un budget durable qui détermine comment optimiser la répartition des ressources dans l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement. Dans le domaine de la cybersanté mentale, cette chaîne d'approvisionnement comprend les agences de création qui conçoivent les campagnes de marketing social, les lignes d'aide multimodes (Internet, courriel, texto et téléphone), les services de soutien personnalisés pour l'aide interactive et, enfin, les organismes communautaires qui fournissent les services en personne.

M. Thapliyal mentionne qu'au Canada, la mise en œuvre de la cybersanté mentale progresse différemment d'un endroit à l'autre. Il donne comme exemple Terre-Neuve-et-Labrador, qui a déjà intégré la thérapie en ligne à ses programmes communautaires, de santé mentale et de toxicomanie, aux médias, aux relations publiques et autres domaines.

À l'instar de M. Slater et Mme Wozney, M. Thapliyal confirme que les organismes doivent accepter le fait que les revers sont inévitables avec l'innovation et que la réussite n'est pas garantie avec chaque investissement. Il mentionne aussi que le dédoublement de services et le manque de coordination doivent être éliminés si l'on veut optimiser l'efficacité et miser sur les investissements pour obtenir de meilleurs résultats.

Tout comme Mme Wozney, M. Thapliyal soutient que la science de la mise en œuvre est essentielle : il faut obtenir la participation des utilisateurs des services à la conception et à l'élaboration, travailler à partir de solides données probantes, s'assurer que la politique concorde avec les décisions

d'achat et que les organismes de santé mentale fonctionnent en partenariat avec l'industrie pour élaborer et mettre en œuvre des solutions. Selon lui, l'harmonisation de l'organisation du travail a également son importance : si vous ajoutez de nombreux éléments au système sans en supprimer d'autres, la participation sera faible.

M. Thapliyal a conclu son exposé en affirmant que les conditions sont idéales pour faire progresser la cybersanté mentale, grâce aux conversations en cours comme celle lancée par la CSMC en 2012. Il propose la création d'un réseau d'échange de connaissances sur la mise en œuvre de la cybersanté mentale, un groupe de collaboration internationale qui mettrait à profit la technologie numérique sans frontière. Il suggère également la création d'autres partenariats, la possibilité d'élaborer une stratégie fédérale-provinciale et territoriale sur la cybersanté mentale pour le Canada, ainsi qu'une plus grande cohérence entre les services de cybersanté mentale et ceux de soins primaires et secondaires, sans négliger l'assurance de la qualité.

## Australie

### Réorganisation des soins de santé mentale en Australie

Les efforts de réorganisation des soins de santé mentale menés en Australie transforment en profondeur la prestation des soins dans ce pays. Comme l'a expliqué Mme Jane Burns, la tendance est en faveur des soins dirigés par le patient et la conception en collaboration avec celui-ci. En d'autres mots, les cliniciens et les utilisateurs des services doivent collaborer à la création d'un système fonctionnel.

Un examen exhaustif des programmes et services en santé mentale de l'Australie mené en 2014 est l'un des principaux vecteurs de cette réforme. En effet, l'examen a révélé que le système du pays avait de grandes lacunes et devait être repensé. Mme Burns signale que le gouvernement de l'Australie a pris très au sérieux ce rapport, y compris la recommandation d'utiliser des technologies innovatrices pour améliorer l'accès aux services et au soutien. En outre, il y a un sentiment généralisé d'acceptation de l'importance de la santé mentale pour les milieux de travail et l'économie du pays.



Sur le plan technologique, la réforme explore les façons de mettre à profit l'Internet des objets, c'est-à-dire des appareils largement répandus, interreliés qui génèrent et échangent des données. Ces appareils permettent à une personne de gérer elle-même ses soins et d'avoir un accès immédiat à une aide de haute qualité et axée sur la personne, ce qui donne aux cliniciens plus de temps pour s'occuper des cas plus complexes avec des besoins plus criants. Mme Burns admet que les utilisateurs de services veulent avoir des options pour les soins, que ce soit en ligne ou à une clinique. Auparavant, le système de soins de santé de l'Australie ne facilitait pas ce choix, mais les efforts de réforme contribuent à changer cette situation.

Les utilisateurs modifient déjà leurs comportements en adoptant des technologies comme les bracelets FitBit et les applications mobiles, ou avec leur participation à des forums en ligne. Un bon nombre d'utilisateurs semblent intéressés à prendre en charge leur dossier de santé, ce qui leur permettrait de choisir à qui communiquer les renseignements à leur sujet.

Considérant les jeunes « l'actif le plus précieux que nous avons », Mme Burns décrit le travail qu'elle mène au projet Youth Brains Trust du Young and Well Cooperative Research Centre. Selon elle, ce projet « a modifié notre façon d'envisager la recherche en Australie », car il a permis de regrouper des jeunes, des chercheurs, des praticiens et des décideurs pour examiner comment améliorer la vie des jeunes à l'aide de la technologie. Les jeunes ont participé à titre de partenaires de la recherche et non de patients ou de clients, ce qui a modifié la conception du programme. Mme Burns dit qu'il a été possible d'élargir rapidement la portée de projets, grâce à l'adoption d'un « processus expéditif de R et D », ce qui comprend travailler en partenariat avec des géants de la technologie comme Google, Facebook et Twitter.

Mme Burns a conclu son allocution en attirant l'attention sur plusieurs technologies de cybersanté mentale à l'intention des jeunes. Elle a ainsi parlé de Synergy, une plate-forme en ligne qui relie les jeunes à des professionnels en santé mentale et intègre des technologies comme FitBit, Jawbone Up et une clinique de cybersanté mentale, un portail Web qui offre des ressources, le suivi des progrès, ainsi qu'un outil d'évaluation clinique qui achemine les résultats à un médecin.

*« Ce n'est pas parce que vous avez le contrôle de l'approvisionnement du gouvernement que vous exercez un contrôle sur le système. »*

Ian Hickie

### Faire appel aux talents du monde entier

À la suite de l'allocution de Mme Burns, Ian Hickie remet en question la proposition selon laquelle les cliniciens doivent participer pour faire progresser la cybersanté mentale. Selon lui, puisque la technologie est essentiellement « sans frontières », cela signifie que s'il n'y a personne dans une administration donnée qui souhaite apporter des changements, quelqu'un d'autre quelque part le sera.

En Australie, la réforme des soins de santé mentale bénéficie de la présence d'un premier ministre qui est un ardent partisan de la technologie. Il voit le potentiel de celle-ci pour transformer les services de santé et les services à la personne en services axés sur la personne, économiques et accessibles à tous. M. Hickie mentionne que le fait que la transformation commence en Australie n'a aucune importance.

