



Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada

# Cadre RE-AIM en cybersanté mentale : un examen rapide des recherches en cours

Lori Wozney, Ph.D.  
Patrick McGrath, Ph.D.  
Amanda Newton, Ph.D.  
Lisa Hartling, Ph.D.  
Janet Curran, Ph.D.  
Anna Huguet, Ph.D.  
Dr Sanjay Rao

July 2017

[commissionsantementale.ca](http://commissionsantementale.ca)

## Report to the Mental Health Commission of Canada

### Auteurs:

Lori Wozney, Ph.D. : Centre de recherche en santé de la famille, Centre de soins de santé IWK , Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

Patrick McGrath, Ph.D.: Centre de soins de santé IWK, 5850/5980 avenue University, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

Amanda Newton, Ph.D. : Département de pédiatrie, faculté de médecine et de dentisterie, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada

Lisa Hartling, Ph.D. : Département de pédiatrie, faculté de médecine et de dentisterie, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada

Janet Curran, Ph.D. : Centre de soins de santé IWK, 5850/5980 avenue University, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

Anna Hugué, Ph.D. : Département de la santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

Dr Sanjay Rao : Centre de santé mentale Royal Ottawa, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada

This document is available in English.

Ce document est accessible au [commissionsantementale.ca](http://commissionsantementale.ca)



Santé  
Canada

Health  
Canada

Les points de vue présentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.



## Table des matières

Sommaire .....	1
Aperçu .....	1
Buts de l'examen de la portée.....	1
Contexte .....	2
Méthodologie .....	2
Préciser la portée de l'examen.....	3
Rechercher des données probantes.....	3
Évaluer .....	3
Consigner les données.....	3
Rassembler, résumer et déclarer les données .....	4
Cadre RE-AIM.....	4
Forces et limites .....	4
Résultats.....	5
Portée : Les clients et les environnements de la recherche sur les interventions en cybersanté mentale.....	5
Population cible .....	5
Caractéristiques cliniques.....	6
Caractéristiques technologiques .....	7
Efficacité : impacts individuels, organisationnels et sociaux mesurés.....	7
Adoption : Besoins en matière d'infrastructures, de financement et de renforcement des capacités.....	8
Mise en œuvre : ressources humaines et technologiques nécessaires pour offrir des services de cybersanté mentale.....	8
Maintien : durabilité à long terme des interventions en cybersanté mentale .....	9
Discussion.....	9
Portée .....	9
Efficacité .....	10
Adoption.....	11
Mise en œuvre.....	11
Maintien .....	12
Recommandations.....	12
Recommandation 1 : Augmenter les services existants.....	12
Recommandation 2 : Tenir compte des populations prioritaires .....	133
Recommandation 3 : Codéfinir et mesurer les coûts et les avantages.....	13
Recommandation 4 : Trouver des solutions équilibrées.....	13
Recommandation 5 : Intégrer le système .....	13
Conclusion .....	144
Références.....	15

## Sommaire

Les décideurs et les fournisseurs de services du secteur de la santé mentale doivent disposer de renseignements à jour qui reposent sur des données probantes afin de déterminer comment optimiser les soins de cybersanté mentale au Canada. L'objectif de cet examen rapide, guidé par les priorités stratégiques de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), était de recenser les recherches récentes sur les interventions en cybersanté mentale et de décrire les tendances touchant les facteurs qui favorisent ou gênent la mise en œuvre. À l'aide du cadre RE-AIM, 261 articles pertinents sur les thèmes *de la portée, de l'efficacité, de l'adoption, de la mise en œuvre et du maintien* ont été recensés et examinés de façon systématique. Les résultats soulignent les possibilités et les lacunes dans la documentation de recherche actuelle et contiennent cinq recommandations clés sur les secteurs où des efforts de renforcement des capacités et de nouveaux axes de recherche sont absolument nécessaires, notamment élargir les services existants, tenir compte des populations prioritaires, définir et évaluer les coûts et les avantages, trouver des solutions équilibrées, et faire avancer l'intégration des systèmes.

## Aperçu

Les taux élevés de problèmes de santé mentale et le faible niveau d'accès à des services traditionnels (offerts individuellement dans un cadre clinique) sont encore cités comme des raisons d'intégrer plus rapidement des approches novatrices de la prestation de services<sup>1</sup>. Ce besoin, allié au développement exponentiel des technologies des communications et à la création de solutions numériques efficaces dans le domaine des soins de santé mentale, a fait de la conception et de l'adoption des technologies de cybersanté une priorité de santé mentale d'intérêt national. Dans la première stratégie en matière de santé mentale du Canada, *Changer les orientations, changer des vies*<sup>2</sup>, la CSMC recommandait d'« accroître le recours à la télésanté mentale ainsi qu'à la cybersanté mentale en mettant en place une infrastructure plus complète, en fournissant une formation et un soutien constant et en adoptant des formules de financement plus flexibles pour les services ». Aujourd'hui, la technologie permet aux gens d'utiliser des stratégies d'adaptation pour la dépression au moyen d'un agent conversationnel, de confronter une phobie grâce à la réalité virtuelle, ou d'apprendre à gérer leur anxiété dans le cadre d'un programme en ligne autodirigé. La prise de rendez-vous en ligne, la communication par vidéo et l'échange de messages textes avec des thérapeutes montrent qu'il n'est pas nécessaire de rencontrer en personne représentent tous des voies vers les soins de santé mentale. Comme les services de cybersanté en général, le recours aux soins de cybersanté mentale au Canada demeure encore limité<sup>3</sup>. Dans le contexte de ces limitations, ces interventions :

- sont complexes, c'est-à-dire qu'elles comprennent plusieurs composantes en interaction, ciblent différents groupes, produisent des résultats multiples et variables, ou permettent une personnalisation ou une adaptation;
- dépendent du contexte, c'est-à-dire qu'elles sont influencées par les technologies qui évoluent rapidement et qui sont disponibles et utilisées par le public et les fournisseurs;
- fonctionnent différemment, selon la façon dont elles sont mises en œuvre;
- ont différents impacts sur différentes personnes.

De plus, la recherche en cybersanté mentale évalue généralement les interventions lors de comparaisons directes alors que le processus décisionnel a besoin d'une perspective intégrée concernant la valeur de la technologie au sein d'un système élargi. Étant donné les niveaux de complexité, il est important de documenter et de résumer les renseignements disponibles de la façon la plus complète possible ainsi que d'évaluer s'ils peuvent affecter l'utilisation des services de cybersanté mentale et dans quelle mesure.

## Buts de l'examen de la portée

Même si la technologie numérique permet de connecter les gens aux services de santé de nouvelles façons, les données probantes suggèrent que ce potentiel n'est pas entièrement exploité au Canada<sup>4,5</sup>. Le but de cet examen rapide de la portée était de fournir un aperçu complet des connaissances actuelles concernant les interventions en cybersanté mentale afin que les décideurs et les fournisseurs de services disposent de renseignements à jour. Cet examen constitue un important outil pour résumer la grande quantité de renseignements sur les facteurs qui pourraient favoriser ou gêner la mise en œuvre des interventions et des services de cybersanté mentale au Canada. Les questions de haut niveau guidant l'examen étaient les suivantes :

- Quelles sont les données probantes sur l'efficacité et la rentabilité de la cybersanté mentale dans le traitement de la maladie mentale ou de problèmes d'usage de substances?

- Quels facteurs peuvent influencer l'impact de la cybersanté mentale sur les résultats en matière de santé?
- Quelles sont les données probantes sur l'efficacité de la cybersanté mentale pour des groupes précis (p. ex. enfants, jeunes, jeunes adultes, groupes minoritaires comme les Premières Nations, les Inuits et les Métis, etc.)?

## Contexte

Le diagnostic, les soins et le traitement des troubles associés à la santé mentale sont devenus des questions de plus en plus préoccupantes<sup>6</sup>. Malgré le très grand impact émotionnel, social et économique des problèmes de santé mentale, collectivement, seul un petit nombre de personnes aux prises avec la maladie mentale reçoivent le traitement dont elles ont besoin<sup>7,8</sup>. Les problèmes de santé mentale sont l'une des principales causes de morbidité au Canada, à un point tel que l'accès accru aux soins de santé mentale est nécessaire de toute urgence<sup>9,10</sup>. Il est crucial de combler les écarts entre l'apparition des maladies et des problèmes associés à la santé mentale, le diagnostic adéquat et la prestation de soins appropriés<sup>11</sup>. La technologie novatrice a commencé à trouver sa place dans le traitement de divers troubles associés à la santé mentale, ce qui permet d'espérer qu'il sera possible d'améliorer le scénario actuel qui consiste en une forte demande pour des services de santé mentale et un accès limité à ces derniers<sup>12</sup>.

Riper et autres<sup>13</sup> suggèrent que la cybersanté mentale est un terme générique pour décrire l'utilisation des technologies de l'information et des communications, en particulier les nombreuses technologies relatives à Internet, lorsque qu'elles sont utilisées pour appuyer et améliorer les conditions et les soins de santé mentale, comme les soins offerts aux personnes aux prises avec des problèmes d'usage de substances et des troubles concomitants. Ils comprennent la promotion de la santé mentale ainsi que la prévention, la détection, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé mentale. Bien que certains puissent désigner la cybersanté mentale uniquement comme des interventions faites par Internet<sup>14</sup>, ce terme comprend une variété de modalités, dont la vidéoconférence, les jeux sur ordinateur, la thérapie sur le Web, la messagerie texte et la réalité virtuelle. Ces technologies peuvent non seulement permettre de surmonter les obstacles géographiques, comportementaux et financiers traditionnels relatifs à l'accès aux soins, mais également de réduire les coûts globaux de prestation et les exigences imposées aux travailleurs cliniques<sup>15</sup>. Étant donné le grand potentiel de ces technologies pour traiter de la demande de plus en plus forte pour des services de santé mentale, un examen continu de la documentation de plus en plus abondante est essentiel pour établir une base de connaissances complète et à jour en vue de prendre des décisions et de concevoir des services.

