



Santé Health  
Canada Canada

# **TÉLÉSANTÉ MENTALE AU CANADA : RAPPORT SUR LA SITUATION ACTUELLE**

**Préparé par**

**Division de la santé et l'Inforoute  
Direction générale de l'information,  
de l'analyse et de la connectivité  
Santé Canada**

**Octobre 2004**



**Canada**

« Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé. »

Santé Canada

Les points de vue exprimés dans la présente publication ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir des renseignements ou des copies de substitution en Braille, sur papier ou en gros caractère à l'adresse Web suivante :

[ohih-bis@hc-sc.gc.ca](mailto:ohih-bis@hc-sc.gc.ca),

ou à l'adresse postale suivante :

Division de la santé et l'Inforoute  
Direction de la recherche appliquée et de l'analyse  
Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité  
Santé Canada  
Immeuble Jeanne-Mance, 1904C  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

This publication is also available in English under the title: *Telemental Health in Canada: A Status Report*.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2004-11-24

Cat. : H21-236/2004F-HTML

ISBN : 0-662-78464-2

HC Pub. No. : 1229

## TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE</b> .....	III
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	V
<b>1.0 INTRODUCTION</b> .....	1
<b>2.0 MÉTHODOLOGIE</b> .....	1
<b>3.0 SANTÉ MENTALE ET TÉLÉSANTÉ</b> .....	3
<b>4.0 ANALYSE DU CONTEXTE</b> .....	5
4.1 Besoins en matière de services.....	6
4.2 Besoins en matière de télécommunications .....	7
4.3 Étendue des services.....	7
4.3 Portée géographique.....	8
<b>5.0 CROISSANCE ET INTÉGRATION DE LA TÉLÉSANTÉ     MENTALE</b> .....	10
<b>6.0 COLLECTIVITÉS INUITES ET DES PREMIÈRES NATIONS</b> .	11
<b>7.0 QUESTIONS DE POLITIQUES ET DE FINANCEMENT</b> .....	12
7.1 Politiques .....	13
7.2 Financement.....	14
<b>8.0 LEÇONS RETENUES</b> .....	15
8.1 Planification .....	16
8.2 Processus de mise en œuvre.....	16
8.3 Évaluation .....	17
8.4 Ressources financières.....	18
8.5 Avantages .....	19
8.6 Ressources humaines.....	20
8.7 Gestion du changement.....	20
<b>9.0 CONCLUSION</b> .....	21
<b>ANNEXE 1 : INITIATIVES PROVINCIALES, TERRITORIALES ET     FÉDÉRALES</b> .....	23
Yukon.....	23
Territoires du Nord-Ouest (T. N.-O.).....	24
Nunavut .....	25
Colombie-Britannique.....	26

Alberta .....	27
Saskatchewan.....	28
Manitoba .....	29
Ontario.....	30
Québec .....	33
Nouveau-Brunswick .....	34
Nouvelle-Écosse.....	35
Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.).....	36
Terre-Neuve et-Labrador .....	37
Gouvernement fédéral – Anciens Combattants Canada .....	38
<b>ANNEXE 2 : INITIATIVES DES COLLECTIVITÉS INUITES ET DES PREMIÈRES NATIONS .....</b>	<b>39</b>
<b>ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE D’ENTREVUE .....</b>	<b>42</b>
<b>ANNEXE 4 : BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>45</b>
<b>ANNEXE 5 : NOTES.....</b>	<b>49</b>

## SOMMAIRE

Le présent document présente une étude de la situation actuelle dans le secteur de la télésanté mentale au Canada ainsi qu'un compte rendu des leçons retenues dans ce domaine, lequel se définit par la mise en application des méthodes de télésanté aux fins de prestation de services de santé mentale ou d'accès à de tels services, y compris la prévention et la promotion, le diagnostic, le traitement de même que la réadaptation et le rétablissement dans un contexte institutionnel, domestique ou communautaire.

Les personnes clés interrogées dans le cadre de la présente étude confirment que le recours aux technologies de l'information et des communications aux fins de prestation de services de santé mentale ou d'accès à de tels services constitue actuellement l'une des applications de télésanté les plus courantes et les plus efficaces au Canada.

Elles estiment en outre que la télésanté est un outil stratégique susceptible d'améliorer l'accès aux services de santé mentale et la qualité de ces services à l'échelle locale ou communautaire. En effet, elles entrevoient d'immenses possibilités, plus particulièrement pour les collectivités situées en régions rurales ou éloignées, là où un manque criant de professionnels de la santé se fait sentir. Presque toutes prévoient d'ailleurs une expansion des services de télésanté mentale dans un avenir prochain.

De pareils services s'appuient généralement sur l'utilisation de la vidéoconférence, laquelle permet aux professionnels de la santé d'entrer en communication avec les hôpitaux et les cliniques afin d'offrir des soins aux clients, de gérer les soins partagés en collaboration avec les dispensateurs présents à l'échelle locale ou de procéder à des conférences de cas.

La faisabilité des services de télésanté mentale ainsi que les avantages que ces modes de traitement confèrent aux patients et aux dispensateurs ont été démontrés à de nombreuses reprises, tant au pays qu'à l'étranger. Comme dans le cas de nombreuses autres applications de télésanté toutefois, ses répercussions économiques restent à déterminer, principalement en raison du fait que les services ne sont toujours pas pleinement intégrés aux processus de prestation de soins quotidiens et ne peuvent donc pas être correctement analysés dans un cadre budgétaire normal.

Depuis 1996, on observe une croissance graduelle, mais soutenue, du nombre de sites offrant des services de télésanté mentale, du nombre de dispensateurs de soins y participant, du nombre de clients desservis et de l'étendue des services offerts. On remarque également une tendance marquée vers l'intégration de ces services au processus de prestation de soins, tant au niveau local que régional. Toutes les provinces et tous les territoires ont en effet tenté diverses expériences en matière de télésanté mentale, et certains en sont déjà à la phase de mise en œuvre des programmes.

Il reste cependant des obstacles majeurs. Les lacunes que présentent les infrastructures de télécommunications de même que les pénuries de ressources humaines freinent la croissance dans les régions rurales et éloignées. La gestion du changement

pose quant à elle un défi de taille, notamment lorsque vient le temps d'intégrer la technologie aux méthodes de travail et aux plans d'activités. Qui plus est, les politiques qui régissent la prestation des soins de santé ont été conçues pour les soins dispensés en personne. Les autorités compétentes ont donc entrepris d'adapter ces politiques, mais beaucoup de travail reste à faire. Les politiques actuelles de rémunération et d'autorisation d'exercer, par exemple, peuvent faire en sorte qu'il soit difficile de rémunérer les dispensateurs de soins, ce qui est loin d'attirer les professionnels. En outre, les modes de financement actuels ne sont pas adaptés aux accords multipartites, lesquels sont pourtant caractéristiques des programmes de télésanté.

L'emplacement des équipements et des installations, le manque de formation adéquate et l'absence de démarche stratégique sont également d'importants facteurs qui limitent la croissance. De tels obstacles empêchent la télésanté mentale, tout comme de nombreuses autres applications de télésanté, d'atteindre la masse critique nécessaire pour intégrer pleinement l'ensemble des soins de santé généraux.

La situation n'est toutefois pas sans issue. En effet, la détermination d'un grand nombre d'autorités compétentes à accroître l'utilisation clinique de la télésanté et à adapter les politiques systémiques à cette fin ainsi que l'arrivée de nouvelles sources externes de financement telles que Inforoute Santé du Canada inc., contribueront à créer un environnement beaucoup plus favorable à la télésanté mentale. Alors qu'on œuvre à l'atteinte d'un tel objectif, il importe de tenir compte des sept principales leçons retenues par les informateurs clés. Certaines de ces leçons ont également été mises en évidence lors de l'évaluation des projets et initiatives de télésanté et de télésanté mentale soutenues par le Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé, lequel est maintenant terminé.

1. Une planification minutieuse est essentielle au succès des services de télésanté et de télésanté mentale.
2. La mise en pratique se fait toujours de façon graduelle, et un projet peut prendre plusieurs années pour réaliser son plein potentiel.
3. Le processus d'évaluation devrait être intégré à tout programme ou à toute initiative de télésanté mentale, en plus d'être adéquatement financé.
4. En dépit du peu de données disponibles au sujet de sa rentabilité, il semble que la télésanté permette de réaliser des économies d'échelles.
5. Il a été démontré que la télésanté mentale procure des avantages tant aux clients qu'aux dispensateurs de soins, mais les patients semblent se laisser convaincre plus facilement que les dispensateurs.
6. La télésanté mentale propose un moyen de pallier les pénuries de professionnels de la santé mentale, mais ces mêmes pénuries risquent également de freiner sa croissance.
7. Une stratégie de gestion du changement exhaustive à volets multiples est essentielle à la réussite des initiatives de télésanté mentale.

## **REMERCIEMENTS**

La Division de la santé et l'Inforoute de Santé Canada tient à remercier les trente-quatre experts clés qui ont fourni la majeure partie des observations qualitatives sur lesquelles repose le présent document (hiver 2003-2004). Ces personnes sont issues des autorités fédérales, provinciales et territoriales ainsi que des collectivités inuites et des Premières nations. Elles présentent également le point de vue de médecins de même que celui de directeurs, de gestionnaires et de coordonnateurs affectés aux programmes et aux initiatives de télésanté.

## 1.0 INTRODUCTION

Le présent document présente une étude de la situation actuelle dans le secteur de la télésanté mentale au Canada ainsi qu'un compte rendu des leçons retenues dans ce domaine, lequel se définit par la mise en application des méthodes de télésanté\* aux fins de prestation de services de santé mentale ou d'accès à de tels services, y compris la prévention et la promotion, le diagnostic, le traitement de même que la réadaptation et le rétablissement dans un contexte institutionnel, domestique ou communautaire.

Le présent document vise à accroître les connaissances relatives à ces nouvelles démarches de prestation de services de santé et d'accès à ceux-ci par le truchement des technologies de l'information et des communications, à une époque où l'attention est centrée sur la modernisation du système de soins de santé du Canada, dans la foulée des rapports « Romanow » et « Kirby » sur le sujet.

La mise en pratique de la télésanté, y compris de la télésanté mentale, suppose beaucoup plus que le simple recours à la technologie, et sa capacité à soutenir la modernisation du système de soins de santé est jugée fort significative. Afin d'analyser ces nouvelles possibilités, la section 3 du présent document examine la place qu'occupe la télésanté mentale en tant qu'application de l'environnement de télésanté. La section 4 propose ensuite un aperçu du paysage canadien, c'est-à-dire une description de la configuration générale de ces services, des technologies employées, de la portée géographique et des types de services offerts. La section 5 aborde quant à elle la question de l'avancement de la télésanté mentale au sein du système de soins de santé. Les enjeux propres aux collectivités autochtones sont présentés à la section 6. Les obstacles à l'utilisation et à l'essor de la télésanté mentale sont examinés à la section 7 et, finalement, la section 8 présente certaines des leçons tirées des expériences réalisées récemment.

## 2.0 MÉTHODOLOGIE

La présente étude se fonde principalement sur les renseignements fournis par trente-quatre (34) informateurs clés provenant d'un bout à l'autre du pays à l'occasion d'entrevues réalisées par la Division de la santé et l'Inforoute de Santé Canada. Les enquêteurs ont interviewé trente (30) des trente-quatre informateurs, en plus de recevoir une réponse écrite. Les entretiens ont duré de trente à soixante minutes et les questions abordées étaient les suivantes :

- le rôle des soins de santé primaires dans le domaine de la santé publique;

---

\* La télésanté se définit comme l'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC) en vue de la prestation à distance de services, d'expertise et d'information en matière de santé (*Glossary of Telehealth Related Terms, Acronyms, and Abbreviations*, faculté de médecine de l'Université de Calgary, <http://www.fp.ucalgary.ca/telehealth/Glossary.htm#M>). Veuillez noter que dans le cadre du présent document, les services nécessitant le recours au service téléphonique de base ont été exclus.

- un éventail de modèles exemplaires mis en pratique au Canada ou ailleurs dans le monde et qui relient les soins de santé primaires aux fonctions de santé publique;
- les opinions et les descriptions relatives au rôle accru que devraient jouer les soins de santé primaires dans le cadre des activités de surveillance médicale, de promotion de la santé, de prévention des maladies chroniques, d'immunisation, de prévention et de dépistage de base;
- les différentes façons dont les soins de santé primaires et les initiatives de santé publique pourraient, idéalement, être orientés de manière à atteindre l'objectif commun qui consiste à améliorer la santé des Canadiens;
- les meilleures possibilités de faire en sorte que les soins de santé primaires complètent les initiatives de santé publique;
- l'accroissement de la capacité des soins de santé primaires à soutenir les initiatives de santé publique ainsi que les obstacles à cet accroissement et les facteurs qui le favorisent.

Les enquêteurs ont pris des notes détaillées dont les informateurs clés ont obtenu copie, dans la semaine suivant les entretiens, afin d'en vérifier l'exactitude. Quelques révisions mineures y ont d'ailleurs été apportées. Les données ont été analysées au moyen d'un code libre grâce auquel les enquêteurs ont pu coder leurs notes et cerner les mots et les expressions clés qui semblaient les plus significatifs. Ces termes ont été regroupés en catégories permettant d'illustrer et de résumer les observations qualitatives. Les conclusions ont ensuite été intégrées au document final, le cas échéant. L'étude s'appuie également sur :

- la deuxième *Survey of Telepsychiatry\* Activity in Canada 2003*, réalisé par l'Alberta Mental Health Board, sous l'égide de l'Association des psychiatres du Canada;
- des articles publiés au Canada et analysés par des pairs (1997-2004);
- de la documentation parallèle portant sur les initiatives canadiennes de télésanté et de télésanté mentale, y compris les évaluations de projets soutenus par le Programme de partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS); et
- les renseignements obtenus par le biais de divers sites Web canadiens.

Quelques facteurs risquent toutefois d'altérer l'exactitude du présent rapport. Tout d'abord, il n'existe aucune méthode normalisée de consignation des statistiques sur la télésanté. Ensuite, la terminologie à employer ne fait l'objet d'aucun consensus : par exemple, comme ce secteur d'activités est encore en développement, le concept de « site » de télésanté peut varier d'une région à l'autre. Enfin, il importe de noter que les niveaux et les types de services, de même que le nombre de points de service en fonction, du moins dans certaines régions, évoluent très rapidement. Par

---

\* Alors que la télépsychiatrie fait généralement référence à l'utilisation de la vidéoconférence (ce terme est défini à la section 4.1) aux fins de prestation de services psychiatriques, le concept de télésanté mentale s'applique à d'autres types de services de télésanté, y compris ceux qui sont offerts par les services sociaux.

conséquent, les statistiques et les autres renseignements présentés ici pourraient n'être représentatifs que de la situation qui prévalait au moment où les entretiens ont été menés (de la fin de 2003 au début de 2004).

### 3.0 SANTÉ MENTALE ET TÉLÉSANTÉ

Les besoins en matière de soins de santé mentale sont importants au Canada. En effet, les statistiques tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée en 2002 par Statistique Canada démontrent que « les Canadiens souffrent dans des proportions somme toute équivalentes tant d'un trouble dépressif majeur que de l'un des principaux problèmes de santé chroniques, notamment la maladie cardiaque, le diabète ou un problème thyroïdien »<sup>1</sup>. La possibilité d'avoir accès, au moment opportun, à des services de santé mentale est capitale pour les personnes qui doivent faire face à des obstacles tels que le manque d'intégration de ces services aux autres soins de santé, les pénuries de professionnels de la santé mentale, les disparités régionales et la diversité culturelle. Bien souvent donc, la demande excède l'offre<sup>2</sup>. Une étude de Santé Canada<sup>3</sup> a d'ailleurs estimé que les coûts directs et indirects des soins visant les troubles mentaux s'élevaient, au bas mot, à 14,4 milliards de dollars en 1998. De plus, selon Bill Wilkerson, président de la Table ronde économique et commerciale sur la santé mentale au Canada, la « mauvaise santé mentale » de la main-d'œuvre coûte chaque année au Canada près de 33 milliards de dollars en seules pertes de production, ce qui exclut les coûts des traitements et des soins »<sup>4</sup>.