L'objectif n'est pas de créer un système, mais une application dorsale pour établir des liens avec les responsables de l'approvisionnement, peu importe où ils se trouvent. Il conclut avec cette question : comment lier ensemble les cliniciens hautement qualifiés et les possibilités technologiques ?

## Faits saillants de la période de questions

### **En présence d'une variété d'options et de programmes différents, qu'utilisez-vous comme données probantes ?**

Mme Burns mentionne qu'avec une plate-forme dorsale de R et D, il est possible d'évaluer qui a utilisé quels services, de savoir s'il s'agissait du traitement pertinent et si l'intervention a été néfaste ou non. En bref, il s'agit de recueillir des données probantes fondées sur l'amélioration du service plutôt que sur les anciens modèles. M. Hickie affirme que l'essentiel est d'avoir une infrastructure technologique afin d'appuyer la connexion voulue pour atteindre les résultats escomptés (« Le diagnostic ne compte pas, seul le résultat compte ».) M. Slater ajoute que la nouvelle approche fondée sur une plate-forme pour la gestion des cyberservices adoptée en Nouvelle-Zélande facilite les expériences sans « mener de projets » avec chaque changement. M. Thapliyal mentionne que le ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande a appuyé le projet « Beating the Blues » même s'il n'avait pas fait l'objet d'essais cliniques (menés depuis au Canada). En définitive, c'est une question de leadership et de volonté de prendre des risques, compensés par des essais cliniques, mais sans dépendre de ceux-ci.

### **Comment l'Australie a-t-elle surmonté les obstacles et assuré la mise en œuvre de soins réellement axés sur la personne ?**

Mme Burns explique qu'elle a créé un groupe de conseillers et que chaque organisme en Australie peut compter sur un groupe de partenaires formé de personnes ayant des antécédents de maladie mentale. Des lignes directrices ont également été établies au sujet de la conception axée sur

l'utilisateur, ainsi qu'une règle exigeant que 10 % du budget général soit consacré à la conception dirigée par les personnes. « Il est nettement plus coûteux de gaspiller de l'argent pour des programmes inefficaces », a-t-elle affirmé. M. Hickie mentionne que dans les groupes professionnels, l'expérience des utilisateurs pose encore un problème. « Nous avons créé une commission nationale, car il est important d'avoir une voix plus forte de la communauté ». Les gens utilisent la technologie tous les jours, dans toutes leurs activités, et les organismes nationaux doivent donc l'intégrer continuellement dans toutes les facettes de la conception des services. Si les gens ne peuvent faire entendre leur voix, les solutions ne seront pas utilisées.

### **Quelle est l'importance de l'intégration ? Toutes les données doivent-elles être conservées à un endroit unique ?**

M. Slater affirme que son organisme et lui collaborent avec les praticiens et les utilisateurs pour s'assurer que les bonnes décisions sont prises en matière d'échange d'information et que l'anonymat des personnes est protégé lorsque nécessaire. M. Hickie ajoute : « nous avons gaspillé des millions avec les dossiers médicaux électroniques. Comment s'assurer que les systèmes de santé fonctionnent et deviennent une composante du monde dans lequel vivent déjà les gens ? » M. Michael Krausz, présent dans la salle, mentionne que M. Hickie parle du « paradigme sous-jacent de la gouvernance des soins de santé » et que même si la technologie contribue à fournir des outils, « nous devons commencer à remettre en question les paradigmes qui sont à la base de notre travail ».

# Discussions en ateliers

L'un des objectifs de la journée était de donner aux participants l'occasion d'examiner concrètement comment ils pourraient mettre en pratique dans leur administration respective des leçons tirées et des principes étudiés. Les participants étaient regroupés par région, et des représentants nationaux et internationaux ont été assignés à diverses tables afin de donner une perspective internationale. Quelques tables regroupaient des représentants d'une seule région, alors que d'autres réunissaient les participants de diverses régions. (L'annexe C décrit l'attribution des places.)

Pendant la journée, chaque table s'est penchée sur les six questions suivantes.

1. Quelles seraient une ou deux occasions particulières d'améliorer dans votre administration l'accès aux services de santé mentale grâce à des solutions de cybersanté mentale?
2. Quelles approches innovatrices pourriez-vous adopter?
3. Quels obstacles devriez-vous surmonter pour mettre en œuvre cette approche?
4. Comment pourrait-on en faciliter la mise en œuvre?
5. Comment pourrait-on intégrer la cybersanté mentale au système actuel?
6. Quelles seraient les premières étapes vers la mise en œuvre?

À toutes les tables, des thèmes communs se sont dégagés.

1. L'innovation exige la prise de risques.
2. Les soins axés sur la personne constituent l'objectif; les soins dirigés par la personne sont très importants.
3. La fracture numérique doit être éliminée, sinon les problèmes d'accès perdureront.
4. À ce sujet, tant que les communautés éloignées n'ont pas l'infrastructure appropriée pour soutenir les services de cybersanté mentale, il faut envisager d'autres solutions au problème d'accès.
5. Qu'entend-on par « données probantes »? La méthode de collecte de celles-ci pour éclairer les décisions doit être revue pour la cybersanté mentale. Les essais contrôlés aléatoires ne constituent pas forcément le meilleur mécanisme ou le plus rapide pour démontrer l'efficacité.
6. Les solutions prometteuses doivent être reproduites dans les contextes ayant des exigences similaires.
7. La coordination et un leadership vigoureux sont essentiels pour élargir la portée de la cybersanté mentale.

## Discussions des tables

La section suivante présente un résumé de la contribution de chaque table à la discussion générale. En général, les groupes ont utilisé les questions suggérées et les exposés comme point de départ pour leur examen des enjeux prioritaires. Leurs commentaires et observations ne correspondent donc pas toujours directement au guide de discussion.

## Colombie-Britannique (A)

- Les solutions appropriées dans un contexte universitaire, comme le modèle de soins par paliers, pourraient être mises en œuvre au domicile des patients qui reçoivent des soins primaires. Il pourrait également être fourni aux équipes de soins de santé mentale. Les points d'accès pourraient inclure les endroits où les gens vivent, travaillent et se divertissent, comme les écoles, entreprises, cabinets de médecins de soins primaires : tout endroit où se trouvent des gens constitue un endroit pertinent.
- La fracture numérique constitue un problème majeur, car elle empêche des personnes d'avoir accès à des services en raison de leurs compétences ou de leurs revenus. Une politique nationale qui fournit des téléphones cellulaires et une connexion au réseau sans fil ou un autre mécanisme doit assurer un accès équitable.
- Les personnes ayant des antécédents de maladie mentale peuvent devenir d'efficaces champions de la cybersanté mentale, mais elles doivent pour cela mieux connaître les solutions de cybersanté mentale.
- Une prochaine étape clé consistera à trouver des champions œuvrant dans le système et le gouvernement et à élaborer des politiques pour faciliter l'accès, faire avancer la cybersanté mentale et aider les personnes ayant des antécédents de maladie mentale à participer.