Le domaine de la cybersanté mentale est un secteur de recherche en santé mentale qui croît rapidement<sup>16</sup>. La technologie progresse et son utilisation évolue à vive allure<sup>17</sup>. Parallèlement, un plus grand nombre de personnes ayant des troubles associés à la santé mentale se tournent vers la technologie pour obtenir de l'aide<sup>18</sup>. De nombreux examens récents ont démontré les effets positifs de l'utilisation des interventions<sup>19</sup> en cybersanté mentale pour les troubles psychiatriques<sup>20</sup>, les troubles anxieux<sup>21,22</sup>, les troubles dépressifs<sup>23</sup>, les dépendances<sup>24</sup>, les troubles de l'alimentation<sup>25</sup>, et les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité<sup>26</sup>. Dans ces domaines cliniques spécialisés et dans l'ensemble des applications technologiques, les preuves voulant que les interventions en cybersanté mentale puissent être efficaces sont de plus en plus nombreuses. Cependant, les tendances et les écarts généralisés en matière de cybersanté mentale en général ne sont pas encore bien compris. Des examens fréquents sont nécessaires pour évaluer l'état actuel des données probantes sur la cybersanté mentale, étant donné la prolifération accélérée des recherches dans ce domaine. Un examen rapide des initiatives en cybersanté mentale mené par Lal et Adair<sup>13</sup> soulignait l'importance d'évaluer les initiatives cliniques et la nécessité de mener des examens afin de cibler une plus grande variété de troubles associés à la santé mentale en vue d'être plus inclusif. Il est impératif d'élargir et de mettre à jour la base de connaissances sur les initiatives en cybersanté mentale dans l'ensemble du secteur.

## Méthodologie

Cet examen était structuré selon l'approche en cinq étapes d'Arksey et O'Malley<sup>27</sup> :

1. préciser la portée de l'examen;
2. rechercher des données probantes;
3. évaluer la documentation et extraire les données;
4. consigner les données;
5. rassembler, résumer et déclarer les données.

Nous décrivons ci-après en termes généraux la procédure que nous avons suivie pour chaque étape.

### *Préciser la portée de l'examen*

Pour préciser la portée de l'examen rapide, notre équipe a rencontré et consulté le personnel de la CSMC afin d'examiner les questions clés de recherche et les travaux antérieurs dans le domaine. Nous souhaitons surtout comprendre comment cet examen rapide pouvait fournir des renseignements utilisables et exploitables pour les décideurs et les praticiens<sup>28</sup>, lesquels estiment qu'il est souvent difficile de prendre la décision d'investir, ou de désinvestir dans relativement aux interventions en cybersanté mentale. Ces dernières sont souvent complexes et comprennent de multiples composantes, lesquelles peuvent agir de façon indépendante ou interdépendante, n'offrant aucun moyen de réellement discerner ou d'isoler l'« ingrédient actif »<sup>29</sup>. La CSMC a animé une table ronde nationale sur la cybersanté mentale en janvier 2017 afin d'offrir aux intervenants un forum pour poser des questions, discuter de différents sujets et difficultés et décrire les façons dont les renseignements récapitulatifs seraient des plus utiles pour eux. Nous avons tenté d'intégrer ces perspectives à notre examen.

### *Rechercher des données probantes*

Comme mise à jour de l'examen de Lal et d'Adair (2014)<sup>14</sup>, cet examen rapide de la portée a permis de résumer les recherches nationales et internationales publiées de 2010 à 2016. Puisque cet examen a été réalisé dans un délai écourté, nous n'avons pas fait une recherche approfondie pour toutes les données probantes. Nous avons plutôt réalisé un aperçu exhaustif des recherches dans le domaine. Nous avons inclus uniquement les articles en anglais sur des études qui évaluaient une intervention fondée sur la technologie. Les interventions pouvaient être menées par les utilisateurs et ne nécessitaient pas la participation de cliniciens. Les études devaient comprendre au moins 10 participants. Nous avons exclu les manuscrits considérés comme des examens, des commentaires, des exposés théoriques, des résumés publiés, des dissertations, des chapitres d'ouvrages, des documents de conception, des protocoles de recherche ou des éditoriaux, ou qui ne portaient pas sur des données empiriques ou évaluatives. Un spécialiste de l'information a conçu, mis à l'essai et dirigé nos stratégies de recherche pour chaque base de données. Notre équipe a défini les stratégies de recherche par consensus, étant guidée par la terminologie MeSH (Medical Subject Headings) et les mots clés provenant d'examens systématiques précédemment publiés dans le domaine, ainsi que les termes pertinents pour les problèmes de santé mentale et la technologie utilisée (les termes de recherche sont présentés à l'annexe 1). En novembre 2016, nous avons fait des recherches dans 15 grandes bases de données (p. ex. DLINE®, CINAHL®, EMBASE, ProQuest Theses and Dissertations, OVID HealthStar, Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessment Database, PsycINFO®, ACM Digital Library, IEEE Library). Les résultats de la recherche documentaire ont été téléchargés sur EndNote X7 et les doublons ont été supprimés.

### *Évaluer*

Afin de déterminer quelles études inclure dans notre examen, nous avons demandé l'aide de deux examinateurs indépendants (deux adjoints de recherche) pour appliquer correctement les critères d'inclusion et d'exclusion à l'aide d'un processus en deux étapes. Au moment d'évaluer les titres, les résumés et les descripteurs, les examinateurs ont filtré les citations de façon indépendante afin de recenser les articles potentiellement pertinents. À l'étape de l'évaluation du texte complet, 40 articles potentiellement admissibles ont été aléatoirement assignés aux deux examinateurs afin qu'ils les examinent individuellement. Des codeurs se sont rassemblés pour résoudre les divergences et établir un consensus. Les membres de l'équipe de recherche se sont réunis pour faire un bilan hebdomadaire des progrès réalisés et résoudre les divergences.

La qualité méthodologique des études que nous avons incluses variait grandement, comme en témoignent les différents modèles d'étude, approches analytiques et tailles d'échantillons. Nous avons décidé que toutes les études, même celles de moindre qualité, pouvaient offrir d'importantes perspectives sur les grandes tendances en matière de recherche sur la cybersanté mentale et guider une prise de décisions éclairées. Ainsi, toutes les études qui répondaient aux critères d'inclusion ont été incluses dans la synthèse.

### *Consigner les données*

Nous avons créé un formulaire de consignation des données pour recueillir et trier les renseignements clés tirés du texte complet de chaque étude à l'aide du cadre RE-AIM. Les données extraites de la documentation comprenaient des renseignements normalisés (p. ex. auteur, année de publication, taille de l'échantillon) et des renseignements supplémentaires afin d'examiner les populations ayant des besoins en santé mentale et des résultats dans le domaine (p. ex. population cible, type de technologie, type d'intervention, résultats du traitement, effet du traitement). Les codeurs indépendants et un des examinateurs principaux ont entrepris un exercice expérimental de consignation et de consultation d'équipe afin d'en assurer la cohérence avec les questions et l'objectif, conformément à la suggestion de Daudt et autres<sup>30</sup>. Pour un sous-ensemble de 20 articles

pouvant être inclus, nous avons extrait des données à partir de sources d'éléments de preuve (adjoint de recherche n° 1), dont l'exactitude et l'intégralité ont été vérifiées par un deuxième examinateur (adjoint de recherche n° 2).

### Rassembler, résumer et déclarer les données

Il est important de noter que, contrairement à un examen systématique type comportant des critères d'inclusion et d'exclusion stricts, nous voulions inclure et analyser un large éventail de recherches. Ainsi, cela a limité notre capacité de fournir une analyse détaillée d'études ou de programmes individuels, mais nous a permis de présenter certaines tendances pertinentes. Nous avons utilisé une synthèse narrative des conclusions pour rendre compte des résultats découlant de cet examen.

### Cadre RE-AIM

Le cadre RE-AIM (portée, efficacité, adoption, mise en œuvre et maintien)<sup>31</sup> comble l'écart entre la recherche et la pratique en définissant les principales étapes à suivre pour mettre en œuvre des programmes et des politiques dans des environnements réels. Il permet de poser des questions cruciales afin d'aider les planificateurs de programmes, les évaluateurs et les décideurs à maximiser leurs chances de réussir à adopter des interventions fondées sur des données probantes. Ce cadre est recommandé pour intégrer des recherches en cybersanté à la pratique et aux politiques<sup>32</sup>.

Le cadre RE-AIM a également permis de révéler les forces et les faiblesses relatives des différentes approches des services de soins de santé, comme la consultation en personne ou par téléphone et les ressources en ligne<sup>33</sup>. L'objectif global du cadre est de cibler l'attention et la réflexion critique sur les principaux éléments de programme susceptibles de favoriser l'adoption et la mise en œuvre permanente de programmes et de politiques efficaces. Les décideurs pourraient vouloir accorder davantage d'importance à certaines dimensions du cadre. Certains pourraient vouloir s'occuper principalement de l'efficacité clinique d'une intervention, d'autres pourraient souhaiter atteindre le plus grand nombre de personnes, et d'autres pourraient vouloir sélectionner le programme le plus susceptible d'être mis en œuvre de façon cohérente<sup>34</sup>. Pour cette raison, notre but était d'étudier de façon générale à quoi ressemblent présentement les éléments du cadre RE-AIM par rapport aux plus récentes recherches sur la cybersanté mentale.