Au cours des dix dernières années, des percées ont été réalisées dans le secteur des technologies de l'information et des communications (TIC) qui constituent la pierre d'assise d'une hausse rapide du nombre de projets de télésanté destinés à contribuer au renouvellement du système canadien de soins de santé. Le Canada est d'ailleurs en voie de se tailler une place de chef de file à l'échelle mondiale dans ce domaine<sup>5</sup>.

Au milieu des années 1990, reconnaissant les possibilités que recèlent les TIC pour le secteur de la santé, le gouvernement fédéral est devenu un collaborateur de premier plan par le biais du financement alloué à l'essor de la télésanté au Canada. On estime en effet que depuis 1997, le gouvernement fédéral a consacré plus de 1,5 milliard de dollars à un vaste éventail de projets ayant trait à la santé et s'appuyant sur les TIC<sup>6</sup>, y compris la télésanté. Parmi les nombreux programmes de financement mis sur pied par le gouvernement fédéral en vue de soutenir l'innovation en santé, le Programme de soutien à l'infrastructure de la santé (1998-2000), le Fonds pour l'adaptation des services de santé (1997-2001) et le Programme de partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (2001-2004) ont joué un rôle majeur dans l'évolution des programmes et des applications de télésanté au Canada. Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (2002-2006) de Santé Canada fournit également un appui aux nouvelles initiatives, et Inforoute Santé du Canada inc. (*Inforoute*)\* sera mise à contribution dans les provinces et les

---

\*Inforoute Santé du Canada inc. est une entité juridique autonome dont le mandat consiste à accélérer, à l'échelle pancanadienne, l'élaboration et l'adoption de systèmes d'information électroniques sur la santé, de

territoires afin d'accroître l'utilisation de la télésanté, prioritairement dans les régions rurales et éloignées.

À la suite des efforts déployés par les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral, toutes les autorités gouvernementales du Canada fournissent désormais des services de télésanté (l'annexe 1 présente un aperçu des initiatives en la matière).

Parmi le grand nombre d'applications et de services mis en place par le biais d'initiatives de télésanté, la télésanté mentale est l'une des plus populaires, notamment parce qu'elle constitue la forme la plus simple de service de télésanté, se fondant principalement sur les échanges verbaux et la communication non verbale. C'est pour cette raison que les services de télésanté mentale ont fait partie des premières initiatives de télésanté, par la mise en œuvre de projets pilotes en Alberta, en Ontario et à Terre-Neuve-et-Labrador en particulier. Là où des réseaux de télésanté sont en place, c'est-à-dire en Alberta et à Terre-Neuve-et-Labrador, la télésanté mentale figure bien souvent sur la liste des services offerts.

### **Initiatives provinciales et territoriales en matière de télésanté (au 31 mars 2004)**

<b>Régions</b>	<b>Nombre approx. de sites</b>	<b>Réseaux ou programmes de télésanté</b>	<b>Centres d'appels</b>
Colombie-Britannique	120	Réseau provincial à accès partagé pour la Colombie-Britannique (SPAN/BC) HealthNet/BC	<i>BC Health Guide</i>
Alberta	plus de 200	Programme de télésanté du ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta	<i>Health Link</i>
Saskatchewan	18	Télésanté Saskatchewan	<i>Health Line</i>
Manitoba	24	Télésanté Manitoba	<i>HealthLinks</i>
Ontario	plus de 164	Réseau NORTH Videocare ConnexionSanté	<i>Télésanté Ontario</i>
Québec	128	Réseau québécois de la télésanté de l'enfant Réseau mère-enfant Réseau de télésanté de l'Est du Québec	<i>Infosanté</i>
Nouvelle-Écosse	53	Programme de télésanté de la Nouvelle-Écosse	
Nouveau-Brunswick	27	Wellness Network Réseau gouvernemental	<i>TeleCare New-Brunswick</i>
Île-du-Prince-Édouard	2	Site de l'hôpital Queen Site du Centre Richmond	
Terre-Neuve-et-Labrador	72	Telehealth and Educational Technical Resource Agency	
Yukon	9	Réseau de télésanté du Yukon	

---

normes et de technologies de communication compatibles, afin de procurer des bénéfices tangibles aux Canadiens en matière de santé.

Nunavut	15	Réseau IIU	
Territoires du Nord-Ouest	11	Western NWT Health Network	

En ce qui a trait aux services de santé mentale, le fait d’assurer l’accès et la prestation à distance au moyen des TIC peut ouvrir de nouvelles avenues permettant de combler les lacunes relevées en matière de prestation. Après plus de quarante années d’expérimentation dans le domaine de la prestation de services à distance, la faisabilité des applications de télésanté mentale a été documentée à maintes reprises, et un grand nombre d’avantages ont été démontrés. Par exemple, les initiatives de télésanté mentale ont prouvé leur capacité à mettre en place des services psychiatriques au sein de collectivités situées en régions rurales ou éloignées qui souffrent d’un manque criant de services, améliorant ainsi l’accessibilité de façon marquée et réduisant de manière tout aussi significative les délais d’attente associés à la consultation de spécialistes. Étant donné que les télécommunications se déroulent plus rapidement que les déplacements, les programmes de télésanté mentale permettent d’exploiter très efficacement les ressources limitées en matière de services spécialisés. Selon l’Association canadienne pour la santé mentale<sup>7</sup>, la télésanté mentale pourrait contribuer à remédier à la répartition géographique inégale et à la qualité variable des services de santé mentale, tout comme elle pourrait favoriser les services d’éducation multidisciplinaires et encourager le partage des soins entre les spécialistes qui œuvrent à distance et les dispensateurs de soins présents au sein de la collectivité. Comme c’est le cas pour de nombreuses autres applications de télésanté, la rentabilité de ces nouvelles démarches de prestation de soins de santé mentale demeure toutefois limitée. Par contre, le rendement du capital investi pourrait se révéler significatif aux chapitres de l’amélioration de l’accessibilité à des soins de qualité et du renforcement accru de l’autonomie des patients, des dispensateurs et des collectivités<sup>8</sup>.

#### 4.0 ANALYSE DU CONTEXTE

En tant que nouveau mode de prestation, la télésanté mentale est utilisée pour soutenir tant les modèles actuels que les nouvelles démarches comme le modèle de partage des soins\*. Dans certaines collectivités situées en régions éloignées, la télésanté mentale constitue la seule façon dont les gens peuvent bénéficier de services de santé mentale sans quitter leur milieu.

De manière à brosser un tableau précis des services de télésanté mentale au Canada, la présente section a été divisée en sous-sections, soit :

- Besoins en matière de services;
- Besoins en matière de télécommunications;
- Étendue des services;

---

\* Processus de collaboration entre professionnels (médecin de famille et psychiatre, par exemple) qui permet de répartir les responsabilités associées aux soins en fonction des besoins du patient en matière de traitement au cours des différentes phases d’un même problème de santé mentale ainsi que des compétences respectives du médecin de famille et du psychiatre.

- Portée géographique.

#### 4.1 Besoins en matière de services

La télésanté mentale peut regrouper un grand nombre de services, y compris la promotion et la prévention par le biais d'applications Web et de services téléphoniques, le diagnostic ainsi que le traitement et le rétablissement. À l'heure actuelle toutefois, les applications les plus perfectionnées s'appuient sur la vidéoconférence\* en vue de prodiguer ou de recevoir des soins de santé mentale dans le cadre de séances interactives et bidirectionnelles qui se déroulent en temps réel. Ces applications requièrent donc un minimum de ressources humaines et des installations de base.

De façon générale, tous les sites prenant part à des vidéoconférences ont besoin des services d'un coordonnateur de la télésanté ainsi que de soutien technique. La plupart du temps, ces coordonnateurs sont des professionnels paramédicaux, mais des personnes respectées du milieu peuvent également jouer ce rôle au sein de certaines collectivités inuites et des Premières nations, par exemple.

La majeure partie des sites de télésanté mentale se trouvent dans les établissements de santé mentale - hôpitaux, cliniques communautaires. On en trouve également dans le bureau de certains psychiatres ainsi que dans quelques services de psychiatrie affiliés à des universités. Des services de télésanté mentale sont aussi offerts par le biais de sites de télésanté multifonctionnels qu'on trouve dans des hôpitaux situés en régions rurales ou dans des hôpitaux de soins tertiaires.

L'emplacement de l'équipement de vidéoconférence représente un facteur de première importance en matière de télésanté, notamment pour faciliter l'accès des patients et des dispensateurs de soins. Les applications de télésanté mentale requièrent des sites aménagés de façon à garantir l'entière confidentialité des échanges. Qui plus est, le site qui accueille le patient doit être convenablement aménagé et équipé de salles insonorisées, parfois sans fenêtre, de casques d'écoute et de microphones sans fil ainsi que de caméras installées à différents points afin de permettre aux dispensateurs d'observer la posture et les mouvements du patient ainsi que d'examiner des dessins ou d'autres documents manuscrits. Les autres exigences incluent une salle aménagée pour protéger les enfants pendant les séances de pédopsychiatrie<sup>9</sup> et, dans certains cas, un accès rapide à de l'aide afin d'éviter que le patient ne se retrouve seul dans l'éventualité où le dispensateur de soins qui l'accompagne doit quitter la pièce.

Selon les informateurs clés, ces exigences ne sont pas toujours respectées. En fait, beaucoup de sites de télésanté sont utilisés à de nombreuses fins, y compris pour des services d'éducation ou d'administration ainsi que pour d'autres applications de télésanté. De plus, le financement nécessaire à la mise en place de l'infrastructure

---

\* Transmission bidirectionnelle en temps réel d'images vidéo numérisées entre deux ou plusieurs endroits au moyen d'appareils de télécommunications afin de rassembler, aux fins de réunions (ou de séances cliniques), des personnes se trouvant à différents endroits. Chaque endroit relié au système de vidéoconférence doit disposer d'une salle équipée d'appareils de transmission et réception de données audio et vidéo, ainsi que de caméras et de microphones

requis n'est pas toujours suffisant. En effet, l'un des informateurs clés a révélé que dans certaines collectivités des Premières nations, l'équipement de vidéoconférence avait été installé dans un espace ouvert, car on ne disposait pas des fonds nécessaires pour adapter les salles aux services de télésanté mentale.

## 4.2 Besoins en matière de télécommunications

La qualité des signaux audio et vidéo, sur laquelle repose l'efficacité des interactions verbales et des observations, est tributaire de la largeur de bande et de la fiabilité du dispositif de transmission. Selon Urness et Delday<sup>10</sup>, la majorité des dix-huit programmes canadiens de télépsychiatrie étudiés ont recours à des réseaux numériques à intégration de services (RNIS) qui permettent une vitesse de transmission de 384 kb/sec. Les informateurs clés ont toutefois souligné que ces vieux modèles de réseaux sont plus coûteux à exploiter (68 \$/h au Yukon) que les réseaux IP (protocole Internet), lesquels utilisent les lignes téléphoniques ordinaires.

La disponibilité de l'infrastructure de télécommunications nécessaire pour soutenir la prestation efficace de services de télésanté mentale dans les régions rurales et éloignées continue de poser problème, plus particulièrement dans les territoires et au sein des collectivités inuites et des Premières nations, là où il n'existe bien souvent aucune connexion par ligne terrestre. Dans de tels cas, il est essentiel de se tourner vers les technologies sans fil, notamment les communications par satellite. Toutefois, les transmissions par satellite sont aussi très coûteuses (500 \$/h au Nunavut), en plus d'être vulnérables aux intempéries. Elles peuvent également occasionner des délais allant jusqu'à une seconde lors des échanges dialogués.

## 4.3 Étendue des services

**Services cliniques :** Les services de télésanté mentale ont tendance, dans une plus grande mesure que les autres services de télésanté, à mettre davantage l'accent (au chapitre du nombre total de séances) sur la prestation de services cliniques plutôt que de services d'éducation et d'administration<sup>11</sup>.

Comme l'a fait remarquer l'*Office for the Advancement of Telehealth* des États-Unis, les technologies associées à la télésanté mentale peuvent soutenir « un éventail complet de services de santé mentale, y compris la planification des consultations pré-admission et des sorties, les analyses et les évaluations, la gestion des cas et de la pharmacothérapie, les visites familiales, la psychothérapie, les placements exigés par les tribunaux et les groupes de soutien aux familles et aux consommateurs »<sup>12</sup>. Les programmes canadiens de télésanté mentale offrent tous ces services cliniques, bien qu'ils aient été utilisés jusqu'ici surtout pour les soins planifiés. De récentes initiatives mises en œuvre en Alberta et au Nouveau-Brunswick tentent par ailleurs d'élargir le spectre des services de télésanté mentale de manière à y inclure les soins d'urgence.

Selon la deuxième enquête sur la télépsychiatrie de l'Association des psychiatres du Canada, les trois catégories de services les plus courantes sont la gestion de cas, les soins partagés et les soins de suivi<sup>13</sup>. Plus de la moitié des programmes étudiés

prévoient également des visites familiales par le biais de séances de vidéoconférence entre les patients et les membres de leurs familles<sup>14</sup>.

Au Canada, les services de télésanté mentale comprennent également des services de sous-spécialités visant « les traumatismes crâniens, la schizophrénie, les besoins culturels ou langagiers particuliers, les évaluations de santé mentale, la toxicomanie, les troubles de la personnalité, les troubles de l'humeur et de l'alimentation, les changements comportementaux et les troubles du développement et du comportement »<sup>15</sup>.

En Colombie-Britannique, en Alberta, au Québec et en Ontario, les programmes de télésanté mentale comprennent également certains services de psychiatrie médico-légale. Une enquête menée récemment auprès de psychiatres canadiens a révélé qu'en fait, peu d'entre eux ont déjà réalisé de telles évaluations à distance. Cependant, 55 % des psychiatres interrogés ont affirmé qu'ils utiliseraient volontiers la vidéoconférence à de telles fins si la législation pertinente ainsi que les services cliniques et le soutien administratif adéquats étaient en place<sup>16</sup>.

Au chapitre de la clientèle, la télésanté mentale dessert des personnes de tous les groupes d'âge, quoique les enfants et les adolescents soient légèrement plus nombreux que les autres patients, phénomène pouvant résulter de la pénurie de pédopsychiatres dans les régions rurales et éloignées. Fait intéressant, certains enfants et adolescents ont manifesté une préférence pour les séances de vidéoconférence par opposition aux consultations en personne<sup>17</sup>.

**Services d'éducation :** La Colombie-Britannique, la Saskatchewan, les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut ont indiqué que les services d'éducation constituent le point central de leurs programmes de télésanté mentale. Dans le domaine du perfectionnement professionnel, le centre de télésanté du *Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit* de l'Université de Colombie-Britannique a recommandé le recours aux applications de télésanté mentale aux fins de « séances ponctuelles destinées aux professionnels, de cours s'échelonnant sur plusieurs séances et menant à l'obtention d'un certificat, de séances de surveillance de l'exercice à l'intention de petits groupes et de consultations de spécialistes au sujet des techniques particulières d'intervention relativement à des problèmes cliniques spécifiques »<sup>18</sup>. Il importe de noter que la distinction entre services d'éducation et services cliniques n'est pas toujours claire, les applications de télésanté mentale étant souvent employées pour guider et encadrer les dispensateurs de soins de santé primaires.

### 4.3 Portée géographique

Les services de télésanté mentale transcendent les frontières locales, régionales, provinciales et territoriales, voire même internationales. Et le Canada ne fait pas exception à la règle.