## Colombie-Britannique (B)

- Le service de soins avec thérapie en ligne pourrait être lié au cadre du programme *Bounce Back* de la C.B.
- Les universités de la C.B. sont prêtes à reproduire les solutions qui semblent fonctionner, comme le modèle de soins par paliers.
- La technologie devrait également être disponible dans les écoles secondaires, car il est difficile de joindre les préadolescents. Cependant, on ne sait pas trop comment le faire.
- L'intégration de la cybersanté mentale dans le système actuel nécessite la formation du personnel et l'acquisition de connaissances.
- Les mécanismes de tarification freinent l'innovation et les efforts de changement du système. Nous pourrions envisager d'autres modèles de service en les comparant à ce qui se fait dans d'autres secteurs, comme l'industrie.
- Il faut une stratégie cohérente, car c'est le point de départ pour avoir des lois et des ressources.
- La prochaine étape clé consiste à obtenir du financement.

## Terre-Neuve-et-Labrador

- La mise à jour des anciens systèmes est difficile. Il faut parfois jusqu'à dix ans pour intégrer une innovation au système et encore plus de temps pour retirer quelque chose qui ne fonctionne pas.
- Plutôt que de créer un système unique « qui répond à tous les besoins », une approche plus durable consisterait à relier les magasins de contenu actuels et futurs et à regrouper l'information, lorsque nécessaire.
- Il est important de donner aux patients le contrôle de leurs données personnelles. Dans cette perspective, il serait préférable de créer un dossier de santé personnel plutôt qu'un dossier médical électronique. Ce n'est pas le dossier du fournisseur de services, mais celui du patient. Pourquoi conserver les données dans un dépôt auquel les patients n'ont pas accès ?
- Les données probantes n'ont pas d'importance; ce sont les données probantes fondées sur la pratique qui comptent. Tout ce qui fait l'objet d'essais peut être surveillé. Le modèle traditionnel d'essais cliniques n'est pas souvent pertinent en matière de soins de santé mentale, car un bon nombre d'approches évaluées n'est pas de nature pharmacologique. Nous devons être moins réfractaires au risque en matière d'innovation.
- Le cloisonnement du financement pour la santé mentale constitue un obstacle. Le personnel des soins primaires et celui des soins secondaires « ne se parlent pas », en raison de ce cloisonnement, ce qui nuit à l'innovation.
- Il est essentiel d'avoir un leadership fort : « je fonce » plutôt que « venez avec moi ». Il faut concrétiser les idées. Des personnes pourraient vouloir élargir la portée du modèle de soins par paliers à l'extérieur du milieu universitaire, mais cela ne se produit pas. La CSMC a un rôle à jouer à ce chapitre, comme elle l'a fait avec le projet *Chez Soi*.

## Ontario, Québec et Nouveau-Brunswick

- Il faut régler le problème des données probantes. Nous ne sommes pas autorisés, dans le système de santé, à essayer des façons de faire qui ne sont pas étayées par des données. Mais comment innover dans ce contexte ?
- Une solution à envisager serait la création d'une base de données nationale dans laquelle les gens pourraient chercher les services dont ils ont besoin.

## Alberta

- Il y a quelques projets innovateurs, mais aucune approche stratégique pour leur intégration et prestation. Ce qui se fait est réalisé de façon accessoire, et non comme un véritable soin.
- La technologie est très variée et la littérature est rigoureuse, mais nous n'avons pas de moyens pour déterminer si les utilisateurs y ont recours.
- La thérapie cognito-comportementale en ligne offre une possibilité de normaliser les soins et d'élargir la portée des services auprès de la population active actuelle.
- Quelques questions précises demeurent en suspens. Comment répondre aux besoins d'un patient qui souffre d'une maladie chronique ? Comment voir autrement les choses à ce sujet ? La cybersanté mentale aidera-t-elle les personnes âgées ?

## Manitoba

- L'intelligence artificielle, les technologies de réalité virtuelle et la ludification pourraient être utilisées pour les soins en santé mentale.
- Il serait possible d'améliorer le triage par la mise en place d'un mécanisme qui accélère et automatise certains processus et élimine le besoin de remplir des formulaires.
- Les essais contrôlés aléatoires font obstacle à l'utilisation de la technologie pour faire progresser les soins en santé mentale. À la conclusion des essais requis, la technologie sera totalement différente, et ce qui a été examiné ne sera plus pertinent.
- L'investissement à impact social s'avère une autre possibilité, p. ex. payer en fonction des résultats.
- Parmi les obstacles à la progression de la cybersanté mentale, on retrouve une culture réfractaire au risque, l'absence de compétences ou de capacité d'adaptation au changement et d'approches innovatrices, le manque de temps et de coopération ainsi que la peur de l'échec.
- Même si une approche « provenant du Manitoba » est attirante, nous devons avoir une vision nationale et cesser de dédoubler les efforts.
- Les prochaines étapes clés comprennent ce qui suit : encourager le leadership, créer un organisme indépendant pour faire progresser la cybersanté mentale et s'attaquer au défi que représente le risque.

## Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard

- La collaboration et une organisation efficace offrent de meilleures possibilités de réaliser des changements progressifs.
- En ce qui concerne les modes de prestation des soins, nous devons faire preuve d'agnosticisme. Le type d'intervention n'est pas important, dans la mesure où celle-ci est efficace pour la personne. Il est essentiel de mettre la personne au cœur des soins.
- Les coûts d'entretien constituent un fléau pour la plupart des grands projets. Il importe donc d'envisager les coûts en termes de sommes et de personnes afin de maintenir un niveau élevé de qualité.
- Tout programme de cybersanté mentale doit être de type multicanal, c'est-à-dire offert par téléphone, textos, Internet, etc.

## Nunavut et Yukon\*

- Il importe de tenir compte de l'état de préparation et de la capacité des communautés. Il faut une multiplicité de points d'accès pour assurer la réussite. Comment mettre en pratique les points de vue de M. Cornish dans de grands territoires comme le Nunavut et les communautés rurales?
- Certaines solutions de cybersanté mentale pourraient être inapplicables à l'heure actuelle dans les régions nordiques et rurales. Au Nunavut, le manque d'accès aux services constitue un énorme problème. Les solutions en ligne n'aideront pas, car la bande passante est faible, coûteuse et très peu de ménages ont des téléphones fixes, et encore moins de téléphones cellulaires. Il existe cependant un intérêt pour les services réseautés, car les patients aiment utiliser le téléphone dans les centres de santé, par exemple pour appeler des cliniciens dans d'autres administrations.
- Les communautés qui utilisent les soutiens communautaires doivent être responsables de ceux-ci et les concevoir.