**Tableau 1. Définitions du cadre RE-AIM.**

<b>Dimension</b>	<b>Définition originale<sup>35</sup></b>	<b>Définition pour cet examen rapide</b>
Portée	Proportion de la population cible qui participe à une intervention.	Caractéristiques des clients et des environnements dans lesquels les soins de cybersanté mentale sont étudiés et mis en œuvre.
Efficacité	Taux de réussite si la mise en œuvre respecte les lignes directrices. Définie comme étant les résultats positifs moins les résultats négatifs.	Résultats (positifs et négatifs) relatifs aux impacts individuels, organisationnels et sociaux des soins de cybersanté mentale.
Adoption	Proportion d'environnements, de pratiques et de plans de mise en œuvre qui mèneront à l'adoption de cette intervention.	Infrastructure, financement et activités de renforcement des capacités nécessaires pour mettre en œuvre les soins de cybersanté mentale
Mise en œuvre	Mesure selon laquelle l'intervention est mise en œuvre comme prévu dans le monde réel.	Caractéristiques des interventions en cybersanté mentale ainsi que ressources humaines, documentaires et technologiques requises pour les exploiter.
Maintien	Mesure selon laquelle un programme est maintenu au fil du temps.	Mesure selon laquelle les interventions en cybersanté mentale étudiées sont maintenues au fil du temps.

### Forces et limites

Cet examen rapide de la portée compte plusieurs forces, comme l'étendue des recherches entreprises. Nous avons consulté 15 grandes bases de données. Aussi, aucune restriction n'a été faite selon la qualité méthodologique, ce qui réduit le risque d'omettre des études pertinentes. Le processus de sélection des études comprenait la mise à l'essai et le double codage pour ainsi diminuer le risque d'erreur ou de partialité de la part



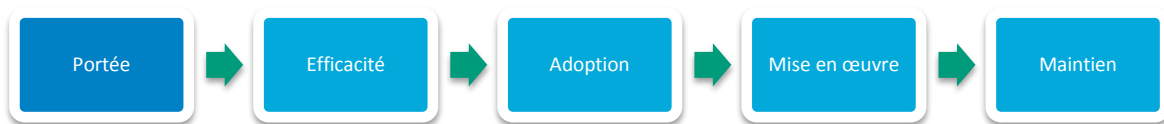
des examinateurs. L'utilisation délibérée de vastes critères d'inclusion représentait une force supplémentaire, qui nous permettait de recenser les données probantes relatives aux recherches actuelles en cybersanté mentale.

Cet examen est intrinsèquement limité par le fait qu'il visait à examiner et à définir une documentation complexe sans décrire les études en détail. Nous n'avons appliqué aucune technique méta-analytique pour déterminer l'ampleur du changement observé et nous n'avons pas examiné la qualité méthodologique. Les études auraient pu être notées différemment lors d'un examen axé sur l'efficacité. Néanmoins, l'objectif de cet examen a été atteint puisqu'il a permis d'accroître notre connaissance et notre compréhension des données probantes, de guider un processus continu pour évaluer le rôle et le progrès du Canada en matière de prestation et d'innovation en cybersanté mentale, et de souligner les lacunes dans la documentation relative aux interventions.

## Résultats

Notre stratégie de recherche nous a permis de recenser 4 991 études potentiellement pertinentes. Après avoir éliminé les doublons, 4 120 études ont été incluses dans l'évaluation initiale. Ensuite, 197 autres études ont été exclues puisqu'il s'agissait d'examen systématiques ou de méta-analyses. Après l'évaluation des titres et des résumés, 462 articles en texte intégral ont été examinés de près, entraînant l'inclusion de 261 études dans l'examen réel. Il est important de noter que la recherche dans ce domaine continue de croître rapidement : 34 % des études incluses ont été publiées entre 2015 et 2016.

## Portée : Les clients et les environnements de la recherche sur les interventions en cybersanté mentale



### Population cible

Les études que nous avons incluses dans notre examen représentaient un certain nombre de pays à revenu élevé, les plus importants étant les pays de l'Europe de l'Ouest en dehors du Royaume-Uni (p. ex. Pays-Bas, Suisse, Allemagne (27 %) et Australie et Nouvelle-Zélande (22 %)). Elles incluaient également des pays scandinaves (19 %), les États-Unis (15 %), le Royaume-Uni (10 %), des pays d'Asie et du Moyen-Orient (3 %) et le Canada (2 %).

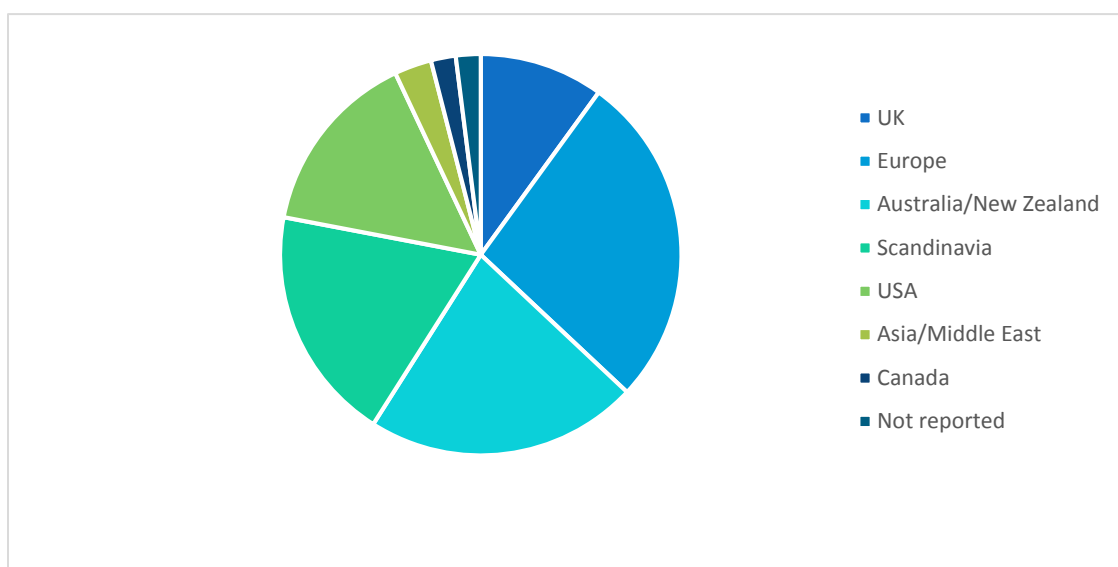


Figure 1 : Pourcentage des études menées dans chaque pays ou région

Les 261 études ont fourni des détails variables sur leurs échantillons et les caractéristiques des utilisateurs des services de cybersanté mentale. L'élaboration des programmes ciblait différents groupes d'âge grâce à des programmes personnalisés, les jeunes et les enfants (âgés de moins de 18 ans) étant la principale population cible dans 10 % des études. Seulement 1 étude (moins de 1 %) ciblait particulièrement les participants masculins, 5 études (moins de 1 %) ciblaient les employés ou les travailleurs, 6 études (moins de 1 %) visaient les vétérans militaires ou les membres en service actif, et 17 études (7 %) visaient les femmes (période post-partum). La moitié des études ont fourni des renseignements sur le statut socioéconomique des participants. Lorsque des renseignements étaient fournis, les participants recrutés semblaient se concentrer dans la catégorie des personnes gagnant un revenu moyen à élevé. Les critères d'inclusion et d'exclusion des études comprenaient généralement la maîtrise de la langue dominante ainsi que des exigences techniques (accès à un ordinateur, Internet) et excluaient souvent des personnes ayant des idées suicidaires, en psychose ou dont la médication avait récemment été modifiée. Seulement 37 % des études citaient des statistiques sur le principal lieu géographique des participants (urbain ou rural). De ces réponses, seulement 3 % des milieux ont été définis comme étant des communautés principalement rurales. Ces facteurs, individuellement ou en combinaison, pourraient avoir contribué au classement des participants aux études dans la catégorie du statut socioéconomique supérieur.

Le nombre moyen de participants dans l'ensemble des études était de 60 (variant de 10 à 1 929 personnes). Dans la plupart des cas (66 %), le nombre de participants aux études exposés à une intervention ou à un service en cybersanté mentale était de moins de 100. Dans 21 % des études, le nombre de participants aux études exposés à un traitement en cybersanté mentale pendant l'étude était de moins de 30. Les taux d'attrition variaient grandement, mais dans l'ensemble, 78 % des études indiquaient qu'au moins 50 % des participants avaient eu besoin d'une intervention en cybersanté mentale.

### Caractéristiques cliniques

Les résultats cliniques ont été mesurés de façon hétérogène, allant des symptômes signalés par les participants aux rapports ou indicateurs sur la qualité de vie, en passant par les visites au service des urgences. La majorité des études précisaient la dépression (52 %) et l'anxiété (46 %) comme les principaux éléments cliniques de l'intervention à l'étude. La moitié des études concernaient des interventions traitant particulièrement des troubles concomitants. La plupart des études (80 %) ciblaient des niveaux cliniques de gravité pour les troubles mentaux (les participants devaient obtenir une note supérieure à un certain seuil pour un diagnostic clinique ou avaient obtenu un diagnostic auprès d'un professionnel de la santé). Plus d'un tiers des études (35 %) concernaient des niveaux multiples de gravité (non clinique, subclinique, clinique).