**Services régionaux :** Bien que le financement et le soutien administratif proviennent fréquemment des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux ou des

programmes de télésanté mis en place à différents échelons administratifs, les autorités régionales en matière de santé (ARMS), qui sont responsables de la prestation des soins dans toutes les provinces à l'exception de l'Ontario, s'appuient généralement sur l'analyse de leurs propres besoins pour déterminer si elles fourniront ou non des services de télésanté mentale. Étant donné les besoins criants en la matière et la vaste étendue des zones géographiques desservies par les ARMS, bon nombre d'entre elles ont pris part à des partenariats de télésanté et accordé la priorité aux services de télésanté mentale.

**Services provinciaux :** Les autorités régionales en matière de santé jouent un rôle directeur de premier plan dans l'élaboration des services, mais des initiatives ont également été prises à l'échelle provinciale et territoriale. À titre d'exemple, l'*Alberta Mental Health Board* (AMHB) a conçu un programme provincial de télésanté mentale qui offre des services interrégionaux. Bien que l'Alberta ait récemment incorporé la prestation des services de santé mentale au mandat de ses ARMS, c'est l'AMHB qui assure la gestion du programme provincial de télésanté mentale. Le ministère de la santé de la Saskatchewan a également lancé un programme provincial de télésanté mentale en collaboration avec l'ensemble des régions régionales.

**Services transfrontaliers :** Au Canada, les services transfrontaliers de télésanté mentale sont offerts à l'échelle du pays et partout dans le monde, tant à des fins cliniques qu'éducatives. Le nombre de services cliniques fournis par le biais de programmes transfrontaliers de télésanté est toutefois très limité comparativement au nombre de services d'éducation. Ce phénomène résulte de la nécessité d'élaborer des services cliniques de télésanté mentale qui respectent les modes d'aiguillage habituels ainsi que l'habitude qu'ont les provinces et les territoires d'accorder la priorité à leurs propres besoins en matière de prestation de services de santé mentale.

Tous ont pourtant recours aux services cliniques transfrontalières en vue d'améliorer l'accès aux soins spécialisés. Ainsi, de manière que sa population ait accès à des traitements visant les troubles de l'alimentation, l'Île-du-Prince-Édouard entretient des liens avec une clinique ontarienne. De même, en vue d'avoir accès aux traitements contre l'autisme, la province de Terre-Neuve-et-Labrador est en liaison avec une clinique du Québec. Le Nunavut entretient quant à lui des liens similaires avec le Manitoba et l'Ontario aux fins d'accès à des services psychiatriques, tandis que la Colombie-Britannique fournit au Yukon des services généraux et spécialisés de psychiatrie. Par ailleurs, les résidents du nord de l'Ontario se tournent depuis longtemps vers Winnipeg plutôt que Toronto, qui est plus éloignée, quand vient le temps d'obtenir des services de psychiatrie. Enfin, en ce qui a trait aux liaisons à l'échelle internationale, la plupart des informateurs clés qui ont abordé cet aspect de la question ont fait mention de séances de transmission du savoir à l'intention des professionnels.

## 5.0 CROISSANCE ET INTÉGRATION DE LA TÉLÉSANTÉ MENTALE

Deux questions se posent au moment d'examiner l'évolution des services de télésanté mentale. D'une part, la disponibilité de ces services est-elle en hausse? D'autre part, ces services sont-ils intégrés au système de santé à titre de processus de soins courants? Dans un cas comme dans l'autre, les réponses sont mitigées.

Selon la deuxième enquête sur la télépsychiatrie<sup>19</sup>, bien que le nombre de programmes de télépsychiatrie ait augmenté au Canada, le nombre total de consultations cliniques a légèrement reculé, passant de 2 545 en 2001 à 2 424 l'année suivante. Les auteurs attribuent ce ralentissement des activités à différents facteurs fonctionnels tels que la disponibilité limitée des conseillers, l'expiration du délai d'application des fonds alloués et des impératifs administratifs d'ordre local.

Des informateurs clés provenant d'au moins neuf provinces et territoires différents ont signalé un élargissement de l'éventail des services offerts ainsi qu'un accroissement du nombre de personnes desservies et de la quantité des sites en fonction dans les régions rurales. Ceux qui n'ont enregistré aucune croissance ont indiqué que le haut taux de roulement du personnel, d'importants problèmes de gestion du changement, des questions de nature médico-légale ainsi que de financement constituent des obstacles à la croissance et à l'intégration. L'absence de démarche centralisée (au niveau de chaque échelon administratif) en matière d'organisation des services de télésanté mentale a également été soulevée pour expliquer ce taux de croissance plus faible que prévu.

Là où une certaine forme de croissance a été signalée, la présence de champions\* de même que l'excellent soutien fourni sur les plans de l'administration, de la haute direction et des politiques ont constitué des facteurs essentiels à la réussite, selon les informateurs clés.

Une pareille dépendance à l'apport des champions met en lumière le fait que les programmes de télésanté mentale n'aient toujours pas été intégrés au système de soins de santé. Les informateurs clés ont confirmé cette conclusion, ajoutant que l'utilisation des services de télésanté mentale n'a pas connu de croissance significative et que le volume d'activités demeure faible en comparaison des soins dispensés en personne. À certains endroits, les dispensateurs de soins qui participent aux programmes se limitent à une poignée de professionnels. En Saskatchewan par exemple, seuls deux psychiatres et un psychologue assuraient la prestation des services de télésanté mentale pour l'ensemble de la province au moment de ces entrevues.

Il convient toutefois de souligner qu'une véritable intégration a été réalisée à l'échelle locale. Les spécialistes œuvrant à distance, les programmes de sensibilisation, les organismes locaux et les professionnels de la santé mentale présents au sein des

---

\* Le terme « champion » désigne les personnes ou les organismes qui se consacrent activement à la promotion de la télésanté mentale au sein de leur sphère de compétences.

collectivités utilisent tous la vidéoconférence dans le cadre du processus de soins courants. Ce sont donc les collectivités locales qui pavent la voie de façon on ne peut plus concrète. Pareille intégration a également été accomplie à l'échelon régional, plus particulièrement en Alberta, au Nouveau-Brunswick et en Ontario. En effet, selon une étude sur « l'état de la science » récemment menée par l'Université de Calgary, « la télésanté mentale, par le biais de l'initiative de l'*Alberta Mental Health Board*, est l'application de télésanté la mieux intégrée en Alberta »<sup>20</sup>.

De façon générale, les services de télésanté mentale viennent compléter les soins dispensés en personne, et il n'est généralement pas conseillé qu'ils s'y substituent<sup>21</sup>. Toutefois, dans certaines circonstances, il se peut que ce soit la seule façon de fournir les soins dans une région donnée. C'est d'ailleurs pour cette raison que les informateurs clés recommandent que les applications de télésanté mentale soient élaborées et mises en œuvre non pas en vase clos, mais en tant que partie intégrante du continuum des soins<sup>23</sup>. Ainsi, la télésanté mentale pourrait tenir lieu de catalyseur pour d'éventuelles réformes<sup>24</sup>, en particulier dans le cas des soins primaires, aux dires des informateurs clés provenant de différents provinces et territoires.

## 6.0 COLLECTIVITÉS INUITES ET DES PREMIÈRES NATIONS

En dépit des besoins immenses en matière de services de télésanté mentale, les applications exploitées au sein des collectivités inuites et des Premières nations se limitent aux quelques initiatives présentées à l'annexe 2. Cette situation s'explique par de nombreux facteurs, notamment :

- la grave pénurie de dispensateurs de services et le haut taux de roulement du personnel;
- l'absence de toute infrastructure d'information et de communications et d'un cadre de travail en matière de télésanté mentale au sein des collectivités autochtones;
- l'insuffisance du financement;
- l'absence des capacités nécessaires pour mettre en œuvre des projets pilotes et expérimentaux couronnés de succès;
- les enjeux de nature culturelle.

Les services de télésanté mentale offerts aux collectivités inuites et des Premières nations pourraient néanmoins connaître une croissance accélérée si les occasions favorables étaient exploitées. Par exemple, dans le cadre du plus grand projet de télésanté mentale mis en œuvre auprès des Premières nations, soit le projet pilote de télépsychiatrie Keewaytinook Okimakanak en Ontario (projet KO), tant les patients que les dispensateurs ont manifesté un taux élevé de satisfaction par rapport aux services et exprimé le souhait que ces derniers soient plus nombreux. L'évaluation du projet a d'ailleurs permis de formuler un certain nombre de recommandations relatives à l'importance d'adopter une démarche stratégique par rapport à la création de programmes de télésanté mentale destinés aux collectivités autochtones. Actuellement en voie d'être

intégré aux services du centre Nodin, le projet a vu son champ d'application passer de six à vingt-quatre sites grâce au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada.

Entres autres recommandations, les évaluateurs du projet KO conseillent de faire preuve de prudence en ce qui a trait aux programmes de télépsychiatrie, car étant donné que le fardeau économique qui y est associé est souvent réparti entre les intervenants, les collectivités des Premières nations risquent d'en souffrir davantage que les autres. C'est d'ailleurs pour cette raison que les évaluateurs du projet KO demandent que des négociations soient menées avec Santé Canada en vue d'avoir accès à une portion des économies réalisées grâce aux applications de télésanté mentale et de rechercher de nouvelles sources de financement aux fins d'achat de biens d'équipement.

Au chapitre des services cliniques, les évaluateurs recommandent que l'équipement de vidéoconférence soit utilisé aux fins d'autres programmes de télésanté et d'initiatives communautaires. Ils remarquent également qu'il serait nécessaire d'accroître l'éventail des services de télésanté mentale destinés aux enfants et d'utiliser les services de télépsychiatrie pour soutenir et former des travailleurs communautaires du domaine de la santé mentale. Ils affirment en effet que le champ d'application des services de télésanté mentale et la sélection des dispensateurs de soins devraient être élargis de manière à inclure les travailleurs sociaux, les conseillers familiaux, les psychologues, les conseillers spirituels, les guérisseurs traditionnels ainsi que d'autres intervenants. Ces recommandations vont dans le même sens que les observations des informateurs clés.

Par ailleurs, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires soutient aussi l'avancement du réseau de télésanté Ikajuruti Inungnik Ungasiktumi (IIU) au Nunavut, lequel fournit également des services de télésanté mentale. Une nouvelle initiative fédérale-provinciale de télésanté mentale à l'intention des Premières nations est actuellement en cours au Nouveau-Brunswick, sous l'égide de la régie régionale de la santé n° 3. En Alberta, l'expérience des collectivités des Premières nations visées par le Traité n° 7 a convaincu les chefs des tribus visées par les Traités n° 6 et 8 d'envisager la possibilité de mettre en œuvre des services de télésanté au sein de leurs collectivités. Comme l'ont toutefois souligné quelques-uns des informateurs clés, ces nouvelles initiatives ne semblent pas être le fruit d'un effort concerté et donnent l'impression qu'elles se fondent davantage sur une « démarche par projet » que sur une stratégie qui tient compte des recommandations issues de l'évaluation du projet KO.

## **7.0 QUESTIONS DE POLITIQUES ET DE FINANCEMENT**

Les questions de politiques et de financement non résolues sont généralement considérées comme d'importants facteurs d'inhibition de la croissance et de la généralisation (pleine intégration au système de soins de santé) de la télésanté mentale. Ces questions de politiques ne sont toutefois pas vus comme des obstacles infranchissables.

## 7.1 Politiques

De manière à aller de l'avant avec la mise en œuvre des services de télésanté mentale, les gestionnaires de programmes et de projets ont dû apprendre à contourner les obstacles découlant des politiques en place, plus particulièrement les politiques de rémunération et d'autorisation d'exercer, de même que les normes.

**Rémunération :** La plupart des provinces et des territoires disposent maintenant de politiques de rémunération des médecins pour les services de télésanté (y compris de télésanté mentale), mais on considère généralement que celles-ci ne réussissent pas à inciter les dispensateurs à se tourner vers la télésanté mentale. En Alberta par exemple, comme l'ont souligné les informateurs clés, les médecins touchent les mêmes honoraires pour une séance de télésanté que pour une consultation en personne. Par contre, le tarif des honoraires de la Saskatchewan tient compte des problèmes d'ordre technique que peuvent rencontrer les médecins. Or, aux dires des informateurs clés, une séance de télésanté dure en réalité plus longtemps qu'une consultation en personne. À Terre-Neuve, la pédopsychiatrie est le seul service de télésanté mentale qui prévoit une rémunération à l'acte, tandis qu'au Manitoba, la grille des honoraires ne fait aucune mention des conférences de cas. Au Québec, la loi précise clairement que la télésanté ne constitue pas un service assuré. En Colombie-Britannique et en Ontario, aucune disposition de rémunération à l'acte n'a été mise en place en ce qui a trait aux vidéo-conférences de consultation entre patients et dispensateurs. De manière à recruter des professionnels, les gestionnaires de programmes et de projets ont donc tenté d'atténuer l'effet de ces politiques inadéquates de rémunération à l'acte en ayant recours à des ententes contractuelles, en faisant appel à des médecins salariés et en réglant les coûts des séances à même les fonds affectés aux programmes et aux projets.

**Autorisation d'exercer :** Dans quelques provinces et territoires, le respect des modes d'aiguillage habituels a contribué à minimiser les besoins en matière de permis d'exercice transfrontaliers, car les dispensateurs qui prodiguent des soins en personne ont l'autorisation d'exercer au sein de la province ou du territoire où le patient habite. Une autre des solutions de rechange adoptées consistait à orienter les efforts de recrutement en direction des psychiatres qui sont déjà autorisés à exercer dans plus d'une province ou d'un territoire. Il est aussi possible d'accorder des « privilèges » à des professionnels agissant à titre de consultants à distance, comme par exemple l'accès aux ressources d'un organisme spécifique pour fournir des soins sans avoir à faire une demande formelle. Toutefois, certaines restrictions s'appliquent généralement, comme l'impossibilité de faire hospitaliser ou de prescrire. Les mesures de ce type semblent avoir connu du succès en raison de la faiblesse du volume d'activités cliniques à ce stade précoce d'application.

**Normes :** Bon nombre d'informateurs ont mis l'accent sur la nécessité d'élaborer des normes cliniques portant sur les séances de consultation en télésanté mentale. Le gouvernement du Québec et l'*Atlantic Telemental Health Committee* travaillent actuellement à l'élaboration de telles normes.

De même, nombreux sont les informateurs clés qui constatent une réelle nécessité d'adopter des politiques systémiques, notamment en matière de rémunération et d'autorisation d'exercer, de manière que la télésanté devienne plus « conviviale » pour les dispensateurs de soins. Au sein des provinces et des territoires, des attitudes positives à l'égard des services de télésanté ainsi qu'un réel désir d'en accroître les applications cliniques ont permis de déployer des efforts constants en vue de résoudre toutes ces questions politiques.

## 7.2 Financement

Bon nombre d'autorités compétentes considèrent désormais les services de télésanté mentale comme un aspect important de la réforme des soins primaires, bien que le financement nécessaire aux activités de mise en œuvre continue de poser problème. Plusieurs services de télésanté et de télésanté mentale qui ont été mis sur pied à titre de projets pilotes ou expérimentaux bénéficient maintenant d'un financement de programme garanti, mais le caractère limité des capacités financières du système de soins de santé en freine constamment la croissance et l'intégration. La plupart des informateurs clés estiment que leurs initiatives de télésanté mentale respectives sont actuellement en phase de transition, passant du stade de projet à celui de programme. Un grand nombre d'entre eux se consacrent actuellement à l'élaboration de politiques fonctionnelles et systémiques tout en continuant de rechercher des sources de financement qui permettraient de favoriser l'accroissement des services et leur utilisation clinique ou d'appuyer de nouvelles initiatives.