\* La table ronde n'avait pas de représentation des Territoires-du-Nord-Ouest.

*« Il ne s'agit pas de mettre en opposition la cybersanté mentale et les autres modes de prestation, comme les services en personne. La cybersanté mentale constitue l'un des outils les plus prometteurs pour donner aux gens l'accès aux soins et à l'aide dont ils ont besoin. »*

Michael Krausz



# La voie à suivre : mot de la fin

M. Michael Krausz a conclu la journée en signalant que la discussion sur la cybersanté mentale porte en fait sur le système de soins de santé. Il ne faut pas penser uniquement en termes d'applications, de téléphones ou d'ordinateurs, mais revoir les approches de base en matière de soins de santé, d'un point de vue axé sur le patient plutôt que médical.

À quoi cela ressemble-t-il? M. Krausz résume les cinq éléments clés qu'il retire des discussions de la journée.

- 1. Participation des utilisateurs.** Il est essentiel de concevoir, avec la participation des utilisateurs, des services dont les gens ont besoin. À l'avenir, les critères de réussite pourraient ainsi inclure des recommandations de services par les pairs. L'intégration de plate-formes de services professionnels et d'autres axées sur les pairs pourrait permettre aux gens de «magasiner» des solutions qui répondent à leurs besoins, dans un environnement fiable.
- 2. Mise en œuvre.** La mise en œuvre représente un défi d'envergure qui exige des mécanismes efficaces. C'est véritablement une science. La plupart des projets connaissent l'échec en raison de la sous-estimation des problèmes de mise en œuvre. Il faut entre autres des mécanismes de financement qui appuient le changement et sa réalisation. M. Krausz a soulevé quelques questions à ce sujet. «Quels mécanismes donneraient un meilleur rendement? La responsabilité à l'égard des services doit-elle être transférée?»
- 3. Modèles d'affaires.** Les structures universitaires sont lentes et immobiles. L'Australie présente de bons exemples de nouveaux modèles d'affaires. Nous devons ensemble découvrir comment modifier et combiner différents modèles, et en concevoir d'autres à titre de mécanismes de changement. Peu importe la voie choisie, le résultat devrait être l'amélioration des soins de santé mentale et non seulement «faire cela comme ceci ou comme cela».
- 4. Structures de R-D.** En plus de la mise en œuvre, il faut tenir compte de la recherche et développement (R-D). Celle-ci permet d'adapter et d'évaluer, et pour cela, il faut des stratégies. Les essais contrôlés aléatoires ne sont pas inutiles ou désuets. Par exemple, ils fonctionnent bien pour les thérapies cognito-comportementales en ligne, mais les méthodes doivent être adaptées aux éléments évalués.
- 5. Réseautage.** Selon M. Krausz, le principal défi est que «nous ne desservons pas la majorité des personnes que nous devons aider». Il ne s'agit pas de mettre en opposition la cybersanté mentale et les autres modes de prestation, comme les services en personne. La cybersanté mentale constitue l'un des outils les plus prometteurs pour donner aux gens l'accès aux soins et à l'aide dont ils ont besoin. Il en découlera un changement de paradigme, et il faut le réaliser. «Nous devons découvrir tout ce que nous pouvons au sujet de ce qu'il est possible de réaliser, le faire mieux, et communiquer nos bons coups à d'autres pays et à d'autres fournisseurs de services.» M. Krausz souligne l'importance de nouer des liens et il affirme qu'il aimerait voir davantage de personnes participer au processus visant à faire progresser la cybersanté mentale.

## REMARQUES

### Michael Krausz

Providence Health Care B.C. chaire de leadership en recherche sur les toxicomanies Scientifique principal, Centre for Health Evaluation and Outcome Sciences (CHEOS)



# Conclusion et prochaines étapes

M. Nicholas Watters remercie tous les participants d'avoir partagé leurs expertises et connaissances. Il mentionne que les rapports post-conférence seront publiés sur le site Web de la CSMC. En outre, la CSMC utilisera les points de vue recueillis lors des tables rondes pour éclairer l'élaboration de produits et d'outils de cybersanté mentale afin d'aider les décisionnaires. Avant de mettre fin à la rencontre, les participants ont communiqué à la CSMC les prochaines étapes qu'ils envisagent, notamment :

- Faire connaître les connaissances acquises aux collègues.
- Faire appel aux nouvelles connaissances pour étoffer leurs arguments pour la mise en œuvre de la cybersanté mentale dans leur administration.
- Faire le suivi avec des animateurs et les personnes-ressources rencontrés à la table ronde.
- Mobiliser les personnes ayant des antécédents de maladie mentale et d'autres intervenants clés.
- Évaluer les solutions de cybersanté mentale, dresser un plan d'action et mobiliser les personnes nécessaires pour le mettre en œuvre.
- En apprendre davantage sur les applications et les outils à suggérer aux collègues et futurs patients.

## REMARQUES

### Nicholas Watters

Directeur, centre d'échange des connaissances, Commission de la santé mentale du Canada



# Annexe A : aperçu de la réunion

De 9 h à 15 h 45

Heure	Conférencier
Ouverture	<b>Aîné Woody Morrison</b>
Mot de bienvenue et observations préliminaires	<b>Nicholas Watters</b> , directeur, Centre d'échange des connaissances, CSMC
Contexte de la cybersanté mentale au Canada : ce que nous savons, ce que nous ignorons et ce que nous découvrons	<b>Mme Lori Wozney</b> , associée de recherche au Centre de recherche en santé familiale
<i>Pause-santé</i>	
Les pratiques prometteuses tirées de l'expérience canadienne	<b>M. Peter Cornish</b> , professeur agrégé et directeur, Student Wellness and Counselling Centre, Université Memorial <b>Mme Heather Hadjistavropoulos</b> , professeure de psychologie, Université de Regina; enquêteuse principale, Online Therapy USER, Saskatchewan
1 <sup>er</sup> atelier : cerner les possibilités	<b>Animé par Ascribe Marketing Communications/CSMC</b>
<i>Dîner et réseautage</i>	
Cybersanté mentale : une approche transformatrice	<b>Louise Bradley</b> , présidente-directrice générale, CSMC
Leçons tirées d'autres pays	<b>Andrew Slater</b> , PDG, Homecare Medical, Nouvelle-Zélande <b>Anil Thapliyal</b> , PDG, HealthTRx, Nouvelle-Zélande <b>Jane Burns</b> , fondatrice et PDG, Young and Well Cooperative Research Centre, Australie <b>Ian Hickie</b> , codirecteur, Brain and Mind Centre, University of Sydney
2 <sup>e</sup> atelier : obstacles et facilitateurs	<b>Animé par Ascribe Marketing Communications/CSMC</b>
<i>Pause-santé</i>	
3 <sup>e</sup> atelier : mise en œuvre	<b>Animé par Ascribe Marketing Communications/CSMC</b>
La voie de l'avenir : mot de clôture	<b>Michael Krausz</b> , chaire de leadership en recherche sur les toxicomanies, Providence Health Care BC; scientifique principal, Centre for Health Evaluation and Outcome Sciences (CHEOS)
Conclusion	<b>Nicholas Watters</b> , directeur, centre d'échange des connaissances, CSMC