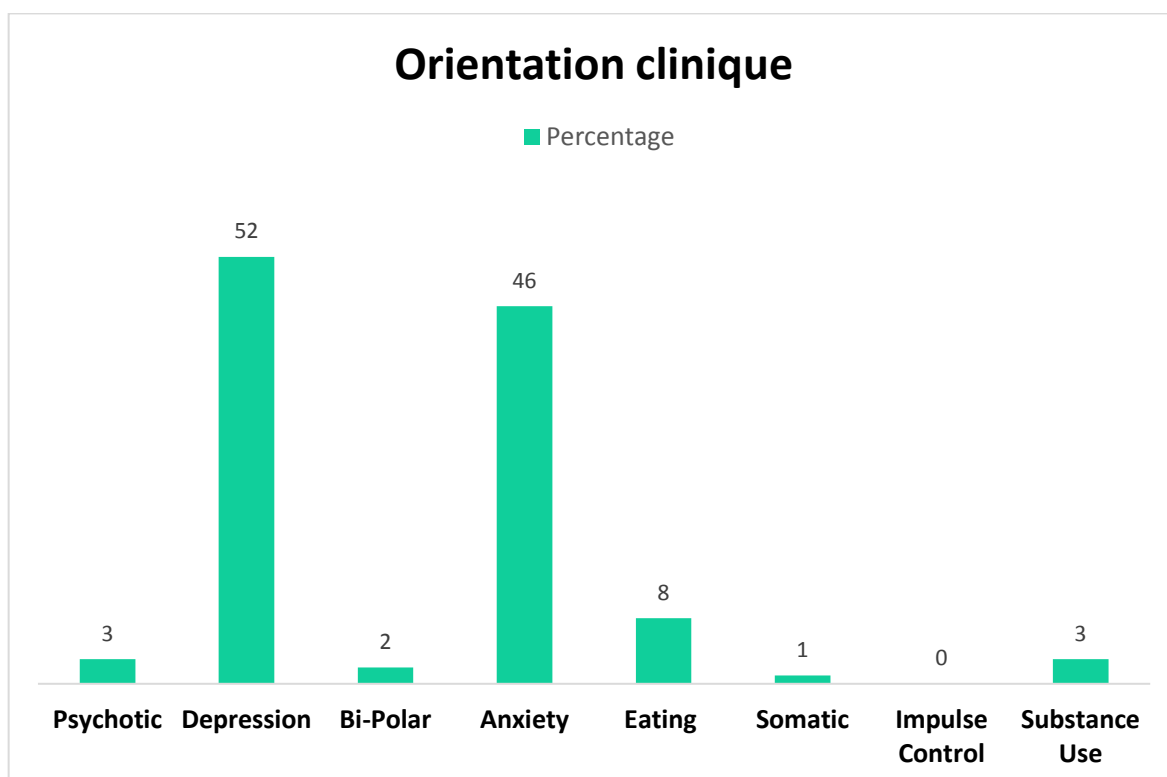


Figure 2 : Pourcentage des études ciblant un domaine clinique

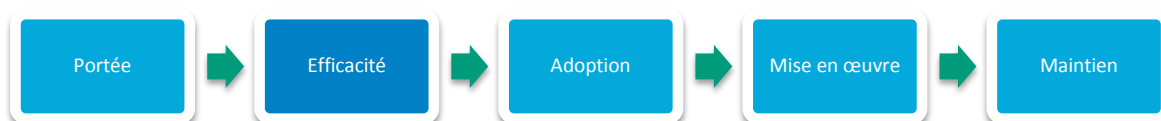
### Caractéristiques technologiques

Bien que de nombreuses technologies différentes soient représentées dans les études que nous avons examinées, la majorité des interventions des études concernaient l'utilisation du courriel (86 %), d'une plateforme sur le Web (portails, vidéoconférence, système d'apprentissage en ligne) (67 %), des médias sociaux (8 %), de la messagerie instantanée (7 %) et des applications pour téléphones mobiles (6 %) pour offrir un service de cybersanté mentale (voir le tableau 2 pour une liste complète). L'intervention en cybersanté mentale utilisée dans 22 % des études était une combinaison de 2 ou de plusieurs de ces technologies.

Tableau 2. Technologies utilisées pour fournir les services de cybersanté mentale.

Technologie	%
Courriel	89
Plateforme sur le Web (ouverture de session nécessaire)	67
Site Web (aucune ouverture de session nécessaire)	15
Plateforme de médias sociaux	8
Messagerie instantanée	7
Téléphone mobile	6
Réalité virtuelle	4
Vidéoconférence	3
Jeu	2
Capteur à distance	0

### Efficacité : impacts individuels, organisationnels et sociaux mesurés

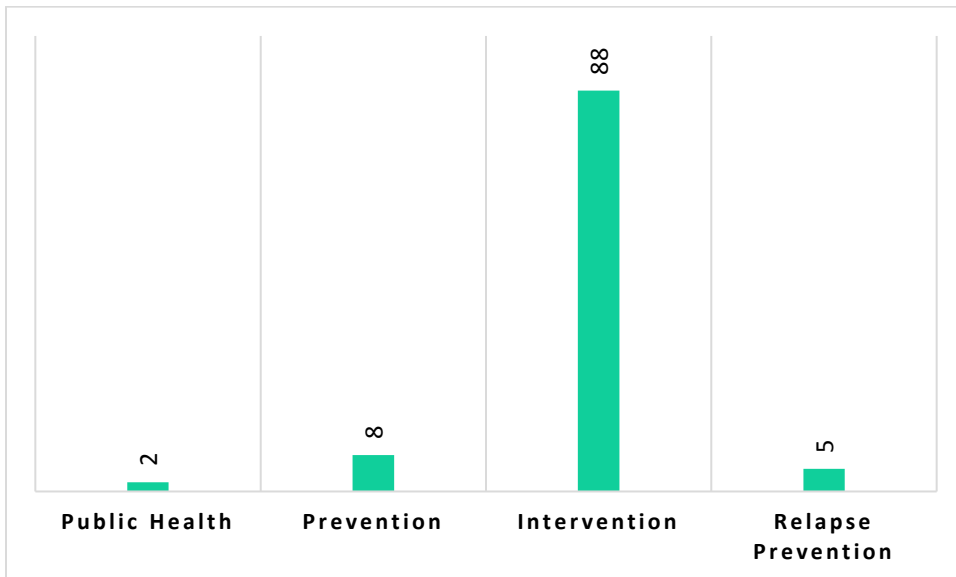


La composante du cadre RE-AIM la plus souvent mentionnée dans l'ensemble des études était l'efficacité. Les types de résultats (voir le tableau 3) variaient, mais, dans l'ensemble, des mesures cliniques étaient signalées dans 98 % des études, des mesures de satisfaction dans 30 % d'entre elles, des paramètres d'utilisation dans 25 % des études, et des mesures psychosociales dans 17 % d'entre elles. Un nombre moins élevé d'études traitaient de l'utilisation du système de santé (5 %) ou mesuraient l'impact sur les processus du système de santé (6 %).

Tableau 3. Description des mesures utilisées pour évaluer l'efficacité de la cybersanté mentale.

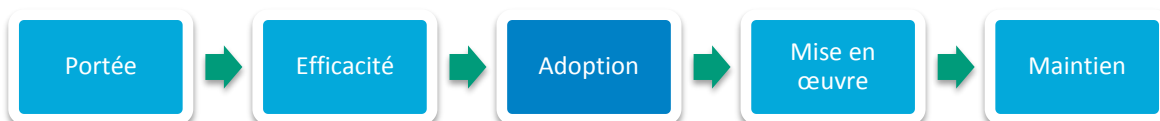
Type de résultat	Exemples
Clinique	Symptomatologie, fonctionnement, diagnostic, qualité de vie
Psychosocial	Autoefficacité, croyances normatives, étapes du changement
Utilisation du système de santé	Visites chez le médecin, utilisation de la pharmacothérapie, renvois à des spécialistes, visites au service des urgences
Utilisation	Nombre de connexions, nombre de modules ou d'activités terminés
Satisfaction	Préférences, plaisir, satisfaction, utilité
Processus du système de santé	Coût, rythme de travail, productivité, dotation, qualité des soins, réduction des listes d'attente

Presque toutes les études traitaient des résultats principaux parmi la population de patients (95 %), et seulement une petite partie d'entre elles portaient sur les résultats cliniques (4 %), comme la satisfaction. Des 261 études, 215 (83 %) indiquaient que l'intervention avait entraîné un changement positif important sur le plan statistique pour les résultats principaux et 8 % ont signalé des résultats mixtes. Dans l'ensemble des études, l'évaluation portait surtout sur l'analyse des *interventions en cybersanté mentale* (88 %) plutôt que sur la *promotion de la santé publique* (2 %), la *prévention* (8 %) ou la *prévention d'une rechute* (5 %).