Les informateurs clés représentant les territoires ont indiqué que la viabilité opérationnelle est constamment menacée par le coût élevé des télécommunications nécessaires pour bénéficier de connexions à plusieurs sites et transiger avec les fournisseurs d'accès établis dans le sud. Plusieurs autres informateurs clés ont affirmé que le peu de ressources mises à la disposition des sites aux chapitres des coordonnateurs de la télésanté et du soutien technique a nui à l'exploitation de l'infrastructure actuelle.

Beaucoup d'informateurs clés ont affirmé que le taux d'utilisation grimperait s'ils disposaient des ressources nécessaires pour accroître le nombre de sites de vidéoconférence. De nombreuses régions administratives ont ainsi adopté des plans d'expansion de leurs réseaux de télésanté. Plusieurs provinces se sont donné pour objectif de bâtir une capacité de vidéoconférence au sein de toutes les ARMS. Dans les territoires, le but visé est de « brancher » toutes les collectivités.

Entre autres solutions aux problèmes de financement, on suggère de revoir les processus actuels et de créer une voie de financement conçue pour la télésanté et destinée à celle-ci. Un tel financement, avance-t-on, est essentiel pour éviter que les fonds destinés à la télésanté ne soient réaffectés à d'autres secteurs à la suite de contraintes de courte durée ainsi que pour s'assurer que les mécanismes de financement soutiennent efficacement la télésanté. Certains informateurs clés ont parlé des lacunes que présentent les programmes de financement actuels. En Alberta par exemple, en vertu du mode de financement communautaire des ARMS, les coûts assumés par les sites qui fournissent les services et ceux qui en bénéficient ne sont pas comptabilisés. Les

informateurs clés estiment qu'une telle façon de procéder constitue un réel inconvénient, puisque plusieurs organismes participent habituellement à la prestation des services de télésanté et qu'un ou plusieurs d'entre eux risquent ainsi de ne pas être rémunérés correctement pour leur travail.

En ce qui concerne l'aide extérieure à l'expansion des réseaux, la conjoncture financière a changé de façon significative depuis la fin du Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS) et des programmes relatifs à la santé de CANARIE inc.\* *Inforoute*, qui a reçu de nouveaux fonds du gouvernement fédéral en vertu du budget de 2003, a mis sur pied un programme d'investissement stratégique en télésanté dans le but d'offrir des applications à portée élargie dans les collectivités situées en régions rurales ou éloignées, mais peu de projets et d'initiatives ont été mis en branle à ce jour. En vertu de ce programme, les provinces et les territoires devront toutefois assumer la responsabilité des coûts tels que les « coûts associés à l'exploitation, à l'infrastructure de mise en réseau, à l'entretien et à la mise à niveau des appareils, des systèmes logiciels, des serveurs, etc. »<sup>26</sup>

## 8.0 LEÇONS RETENUES

Au moment de tirer des leçons des expériences passées en matière de télésanté mentale, il importe de reconnaître la complexité des activités de mise en œuvre et de prestation de services de télésanté de même que la difficulté d'établir des observations générales à leur sujet, puisque ce n'est que récemment que ces services sont passés du stade de projets (expérimentaux) à celui de programmes (grand public) au chapitre du mode de prestation.

Une telle complexité résulte en partie du fait que l'introduction de ces services requiert généralement d'importants changements organisationnels, y compris la création d'organismes virtuels qui devront élaborer des accords de partenariats ainsi que de nouveaux types de politiques, de processus, de protocoles, de lignes directrices et de normes. En outre, les réseaux et les programmes de télésanté mis sur pied d'un bout à l'autre du Canada en sont à différents stades de déploiement. En effet, certains viennent tout juste de voir le jour et cherchent encore le financement à longue échéance qui garantira leur viabilité, tandis que d'autres sont devenus des programmes entièrement fonctionnels bénéficiant d'un financement permanent. Qui plus est, l'équipement de télésanté lui-même est utilisé à diverses fins en vue de réaliser des économies d'échelles et d'augmenter le taux d'utilisation au sein des petites collectivités. Une pareille situation accroît les difficultés inhérentes à l'atteinte d'un équilibre adéquat entre les applications cliniques, éducatives et administratives<sup>27</sup>.

---

\* CANARIE inc. (le fer de lance de l'Internet évolué au Canada) est un organisme sans but lucratif soutenu par ses membres, par ses partenaires de projet et par le gouvernement fédéral. Sa mission est d'accélérer l'aménagement et l'utilisation de l'Internet évolué au Canada en encourageant l'adoption généralisée de réseaux plus rapides et plus efficaces et en habilitant la prochaine génération de produits, d'applications et de services évolués.

Les pages qui suivent présentent quelques-unes des leçons tirées par les informateurs clés et les autres intervenants qui ont participé à l'établissement et à l'exploitation de projets ou de programmes de télésanté, plus particulièrement de télésanté mentale.

## 8.1 Planification

***Une planification minutieuse est essentielle au succès des services de télésanté mentale.*** L'un des informateurs clés était d'avis que la planification représente 80 % du travail associé à de telles initiatives. Or, dans le cas des projets qui dépendaient dans une large mesure de subventions à durée d'application limitée (ce qui a été le cas pour la majorité des projets mis en œuvre jusqu'à maintenant), il n'était pas toujours possible d'atteindre un tel niveau de planification.

Au cours du processus de planification, il est capital d'évaluer le degré de réceptivité des collectivités. Les plans doivent être adaptés aux besoins, aux ressources et à la culture des collectivités locales. En outre, ils devraient respecter les modes d'aiguillage en place et exiger de manière explicite la mise en œuvre de stratégies de gestion du changement. De tels plans peuvent être fondamentalement différents les uns des autres selon que les programmes de télésanté mentale sont destinés à une collectivité rurale, à un quartier de banlieue ou à une collectivité autochtone.

Avant même d'installer l'équipement, il importe de s'assurer du soutien du personnel en incitant les dispensateurs de soins à participer aux activités de planification et à la conclusion d'ententes visant un vaste éventail de politiques, de processus, de protocoles et de lignes directrices.

Dans leur forme la plus simple, les plans doivent comprendre des dispositions relatives à la sélection d'équipement compatible se trouvant le plus près possible des patients et des dispensateurs de soins de santé mentale. Dans l'éventualité où on souhaite faire de la télésanté mentale la principale application de cet équipement, les plans devraient exiger l'aménagement d'un milieu adéquat et admettre qu'une installation de télésanté tous usages n'est peut-être pas toujours la solution la plus appropriée.

## 8.2 Processus de mise en œuvre

***La mise en pratique se fait toujours de façon graduelle, et un projet peut prendre plusieurs années pour réaliser son plein potentiel.*** Comme la prestation de services par le biais d'applications de télésanté sous-entend un véritable changement de paradigme, le fait que ces nouveaux modèles de services prennent du temps à croître et à se généraliser ne devrait étonner personne. On conseille donc de limiter d'abord la portée des projets pour ensuite l'élargir en fonction de la croissance que l'on constatera à mesure que les intervenants se familiarisent avec la technologie, les applications et les processus.

Certains affirment qu'on ne doit pas s'attendre à des résultats probants au cours des deux premières années d'exploitation. En effet, selon un expert, de trois à

quatre années peuvent être nécessaires avant que la télésanté ne soit intégrée à la prestation des soins de santé courants. En fait, on estime qu'il faut parfois jusqu'à une année complète pour sélectionner, acheter et installer l'équipement, à la suite de quoi les nouveaux employés, plus particulièrement les coordonnateurs de la télésanté, devront se familiariser avec leurs rôles et les dispensateurs de soins seront invités à se joindre au projet (c'est-à-dire qu'on devra les convaincre d'y participer)<sup>28</sup>. Le besoin d'une telle « période d'attente et d'incubation » a également été mentionnée dans le rapport d'évaluation du projet *Contact* qui a été mis en œuvre en Ontario. L'expérience acquise grâce à ce projet porte à croire qu'« après s'être assuré du soutien des intervenants, on doit prévoir une période de six à douze mois au cours de laquelle un site atteindra la maturité nécessaire pour générer environ trois heures de télépsychiatrie par semaine »<sup>29</sup>.

Comme on peut le constater, la phase de mise en œuvre sous-entend beaucoup plus que la simple installation de l'équipement. En effet, des efforts constants doivent être déployés en vue de recruter et de former le personnel, d'assurer le soutien technique, de faire la promotion du service ainsi que d'identifier et d'appuyer les champions. Plusieurs des informateurs clés ont affirmé que le fait de procéder de façon graduelle permet d'éviter de coûteuses erreurs telles que des difficultés techniques qui risquent de compliquer le recrutement des dispensateurs de soins. Il faut aussi du temps pour conclure des partenariats et favoriser la collaboration entre les organismes, laquelle est essentielle à la réussite des initiatives multipartites telles que les réseaux de télésanté<sup>30</sup>.

### 8.3 Évaluation

***Le processus d'évaluation devrait être intégré à tout programme ou à toute initiative de télésanté mentale, en plus d'être adéquatement financé.*** Les documents d'origine canadienne portant sur la télésanté mentale, de même que les informateurs clés, mettent l'accent sur l'importance de procéder à des évaluations continues qui vient appuyer :

- la mise en œuvre;
- les améliorations apportées aux processus de reddition de comptes et à la qualité des programmes;
- l'évolution adéquate des programmes à mesure qu'ils passent d'une phase à l'autre;
- l'élaboration de stratégies visant à accroître le taux d'utilisation clinique;
- la collecte de preuves de rentabilité.

Selon Hailey *et al.*, le manque de ressources consacrées aux évaluations pose de réels problèmes, plus particulièrement sur la scène locale<sup>31</sup>. C'est pour cette raison que de telles ressources devraient être intégrées au financement des programmes.

L'amélioration du financement accordé aux évaluations peut également entraîner la nécessité d'améliorer les outils et les techniques d'évaluation<sup>32</sup>. Tel que mentionné ci-dessous, certains affirment que les mesures actuelles de rentabilité sont

inadéquates, tandis que d'autres croient qu'il est nécessaire de fournir davantage d'efforts concertés à l'échelle nationale en vue de faire connaître les effets des programmes sur les résultats en matière de santé<sup>33</sup>. D'autres encore soutiennent que des critères d'évaluation différents devraient être conçus pour chacune des diverses phases d'un projet<sup>34</sup>.

À la lumière des besoins criants en matière d'indications probantes permettant d'orienter l'élaboration des services de télésanté mentale, des travaux sont actuellement menés en vue d'appuyer la conception d'un processus de cueillette de données plus cohérent. L'Université de Calgary, par exemple, est à la tête d'un exercice consensuel visant à concevoir des indicateurs relatifs aux résultats des applications de télésanté\*. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est quant à lui à l'avant-garde des travaux d'élaboration de lignes directrices relatives aux systèmes de gestion de l'information visant la télésanté. Une synthèse canadienne des stratégies d'évaluation\*\* peut également contribuer à éclairer les processus en la matière.

#### 8.4 Ressources financières

*En dépit du peu de données disponibles au sujet de sa rentabilité, il semble que la télésanté n'entraîne pas de coûts démesurés et qu'elle permette de réaliser des économies d'échelles.* En raison de la complexité des réseaux de télésanté, des nombreuses fins auxquelles ils sont utilisés et du grand nombre de méthodes employées pour en déterminer la rentabilité, on constate un manque de données raisonnablement fiables au sujet du rapport entre le coût et l'efficacité des services de télésanté mentale. Il est donc très difficile d'élargir la portée des analyses de coûts de manière qu'elles tiennent lieu d'évaluation de l'incidence économique de la télésanté.

Une étude récente de « l'état des connaissances » portant sur les avantages socio-économiques de la télésanté a conclu qu'il existe des données de bonne et de moyenne qualité à l'appui des investissements dans les services de télésanté mentale<sup>35</sup>. Selon ce document, « dans certains cas, la télépsychiatrie représente le seul moyen réaliste ou économique d'offrir des services de santé mentale dans les régions rurales et éloignées »<sup>36</sup>.

L'*Alberta Mental Health Board*, qui a accordé beaucoup d'importance à l'évaluation de son programme en constante évolution, estime que les coûts sont raisonnables. En 2001, l'organisme a fixé le seuil de rentabilité, c'est-à-dire le moment auquel les coûts peuvent être réglés à même les économies réalisées (y compris les frais de déplacement), à 348 consultations par année, chiffre qui glisse à 224 consultations par année si le réseau est également utilisé à des fins administratives<sup>37</sup>. C'est en raison de telles conclusions que l'étude sur « l'état des connaissances » réalisée par l'Université de

---

\* Pour de plus amples renseignements, consultez le site :

<http://www.md.ucalgary.ca/Medicine/Centres/TeleHealth/NTOIP/index.jsp>.

\*\* Ce projet du professeur Jean-Paul Fortin de l'Université Laval à Québec est décrit dans la Base de données sur les initiatives canadiennes relatives à la cybersanté, à l'adresse suivante :

<http://209.217.71.106/cgi-bin/starfinder/0?path=hihinit.txt&id=webber&pass=ANON&OK>.

Calgary précisait que « la portée des initiatives de télésanté mentale, une application de télésanté éprouvée et viable, devrait être élargie »<sup>38</sup>.

Une étude réalisée en 2001 à Terre-Neuve-et-Labrador a conclu que les coûts de la pédopsychiatrie s'élevaient à 419,17 dollars par personne, soit une somme légèrement inférieure aux frais de déplacement du patient<sup>39</sup>.

Dans le cadre du projet de télésanté mentale mis de l'avant en Colombie-Britannique et au Yukon, les frais variables du service ordinaire étaient de 111 dollars de l'heure, tandis que les dépenses associées à la télésanté n'étaient que de 33 dollars de l'heure. Les évaluateurs ont estimé qu'étant donné le niveau relativement faible des services actuellement offerts, les frais variables et les coûts fixes des services et des applications de télésanté seraient équilibrés à compter de 163 heures d'activité de télésanté par semaine. Ils considèrent également que des niveaux d'activité supérieurs favoriseraient l'essor de la télésanté. Les évaluateurs ont en outre avancé que les deux types de services continueraient vraisemblablement d'être offerts, la télésanté mentale étant employée pour compléter les soins dispensés en personne<sup>40</sup>.

Les mêmes questions ont été analysées sous un angle légèrement différent dans le cadre de l'évaluation du projet KO. Pour assister à une séance de soins psychiatriques dispensés en personne, un patient et son accompagnateur doivent se déplacer pour une période d'au moins trente-six heures, au coût estimatif de 2 716 dollars (ce qui inclut les coûts associés à l'évaluation d'aiguillage, aux déplacements, à l'hébergement et aux services de soins ainsi que les coûts assumés par la collectivité d'origine). Une séance de télépsychiatrie de quatre-vingt-dix minutes au sein de la collectivité d'origine ne demanderait au patient que deux heures de son temps, ne nécessiterait aucun accompagnateur et coûterait en moyenne 710 dollars (y compris les coûts de l'évaluation d'aiguillage, les honoraires professionnels, la dévaluation de l'équipement et une portion appropriée\* des frais de télécommunications)<sup>41</sup>.

Outre les enjeux généraux relatifs aux coûts, aux économies et à l'efficacité, il importe également de déterminer qui profitera des économies réalisées grâce à la télésanté mentale et qui devrait assumer les coûts associés à ces nouveaux services. Ces questions ont été soulevées dans le cadre de l'évaluation du projet KO ainsi que dans une étude réalisée à Terre-Neuve<sup>42</sup>.