## Annexe B : liste des participants

PRÉNOM	NOM	TITRE	ORGANISATION
Allison	Bichel	Directrice principale provinciale	Services de santé de l'Alberta
Leanne	Boyd	Directrice, Politiques, recherche et évaluation	Enfants en santé Manitoba
Louise	Bradley	Présidente-directrice générale	Commission de la santé mentale du Canada
Glenn	Brimacombe	PDG	Association des psychiatres du Canada
Darrell	Burnham	PDG	Coast Mental Health
Jane	Burns	Fondatrice et PDG	Young and Well Cooperative Research Centre
Fiona	Choi	Boursière postdoctorale	Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique
Karen	Cohen	Chef de direction	Société canadienne de psychologie
Fides	Coloma	Gestionnaire, Direction de la santé mentale et lutte contre les dépendances	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Connie	Coniglio	Directrice générale provinciale	BC Mental Health & Substance Use Services
Peter	Cornish	Professeur agrégé et directeur	Student Wellness and Counselling Centre, Université Memorial de Terre-Neuve
Lisa	Crawley	Coprésidente	Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale
Sandra	Dawson	Membre du Conseil consultatif	Commission de la santé mentale du Canada
Rita	den Otter	Gestionnaire des relations avec les clients, C.-B.	Institut canadien d'information sur la santé
Nathalie	Dumais	Présidente provinciale	Mouvement Santé mentale Québec
Marie	Fast	Gestionnaire clinique, Services de santé mentale	Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Yukon
Mark	Ferdinand	Gestionnaire, Stratégie ministérielle et développement	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
Heather	Hadjistavropoulos	Professeur de psychologie	Université de Regina
Eftyhia	Helis	Agente, mobilisation des connaissances	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
Ian	Hickie	Codirecteur	Brain and Mind Centre, University of Sydney
Sam	Hodder	Directeur de la santé mentale - Zone du nord	Santé mentale et dépendances, Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse
Katie	Hughes	Directrice principale, Opérations	Association canadienne pour la santé mentale - Division de la C.B.
Teresa	Jones-Dukes	Analyste de programmes et de politiques	Enfants en santé Manitoba
Kimberley	Korf-Uzan	Gestionnaire, programmes provinciaux	BC Mental Health & Substance Use Services
Michael	Krausz	Directeur de programme, psychiatrie des toxicomanies	Département de psychiatrie, Université de Colombie-Britannique
Lisa	Lachance	Directrice générale	Réseau EJCD
Niki	Legge	Spécialiste en élaboration de programme et de politiques	Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador
Simran	Lehal	Ancien membre du Conseil des jeunes	Commission de la santé mentale du Canada

PRÉNOM	NOM	TITRE	ORGANISATION
Francine	Lemire	Directrice générale et chef de la direction	Collège des médecins de famille du Canada
Elizabeth	Lychuk	Gestionnaire, Programmes de santé mentale pour les enfants et les adolescents et promotion de la santé mentale	Office régional de la santé - Région du Nord, Manitoba
Victoria	Madsen	Directrice territoriale de la santé mentale et des toxicomanies	Gouvernement du Nunavut
Shelagh	Maloney	Santé grand public, Communications et Services d'évaluation	Inforoute Santé du Canada
Sylvie	Martin	Directrice, Unité des services aux adultes	Direction des services de traitement des dépendances et de la santé mentale, gouvernement du Nouveau-Brunswick
Hazel	Meredith	Directrice générale	BC Schizophrenia Society Victoria
Woody	Morrison	Aîné	Vancouver Aboriginal Child and Family Services Society
Mohammadali	Nikoo	Doctorant	Université de la Colombie-Britannique
MaryAnn	Notarianni	Gestionnaire, Cybersanté mentale	Commission de la santé mentale du Canada
Clare	O'Donnell	Analyste des politiques	Direction de la Santé mentale et de la toxicomanie, ministère de la Santé de la C.-B.
Lynn	Pelletier	Vice-présidente, Services de santé mentale et de toxicomanie	BC Mental Health & Substance Use Services
Fred	Phelps	Directeur général	Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux
Anthony	Phillips	Directeur scientifique	Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, IRSC
Amy	Porath	Directrice, Recherche et politiques	Centre canadien de lutte contre les toxicomanies
Tracey	Preeper	Conseillère principale du ministre	Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
Catherine	Pryce	Sénatrice	Université de Calgary
Verna	Ryan	CAO, Santé mentale et toxicomanie	Soins de courte durée, Santé Î.-P.-É.
Megan	Schellenberg	Gestionnaire de programme, Cybersanté mentale	Commission de la santé mentale du Canada
Andrew	Slater	Directeur général	National Telehealth Services, Nouvelle-Zélande
Patrick	Smith	Chef de la direction nationale	Association canadienne pour la santé mentale
Mark	Snaterse	Directeur général, Toxicomanie et santé mentale	Services de santé de l'Alberta
Katarina	Tabiova	Adjointe de recherche	Groupe ACD, département de psychiatrie, Université de Colombie-Britannique
Anil	Thapliyal	PDG	HealthTRx, Nouvelle-Zélande
Krystle	van Hoof	Directrice adjointe	Institut de la santé des femmes et des hommes, IRSC
Ashley	Walden	Directrice	Direction de la Santé mentale et de la toxicomanie, ministère de la Santé de la C.-B.
Nicholas	Watters	Directeur, Centre d'échange des connaissances	Commission de la santé mentale du Canada
Lori	Wozney	Associée de recherche	Centre de recherche en santé familiale

# Annexe C : attribution des places

Afin de faciliter le déroulement des ateliers, les participants ont été regroupés par province, pour la plupart. Certaines tables regroupent les participants de gouvernements comptant très peu de représentants.