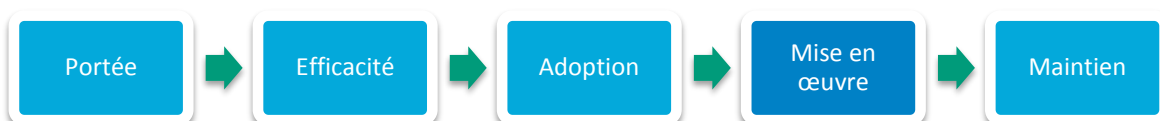
**Figure 3. Pourcentage des études dont le but du programme était axé sur la santé publique (p. ex. connaissances sur la santé mentale), la prévention précoce (p. ex. évaluer les facteurs de risque), l'intervention (populations cliniques) ou la prévention d'une rechute (soutien postérieur au traitement).**

### Adoption : Besoins en matière d'infrastructures, de financement et de renforcement des capacités



Parmi les études incluses dans l'examen, 234 (90 %) décrivaient des interventions au cours desquelles le client a accédé à des services ou à un programme dans des lieux qui lui convenaient (maison, école ou travail). Seulement 3 % des interventions concernaient l'accès à un service par l'intermédiaire d'un centre de soins primaires, 5 % au moyen d'un site de soins secondaires (p. ex. clinique communautaire), et seulement 2 % dans le cadre de soins actifs (p. ex. hôpital). Le financement du développement et du déploiement des interventions variait considérablement : 19 % des auteurs des études signalaient avoir reçu certains fonds de la part d'organismes sans but lucratif, 56 % de la part du gouvernement, 5 % d'entreprises privées à but lucratif, et 6 % d'universités ou d'écoles publiques. Un quart des études (25 %) indiquaient que l'intervention évaluée était une adaptation d'un ancien programme (p. ex. manuel papier maintenant disponible sous forme de cours en ligne) et 28 % précisaient qu'une certaine forme de formation spécialisée était exigée des cliniciens pour pouvoir utiliser l'intervention en cybersanté mentale.

### Mise en œuvre : ressources humaines et technologiques nécessaires pour offrir des services de cybersanté mentale



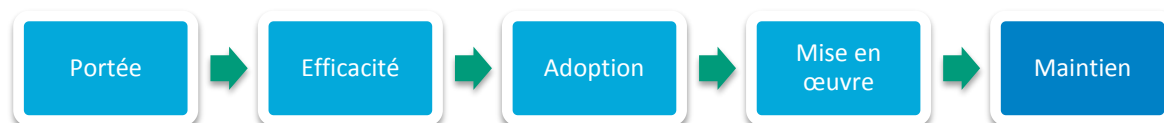
Comme on pouvait s'y attendre, les types d'interventions et le niveau d'engagement prévu des clients étaient très variables. Le nombre moyen de « séances » ou d'interactions que les clients devraient entreprendre dans le cadre de l'intervention en cybersanté mentale était de 8 (variant de 1 à 60). Le nombre moyen de semaines dont les clients étaient censés avoir besoin pour compléter l'intervention était de 10 (variant de moins de 1 semaine à 52 semaines). Seulement 5 % (n=13) des études portaient précisément sur le contenu de l'intervention adapté à la culture (utilisation de matériel qui reflétait précisément les opinions et les valeurs culturelles d'un groupe ou encourageait les clients à faire connaître leur culture). Elles incluaient souvent l'utilisation d'images adaptées à la culture (p. ex. images de personnes au sein du groupe culturel visé) ou la personnalisation du contenu selon l'expérience de vie prévue d'un groupe particulier. La mesure dans laquelle les interventions donnaient accès à

des ressources humaines et à du soutien était relativement cohérente. Un peu plus de la moitié (58 %) des études signalaient que les psychologues ou les psychiatres jouaient un rôle continu en aidant les clients à avoir recours aux interventions. Il y avait ensuite les pairs (15 %), le personnel infirmier (3 %), les médecins de famille (2 %), les travailleurs sociaux (1 %) et les enseignants (1 %). Aucune des études n'indiquait que les interventions visaient les jeunes travailleurs, les travailleurs du système de justice, les conseillers en emploi, le personnel confessionnel, les pairs ou les aînés dans le cadre de la prestation de soins.

Les obstacles à la mise en œuvre ont seulement été signalés dans un petit nombre d'études. Le type le plus fréquent d'obstacles mentionnés était constaté à l'échelle individuelle (p. ex. motivation), 11 % des auteurs avançant que les facteurs individuels (client ou clinicien) avaient un grand impact sur la mise en œuvre. Des problèmes techniques ou des questions organisationnelles (p. ex. lacune en dotation) ont été signalés dans seulement 4 % des études.

La plupart des études (94 %) n'ont pas tenu compte des coûts lors de la détermination détaillée de la mise en œuvre. Des 16 études qui ont traité des coûts, la plupart (63 %) traitaient du coût comparatif de l'intervention et des groupes de contrôle ou du coût de l'intervention en cybersanté mentale par rapport à la prestation « traditionnelle » de services. Toutes les études traitant des coûts ont montré soit une équivalence des coûts ou une économie de coûts comparativement à la prestation des services existants.

## Maintien : durabilité à long terme des interventions en cybersanté mentale



Au total, 88 % des études ont indiqué au moins une évaluation de suivi pour surveiller les changements liés au résultat primaire. Parmi celles traitant de suivi, la plupart ont précisé que le suivi avait eu lieu immédiatement après l'exposition à l'intervention : 34 % (n=58) ont indiqué que le suivi avait été fait dans un délai de 3 mois suivant le traitement reçu par le client. Un tiers (30 %) des études ont indiqué des résultats pour les clients dans le cadre des suivis de 6 à 12 mois, pour la période postérieure à l'intervention, et 11 % ont indiqué des suivis au-delà de 12 mois. Aussi, 35 % des études précisaient que les effets individuels de l'intervention étaient maintenus et observés au-delà d'une période de 6 mois. Le statut d'adoption des interventions en cybersanté mentale n'a été mentionné dans aucune des études, et le nombre d'années d'exploitation du programme au moment de la collecte de données n'a pas été mentionné non plus.

## Discussion

Un principe clé de la perspective RE-AIM veut que l'impact sur la santé publique puisse être amélioré en maximisant les résultats pour chaque dimension. Bien que toutes les études explorent des mesures d'efficacité, les travaux futurs en matière de cybersanté mentale tireraient profit d'études qui testent et traitent systématiquement de la portée, de l'adoption, de la mise en œuvre et du maintien.

### Portée

Les études que nous avons examinées étaient principalement de petits essais cliniques menés auprès d'utilisateurs autosélectionnés. Les tailles d'échantillons et les caractéristiques des participants étaient régulièrement mentionnées dans l'ensemble des études. Cependant, les facteurs relatifs à la représentativité des personnes qui étaient prêtes à participer étaient moins fréquemment cités. La pénurie de données sur la représentativité géographique et socioéconomique des études soulève des questions concernant la mesure dans laquelle leurs conclusions peuvent être généralisées. À l'heure actuelle, les études fournissent peu de données empiriques pour appuyer la vision souvent mise en valeur de la cybersanté mentale comme une solution potentielle pour les clients des zones rurales et dont la situation financière est difficile et qui rencontrent des obstacles à l'accès à des services traditionnels en soins de santé mentale. Selon les études que nous avons examinées (dont seulement 37 % ont mentionné le lieu géographique des participants), nous constatons qu'il existe peu de données probantes selon lesquelles ces services sont offerts dans les communautés rurales et éloignées dans une large mesure. Le fait de souligner ces lacunes et tendances

potentielles n'ébranle pas la valeur de ces services de santé mentale : on signale plutôt des secteurs dont il importe de tenir compte pour s'assurer que les initiatives en cybersanté mentale surmontent les inégalités plutôt que les amplifier ou les reproduire. D'autres recherches sont manifestement nécessaires pour comprendre les raisons pour lesquelles certaines personnes choisissent de ne pas avoir recours à des services de cybersanté mentale afin que les futurs efforts soient adéquatement guidés et ainsi convenablement planifiés et mis en œuvre. De multiples indicateurs permettant de communiquer avec précision le nombre et la proportion de participants et leur représentativité, des environnements et du personnel en cybersanté mentale sont nécessaires<sup>36</sup>. Les conclusions de cet examen soulignent la nécessité d'améliorer les connaissances sur la prestation de services au sein des groupes démographiques qui n'utilisent pas les services de cybersanté mentale.

Même si certaines interventions visaient précisément les jeunes (âgés de moins de 18 ans), la plupart ciblaient une grande variété de populations adultes (18 à 65 ans). Les études que nous avons examinées présentaient peu d'indices, voire aucun, sur la façon dont les interventions étaient adaptées aux divers besoins des adultes tout au long de cette durée de vie différente. Seules quelques études traitaient des efforts spéciaux déployés pour s'assurer que ces interventions soient adaptées à la culture et à la technologie touchant les clients ciblés. D'autres recherches pour déterminer comment les interventions devraient être modifiées ou adaptées pour maximiser la participation au sein des sous-populations, et dans quelle mesure, sont nécessaires. Les tailles des échantillons dans le cadre des recherches en santé mentale sont connues pour être restreintes<sup>37</sup> et nos conclusions montrent que, même si de très nombreuses études sont menées en cybersanté mentale, les tailles des échantillons sont généralement encore limitées. Le fait que des cohortes ou des essais à grande échelle soient encore très rares limite notre capacité d'explorer les tendances en matière d'application et d'utilisation. Nous pouvons établir que les technologies utilisées pour offrir des services de cybersanté mentale continuent d'être dominées par les portails d'apprentissage en ligne, les programmes sur le Web, la vidéoconférence et le courriel. Toutefois, les recherches sur les interventions qui tirent profit des médias sociaux, de la surveillance à distance, des applications mobiles et des combinaisons complexes de technologie sont en hausse.