## 8.5 Avantages

***Il a été démontré que la télésanté mentale procure des avantages tant aux clients qu'aux dispensateurs de soins, mais les patients semblent se laisser convaincre plus facilement que les dispensateurs.*** Bien que quelques patients et dispensateurs de soins aient, à l'occasion de certaines études pilotes initiales, manifesté une préférence pour les séances de soins dispensés en personne<sup>43 44</sup>, de récentes études ont révélé un taux

---

\* La notion de « portion appropriée des frais de télécommunications » peut varier étant donné qu'elle est tributaire de la capacité d'une collectivité à mettre en œuvre des applications à utilisateurs multiples en fonction de la connectivité disponible et de la structure des installations.

de satisfaction très élevé parmi les clients et les dispensateurs. Dans le cadre de l'étude d'évaluation du projet KO par exemple, 95 % des répondants des Premières nations ont indiqué qu'ils auraient de nouveau recours aux séances de télésanté mentale. Lors de l'étude d'évaluation de la phase II du réseau NORTH, 97 % des personnes interrogées ont affirmé qu'elles se sont senties à l'aise de parler à leur spécialiste par le biais de la télésanté. Cependant, bon nombre de dispensateurs préfèrent encore mener leurs consultations initiales en personne<sup>45 46</sup> de manière à établir une relation thérapeutique, et la question des consultations initiales à distance a été abordée moins fréquemment lors de l'enquête sur la télépsychiatrie de l'APC<sup>47</sup>.

Les patients mentionnent des avantages tels qu'un meilleur accès aux services de spécialistes et aux soins continus, une réduction des délais d'attente relatifs aux traitements, d'importantes économies d'argent et de temps (temps perdu au travail ou à l'école) ainsi qu'une amélioration de la confidentialité, de la liberté de choix et de la capacité de maîtriser la situation thérapeutique<sup>48 49 50 51 52 53 54</sup>.

Quant aux dispensateurs de soins qui participent aux initiatives de télésanté, ils font mention d'avantages tels que la simplification des consultations de cas, l'amélioration des communications et des relations avec les autres professionnels de la santé, de meilleures possibilités de perfectionnement professionnel<sup>55</sup>, l'amélioration du suivi des soins, des régimes de travail plus souples et un meilleur réseautage avec les travailleurs communautaires du secteur de la santé<sup>56</sup>. Bon nombre de dispensateurs ne sont toutefois pas familiarisés avec la télésanté mentale, s'interrogeant sur l'efficacité de celle-ci et sur leur habileté à l'exploiter de façon judicieuse. On a d'ailleurs souligné que les professionnels en sont encore à apprendre comment utiliser la technologie le plus efficacement possible et comment adapter leurs compétences à la prestation de soins par le biais d'applications de télésanté<sup>57</sup>.

## 8.6 Ressources humaines

***La télésanté mentale propose un moyen de pallier les pénuries de professionnels de la santé mentale, mais ces mêmes pénuries risquent également de freiner sa croissance.*** La télésanté mentale peut représenter un outil fort pratique pour contourner les obstacles que constituent le haut taux de roulement du personnel de même que la disponibilité variable, voire inexistante, des dispensateurs de soins de santé mentale dans les régions rurales et éloignées. Toutefois, ces mêmes facteurs peuvent toutefois compromettre le potentiel de croissance et la viabilité même d'un programme de télépsychiatrie. À Terre-Neuve-et-Labrador, le départ d'un pédopsychiatre a ainsi entraîné l'annulation du programme de télépsychiatrie. En Ontario, les responsables du réseau NORTH se sont dits préoccupés par la capacité du réseau à soutenir la croissance de son populaire programme de télépsychiatrie en raison de la pénurie de psychiatres généralisée à l'échelle de la province.

## 8.7 Gestion du changement

***Une stratégie de gestion du changement exhaustive à volets multiples est essentielle à la réussite des initiatives de télésanté mentale.*** Outre un réseau

technologique, la télésanté nécessite un « réseau de personnes »<sup>58</sup> efficace plus particulièrement dans le cas de la télésanté mentale, laquelle est davantage tributaire de l'adoption d'une démarche d'équipe que les autres applications de télésanté. Bon nombre d'informateurs clés ont d'ailleurs souligné l'énormité des difficultés associées à la gestion du changement et le peu d'efforts concertés déployés en vue de les résoudre.

Étant l'un des réseaux de télésanté qui a connu le plus de succès au Canada, le réseau NORTH de l'Ontario peut nous en apprendre beaucoup à ce sujet. Les responsables du réseau ont en effet conçu une efficace stratégie de gestion du changement afin de faciliter la participation des dispensateurs de soins. Cette stratégie se fonde sur les huit éléments suivants :

- direction assurée à l'échelle locale dans tous les sites;
- communications améliorées au niveau régional;
- adaptation du réseau aux besoins des collectivités des Premières nations;
- maintien des modes d'aiguillage en place;
- communication et promotion;
- paiement des honoraires des praticiens;
- formation;
- service clés en main de gestion de la technologie<sup>59</sup>.

Aux chapitres de la direction à l'échelle locale et des activités de communication et de promotion, les évaluateurs et les informateurs clés ont souligné l'importance du rôle de premier plan que jouent les coordonnateurs de la télésanté. Ils se sont dits particulièrement préoccupés du peu de disponibilité des coordonnateurs de la télésanté œuvrant dans de nombreuses collectivités situées en régions rurales ou éloignées, là où ce rôle constitue souvent une fonction à temps partiel pour des infirmiers ou des infirmières déjà fort occupés.<sup>60</sup> Outre l'accroissement des ressources en matière de coordination de la télésanté, les rapports d'évaluation recommandent que les services de télésanté fassent l'objet d'une commercialisation plus active de façon à sensibiliser les collectivités et à obtenir le soutien des dispensateurs de soins.

De l'avis des évaluateurs et des informateurs clés, la formation représente un autre aspect crucial, quoique trop souvent négligé, des stratégies de gestion du changement. Certains proposent que la formation offerte en milieu de travail soit personnalisée davantage, axée sur l'aspect clinique et conçue de manière à faire contre-poids au taux élevé de roulement du personnel qu'on observe dans les régions rurales et éloignées. Dans le but de susciter une acceptation accrue chez les médecins, quelques informateurs clés croient qu'il serait tout à fait indiqué d'intégrer la formation en matière de télésanté mentale aux programmes d'études universitaires et aux programmes de résidence en psychiatrie.

## **9.0 CONCLUSION**

La forte demande en matière de services de santé mentale, la pénurie de professionnels dans ce secteur et les recherches que soutient le gouvernement canadien afin de trouver des démarches novatrices en vue du renouvellement du système de soins

de santé constituent tous des facteurs qui ont influencé l'évolution des services de télésanté mentale au cours de la dernière décennie. La télésanté mentale est manifestement l'une des applications de télésanté les plus populaires et les plus réussies à ce jour. Bien que peu d'initiatives de grande envergure aient été mises en œuvre jusqu'ici, les services de ce type se sont progressivement répandus d'un bout à l'autre du pays, et ils sont en voie d'être intégrés aux services locaux et régionaux.

Il reste néanmoins beaucoup de travail à faire en vue d'intégrer complètement la télésanté mentale à un système de soins qui repose sur la prestation de services en personne. Les défis sont nombreux : les politiques systémiques doivent être modifiées de façon à rendre la télésanté mentale plus « conviviale » pour les dispensateurs; les infrastructures doivent être améliorées dans les collectivités situées en régions rurales et éloignées ainsi que dans les collectivités inuites et des Premières nations; le nombre de sites doit être augmenté afin d'en favoriser l'utilisation par les dispensateurs de soins de santé mentale. Qui plus est, des démarches de gestion centralisées (au niveau de chaque échelon administratif) en matière de services de télésanté mentale pourraient s'avérer nécessaires au fil de la croissance des services, et le financement essentiel au soutien de la croissance et des évaluations devra être garanti.

La télésanté génère également de nouvelles possibilités. En effet, les gouvernements affichent une attitude de plus en plus positive à l'égard de cette dernière, souhaitant qu'elle soit utilisée aux fins de prestation de services cliniques. *Inforoute* représente quant à elle une nouvelle source de financement de premier plan qui permettra de favoriser les innovations à l'échelle canadienne. Un tel climat a donné naissance à une réelle occasion de collaborer à promouvoir l'intégration complète de la télésanté, y compris des services de télésanté mentale, au mode de prestation des soins. Pareille collaboration devrait mettre l'accent sur les mesures suivantes :

- orienter les priorités en matière de financement de manière à soutenir la croissance des services de télésanté mentale;
- promouvoir la télésanté mentale à titre d'outil facilitant l'autogestion de la santé, le dépistage précoce et les démarches d'intervention et de partage des soins conformes à la réforme des soins de santé primaires;
- élaborer des normes et des directives de pratique clinique canadiennes et faire connaître les pratiques d'excellence;
- faire en sorte que les collectivités inuites et des Premières nations tirent profit de ces nouveaux types de services;
- concevoir des stratégies efficaces de gestion du changement, y compris une formation clinique appropriée et une commercialisation adéquate des services.

Comme l'a mentionné un des informateurs clés, « la télésanté mentale connaît du succès. Les patients et les dispensateurs l'apprécient. Il nous reste maintenant à la soutenir et à l'intégrer aux plans d'activités à titre d'outil contribuant à résoudre les problèmes d'accès, de qualité des soins et d'économies ».

## ANNEXE 1 : INITIATIVES PROVINCIALES, TERRITORIALES ET FÉDÉRALES

Étant donné leur compétence en matière de prestation de services de santé, les provinces et les territoires sont responsables de la plupart des services de télésanté mentale offerts au Canada. Soulignons qu'une grande partie de l'information fournie dans la présente partie au sujet des initiatives provinciales et territoriales a été obtenue des informateurs clés interviewés dans le cadre de l'étude.

### Yukon

Le Réseau de télésanté du Yukon\* a été créé en 2001 dans le cadre d'un projet mis en œuvre en vertu du Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS) aux fins de la transmission d'information sur la santé ainsi que de la prestation d'autres services de télésanté dans six collectivités de ce territoire. En septembre 2003, le projet est devenu un programme financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon, mais son financement à long terme n'a pas encore été assuré.

Le Réseau offre divers services de télésanté, notamment (depuis 2002) des services de télésanté mentale mis en œuvre dans le cadre du projet de télésanté mentale Colombie-Britannique – Yukon, lancé sous l'égide du PPICS.

En janvier 2004, il y avait au Yukon neuf sites de télésanté (un faisant appel aux communications par satellite, et huit, aux systèmes de communication terrestres). Le gouvernement territorial achète des services de télésanté mentale en vertu d'ententes contractuelles qui assurent la rémunération des fournisseurs d'autres provinces ou territoires qui offrent des services au Yukon. Les frais imposés pour les séances permettent de rémunérer un psychiatre résident.

Le Yukon a largement recours au téléapprentissage, mais les activités cliniques y restent limitées. Environ 70 consultations cliniques directes en télépsychiatrie ont lieu chaque année, surtout pour les soins de suivi et les discussions sur les cas, tant pour des adultes que pour des enfants, selon l'informateur clé interviewé.

Deux psychiatres (un pédopsychiatre et un gérontopsychiatre) assurent des services pour le Yukon à partir de la Colombie-Britannique. L'Alberta, la Saskatchewan et fournissent également des services éducatifs au Yukon. Des services éducatifs en santé mentale sont offerts par la *Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit* de Colombie-Britannique et par l'Alberta.

Obstacles/orientations futures : Comme la télésanté mentale constitue un phénomène relativement nouveau au Yukon, la gestion du changement y est devenue une préoccupation importante. D'autres obstacles de taille nuisent à l'intégration des services de télésanté mentale au système de santé. Il s'agit des suivants :

---

\* Site Web : <http://www.hss.gov.yk.ca/prog/cn/telehealth.html>.

- une infrastructure de télécommunications déficiente, qui crée des problèmes techniques et empêche l'adhésion du personnel;
- le coût élevé des télécommunications;
- l'absence d'un financement stable (les services sont actuellement financés à même le budget restreint alloué à la santé mentale).

Le Yukon prépare la mise sur pied d'un autre site de télésanté, prévue pour l'automne 2004. Il restera alors cinq collectivités à relier au réseau (deux qui n'ont pas encore de connexion, et deux qui utilisent une largeur de bande insuffisante).

### **Territoires du Nord-Ouest (T. N.-O.)**

En 1998, le ministère de la Santé et des Services sociaux des T. N.-O. a mis sur pied le réseau de télésanté de ce territoire (*Western NWT Telehealth Network* ou WestNet) afin d'offrir des services réguliers de télésanté en orthopédie et en médecine interne ainsi que des services d'urgence et des consultations d'urgence en radiologie à Yellowknife, Fort Smith et Inuvik. Depuis, on a élargi le réseau afin de fournir divers services sociaux et de télésanté, y compris des services de télésanté mentale. Le projet pilote visant ces derniers a pris fin il y a trois ans, et la télésanté mentale forme à l'heure actuelle le principal volet des services offerts par le réseau WestNet.

En janvier 2004, on comptait onze sites de télésanté par satellite situés dans neuf collectivités. Trois d'entre eux (dont deux reçoivent des services et un en fournit) se consacrent exclusivement à la télésanté mentale, d'après l'informateur clé.

La télé-éducation constitue l'application la plus courante de la télésanté, mais une vaste gamme de services cliniques sont également offerts suivant les besoins. L'an dernier, les services sociaux ont été les plus en demande. À l'heure actuelle, ce sont les services de psychologie pour enfants et pour adultes qui connaissent la plus forte expansion. Selon les statistiques du gouvernement des T. N.-O. pour 2003-2004, neuf personnes ont reçu durant cette période des services de psychiatrie, et, 71, des services sociaux. En outre, 52 fournisseurs de services ont suivi des séances de formation offertes par l'*Alberta Mental Health Board*.

Par ailleurs, les T. N.-O. sont engagés dans des activités transfrontalières à l'échelle nationale et internationale, principalement dans des domaines spécialisés. En ce moment, les services transfrontaliers sont surtout fournis par l'Alberta. Le gouvernement des T. N.-O. examine la possibilité de conclure une entente avec l'Australie en vue de recevoir des services de télésanté mentale de ce pays.

Obstacles/orientations futures : Les troubles mentaux représentent les problèmes de santé les plus fréquents dans les T. N.-O., dépassant en importance le diabète et les maladies cardiovasculaires combinés. La télésanté mentale est donc considérée comme une partie intégrante du système de santé de ce territoire et comme un élément essentiel au succès de l'implantation de la télésanté dans de nouvelles collectivités. On prévoit que son utilisation s'accroîtra lorsque les 33 collectivités auront été reliées au réseau dans le cadre

du plan quinquennal d'expansion actuellement en œuvre. L'un des facteurs qui fait grandement obstacle à une plus grande intégration de la télésanté mentale réside dans le coût élevé des télécommunications entraîné par la dépendance des T. N.-O. aux communications par satellite\*. Parmi les autres obstacles, mentionnons l'absence d'une infrastructure de télésanté adéquate ainsi qu'une pénurie de personnel qualifié. Les politiques du territoire en matière de rémunération des médecins ne posent pas de problèmes, car, dans les T. N.-O., les médecins touchent un salaire.

## **Nunavut**

En 1999, le Nunavut a commencé à offrir des services de télésanté mentale dans le cadre d'un projet pilote visant la mise sur pied du réseau de télésanté Ikajuruti Inungnik Ungasiktumi (IIU). Le projet était financé en vertu du Programme de soutien à l'infrastructure de la santé (PSIS). Une subvention octroyée grâce au PPIC a permis une expansion des services au début des années 2000.

En janvier 2004, le Nunavut comptait 15 sites de télésanté par satellite, chacun offrant certains services de télésanté mentale. Selon l'enquête sur la télépsychiatrie menée en 2003 par l'Association des psychiatres du Canada (APC), la télé-éducation est l'application la plus courante de la télésanté mentale au Nunavut, 180 séances ayant eu lieu dans ce domaine en 2001-2002.