COLOMBIE-BRITANNIQUE (A)
<p><b>Jane Burns</b>, fondatrice et PDG, Young and Well Cooperative Research Centre, Australie</p> <p><b>Francine Lemire</b>, directrice générale et chef de la direction, Collège des médecins de famille du Canada</p> <p><b>Katie Hughes</b>, directrice principale, Opérations, Association canadienne pour la santé mentale – Division de la C.B.</p> <p><b>Kimberley Korf-Uzan</b>, gestionnaire, programmes provinciaux, BC Mental Health &amp; Substance Use Services</p> <p><b>Lynn Pelletier</b>, vice-présidente, Services de santé mentale et de toxicomanie, BC Mental Health &amp; Substance Use Services</p> <p><b>Sandra Dawson</b>, membre du Conseil consultatif, Commission de la santé mentale du Canada</p> <p><b>Ashley Walden</b>, directrice, Direction de la santé mentale et de la toxicomanie, ministère de la Santé de la C.B.</p>

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR
<p><b>Leanne Boyd</b>, directrice, Politiques, recherche et évaluation, Enfants en santé Manitoba</p> <p><b>Louise Bradley</b>, présidente-directrice générale, Commission de la santé mentale du Canada</p> <p><b>Fiona Choi</b>, boursière postdoctorale, département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique</p> <p><b>Lisa Crawley</b>, coprésidente, Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale</p> <p><b>Niki Legge</b>, spécialiste en élaboration de programme et de politiques, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador</p> <p><b>Patrick Smith</b>, chef de la direction nationale, Association canadienne pour la santé mentale</p> <p><b>Anil Thapliyal</b>, PDG, HealthTRx</p> <p><b>Peter Cornish</b>, professeur agrégé et directeur, Student Wellness and Counselling Centre, Université Memorial de Terre-Neuve</p>

COLOMBIE-BRITANNIQUE (B)
<p><b>Glenn Brimacombe</b>, PDG, Association des psychiatres du Canada</p> <p><b>Darrell Burnham</b>, PDG, Coast Mental Health</p> <p><b>Connie Coniglio</b>, directrice générale provinciale, BC Mental Health &amp; Substance Use Services</p> <p><b>Amanee Elchehimi</b>, gestionnaire, Vancouver Education Services, Pacific Community Resources Society</p> <p><b>Clare O'Donnell</b>, analyste des politiques, Direction de la santé mentale et de la toxicomanie, ministère de la Santé de la C.B.</p> <p><b>Mohammadali Nikoo</b>, doctorant, Université de la Colombie-Britannique</p> <p><b>Hazel Meredith</b>, directrice générale, BC Schizophrenia Society Victoria</p>

ONTARIO, QUÉBEC ET NOUVEAU-BRUNSWICK
<p><b>Fides Coloma</b>, gestionnaire, Direction de la santé mentale et lutte contre les dépendances, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario</p> <p><b>Rita den Otter</b>, gestionnaire des relations avec les clients, C.-B., Institut canadien d'information sur la santé</p> <p><b>Nathalie Dumais</b>, présidente provinciale, Mouvement Santé mentale Québec</p> <p><b>Eftyhia Helis</b>, agente, Mobilisation des connaissances, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé</p> <p><b>Sylvie Martin</b>, directrice, Unité des services aux adultes des Services de traitement des dépendances et de la santé mentale, gouvernement du Nouveau-Brunswick</p> <p><b>Krystle van Hoof</b>, directrice adjointe, Institut de la santé des femmes et des hommes, IRSC</p>



## ALBERTA

**Allison Bichel**, directrice principale provinciale, Services de santé de l'Alberta

**Karen Cohen**, chef de direction, Société canadienne de psychologie

**Michael Krausz**, directeur de programme, psychiatrie des toxicomanies, département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique

**Catherine Pryce**, sénatrice, Université de Calgary

**Mark Snaterse**, directeur général, Toxicomanie et santé mentale, Services de santé de l'Alberta

**Amy Porath**, directrice, Recherche et politiques, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies

## NOUVELLE-ÉCOSSE ET ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

**Mark Ferdinand**, gestionnaire, Stratégie ministérielle et développement, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé

**Sam Hodder**, directeur, Santé mentale, Santé mentale et dépendances - Zone du nord, Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse

**Fred Phelps**, directeur général, Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux

**Andrew Slater**, directeur général, National Telehealth Services, Nouvelle-Zélande

**Tracey Preeper**, conseillère principale du ministre, ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse

**Verna Ryan**, CAO, Santé mentale et toxicomanie, Soins de courte durée, Santé Î.-P.-É.

## MANITOBA

**Heather Hadjistavropoulos**, professeure de psychologie, Université de Regina

**Teresa Jones-Dukes**, analyste de programmes et de politiques, Enfants en santé Manitoba

**Shelagh Maloney**, vice-présidente, Santé grand public, Communications et Services d'évaluation, Inforoute Santé du Canada

**Anthony Phillips**, directeur scientifique, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, IRSC

**Katarina Tabiova**, adjointe de recherche, Groupe ACD, département de psychiatrie, Université de Colombie-Britannique

**Elizabeth Lychuk**, gestionnaire, Programmes de santé mentale pour les enfants et les adolescents et promotion de la santé mentale, Office régional de la santé - Région du Nord, Manitoba

## NUNAVUT ET YUKON

**Marie Fast**, gestionnaire clinique, Services de santé mentale, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Yukon

**Ian Hickie**, codirecteur, Brain and Mind Centre, University of Sydney

**Simran Lehal**, ancien membre du Conseil des jeunes, Commission de la santé mentale du Canada

**Victoria Madsen**, directrice territoriale de la santé mentale et des toxicomanies, gouvernement du Nunavut

**Lori Wozney**, associée de recherche, Centre de recherche en santé familiale

**Lisa Lachance**, directrice générale, Réseau EJCD

# Annexe D : notices biographiques des animateurs

## HÔTES ET CONFÉRENCIERS

### Louise Bradley

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

Sa carrière l'a amenée à occuper diverses fonctions dans le milieu de la santé à travers le pays. Que ce soit dans les services infirmiers de première ligne, la médecine légale, 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 Commission en 2010 après avoir assuré la direction de l'exploitation 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.

En juin 2015, le Collège canadien des leaders en santé lui a décerné son prix d'innovation en matière de leadership en soins de santé pour souligner le travail qu'elle accomplit avec la Commission 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.

### Nicholas Watters

Nicholas Watters a acquis une expérience approfondie auprès d'organismes sans but lucratif à l'échelle nationale et provinciale, en particulier dans le domaine de l'échange de connaissances, des communications, du renforcement des capacités, du développement de réseaux et de l'animation.

Il a fait partie, ou fait toujours partie, de multiples réseaux pancanadiens visant à accroître la collaboration interorganisationnelle et interdisciplinaire, la mobilisation des pratiques exemplaires et prometteuses et l'utilisation accrue de principes et de pratiques efficaces en matière d'échange de connaissances, tout en ayant pour objectif la réduction du travail en vase clos et l'élimination des dédoublements dans le système.