## Efficacité

Puisque le but de cet examen était d'étudier les lacunes et les tendances dans la plus récente documentation, nous avons inclus des études primaires signalant des résultats efficaces et inefficaces. Ce faisant, nous espérons limiter le risque de voiler d'importants obstacles ou facilitateurs. Toutes les études que nous avons examinées traitaient des résultats des interventions, mais démontraient une incroyable diversité quant à la façon dont le succès était opérationnalisé et défini. L'évaluation récente des programmes et les recherches sur les résultats ont montré une importante évolution vers des évaluations programmatiques itératives qui tiennent compte d'une variété d'indicateurs du succès, y compris la satisfaction, les coûts, le processus de soins et la qualité de vie<sup>38</sup>. Cependant, ce changement n'est pas manifeste dans la documentation sur la cybersanté mentale jusqu'à présent. La documentation continue d'être très limitée quant à la façon dont les services de cybersanté mentale influencent le fonctionnement du système, les expériences cliniques et les effets en aval de ces services sur d'autres formes d'utilisation du système de santé. Bien que l'impact de ces interventions sur la qualité de vie des clients soit clairement la principale préoccupation, une analyse plus approfondie de l'impact de la cybersanté mentale sur les connaissances, les compétences et les attitudes des fournisseurs pourrait avoir des répercussions sur la planification de la mise en œuvre et une application par les fournisseurs. Aussi, conformément à d'autres conclusions récentes<sup>39</sup>, notre examen montre un suivi limité à long terme, limitant ainsi notre compréhension de la façon dont les expériences des soins de cybersanté mentale ont un impact sur les clients et les cliniciens à long terme. Les problèmes de santé mentale ne sont pas seulement des problèmes graves : il s'agit souvent de problèmes chroniques. Pourtant, il existe peu d'exemples d'une gestion à temps plein au moyen d'interventions en cybersanté mentale.

La prévention et la promotion de la santé devraient être considérées comme étant distinctes du traitement et de l'intervention, mais complémentaires en ce qui concerne leur but commun de réduire les conséquences des troubles mentaux, émotionnels et comportementaux sur le développement sain de tous. L'étendue des recherches dans l'ensemble du spectre d'interventions en santé est limitée. Les recherches devraient cibler des interventions qui se produisent avant l'apparition du problème, mais qui pourraient également être élargies afin d'inclure la promotion de la santé et la prévention d'une rechute chez les personnes à risque.

## Adoption

Le lieu de l'intervention et les ressources humaines ou le personnel appuyant sa prestation étaient les éléments liés à l'adoption les plus fréquemment décrits. La majorité des interventions en cybersanté mentale de notre examen étaient appuyées par des spécialistes (p. ex. psychologiques, conseillers). Le rôle que pourraient jouer les grandes institutions sociales en dehors du système de soins de santé dans la prestation de ces services (éducation, justice, etc.) n'est pas clair. Pour modéliser l'impact s'il devait s'intensifier, il est essentiel de comprendre comment différents environnements cliniques diffèrent quant aux ressources disponibles, au niveau d'expertise et à l'engagement à l'égard de l'utilisation de toute intervention en cybersanté mentale. Dans des situations où il existe des différences substantielles dans l'ensemble des sites participants, les programmes peuvent être adaptés afin qu'ils soient appliqués avec succès dans ces environnements. Cependant, la documentation des exigences touchant le personnel, la formation et les environnements d'intervention des études que nous avons examinées était vague et incohérente. Il demeure d'importantes questions sans réponse concernant le type de fournisseurs qui offrent des services de cybersanté mentale au sein de leur pratique et les types de compétences sociotechniques qu'ils exigent pour amorcer l'utilisation de ces services et continuer de le faire<sup>40</sup>. Les recherches demeurent vagues concernant les types de personnel qui fournissent les programmes (professionnels de la santé mentale par rapport à professionnels de la santé générale, éducateur par rapport à non-professionnel formé) et les types d'environnements où les programmes seront offerts. Par conséquent, il est difficile de tirer des conclusions pour déterminer si ces interventions peuvent ou non être intensifiées ou généralisées pour d'autres environnements.

## Mise en œuvre

En ce qui concerne la mise en œuvre, les décideurs et les bailleurs de fonds ont besoin de renseignements clairs et précis sur la conformité des interventions avec les pratiques exemplaires, leur durée, la fréquence à laquelle les clients doivent appliquer les interventions, et les coûts de leur prestation. Bien que l'écart entre la recherche et la pratique ne soit pas propre à la santé mentale, l'inclusion de la technologie, de même que son utilisation, crée des défis uniques. Les études que nous avons examinées ont révélé les très nombreuses attentes des clients et des fournisseurs quant à la promesse, à l'expérience et aux résultats liés aux services de cybersanté mentale. Le spectre de services varie, des interventions courtes et uniques qui prennent moins d'une heure aux séances hebdomadaires auxquelles le client participe, en passant par des activités continues complètes et des interactions régulières avec les fournisseurs de soins de santé pendant un an ou plus. Ces niveaux variés d'intensité, de durée, d'engagement temporel et de motivation doivent être pris en considération, en plus de déterminer l'efficacité des interventions. Le fait que le nombre moyen d'interactions dans l'ensemble des études soit de huit suggère qu'un contact soutenu au fil du temps peut accroître la probabilité d'améliorations de la santé mentale et de retombées avantageuses pour les fournisseurs et le système de soins de santé. Cependant, puisque la majorité des interventions des études ciblaient l'anxiété et la dépression, il est difficile de généraliser dans l'ensemble des contextes cliniques.

La qualité des données sur les coûts dans la documentation est moins qu'optimale, et peu de renseignements sont recueillis d'une façon systématique, contrôlée et prospective. Les mesures de coût de la prestation de services de cybersanté mentale ont été mentionnées dans seulement 6 % des études que nous avons examinées, et chacune présentait une formule ou un modèle unique pour arriver à cette estimation des coûts. Puisque les services de cybersanté mentale sont fréquemment cités comme des méthodes potentielles pour étendre les soins efficaces d'une façon rentable, ce manque de données probantes publiées sur les coûts est déconcertant. Surtout, la différenciation des économies de coûts pour le particulier par rapport à celles pour le système de soins de santé n'est pas bien saisie dans la documentation de recherche. Même si des économies de coûts sont réalisées en réduisant le temps de déplacement (économies de coûts individuelles), la durabilité peut être remise en question en raison des coûts des infrastructures et du faible taux de remboursement de la part des payeurs publics ou de l'assurance privée (système de santé).

Le manque de renseignements sur l'investissement de capitaux nécessaire pour développer les services, ainsi que les dépenses courantes et récurrentes (ressources humaines, infrastructures et améliorations technologiques) nécessaires pour les maintenir, fait en sorte qu'il est difficile pour les fournisseurs de planifier la façon dont ces services seront financés en dehors de l'environnement de financement de la recherche. Nous ne savons toujours pas quels facteurs influencent le plus, et dans quelles circonstances, la mise en œuvre réussie d'une intervention de cybersanté mentale dans le monde réel. De plus en plus, les intervenants expriment leurs préoccupations quant au contrôle insuffisant des coûts de mise en œuvre<sup>41</sup>. En raison du manque de données

cohérentes sur les coûts déclarés, on craint que les avantages économiques potentiels soient exagérés, alors que le véritable investissement requis pour mettre en œuvre des services de façon itérative et efficace<sup>42</sup> est plutôt sous-estimé.

Nous savons que la culture du client, le type de clinicien et, dans le cas d'interventions en cybersanté mentale, le « contenu » du traitement affectent la santé et la maladie<sup>43</sup>. Les soins adaptés à la culture, lesquels tiennent compte des différences, favorisent la qualité des soins, la confiance, la sécurité et le respect de la vie privée. La satisfaction est clairement liée aux expériences culturelles, ethniques et linguistiques. Le fait que peu d'études de notre examen traitaient de la représentativité de la population à l'étude ou détaillaient de quelle façon la diversité était abordée dans le « contenu » de l'intervention suggère qu'un manque de soins de cybersanté mentale adaptés à la culture peut limiter la réussite de la mise en œuvre. La tension entre une intervention généralisée, laquelle favorise la fidélité aux protocoles de traitement et permet une utilisation maximale, et les besoins nuancés des groupes culturels et des membres de ces groupes demeure une question délicate. Notamment, notre examen appuie les conclusions d'un récent examen des soins de santé mentale pour les Autochtones<sup>44</sup> au Canada qui demande un engagement plus approfondi et soutenu auprès de diverses personnes ayant vécu la maladie mentale, ainsi que de leur famille, dans le cadre de la cocréation de ces interventions. Une telle approche peut aider à réduire le nombre d'obstacles culturels qui ont un impact sur la mise en œuvre au cours des étapes ultérieures<sup>45</sup>.