Sur le plan clinique, le volume des services fournis fluctue selon la disponibilité du personnel. Par exemple, la prestation de services de télépsychiatrie s'est avérée minimale l'an dernier en raison d'une pénurie de personnel. Le téléconseil assuré par des intervenants en santé mentale et en travail social ainsi que par des professionnels de la santé de disciplines connexes représente le principal type de services de télésanté mentale offert au Nunavut. Le réseau permet également les visites familiales.

Bien que la majeure partie des services de télésanté mentale offerts aux résidents du Nunavut soient fournis par des établissements situés sur le territoire, on note également une certaine prestation transfrontalière de services. Par exemple, le Nunavut reçoit des services spécialisés du Centre de toxicomanie et de santé mentale de l'Ontario et du Centre de santé mentale de Selkirk, au Manitoba. Étant donnée la dépendance du Nunavut à l'égard d'autres territoires ou provinces pour l'obtention de services spécialisés pour sa population, il est plus avantageux pour le territoire de chercher des solutions pancanadiennes pour régler certaines questions liées aux politiques en matière de télésanté, notamment les permis d'exercice et la rémunération des fournisseurs de services. À l'heure actuelle, il existe plusieurs ententes temporaires destinées à résoudre ces questions. Par exemple, les fournisseurs de services de l'Ontario peuvent facturer directement au Nunavut les services qu'ils fournissent à ce dernier, et ceux du Manitoba ont conclu une entente contractuelle avec le gouvernement du territoire. Aucune autre entente relative à la rémunération n'a été conclue avec d'autres provinces ou territoires.

---

\* Le rapport entre le coût des télécommunications et celui de l'équipement est de 10 à 1. Le coût moyen d'une heure de services de télésanté sur le plan des télécommunications est d'environ 500 \$.

Obstacles/orientations futures : Bien que la santé mentale soit une priorité pour le gouvernement du Nunavut, la télésanté mentale n'est pas complètement intégrée aux services de santé primaires. Les principaux obstacles à l'expansion et à l'intégration des services de télésanté mentale résident dans les coûts élevés associés à l'exploitation des sites (5 700 \$ pour un site offrant des services 20 heures par mois), l'important roulement de personnel (les employés restant deux ou trois ans environ) et les difficultés techniques attribuables à une infrastructure déficiente. L'objectif du gouvernement du Nunavut est de relier ses 25 collectivités à son réseau de télésanté. Il a reçu 2,7 millions de dollars provenant de l'enveloppe destinée aux Autochtones dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires pour la mise sur pied de sept autres sites de télésanté. La recherche de financement en vue de relier les trois dernières collectivités se poursuit. On prévoit que l'utilisation des services cliniques augmentera à mesure que le nombre de collectivités reliées s'accroîtra.

### **Colombie-Britannique**

En Colombie-Britannique, l'un des principaux objectifs de la prestation de services de santé mentale et de toxicomanie a été de favoriser l'autonomie en matière de santé ainsi qu'une compréhension de la santé mentale au sein de la population. Ce sont là des préoccupations qui ont également orienté les services télésanté mentale, dont la planification a commencé en 1997, dans la région de Peace-Liard, et qui ont été mis en place en 2000. Depuis 2003, ces services ont été élargis; leur gamme est maintenant plus vaste et comprend la diffusion d'information à l'intention des travailleurs de la santé, des consommateurs et des familles.

De façon générale, la télésanté relève de l'autorité provinciale en matière de santé. Cependant, la prestation des services de santé est passablement décentralisée. Ce sont, par exemple, les autorités régionales en matière de santé (ARMS) qui décident des investissements qui doivent être faits dans les programmes de télésanté mentale.

Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a débloqué des fonds pour la mise sur pied de 42 sites de télésanté fournissant des services de télésanté mentale et répartis dans toute la province. En janvier 2004, on comptait 32 sites exploités par des ARMS. Tous sont en mesure de fournir ou de recevoir des services de télésanté.

Le principal fournisseur de services de télésanté mentale en Colombie-Britannique (avec lequel les ARMS ont passé un contrat) est le centre de télésanté de la *Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit* (Mheccu) de l'Université de la Colombie-Britannique. Les services de télésanté mentale offerts par la Mheccu sont principalement des services de psychologie et sont surtout axés sur la formation et l'encadrement des fournisseurs de services.

L'une des plus importantes réalisations de la Mheccu est le projet de télésanté mentale Colombie-Britannique – Yukon, financé dans le cadre du PPICS. Cette initiative se poursuit grâce à des fonds provenant de diverses sources telles que le financement destiné au projet Colombie-Britannique – Yukon relatif aux troubles concomitants, financé à même le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.

La Mheccu collabore également avec l'*Alberta Mental Health Board* en vue de la réalisation d'activités de formation et d'évaluation. Elle participe en outre à des activités transfrontalières à l'échelle internationale, notamment des séances de transmission du savoir avec des experts en santé mentale de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis.

Par ailleurs, le *British Columbia Children's Hospital* et la *B.C. Cancer Agency* offrent également certains services de télésanté mentale.

Obstacles/orientations futures : À l'heure actuelle, la prestation de services cliniques dans le cadre de programmes de télésanté mentale demeure peu importante en Colombie-Britannique, et le gouvernement provincial s'efforce de promouvoir une plus grande utilisation de la télésanté mentale à des fins cliniques. La province n'a toutefois pas de stratégie d'ensemble en matière de télésanté. L'un des principaux obstacles à l'expansion des services de télésanté mentale réside dans la rémunération des médecins. Bien que certains fournisseurs de services touchent actuellement un salaire ou des honoraires en vertu d'un contrat, les fonds destinés aux projets doivent être utilisés pour la rémunération dans la plupart des cas. Les autres difficultés sont d'ordre technique, par exemple le caractère déficient de l'infrastructure et l'accès insuffisant à des réseaux à large bande, en particulier dans les collectivités rurales et éloignées.

## **Alberta**

Depuis 1996, les services de télésanté mentale sont une priorité en Alberta. L'*Alberta Mental Health Board* (AMHB)\*, un organisme sanitaire qui relève du ministre de la Santé et du Bien-être, a élaboré le plus vaste programme de télésanté de la province, programme qui fait appel au modèle de partage des soins et dont il assure la gestion et l'exécution. Certaines ARMS, notamment celles de Calgary et de Chinook, ont aussi conçu leur propre programme.

Depuis avril 2003, la responsabilité des services de santé mentale, y compris les services de télésanté mentale, a été intégrée au mandat de neuf ARMS. L'AMHB reste responsable du programme de télésanté mentale.

La province possède maintenant un réseau de télésanté assez étendu qui assure la prestation de services de télésanté mentale dans les régions et entre les régions, le réseau comportant plus de 200 points de réception (sites qui reçoivent des services). Bien que tous puissent recevoir des services de télésanté mentale, ils n'en offrent pas tous. Les informateurs clés prévoient que, étant donné le transfert des responsabilités relatives aux services de santé mentale, la plupart des ARMS seront ne mesure d'en fournir. Au cours de l'année 2002-2003, 836 consultations cliniques directes, et 44 consultations indirectes (examens de cas) ont été assurées par l'AMHB<sup>61</sup>.

---

\* Site Web : [http://www.amhb.ab.ca/programs/prog\\_telemental.html](http://www.amhb.ab.ca/programs/prog_telemental.html).

Même si on a observé une prestation transfrontalière limitée de services cliniques en Alberta, l'AMHB, par le truchement de l'hôpital Ponoka, offre des services d'éducation et de formation à d'autres provinces et territoires, par exemple la Saskatchewan, la Colombie-Britannique, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.

Obstacles/ orientations futures : Les informateurs clés de l'Alberta estimaient que, bien que le programme de télésanté mentale de cette province est bien établi, les services qu'il comporte ne sont pas complètement intégrés au système de santé. Il faut encore accroître son utilisation à des fins cliniques et étendre sa mise en œuvre à un plus grand nombre de cliniques communautaires de santé mentale. On prévoit que l'inclusion des services de santé mentale dans les responsabilités des ARMS entraînera une plus grande intégration.

## **Saskatchewan**

En 1999, le ministère de la Santé de la Saskatchewan a soutenu le projet pilote *Northern Telehealth Network* qui est devenu un réseau de télésanté financé en permanence. Santé Canada avait fourni des fonds au projet pilote grâce au Programme de soutien à l'infrastructure de la santé.

En 2001, le ministère annoncé l'expansion de ce réseau aux collectivités situées au nord de la province et à de nouveaux points dans le sud. Appelé maintenant « *Telehealth Saskatchewan* »\*, l'expansion du réseau a reçu un apport financier de Santé Canada dans le cadre du Programme de partenariats pour l'infrastructure de la santé. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan, en collaboration avec les autorités régionales, le gère et utilise *CommunityNet*, le réseau étendu du gouvernement provincial, pour relier tous les établissements de santé.

En mars 2004, on comptait en Saskatchewan 18 sites de télésanté. Ils fournissent surtout des services à caractère éducatif. Les services de télésanté mentale offerts dans la province sont également axés sur l'éducation : en 2001-2002, il s'y est tenu quelque 130 séances à but éducatif<sup>62</sup>.

En ce qui concerne le volet clinique, l'un des informateurs a indiqué que 80 % des services de télésanté mentale fourni sont des services de télépsychiatrie, et 20 %, des services de télépsychologie. Deux psychiatres (l'un pour enfants, l'autre, pour adultes) et un psychologue (à temps partiel) en assurent la prestation. Selon un rapport d'évaluation réalisé dans le cadre du PPICS, 23 séances de pédopsychiatrie ont eu lieu en 2003, comparativement à une en psychologie, une en travail social et quatre pour des troubles anxieux. Les services de pédopsychiatrie s'avèrent les plus populaires et, d'après l'étude pilote, ce sont eux qui donnent les meilleurs résultats cliniques. On considère que la demande visant les services de télésanté mentale est relativement stable et pourrait s'accroître.

---

\* Site Web : [http://www.health.gov.sk.ca/ps\\_telehealthsask.html](http://www.health.gov.sk.ca/ps_telehealthsask.html).

Dans le cadre du projet de recherche sur la télésanté pour les Premières nations et les Inuits (financé par le Fonds pour l'adaptation des services de santé), la Première nation de Southend a mis à l'essai un service de télésanté mentale dans sa collectivité, et les résultats se sont avérés probants. Toutefois, en raison de problèmes de financement, seuls des services d'éducation sont offerts en ce moment. Le site de Southend participe aux programmes offerts par *Telehealth Saskatchewan*.

Du côté des activités transfrontalières, on observe surtout la prestation de services d'éducation, principalement ceux fournis par l'hôpital Ponoka de l'Alberta. La Saskatchewan reçoit également des services cliniques du *Hospital for Sick Children* de Toronto, de Edmonton et de Winnipeg.

Obstacles/orientations futures : Le manque de sensibilisation chez les fournisseurs de services et une infrastructure technologique déficiente, une largeur de bande restreinte, par exemple, dans certaines collectivités constituent les principaux obstacles à l'intégration et à l'expansion des services de télésanté mentale. L'objectif actuel du gouvernement provincial consiste à accroître l'utilisation des sites existants grâce à une promotion plus dynamique. Étant donné qu'on a recommandé l'augmentation du nombre de sites de télésanté dans le plan d'action de la Saskatchewan en matière de services de santé, la province souhaite poursuivre l'expansion de son réseau pour porter ce nombre à 27, ce qu'elle ne pourra faire que si elle dispose de nouveaux fonds.

## **Manitoba**

Le réseau de télésanté du Manitoba (Télésanté Manitoba)\*, mis sur pied en 2001 dans le cadre d'une initiative à frais partagés d'une durée de deux ans mettant à contribution le ministère de la Santé du Manitoba et Santé Canada, par le truchement du PPICS, assurent des services tels que les télévisites, les téléconsultations, la télé-administration et la télé-éducation dans divers domaines liés à la santé, y compris la santé mentale. Avant l'établissement de ce réseau, la prestation de services de télésanté mentale au Manitoba était limitée. Par exemple, dans les années 1990, les psychiatres qui se rendaient par avion dans les petites collectivités pour fournir des services faisaient appel à la télésanté mentale comme complément à leurs consultations en personne. Le programme de télésanté du Manitoba met l'accent sur les soins aux patients, et il a été déterminé que la santé mentale vient en tête des priorités médicales dans cette province<sup>63</sup>.

Le Manitoba utilise tant les lignes terrestres que les satellites pour relier ses sites de télésanté. En janvier 2004, on dénombrait 24 de ces sites (situés dans des hôpitaux), dont quatre à Winnipeg et 20 répartis dans le reste de la province\*. Au moins de huit de ces sites peuvent fournir des services de télésanté mentale<sup>64</sup>.

Le Centre de santé mentale de Selkirk et l'ARMS de Winnipeg assurent la plupart des services cliniques et éducatifs. Ils mettent actuellement en œuvre un projet

---

\* Site Web : [http://www.mbtelehealth.ca/about\\_overview.php](http://www.mbtelehealth.ca/about_overview.php).

\* Site Web : [http://www.mbtelehealth.ca/map\\_man.php](http://www.mbtelehealth.ca/map_man.php).

pilote de soins partagés visant à étendre la prestation des services de psychiatrie aux régions rurales et éloignées. Des services cliniques pour adultes sont fournis en psychiatrie et en psychologie ainsi qu'en pédopsychiatrie et en gérontopsychiatrie. Le Manitoba compte également offrir dans un avenir rapproché des services de télépsychiatrie pour enfants et adolescents.

Des services de télésanté mentale avaient été mis en place dans la collectivité autochtone de Berens River dans le cadre d'un projet de télésanté financé par le Fonds pour l'adaptation des services de santé. On a dû en cesser la prestation en raison du roulement de personnel et de problèmes liés aux satellites et découlant de l'infrastructure déficiente, qui doit être mise à niveau. Certains services de télésanté mentale sont maintenant offerts aux Premières nations grâce au programme provincial de la *Northern Medical Clinic* et à l'hôpital Norway.

Le Manitoba entretient des activités transfrontalières avec le Réseau NORTH de l'Ontario pour des services généralement cliniques, surtout en psychiatrie, mais aussi éducatifs et, dans une moindre mesure, avec l'Alberta, la Saskatchewan et quelques collectivités autochtones. En outre, le Centre Selkirk est relié au réseau du Nunavut, auquel il fournit des services cliniques. Cependant, étant donné l'expansion récente de ce réseau, cette prestation reste limitée.

Obstacles/orientations futures : Des obstacles importants freinent l'intégration de la télésanté mentale au système de santé du Manitoba. Mentionnons notamment l'absence d'une approche globale pour les services de télésanté mentale, une coordination régionale insuffisante, un manque de formation à l'intention des psychiatres et des politiques sélectives au chapitre de la rémunération des fournisseurs de services de télésanté. En effet, le Manitoba a adopté une politique de rémunération à l'acte, mais elle ne vise que les consultations directes. Parmi les autres obstacles, on trouve une intégration insuffisante aux services de santé destinés aux Premières Nations ainsi qu'une infrastructure de télésanté déficiente dans les collectivités autochtones. Par ailleurs, une évaluation du réseau de télésanté manitobain, réalisée dans le cadre du PPICS, a démontré que la télésanté mentale pourrait jouer un rôle plus important dans la prévention.

## **Ontario**

L'Ontario a commencé à offrir des services de télésanté mentale en 1996. À l'époque, cinq points centraux de services médicaux assuraient la majeure partie des services d'extension et d'éducation ainsi que de la recherche dans le domaine de la santé mentale. Il s'agissait de facultés de médecine d'universités de London, de Hamilton, de Toronto, de Kingston et d'Ottawa, qui oeuvraient de concert avec leurs hôpitaux affiliés. Dans le cadre du Projet d'extension des services, financé en vertu du PPICS, quatre de ces centres se sont associés aux Chippewas de Thames en vue de la prestation de services de télépsychiatrie. Entre le 1<sup>er</sup> octobre 2001 et le 30 septembre 2002, le projet a permis la tenue de 3 920 séances, soit 872 consultations avec des patients et 3 048 discussions de cas par des équipes multidisciplinaires<sup>65</sup>.