Il a aussi instauré des formations et des activités de perfectionnement professionnel dans les secteurs de la santé qui visaient le renforcement des capacités. Avant de se joindre à la CSMC, Nicholas Watters était conseiller en communications et en transfert des connaissances à l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada.

## Présentateurs

### Lori Wozney

Mme Lori Wozney est associée de recherche au Centre de recherche en santé familiale ([www.crfh.ca](http://www.crfh.ca)) et technologue de la performance humaine. Elle est titulaire d'un doctorat en technologie éducative de l'Université Concordia. Son programme de recherche vise à améliorer la conception de la technologie en santé afin de réduire les inégalités de l'accès aux soins pour les enfants et leur famille. Mme Wozney est collaboratrice et auteure de plusieurs examens multidisciplinaires d'interventions en cybersanté liées au trouble de stress post-traumatique, à l'anxiété et à la dépression chez les enfants, aux applications pour téléphones cellulaires sur la dépression et à la mise en œuvre de la cybersanté mentale dans les soins pédiatriques.

### Peter Cornish

M. Cornish a comme principales responsabilités administratives la gestion et la participation à l'élaboration de programmes de counselling, d'éducation en matière de mieux-être et d'aumônerie au Glenn Roy Blundon Centre for Students with Disabilities de l'Université Memorial à St. John's, T.N. Ces services ont comme objectif principal de promouvoir le développement universitaire, personnel, professionnel et spirituel des étudiants. Ardent partisan de la collaboration interprofessionnelle, M. Cornish encourage la création de partenariats avec une grande diversité de disciplines universitaires (y compris la médecine, les sciences infirmières, la psychologie, le travail social, l'éducation et les sciences de l'activité physique) et du secteur de la santé publique. Ses domaines d'intérêt clinique et de recherche portent sur le fonctionnement des équipes interprofessionnelles, la dynamique interpersonnelle et de groupe, la création d'une communauté axée sur le bien-être, les innovations en matière de services de santé en région rurale et les questions d'égalité entre les sexes. Son approche fondée sur la responsabilisation dans la pratique professionnelle s'inspire grandement du féminisme et des méthodes de psychothérapie brève et axée sur les solutions. M. Cornish est psychologue agréé (Terre-Neuve-et-Labrador et Saskatchewan) et pratique à temps partiel au cabinet privé Cornish et Gilleta.

### Heather Hadjistavropoulos

Professeure en psychologie à l'Université de Regina, Mme Heather Hadjistavropoulos a obtenu sa maîtrise et son doctorat en psychologie de l'Université de Colombie-Britannique en 1995 et est psychologue agréée en Saskatchewan (no 228). Elle détient également une certification de thérapeute cognito-comportementale de l'Association canadienne des thérapies cognitives et comportementales, est inscrite au Répertoire canadien des psychologues offrant des services de santé (no 556) et détentrice d'un certificat de qualification professionnelle accordé par l'Association of State and Provincial Psychology Boards (no 3087).

Le travail clinique de Mme Hadjistavropoulos se fait essentiellement auprès d'adultes qui souffrent de dépression, d'anxiété ou d'autres problèmes de santé. Elle a occupé pendant 14 ans le poste de directrice de la formation clinique au département de psychologie et créé la clinique de formation en psychologie à l'Université de Regina. À l'intention d'étudiants des cycles supérieurs et de professionnels, elle offre une formation sur la thérapie cognito-comportementale pour l'évaluation et le traitement de l'anxiété et des troubles de l'humeur. Mme Hadjistavropoulos a publié et présenté à maintes reprises ses travaux de recherche et reçu un généreux financement national pour ses recherches.

En 2009, Mme Hadjistavropoulos a reçu un financement des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Saskatchewan Health Research Foundation pour concevoir et évaluer l'unité de thérapie en ligne pour le service, l'éducation et la recherche ([onlinetherapyuser.ca](http://onlinetherapyuser.ca)). Enfin, elle dirige la formation et la supervision de fournisseurs de services et d'étudiants ayant divers antécédents professionnels en matière de prestation de services de thérapie cognito-comportementale en ligne.

## Andrew Slater

M. Slater a acquis son expérience professionnelle dans le secteur de la santé, où il s'est occupé de transformation, de stratégie, de ressources humaines et de gestion du changement. Il est passé à la société Homecare Medical pour concevoir sa stratégie de télésanté et de santé sur appareils mobiles, et il est maintenant le premier PDG de Homecare Medical. Dans ce rôle de direction stratégique et opérationnelle, M. Slater est chargé de concrétiser la vision du gouvernement à l'égard du nouveau service national de télésanté. Il a joué un rôle majeur dans la direction de l'équipe de transition responsable d'effectuer la transition intégrale des services.

Il travaille maintenant à accroître la capacité et la portée des services de santé, de bien-être et de santé mentale afin que tous les Néo-Zélandais aient accès, par des moyens qui leur conviennent, à des soins de qualité et à l'aide dans leur communauté. Il est aussi chargé de s'assurer que Homecare Medical demeure un service fiable, qui relie sans heurt les particuliers aux soins et à l'aide pertinents. Lors de sa première année d'exploitation, l'équipe de Homecare Medical, qui compte 300 personnes, a fourni des services à un Néo-Zélandais sur dix.

Avant son arrivée à Homecare Medical, Andrew occupait un poste de direction stratégique d'une entreprise en démarrage du secteur de la santé, spécialisée en technologie de suivi en temps réel. Avant cela, il s'occupait de la planification, de l'élaboration de services et de transformation pour le service d'ambulance de la Nouvelle-Zélande. Il y a dirigé la conception du premier plan national sur les services ambulanciers, y compris la mobilisation et l'intégration au secteur de santé.

Dans toutes ses fonctions, Andrew a toujours comme priorité de bien faire les choses pour les patients et le secteur et une passion pour l'amélioration. Il est motivé par la qualité et le principe *pokohipi ki pokohipi* (travailler en se serrant les coudes). En 2016, Andrew était finaliste pour le prix Young Executive of the Year de la Nouvelle-Zélande et il a reçu le Ehealth Innovation Leadership Award décerné par la Auckland University of Technology. On décrit Andrewy comme un visionnaire perturbateur, une expression qui le fait grincer des dents, mais qui est tout à fait juste.

## Anil Thapliyal

Professeur auxiliaire, M. Anil Thapliyal a une véritable passion pour l'amélioration de la santé et du mieux-être des gens en cherchant à véritablement intégrer la technologie de communication de l'information à leurs soins. Il a obtenu ses titres de compétences après ses études supérieures en santé mentale et counselling de la University of Auckland. En se fondant sur sa longue expérience dans le cadre de l'initiative nationale sur la dépression en Nouvelle-Zélande (entre autres The Lowdon and The Journal), il a décidé de concentrer ses efforts sur le domaine plus vaste de la cybersanté mentale, ainsi que de la mise en œuvre de programmes et de services de cybersanté mentale.