## Maintien

Conformément à d'autres examens qui utilisent le cadre RE-AIM, ainsi qu'à la recherche en cybersanté en général, le maintien était la dimension abordée le moins souvent dans l'ensemble des études<sup>46</sup>. L'évaluation du maintien doit tenir compte des aspects individuels et systémiques de la prestation de services de cybersanté mentale. Les coûts permanents de la prestation continue et de l'institutionnalisation des interventions n'étaient pas souvent mentionnés. Cependant, puisque la plupart des études n'avaient pas pour but d'assurer la durabilité et portaient surtout sur l'impact (« L'intervention fonctionne-t-elle vraiment? »), il est probable que ces mesures n'aient pas été considérées comme pertinentes. Les analyses économiques exhaustives (p. ex. estimation et modélisation des avantages à long terme et des coûts d'une perspective sociétale) peuvent être des initiatives complexes, chronophages et coûteuses. Cependant, même les renseignements de base sur le coût pour reproduire la mise en œuvre dans un contexte similaire pourraient grandement améliorer la base de connaissances dans ce domaine<sup>47</sup>. À l'échelle internationale, des pays ont présenté une panoplie de modèles de financement pour les interventions élaborées et étudiées. Il s'agissait souvent de partenariats complexes auprès d'organismes subventionnaires de la recherche, d'organismes gouvernementaux et d'organisations privées ou sans but lucratif, suggérant ainsi un besoin de coordination de haut niveau et de planification stratégique pour s'assurer que le financement est stable tout au long du développement, de la mise à l'essai et de la mise en œuvre. Le nombre de petits essais pilotes ou de faisabilité démontrant leur efficacité indique qu'un effort considérable devrait être déployé pour déterminer comment les interventions (si elles s'avèrent efficaces) seront maintenues et comment elles peuvent être intensifiées au sein des systèmes de soins de santé.

## Recommandations

### Recommandation 1 : Augmenter les services existants

L'expérience tirée de l'examen rapide montre que le processus d'intégration de la cybersanté mentale comme outil de base des soins de santé présente de nombreuses difficultés, est très complexe, et nécessite un important investissement de temps dans la plupart des cas. L'écart entre la recherche et la pratique demeure un problème. Cet examen suggère qu'il existe bon nombre d'interventions et de services de cybersanté mentale viables qui montrent des effets positifs et un taux croissant de développement. L'extensibilité et la transférabilité de ces interventions sont d'une importance primordiale. Étant donné le grand nombre de petites études mondiales montrant des résultats prometteurs, le défi consiste maintenant à mobiliser ces interventions dans de nouveaux contextes. En misant sur les services qui ont montré des effets positifs, une dynamique pourrait être créée sans nécessiter d'importantes dépenses en matière de développement.



## Recommandation 2 : Tenir compte des populations prioritaires

Le but de tous les soins de cybersanté mentale est de trouver une solution optimale aux problèmes (existants ou anticipés) de santé mentale les plus urgents. Il existe un écart énorme entre ce que nous croyons que les soins de cybersanté mentale peuvent faire pour les clients marginalisés ou défavorisés et les types de recherches universitaires qui sont menées. Si un accès amélioré pour les communautés rurales et une inclusion élargie des sous-populations défavorisées (catégorisées selon la culture, l'ethnicité, l'âge, les secteurs cliniques, etc.) aux soins de santé mentale sont des moteurs prioritaires des nouveaux services, le type de recherches menées et les participants à la recherche devraient alors réfléchir à ces priorités. Nous avons la responsabilité éthique de nous assurer que le développement de nouveaux services de cybersanté mentale ne fait pas que fournir des options de rechange à ceux qui ont déjà accès à des soins de santé mentale, mais qu'il permet de créer de nouvelles voies d'accès aux soins pour les personnes mal desservies dans le système actuel.

## Recommandation 3 : Codéfinir et mesurer les coûts et les avantages

Des renseignements sur les coûts des interventions en cybersanté mentale sont nécessaires au sein du cadre d'évaluation des interventions mises à l'essai. La documentation de la rentabilité peut appuyer le processus décisionnel sur le terrain, mais également former la base de l'élaboration de modèles opérationnels et de la facilitation des systèmes de paiement pour appuyer l'augmentation des services<sup>48</sup>. Cependant, ce que les chercheurs perçoivent comme étant de précieuses mesures de la rentabilité et des méthodes de validation n'est pas toujours ce qui est nécessaire pour guider les décisions à la base. Le partage des connaissances au sujet des importantes analyses des coûts et des avantages est une étape importante pour provoquer la transition de la recherche à la pratique.

## Recommandation 4 : Trouver des solutions équilibrées

Les solutions de cybersanté mentale qui sont cernées pour la mise en œuvre devraient être équilibrées afin qu'elles soient appropriées sur le plan technologique et adaptées à la culture. Une technologie appropriée peut être définie comme la solution technologique la plus facile qui permet d'atteindre le but désiré selon des conditions sociales, culturelles, environnementales et économiques de l'environnement dans lequel elle doit être appliquée<sup>47</sup>. Ainsi, une technologie appropriée serait généralement facile à adopter et nécessiterait une exploitation et un maintien moindres des ressources (ce qui la rendrait probablement plus durable et écologique).

La sensibilité culturelle nécessite des solutions qui respectent les traditions locales, les attentes du système de soins de santé, les croyances liées à la santé et à la maladie, la littératie en matière de santé, et les tendances d'utilisation des services de soins de santé existants. Le fait d'ignorer la culture locale pourrait miner les efforts visant à intégrer des initiatives de cybersanté mentale et limiter la capacité d'utiliser ce qui a fonctionné ailleurs dans le monde et de l'appliquer à l'expérience canadienne. Aussi, des ressources locales insuffisantes pourraient entraîner des erreurs dans la prestation et l'application des services de cybersanté mentale qui ressemblent peu à l'approche thérapeutique désirée. Une expérience et des connaissances solides des limites culturelles doivent guider la conception et la mise en œuvre de solutions en cybersanté mentale. Les efforts continus pour créer des interventions en collaboration avec des personnes ayant vécu la maladie mentale, ainsi que leur famille et leurs fournisseurs de soins, pourraient en améliorer la pertinence, et à son tour, l'application.

## Recommandation 5 : Intégrer le système

Si la cybersanté mentale continue d'être conceptualisée comme un système de prestation de soins de santé distinct ou parallèle, et non comme une partie intégrante d'une stratégie générale pour appuyer la santé mentale, le potentiel à long terme des investissements dans ces services pourrait alors ne jamais être réalisé. Bien que des efforts doivent être faits pour transformer plus rapidement la recherche en pratique, il est également crucial que les mécanismes de financement soient conçus pour reconnaître la nature itérative du domaine et s'adapter habilement selon les cycles d'amélioration continue. Bien que les ressources dédiées à la mise à jour de la technologie puissent être réduites au fil du temps, l'engagement continu des administrateurs des services de santé sera nécessaire pour s'assurer que de nouveaux services de cybersanté mentale sont institutionnalisés et recenser où d'autres services pourraient être remplacés ou interrompus.

## *Conclusion*

Alors que les complexités de la mise en œuvre des interventions en cybersanté mentale deviennent toujours plus manifestes, il est de plus en plus important d'examiner et d'évaluer systématiquement les nouvelles recherches. Afin de traiter des écarts entre la recherche, la politique et la pratique, nous avons appliqué le cadre RE-AIM afin de mener un examen rapide du paysage actuel de recherche en cybersanté mentale. Le cadre était un excellent outil pour systématiquement recenser les facilitateurs, les défis, les occasions et les écarts tenaces dans l'évaluation des soins de cybersanté mentale et leur documentation. L'utilité des examens de la portée dépend des données probantes disponibles. Cet examen souligne les incohérences de la mesure dans laquelle les auteurs ont traité de chacune des dimensions du cadre RE-AIM. Les innovateurs et les chercheurs devraient surtout mesurer l'efficacité des interventions en cybersanté mentale, mais les facteurs liés à la mise en œuvre, à l'adoption et au maintien doivent être inclus dans le processus d'évaluation. Les décideurs, les équipes de soins de santé et les personnes aux prises avec des maladies et des problèmes associés à la santé mentale ont besoin de meilleurs éléments de preuve sur la façon dont la cybersanté mentale peut être mieux intégrée dans l'accès aux soins et doivent déterminer si ces ressources tiennent leurs promesses d'offrir un accès accru aux populations mal desservies. La prochaine génération de solutions de cybersanté mentale au Canada devrait tirer profit des leçons des nombreuses nouvelles approches créées dans l'ensemble du pays et à l'échelle internationale.