Le financement du Projet d'extension des services a pris fin en 2002. L'initiative a été intégrée aux trois programmes régionaux de télésanté, à savoir le réseau de télécommunications de santé à distance du Nord de l'Ontario (NORTH Network), *VideoCare* et ConnexionSanté, qui ont également bénéficié d'un soutien financier provenant du PPICS.

Les cinq principaux programmes de télésanté qui assurent actuellement la prestation de services de télésanté mentale en Ontario sont les suivants :

- le réseau NORTH, qui dessert le nord et le centre de l'Ontario;
- *VideoCare*, qui dessert le sud-ouest de la province;
- ConnexionSanté, qui offre des services dans l'Est ontarien;
- le programme de télépédopsychiatrie, qui vise la prestation de services aux enfants et aux adolescents;
- le programme d'extension des services de psychiatrie.

Le réseau NORTH\*, exploité depuis le *Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre*, offre des consultations avec les patients et une formation continue aux collectivités rurales et du Nord depuis 1998 et, depuis 2001, aux Premières nations membres de Keewatinook Okimakanak. Il s'agit du plus vaste projet jamais financé dans le cadre du PPICS.

En janvier 2004, le réseau NORTH comportait 100 sites pouvant fournir ou recevoir des services de télésanté dans 70 spécialités médicales. On prévoit atteindre le nombre de 150 sites à la fin de l'année. Selon l'enquête sur la télépsychiatrie menée en 2003 par l'Association des psychiatres du Canada (APC), au moins sept de ces sites ont offert des services liés à la santé mentale en 2001-2002. D'après les informateurs clés, 1 273 consultations en psychiatrie (1 075 visant des adultes, et 198, des enfants ou des adolescents) ont eu lieu grâce au réseau en 2003. Compte tenu de ce volume d'activités, on peut affirmer que la télésanté mentale constitue l'une des principales applications de télésanté de ce réseau.

*VideoCare*\* (le réseau de télésanté du sud-ouest de l'Ontario, aussi connu sous le nom de SWOT-N) fait appel au protocole Internet (IP) pour exploiter 43 sites de vidéoconférence répartis dans le sud-ouest de la province. Mis en oeuvre en 2001 grâce au soutien du PPICS, ce programme de télésanté géré par le *London Health Sciences Centre* permet de fournir divers services cliniques de santé mentale à tous les groupes d'âge, en particulier les adultes. L'hôpital St. Joseph sert de centre régional d'aiguillage pour les services de santé mentale. *VideoCare* offre également des services d'éducation ainsi que des services dans des sous-spécialités, notamment pour le traitement des troubles de l'humeur et de l'alimentation. Selon les informateurs clés, 40 % des activités du réseau sont liées à la télésanté mentale.

---

\* Site Web : <http://www.northnetwork.com/webportal/NorthNetworkPortal/>.

\* Site Web : <http://www.lhsc.on.ca/isan/videocar/videocar.htm>

ConnexionSanté<sup>\*\*</sup>, mis en œuvre par les Services de santé des Sœurs de la Charité, à Ottawa, a d'abord été lancé en 2001 sous le nom de Réseau de télésanté de l'Est de l'Ontario (RTEO) grâce à des fonds du PPICS. On a récemment intégré à ConnexionSanté le réseau de télépsychiatrie du sud-est de l'Ontario, dont les assises se trouvaient à Kingston. Le réseau ainsi élargi offre des services de télésanté aux résidents du sud-est et de l'est de la province et relie 27 partenaires à 36 sites afin de fournir des services de consultation et d'éducation dans 16 domaines de spécialité. Au moins sept de ces sites fournissent des services de télésanté mentale. D'après les informateurs clés, les partenaires du réseau ont permis en 2003 la tenue de 175 consultations directes en psychiatrie et en santé mentale avec des patients. ConnexionSanté compte relier à son réseau des centres d'accès aux soins communautaires et des établissements de soins de longue durée.

Le programme de télépédopsychiatrie, financé par le ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, assure la prestation de services cliniques et d'éducation grâce à un partenariat entre le *Hospital for Sick Children* de Toronto et l'Université de Toronto. Il permet de fournir des services à 14 organismes de santé mentale pour enfants et à d'autres organisations qui offrent des services aux enfants et aux adolescents.

Les responsables du Programme d'extension des services de psychiatrie coordonnent les services cliniques, éducatifs et de soutien dans l'ensemble de la province, particulièrement dans les collectivités rurales et éloignées, et dans celles où l'on considère qu'il y a un manque de services de santé mentale. Des services tels que des consultations par vidéoconférence sont offerts dans le cadre du programme. Par ailleurs, deux programmes sont mis en œuvre sous l'égide du Programme d'extension des services de psychiatrie : le programme d'extension des services de psychiatrie de l'Université de Toronto (exécuté en partenariat avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale) ainsi que le programme d'extension des services de psychiatrie de l'Ontario (mené à bien en partenariat avec le programme d'extension des services de psychiatrie pour les francophones du Nord, de l'Université d'Ottawa, le programme d'extension du campus de l'Université Western Ontario et le réseau universitaire des sciences de la santé).

Les fournisseurs de services de l'Ontario offrent également bon nombre de services de télésanté mentale de nature clinique ou éducative à la Saskatchewan, au Manitoba, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Québec, au Nunavut et à quelques collectivités des Premières nations.

Obstacles/orientations futures : Malgré le volume élevé de services de télésanté mentale fournis en Ontario, l'intégration de ces derniers au système provincial de santé reste partielle, car le financement gouvernemental ne vise que les sites situés dans des hôpitaux. Selon les informateurs clés, l'insuffisance des fonds destinés à la santé mentale en général (et en particulier aux sites qui reçoivent des services de télésanté) ainsi que les problèmes liés à la gestion du changement font obstacle à une plus grande intégration des services de télésanté mentale en Ontario et à leur popularité. Dans le cadre de son

---

<sup>\*\*</sup> Site Web : <http://www.careconnect.org/index.asp>

initiative Réseaux de télémédecine de l'Ontario, le gouvernement ontarien collabore étroitement avec le réseau NORTH, *VideoCare* et ConnexionSanté afin de créer un « réseau des réseaux » dans la province. Il vise ainsi à accroître l'efficacité des réseaux ainsi que leur interopérabilité et à généraliser l'adoption des pratiques exemplaires.

## Québec

Le Réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS) comporte deux voies d'adressage pour la prestation de services de télésanté, l'un fournissant des services d'imagerie diagnostique, l'autre offrant des services de vidéoconférence (avec largeur de bande variant entre 384 Kb/s et 512 Kb/s) géré par le Service national de visioconférence. Cette architecture garantit et protège l'accès en tout temps. Des services de télésanté ont été mis en place dans plus de 100 organismes de soins de santé, dont 90 % possèdent de l'équipement de vidéoconférence, et 21 d'entre eux offrent des services en télésanté mentale et en formation.

Au Québec, la télésanté est née de l'initiative de pédiatres qui se sont organisés à l'échelle locale, étant donné l'absence d'une stratégie provinciale. À la suite de la publication du rapport de la Table ministérielle en télésanté, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis sur pied le Centre de coordination national en télésanté (CCNT) chargé d'élaborer des lignes directrices et des principes clairs pour la sélection des projets de télésanté pouvant améliorer l'accès aux services de télésanté dans les régions rurales et éloignées. Le comité a désigné quatre secteurs prioritaires, soit la télépathologie, la téléradiologie, les télésoins à domicile et les services de vidéoconférence (lesquels sont destinés entre autres à appuyer la prestation de services de télésanté mentale). Le Québec vient de diviser le réseau socio-sanitaire en quatre Réseaux universitaires intégrés de santé. Un comité de télésanté inter-RUIS soutiendra le CCNT et des équipes de télésanté formées de prestataires de soins seront créés dans chaque RUIS.

Dans une large mesure, la télésanté mentale est relativement récente au Québec; dans plusieurs régions de la province, elle prend plutôt la forme de projets et n'est pas intégrée dans un programme établi. Le plus stable de ces projets, c'est-à-dire le Réseau mère-enfant de l'hôpital Sainte-Justine, à Montréal, permet d'offrir depuis un certain temps déjà des services de télésanté mentale au Centre de santé de la Basse-Côte-Nord. On a par ailleurs mentionné que des projets de télésanté mentale étaient en œuvre dans tous les grands établissements psychiatriques de la province, notamment à l'hôpital Louis-H.-Lafontaine de Montréal, où une initiative visant la mise en place d'un réseau de télépsychiatrie a été lancée.

Étant donné le nombre élevé de personnes souffrant de problèmes de santé mentale qui appellent Infosanté, le service provincial de télétriage, le Québec a mis en œuvre dans plusieurs de ses régions des projets pilotes visant la mise à l'essai d'*Infosocial*, un autre service de télétriage qui fait appel à des dispensateurs de soins de santé mentale plutôt qu'à des infirmières généralistes. Le gouvernement du Québec se fondera sur les résultats de ces projets pour déterminer s'il est possible de mettre en place un programme provincial.

Obstacles/orientations futures : Pour que les activités de vidéoconférence se déroulent de façon plus conviviale, soient implantées à long terme et soient intégrées au système de santé, il faudra résoudre un certain nombre de problèmes liés à la gestion du changement de même que des questions juridiques et de politique, particulièrement en ce qui concerne la rémunération des fournisseurs de services. À l'heure actuelle, les services de télésanté font partie au Québec des services non assurés en vertu des dispositions législatives pertinentes. Le plan d'action québécois en matière de télésanté prévoit des changements sur le plan législatif et juridique en vue de favoriser l'utilisation des services de télésanté, l'élaboration de normes ainsi que des investissements destinés à permettre la mise à niveau de l'infrastructure du RTSS et la mise en œuvre de projets de télésanté. Les équipes de télésanté des RUIS doivent établir les besoins, proposer un plan d'action, et assurer les services en régions rurales et éloignées, pour ainsi fournir aux établissements une structure de prestations de soins mieux définie.

### **Nouveau-Brunswick**

Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick offre des services de télésanté mentale en collaboration avec la RRS 2, l'une des huit régions régionales de la santé de la province. La RRS 2 a lancé deux projets pilotes de télésanté mentale qui ont marqué le coup d'envoi de cette dernière dans la province. Le premier, mis en œuvre en 2000, visait la prestation de services planifiés, alors que le second, qui a commencé en 2002, consistait à fournir des services d'urgence.

Contrairement à d'autres provinces ou territoires, le Nouveau-Brunswick n'a pas de programme ou de réseau centralisé de télésanté. La province a récemment mis sur pied un bureau de cybersanté qui élabore actuellement une stratégie provinciale en matière de télésanté et a déterminé que la télésanté mentale constituait l'une des trois priorités dans ce domaine. La télésanté mentale fait également partie du plan de réforme des soins de santé primaires de la province.

Bien que les huit régions régionales de la santé (RRS) soient dotées d'équipement de vidéoconférence, elles ne fournissent pas de services de télésanté mentale en raison de l'emplacement de leurs sites. À l'aide d'un système informatisé faisant appel à IRIS (un système interactif d'imagerie et de données en temps réel), la RHA 2 effectue chaque année environ 70 consultations directes en télésanté mentale, selon l'informateur clé. Les services de télésanté mentale fournis sont surtout de nature clinique. Deux hôpitaux et deux cliniques communautaires de santé mentale participent au programme, qui relie Saint-Jean et la région de St. Stephen.

La RRS 3 prend part à une initiative de télésanté qui a été lancée récemment en partenariat avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, et a commencé par la prestation de services à l'intention des toxicomanes. D'après les informateurs clés, d'autres RRS sont intéressées à fournir des services de télésanté mentale, mais ne possèdent pas encore l'équipement nécessaire.

Obstacles/orientations futures : Le principal facteur qui nuit à l'intégration des services de télésanté mentale au Nouveau-Brunswick est l'insuffisance de fonds qui empêche le soutien et l'amélioration du réseau ainsi que la mise en œuvre des programmes par toutes les RRS. Parmi les autres obstacles, mentionnons des difficultés liées à la gestion du changement, notamment une certaine résistance de la part des fournisseurs de services, de même les politiques actuelles en matière de rémunération des médecins. Même si la télésanté mentale gagne du terrain au Nouveau-Brunswick, son intégration aux services de santé reste limitée à la région de St. Stephen. Le gouvernement provincial prévoit mettre en place de services de télésanté mentale sur tout son territoire s'il dispose de nouveaux fonds. En outre, il collabore avec le *Atlantic Telemental Health Committee* afin d'élaborer des normes de pratique pour la télésanté mentale.

## **Nouvelle-Écosse**

Le réseau de télésanté mentale de la Nouvelle-Écosse (*Nova Scotia Telehealth Network - NSTN*)\*, exploité par ministère de la Santé de cette province, a commencé à offrir des services de télésanté en 1996, dans le cadre d'un projet pilote. En 2000, il s'est lancé dans la prestation de services de télésanté mentale, laquelle est maintenant intégrée à un programme provincial doté d'un budget propre.

En janvier 2004, le NSTN comptait 53 sites de vidéoconférence situés dans 42 établissements de santé de toutes les régions de la province. Le programme comporte une clinique de télésanté mentale qui offre des consultations en psychiatrie pour adultes et pour enfants. Le nombre de consultations effectuées chaque année par le réseau s'élève à 350. Par ailleurs, des services de santé mentale sont fournis à un établissement de justice pour les jeunes dans le cadre d'un partenariat.

Le centre de santé Isaac Walton Killam (IWK) de Halifax offre des consultations en pédopsychiatrie à divers sites situés dans des régions éloignées de la province. Son service de psychologie a mis en œuvre divers projets de recherche afin d'améliorer l'accès aux services par le truchement de l'Internet pour les patients souffrant de problèmes de santé moins graves.

La Nouvelle-Écosse fournit des services de télésanté mentale aux autres provinces de l'Atlantique, notamment des services de pédopsychiatrie au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard. Elle est également reliée à l'Ontario et à quelques autres provinces et territoires.

Obstacles/orientations futures: Le recours à la vidéoconférence pour la prestation de services de télésanté mentale en est aux premiers stades d'intégration au système de santé de la Nouvelle-Écosse. Bien que les fournisseurs de services de la Nouvelle-Écosse et de l'extérieur soient rémunérés pour les services de télésanté qu'ils fournissent, l'absence d'ententes bilatérales avec les autres provinces et territoires relativement aux permis d'exercice et à la rémunération, la résistance manifestée par les médecins et la pénurie de

---

\* Site Web : <http://www.gov.ns.ca/health/telehealth/default.htm>.

fournisseurs de services constituent des obstacles à l'expansion et à la généralisation des services de télésanté mentale en Nouvelle-Écosse.

### **Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)**

L'Î.-P.-É. ne possède pas de réseau ni de programme provincial de télésanté\*, mais elle compte deux sites de télésanté qui peuvent fournir des services de télésanté mentale. Ils sont situés aux endroits suivants :

- l'hôpital Queen Elizabeth de Charlottetown;et
- le centre Richmond, une clinique communautaire de santé mentale située à Charlottetown.

Le site de l'hôpital Queen Elizabeth fournit des services non spécialisés de télésanté. Il reçoit et fournit divers de tels services depuis la fin des années 1990, notamment des services de télésanté mentale. Le centre Richmond a commencé ses activités en 2003 et reçoit des services de télésanté mentale.

Selon l'informateur clé, le centre Richmond Centre effectue entre 20 et 30 téléconsultations directes et indirectes par année.