Son travail est donc lié à la science de la mise en œuvre de la cybersanté mentale, ce qui exige de tenir compte activement des impératifs stratégiques (santé publique, soins primaires et soins secondaires), de la participation des utilisateurs de services à la conception commune, des approches fondées sur les données probantes (science), de la collaboration avec l'industrie et la concordance des outils et de l'organisation du travail clinique dans le contexte de la pratique, et enfin des considérations liées au perfectionnement de l'effectif.

## Jane Burns

Professeure agrégée, Mme Jane Burns est la fondatrice et directrice générale du Young and Well Cooperative Research Centre, un organisme qui rassemble les jeunes, les chercheurs, les cliniciens et les innovateurs pour explorer le rôle de la technologie dans l'amélioration de la santé mentale et du mieux-être des jeunes de 12 à 25 ans.

Mme Burns est chercheuse principale au Orygen Youth Health Research Centre et elle est membre titulaire honoraire du Brain & Mind Research Institute. Elle a dirigé le programme des jeunes de *beyondblue*, a reçu une bourse Harkness du Fonds du Commonwealth à l'Université de la Californie, à San Francisco et a occupé le poste de directrice des partenariats internationaux de la Inspire Foundation. Elle a reçu une bourse de recherche Victoria de 2006 à 2013, ainsi que du National Health and Medical Research Council d'Australie de 1997 à 2000, et une bourse d'études de ce même organisme de 1994 à 1996. Elle détient un doctorat en médecine de la Faculté de médecine (Santé publique et épidémiologie) de l'Université d'Adelaide.

En 2012, Mme Burns a été finaliste Victoria des Telstra Business Women's Awards et citée dans le Financial Review et dans le Westpac Group 100 Women of Influence. Elle est diplômée de l'Australian Institute of Company Directors.

## Ian Hickie

Le professeur Ian Hickie est psychiatre et militant connu en santé mentale. Il est un ancien associé du conseil national de la santé et de la recherche médicale d'Australie, le NHMRC, et dirige le Brain and Mind Centre de Sydney à titre de codirecteur de la santé et des politiques. Il est en outre l'un des premiers commissaires à la santé mentale de l'Australie. Cette Commission supervise la reddition des comptes améliorée à l'égard de la réforme de la santé mentale en Australie. Le professeur Hickie est un chercheur en psychiatrie clinique mondialement reconnu et un leader à l'égard des enjeux liés à la santé mentale. Il s'intéresse tout particulièrement à la santé mentale des jeunes, ainsi qu'à la prévention et à l'intervention précoce pour les troubles de l'humeur émergents. Il a joué un rôle majeur dans l'utilisation des données cliniques et celles sur les services de santé et la santé de la population pour encourager l'innovation dans les services de santé, en particulier les soins primaires.

En partenariat avec le professeur Patrick McGorry, M. Kickie est à la fine pointe de la création de la fondation nationale pour la santé des jeunes en Australie, baptisée *headspace*. Le professeur Hickie milite avec passion pour l'amélioration de services de santé et services sociaux pour les personnes ayant une maladie mentale persistante et pour une plus grande reddition de comptes sur la prestation de ces services. À titre de PDG fondateur de *beyondblue*, une initiative nationale sur la dépression, il a créé des programmes majeurs de sensibilisation, de prévention et d'intervention précoce visant la dépression. Il a représenté le secteur de la recherche à titre d'administrateur du Mental Health Council of Australia de 2003 à 2006, où il était à la fine pointe de l'évaluation de l'expérience des consommateurs et des soignants au sujet des services de santé mentale. Les résultats de ces travaux ont étayé l'entente du Council of Australian Governments (COAG) de 2006-2011 qui prévoyait une somme de 5,5 G\$AU supplémentaires pour la santé mentale et l'accès aux services de psychologie dans le cadre du système de soins de santé (Medicare).

## Michael Krausz

M. Michael Krausz a entrepris sa carrière en Allemagne, où il a reçu une formation d'infirmier autorisé au centre médical universitaire Hambourg-Eppendorf. Il a ensuite fait sa résidence en psychiatrie adulte et son doctorat en philosophie, où il a étudié les liens entre la psychose et les toxicomanies. Au milieu des années 1990, il a fondé le centre de recherche multidisciplinaire sur les toxicomanies de l'université de Hambourg. À titre de directeur fondateur du centre, il était responsable des programmes d'essai thérapeutique randomisé et contrôlé d'héroïne en Allemagne, du projet européen de traitement de la dépendance à la cocaïne et d'autres essais remarquables de traitement des toxicomanies. Il a également été rédacteur en chef de deux journaux scientifiques européens, *Suchttherapie* et *European Addiction Research*.

Depuis 2007, le professeur Krausz est installé en permanence à Vancouver, au Canada. De 2009 à 2012, il était directeur médical du Burnaby Centre for Mental Health and Addiction de l'organisme Vancouver Coastal Health. Il est actuellement professeur en psychiatrie à l'Université de la Colombie-Britannique et titulaire de la chaire en leadership en recherche sur les toxicomanies du Providence Health Care B.C. de l'Institute of Mental Health de l'Université de la Colombie-Britannique. À titre de chef du groupe sur

les toxicomanies et les troubles concomitants de CHEOS, le professeur Krausz mène des recherches sur les liens entre les traumatismes dans les premières années, les troubles causés par la consommation de substances et d'autres maladies mentales. Ses travaux de recherche portent notamment sur le projet *Chez Soi*, l'enquête sur les sans-abri du ministère de la Santé de la C.B. et l'étude sur l'évaluation de l'efficacité à long terme des opioïdes (SALOME). À ce jour, il a publié plus de 300 articles scientifiques.

Récemment, le professeur Krausz a élargi son domaine d'expertise pour y inclure la cybersanté mentale. Sa première intervention dans ce domaine fut le Bell Youth Mental Health IMPACT Project (2012). Le don d'un million de dollars versé par Bell Canada dans le cadre de son initiative Bell Cause pour la cause constitue un financement de lancement essentiel pour créer une plate-forme en santé mentale, WalkAlong, conçue afin de fournir des ressources aux jeunes qui souffrent de dépression et d'anxiété et de les aider à améliorer leur bien-être mental. En 2014, le professeur Krausz a reçu le All Award of Excellence de la cité de Vancouver, en guise de reconnaissance pour sa recherche et sa défense des droits en matière de consommation de substances, de santé mentale et de sécurité du logement.





Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada



### **Commission de la santé mentale du Canada**

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

Tél. : 613.683.3755  
Télec. : 613.798.2989

[info@commissionsantementale.ca](mailto:info@commissionsantementale.ca)  
[www.commissionsantementale.ca](http://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)