## Références

---

- 1 Commission de la santé mentale du Canada (2016). *Pour faire progresser la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : Cadre d'action (2017-2022)*. Ottawa (Ontario) : Auteur.
- 2 Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* Calgary (Alberta) : Auteur.
- 3 Basnet, S., Tamminen, M., et Lahti, T. (2014). « The feasibility of eHealth in Mental Health Care. *Journal of Addiction Research and Therapy* », 5, 205. doi:10.4172/2155-6105.1000205.
- 4 Caxaj, C. (2016). « A Review of Mental Health Approaches for Rural Communities: Complexities and Opportunities in the Canadian Context ». *Canadian Journal of Community Mental Health*, 35(1), 3429-45. doi: 10.7870/cjcmh-2015-023.
- 5 Trudel, M., Marsan, J., Pare, G., Raymond, L., Ortiz de Guinea, A., Maillet, E., et Micheneau, T. (2017). « Ceiling effect in EMR system assimilation: A multiple case study in primary care family practices ». *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17, 46. doi: 10.1186/s12911-017-0445-1.
- 6 Organisation mondiale de la Santé. 2017. *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Genève : Auteur.
- 7 Moock, J. (2014). « Support from the Internet for Individuals with Mental Disorders: Advantages and Disadvantages of e-Mental Health Service Delivery ». *Frontiers in Public Health*, 2, 65. doi: 10.3389/fpubh.2014.00065.
- 8 Apolinário-Hagen, J., Kemper, J., et Stürmer, C. (2017). « Public Acceptability of e-Mental Health Treatment Services for Psychological Problems: A Scoping Review ». *Journal of Medical Internet Research Mental Health*, 4(2). doi: 10.2196/mental.6186.
- 9 Schmidt, U., et Wykes, T. (2012). « E-mental health – a land of unlimited possibilities ». *Journal of Mental Health*, 21(4), 327-331. doi: 10.3109/09638237.2012.
- 10 Commission de la santé mentale du Canada. (2014). *La cybersanté mentale au Canada : Transformer le système de santé mentale grâce à la technologie*. Ottawa (Ontario). Consulté sur le site <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais>.
- 11 Patel, V., Maj, M., Flisher, A.J., De Silva, M.J., Koschorke, M., Prince, M., et représentants des sociétés membres des zones de la WPA. (2011). « Reducing the treatment gap for mental disorders: A WPA survey ». *World Psychiatry*, 9(3), 169-76.
- 12 Torous, J., Staples, P., et Onnela, J.P. (2015). « Realizing the potential of mobile mental health: New methods for new data in psychiatry ». *Current Psychiatry Reports*, 17(8), 602. doi:10.1007/s11920-015-0602-0.
- 13 Riper, H., Andersson, G., Christensen, H., Cuijpers, P., Lange, A., et Eysenbach, G. (2010). « Theme Issue on E-Mental Health: A Growing Field in Internet Research ». *Journal of Medical Internet Research*, 12(5). doi:10.2196/jmir.1713.
- 14 Lal, S., et Adair, C.E. (2014). « E-mental health: A rapid review of the literature ». *Psychiatry Services*, 65, 24-32. doi: 10.1176/appi.ps.201300009.
- 15 Christensen, H., et Hickie, I.B. (2010). « E-mental health: a new era in delivery of mental health services ». *The Medical Journal of Australia*, 192(11), 2-3.
- 16 Gaebel, W., Großimlinghaus, I., Kerst, A., Cohen, Y., Hinsche-Böckenholt, A., Johnson, B., Zielasek, J. (2016). « European Psychiatric Association (EPA) guidance on the quality of eMental health interventions in the treatment of psychotic disorders ». *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(2), 125-137. doi: 10.1007/s00406-016-0677-6.

- 
- 17 Barak, A., et Grohol, J. (2011). « Current and Future Trends in Internet-Supported Mental Health Interventions ». *Journal of Technology in Human Services*, 29(3), 155-196. doi: 10.1080/15228835.2011.616939.
- 18 Horgan, A., et Sweeney, J. (2010). « Young students' use of the Internet for mental health information and support ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(2), 117-123. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01497.x.
- 19 Naslund, J., Marsch, L., McHugo, G., et Bartels, S. (2015). « Emerging mHealth and eHealth interventions for serious mental illness: a review of the literature ». *Journal of Mental Health*, 24(5), 321-332. doi: 10.3109/09638237.2015.1019054.
- 20 Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., et Hedman, E. (2014). « Guided Internet-based vs. Face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis ». *World Psychiatry*, 13(3), 288-295. doi: 10.1002/wps.20151.
- 21 Ebert, D., Zarski, A., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., et Riper, H. (2015). « Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Youth: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Outcome Trials ». *PLoS ONE*, 10(3). doi: 10.1371/journal.pone.0119895.
- 22 Arnberg, F., Linton, S., Hultcrantz, M., Heintz, E., et Jonsson, U. (2014). « Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: a systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness ». *PLoS ONE*, 9(5). doi: 10.1371/journal.pone.0098118.
- <sup>23</sup> Cowpertwait, L., et Clarke, D. (2013). « Effectiveness of Web-based Psychological Interventions for Depression: A Meta-Analysis ». *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(2), 247-268. doi: 10.1007/s11469-012-9416-z.
- <sup>24</sup> Tait, R.J., Spijkerman, R., et Riper, H. (2013). « Internet and computer based interventions for cannabis use: a meta-analysis ». *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 295-304. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.05.012.
- <sup>25</sup> Loucas, C.E., Fairburn, C.G., Whittington, C., Pennant, M.E., Stockton, S., et Kendall, T. (2014). « E-therapy in the treatment and prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis ». *Behaviour Research and Therapy*, 63, 122-131. doi: 10.1016/j.brat.2014.09.011.
- 26 Olsen, M.R., Casado-LUmbreras, C., et Columbo-Palacios, R. (2016). « ADHD in eHealth – A systematic literature review ». *Procedia Computer Science*, 100, 207-214. doi: 10.1016/j.procs.2016.09.142.
- 27 Arksey, H., et O'Malley, L. (2005). « Scoping studies: towards a methodological framework ». *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616.
- 28 Whitty, C. (2015). « What makes an academic paper useful for health policy? » *BMC Medicine*, 13(301), 301. doi: 10.1186/s12916-015-0544-8.
- 29 Bahtsevani, C., Willman, A., Khalaf, A., et Östman, M. (2008). « Developing an instrument for evaluating implementation of clinical practice guidelines: a test-retest study ». *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 839-846. doi: 10.1111/j.1365-2753.2007.00916.x.
- 30 Daudt, H.M.L., Van Mossel, C., et Scott, S.J. (2013). « Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework ». *BMC Medical Research Methodology*, 13, 48. doi:10.1186/1471-2288-13-48.
- 31 Jilcott, S., Ammerman, A., Sommers, J., et Glasgow, R. (2007). « Applying the RE-AIM framework to assess the public health impact of policy change ». *Annals of Behavioral Medicine*, 34(2), 105-114. doi: 10.1080/08836610701564055.
- 32 Glasgow, R.E., Phillips, S.M., et Sanchez, M.A. (2014). « Implementation science approaches for integrating eHealth research into practice and policy ». *International Journal of Medical Informatics*, 83(7). doi: 10.1016/j.ijmedinf.2013.07.002.
- 33 Gaglio, B., Shoup, J., et Glasgow, R. (2013). « The RE-AIM framework: a systematic review of use over time ». *American Journal of Public Health*, 103(6), 38-46. doi: 10.2105/AJPH.2013.301299.

- 
- 34 McCaughey, D., et Bruning, N. (2010). « Rationality versus reality: the challenges of evidence-based decision making for health policy makers ». *Implementation Science*, 5, 39. doi: 10.1186/1748-5908-5-39.
- 35 Glasgow, R.E., Vogt, T.M., et Boles, S.M. (1999). « Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework ». *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322-1327.
- 36 Harden, S., Gaglio, B., Shoup, J., Kinney, K., Johnson, S., Brito, F., et Estabrooks, P. (2015). « Fidelity to and comparative results across behavioral interventions evaluated through the RE-AIM framework: A systematic review ». *Systematic Reviews*, 4, 155. doi: 10.1186/s13643-015-0141-0.
- 37 Marszalek, J.M., Barber, C., Kohlhart, J., et Holmes, C.B. (2011). « Sample size in psychological research over the past 30 years ». *Perceptual and Motor Skills*, 112, 2, 331-348. doi: 10.2466/03,11.
- 38 Hilty, D.M., Shoemaker, E. Z. et Shore, J. (2016). « How to Build, Evaluate, and Increase Your e-Mental Health Program Efficiency ». Dans Mucic, D. et Hilty D., (éd.). *e-Mental Health* (59-76). Switzerland: Springer International Publishing.
- 39 Boydell, K., Hodgins, M., Pignatiello, A., Teshima, J., Edwards, H., et Willis, D. (2014). « Using technology to deliver mental health services to children and youth: a scoping review ». *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(2), 87-99.
- 40 Christensen, H., Reynolds, J., et Griffiths, K.M. (2011). « The use of e-health applications for anxiety and depression in young people: challenges and solutions ». *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 58-62.
- 41 Wykes, T., et Brown, M. (2016). « Over promised, over-sold and underperforming? – e-health in mental health ». *Journal of Mental Health*, 25(1), 1-4. doi:10.3109/09638237.2015.1124406.
- 42 Commission de la santé mentale du Canada. (2017). *Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques*. Ottawa (Ontario) : Auteur.
- 43 Satcher, D. (2001). *Mental health: Culture, Race, and Ethnicity – A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of health and Human Services. Washington, D.C.
- 42 Kowpak, D., et Gillis, L. (2015). « Aboriginal Mental Healthcare in Canada: The role of alternative service delivery in transforming the provision of mental health services ». *Dalhousie Journal of Interdisciplinary Management*, (11). doi: 10.5931/djim.v11i0.5531.
- 45 McGrath, P.J., Lingley-Pottie, P., Emberly, D.J., Thurston, C., McLean, C. (2009). « Integrated Knowledge Translation in Mental Health: Family Help as an Example ». *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 18(1):30-7.
- 46 Allen, K., Zoellner, J., Motley, M., et Estabrooks, P. (2011). « Understanding the internal and external validity of health literacy interventions: a systematic literature review using the RE-AIM framework ». *Journal of Health Communication*, 16, 55-72. doi: 10.1080/10810730.2011.604381.
- 47 Bergmo, T.S. (2015). « How to Measure Costs and Benefits of eHealth Interventions: An Overview of Methods and Frameworks ». *Journal of Medical Internet Research*, 17(11). doi:10.2196/jmir.4521.
- 48 Scott, R.E., et Mars, M. (2013). « Principles and framework for eHealth strategy development ». *Journal of Medical Internet Research*. 15(7). doi:10.2196/jmir.2250.