Les services transfrontaliers sont importants pour l'Î.-P.-É. La province reçoit certains services de pédopsychiatrie du centre de santé IWK de la Nouvelle-Écosse. L'Ontario lui fournit également des services liés aux troubles de l'alimentation et destinés aux adultes. Avant la mise sur pied des deux sites de télésanté de l'Î.-P.-É., il n'y avait que deux possibilités : soit les patients étaient transportés en avion à Halifax ou vers d'autres centres à l'extérieur de la province afin d'être traités, soit l'on faisait venir les spécialistes à l'Î.-P.-É. La province fait partie du *Atlantic Telemental Health Network*, une entité interprovinciale qui élabore des politiques, des procédures et des normes de service en matière de télésanté mentale et collabore avec d'autres provinces de l'Atlantique dans le cadre de projets de télésanté mentale.

Obstacles/orientations futures : Les services de télésanté mentale sont jusqu'à un certain point intégrés aux services communautaires de santé mentale du centre Richmond, mais leur intégration au système de santé provincial n'est pas encore chose faite. La province met en œuvre plusieurs initiatives pour favoriser leur expansion. Par exemple, la télésanté mentale fait maintenant partie de la stratégie globale de l'Î.-P.-É. en matière de santé mentale. On compte ajouter un volet de télésanté mentale au programme de télésoins à domicile et au programme de restructuration des soins primaires. En outre, la province prévoit augmenter le nombre d'installations de télésanté en mettant sur pied au moins un site multifonctionnel de télésanté dans chacune de ses quatre régions sanitaires au cours des cinq prochaines années. L'Î.-P.-É. participe à des activités transfrontalières,

---

\* Elle a cependant un réseau provincial d'information sur la santé appelé « *Island Health Information Network* » (IHIS), lequel est une source d'information pour les patients ou clients ainsi que pour les fournisseurs de services.

en particulier dans les domaines spécialisés. Bien qu'elle ait passé des contrats de paiement à l'acte avec certaines provinces, la rémunération des fournisseurs de services reste une question à régler. On a déterminé que les infrastructures déficientes, le manque de fonds et l'expérience limitée du personnel constituaient les principaux obstacles à l'intégration des services de télésanté mentale dans la province.

### **Terre-Neuve-et-Labrador**

La province de Terre-Neuve-et-Labrador est la seule à fournir des services de télésanté mentale par le truchement d'un organisme établi en milieu universitaire, soit la *Telehealth and Educational Technical Resource Agency* (TETRA)\* de l'Université Memorial. La TETRA a été créée en 1975 afin de favoriser le recours à la technologie de l'information et aux télécommunications dans les régions rurales, éloignées ou isolées. Elle offre différents services de télésanté mentale, notamment des services d'audioconférence et de vidéoconférence. Elle est le principal fournisseur de services de télésanté mentale de la province.

En janvier 2004, la TETRA comptait 72 sites (y compris des sites faisant appel aux télécommunications par satellite) pouvant recevoir ou fournir des services de télésanté, et dans certains cas les deux. Bien que la majeure partie de leurs activités soient liées à la recherche et à l'éducation, ils offrent des services cliniques de santé mentale, plus précisément en pédopsychiatrie. Par ailleurs, on a récemment mis en œuvre un projet éducatif, à savoir le *Interdisciplinary Mental Health Demonstration Project*. Un programme de téléconsultations comportant des évaluations en santé mentale est également en cours sur la côte du Labrador.

Il y a eu dans la province environ 100 consultations directes en pédopsychiatrie en 2001-2002, mais aucune n'a eu lieu en 2003 en raison du départ du pédopsychiatre. Les consultations ont cependant repris dernièrement, après l'arrivée d'un nouveau spécialiste.

La province réalise certaines activités transfrontalières avec le Québec en soutien à un programme spécialisé de gestion du comportement à l'intention des enfants autistes. Dans le cadre du réseau *Atlantic Telemental Health Network*, elle collabore également avec d'autres provinces de l'Atlantique afin d'élaborer des normes de pratiques en matière de télésanté mentale.

Obstacles/orientations futures : Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a été le premier au pays à mettre sur pied des services de télésanté et l'un des premiers à mettre à l'essai des services de télépsychiatrie, mais les services cliniques de télésanté mentale ne semblent pas bien intégrés au système de santé provincial, compte tenu du peu d'activités dans le domaine mentionnées par les informateurs clés. L'un des obstacles à une telle intégration pourrait bien résider dans la politique actuelle de rémunération à l'acte pour le secteur de la télésanté, politique qui ne s'est appliquée jusqu'à maintenant qu'aux services de pédopsychiatrie (mais qui est en cours de révision). Par ailleurs, on a suggéré

---

\* Site Web : <http://www.med.mun.ca/telemed/>.

que d'autres recherches soient menées afin de déterminer pourquoi les fournisseurs de services sont lents à donner leur appui à ce mode de prestation de services. La restructuration des services de santé mentale qui a lieu en ce moment dans la province pourrait donner lieu à de nouvelles possibilités d'expansion et d'intégration.

### **Gouvernement fédéral – Anciens Combattants Canada**

Anciens Combattants Canada (ACC) a élaboré une stratégie relative à la santé mentale pour répondre aux besoins du personnel des Forces armées canadiennes et des anciens combattants qui sont aux prises avec des problèmes psychologiques découlant de leur service militaire. Les initiatives mises en œuvre en vertu de cette stratégie visent à améliorer l'accès en temps opportun à de meilleurs services de traitement à la grandeur du pays pour le personnel canadien touché.

Un projet de télésanté mentale qui s'appuie sur l'utilisation de réseaux de télésanté provinciaux et territoriaux déjà en place permettra à ACC d'améliorer l'accès de ses clients aux services de soins psychologiques. Le personnel d'ACC travaille avec la *Telehealth Educational Technology Resource Agency (TETRA)*, un centre de ressources en télésanté de l'Université Memorial à Terre-Neuve, pour offrir un service de télésanté à ces clients qui vivent en régions rurales et éloignées. Les clients admissibles pourraient choisir d'utiliser un service de vidéo-conférence implanté dans leur région pour communiquer avec leur thérapeute, plutôt que de parcourir de longues distances pour obtenir une consultation en tête-à-tête.

Obstacles/orientations futures: La tâche de procéder à des changements aux politiques et processus en place au sein des multiples disciplines pratiquées par les prestataires dans l'un ou l'autre des provinces et des territoires est complexe et elle influence le rythme auquel ces nouveaux services peuvent être déployés. ACC entend implémenter ce mode de prestation de service à travers le pays au fur et à mesure que les besoins locaux le justifieront et les ressources le permettront. Des normes pour la prestation de ces services sont en préparation. Grâce à un réseau national de sessions cliniques en santé mentale qui se développe avec le soutien d'ACC, il est possible de faire du télé-apprentissage, de la télé-formation et du télé-mentorat. Ces sessions portent sur les besoins du personnel militaire canadien.

## ANNEXE 2 : INITIATIVES DES COLLECTIVITÉS INUITES ET DES PREMIÈRES NATIONS

Il incombe à Santé Canada d'assurer la prestation et l'accessibilité des services de santé dans les collectivités inuites et des Premières nations. En vue de permettre la prestation de services de télésanté dans ces collectivités, le Ministère a financé l'élaboration d'un plan directeur et tactique pour l'infrastructure autochtone de la santé en réponse aux recommandations formulées par le Conseil consultatif sur l'infrastructure de la santé dans son rapport final, intitulé *Inforoute Santé du Canada : Voies vers une meilleure santé* (1999). Ce plan a été soumis aux organisations autochtones à des fins d'examen, mais on n'a pas débloqué de fonds pour sa mise en œuvre.

En règle générale, pour assurer la prestation de services de télésanté dans les collectivités inuites et des Premières nations, il faut mettre le plus possible à profit les réseaux de télésanté provinciaux et territoriaux ainsi que les infrastructures de télécommunications qui existent déjà. Par conséquent, selon l'un des principaux informateurs, la plupart des initiatives et des services télésanté mis en œuvre dans ces collectivités sont le fruit d'une collaboration entre ces dernières et les différents ordres de gouvernement.

Santé Canada possède 546 établissements de santé qui fournissent des services aux Inuits et aux membres des Premières nations, et 89 sites de télésanté. Seuls 42 % de ces installations sont dotées d'un lien satellitaire, et 5 % seulement ont accès à un système de communication à large bande. Dans de nombreuses collectivités inuites et des Premières nations, l'infrastructure de télécommunications en place ne permet pas de recevoir des services de télésanté mentale.

En dépit de ces difficultés, un certain nombre de ces collectivités sont maintenant en mesure de recevoir ou de fournir (et parfois les deux) des services de télésanté mentale. Elles sont situées dans diverses régions du Canada. Parmi les principaux projets récemment mis en œuvre pour servir ces collectivités, on trouve les suivants.

- Le projet de télésanté Keewaytinook Okimakanak (KO), lancé sous la direction du conseil tribal des Premières nations Keewaytinook Okimakanak et d'Industrie Canada, en vertu de son programme des collectivités ingénieuses. Dans le cadre du projet, on fait appel à de l'équipement de vidéoconférence et à un réseau de communication à large bande exploité par *K-Net Services* (le service des technologies de l'information et des communications du conseil tribal) afin d'améliorer l'accès de six collectivités autochtones du nord-ouest de l'Ontario aux programmes de santé et aux professionnels du domaine. Depuis 2000, les responsables du projet KO collaborent avec ceux du réseau ontarien NORTH pour la mise en œuvre d'un projet pilote visant la prestation de services de télépsychiatrie dans deux des six collectivités des Premières

nations membres de KO, soit celles de *Poplar Hill* et de *North Spirit Lake*. On a eu recours à la vidéo, aux télécommunications et à la technologie numérique pour permettre une liaison audiovisuelle en temps réel entre ces collectivités et des fournisseurs de services de santé mentale de l'Ontario et du Manitoba. On étend actuellement la mise en oeuvre du projet à 24 sites grâce à un financement provenant du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.

- Le projet de télésanté mentale pour Autochtones (Native Mental Telehealth Project), qui fait appel à la technologie de la télésanté afin de fournir des services de télésanté mentale, y compris des traitements pour les toxicomanes, aux résidents de la collectivité mohawk d'Akwesasne, dont le territoire s'étend de part et d'autre de la frontière entre le Québec et l'Ontario, le long du fleuve Saint-Laurent. Financé par CANARIE inc., le projet met à contribution un guérisseur autochtone aux fins de consultations entre les patients de la collectivité et des psychiatres se trouvant à Ottawa. Le financement assuré par CANARIE inc. a pris fin en mars 2004.
- Le *Alberta First Nations Telehealth Project*, une initiative fédérale liée au projet du Gouvernement en direct et visant la redéfinition de la prestation de services de santé aux collectivités des Premières nations de l'Alberta. On a mis en place une infrastructure technique dans 41 collectivités autochtones de l'Alberta. En outre, on a installé de l'équipement de vidéoconférence dans 21 centres de santé afin d'appuyer l'utilisation de certaines applications de télésanté ainsi que l'élaboration de programmes en la matière, notamment pour permettre l'accès à une formation dans les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie. Des séances de télésanté mentale à caractère éducatif sont maintenant offertes à toutes les bandes visées par le Traité 7.
- Le projet fédéral-provincial de télésanté du Nouveau-Brunswick, qui se déroule dans le cadre d'un nouveau partenariat destiné à mettre à l'essai des ententes de financement novatrices relatives aux services de télésanté. Ce projet permettra la prestation de services à l'intention des toxicomanes et, plus tard, de la mise en place de télésoins à domicile. Les sites de télésanté relieront trois établissements de santé de la province, une salle d'urgence et la collectivité de Toby.

Obstacles/orientations futures : La demande visant les services de télésanté mentale est forte au sein des collectivités inuites et des Premières nations. Les informateurs clés de plusieurs provinces et territoires ont souligné la nécessité d'y assurer des services de télésanté mentale. Toutefois, l'un d'entre eux estimait qu'il importe de bien établir des programmes de santé mentale dans ces collectivités avant de songer à y mettre en place des services de télésanté mentale. Les principaux obstacles à la prestation de tels services sont les suivants :

- le manque de fonds permettant d'assurer une continuité;

- l'accès insuffisant aux technologies de l'information et des communications, en particulier à des infrastructures de télécommunications de pointe; et
- les enjeux culturels.

Si l'infrastructure autochtone de la santé évolue constamment, deux facteurs ont créé un climat favorable à l'adoption d'une approche plus concertée et à la formation de nouveaux partenariats. Le premier réside dans la priorité accordée par le gouvernement fédéral aux soins de santé pour Autochtones. Le deuxième vient du fait que de nombreuses collectivités souhaitent qu'on implante chez elles la télésanté afin d'améliorer l'accès aux services et d'assurer la mise en œuvre de programmes adaptés à leurs besoins sur le plan culturel et linguistique.

## ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE

### ENTREVUE AVEC LES INFORMATEURS CLÉS TÉLÉSANTÉ MENTALE AU CANADA

Nom du répondant : \_\_\_\_\_  
Province/territoire : \_\_\_\_\_  
Poste occupé : \_\_\_\_\_

#### Introduction

Le Bureau de la santé et l'Inforoute de Santé Canada prépare actuellement un rapport sur la télésanté mentale au Canada. Le but de son étude est de permettre aux décideurs de mieux comprendre la façon dont la télésanté mentale contribue à la prestation de services. Dans cette optique, on compte décrire la situation qui règne actuellement au Canada dans le domaine, faire état des expériences réalisées à ce jour et déterminer dans quelle mesure les services de télésanté mentale pourraient être mieux intégrés au système de santé.

Aux fins de l'étude, la télésanté mentale est définie comme le recours aux technologies de l'information et des communications pour la prestation de services de santé mentale. Elle comprend diverses applications de la télésanté servant à la prestation directe de services de santé mentale, y compris les services de triage téléphoniques, mais à l'exclusion des services téléphoniques traditionnels, qui font partie depuis longtemps déjà des services offerts à l'ensemble de la population dans le cadre du système de santé.

L'étude comporte un examen de la documentation publiée et des données non officielles sur la question ainsi que des entrevues avec des informateurs clés menées à l'aide du présent questionnaire. Les principaux objectifs de ces entrevues sont les suivants :

- valider l'information recueillie;
- obtenir des renseignements supplémentaires afin d'appuyer l'analyse et la conclusion de l'étude.

#### Validation de l'information recueillie

---

**Q.1.1** On vous a fait parvenir un résumé des initiatives de télésanté mentale mises en œuvre dans votre province ou territoire, résumé contenant des renseignements recueillis aux seules fins de l'entrevue. À votre avis, ce résumé reflète-t-il avec exactitude la situation à cet égard dans votre province ou territoire?

#### Tendances

---

**Q.2.1** Existe-t-il des tendances particulières en télésanté mentale dans votre province ou territoire?

**Q.2.2** Quel avenir prévoyez-vous pour la télésanté mentale dans votre province ou territoire?

### **Politiques**

---

**Q.3.1** Y a-t-il des enjeux politiques qui influencent l'expansion et l'intégration des services de télésanté mentale dans votre province ou territoire? Le cas échéant, quels sont-ils?

**Q.3.2** Est-ce que votre province ou territoire appuie la prestation de services transfrontaliers de télésanté mentale? Le cas échéant, de quelle façon?

### **Intégration**

---

**Q.4.1** À votre avis, jusqu'à quel point la télésanté mentale est-elle intégrée au système de santé dans votre province ou territoire?

**Q.4.2** De façon plus particulière, pensez-vous que :

a) Votre province ou territoire dépend principalement des fonds alloués aux projets pour le financement des services de télésanté mentale?

b) Votre province ou territoire s'efforce de mettre en place des politiques visant à intégrer les projets existants au système de santé?

c) Votre province ou territoire services a pleinement intégré la télésanté mentale au système de santé?

**Q.4.3** De façon générale, quels sont d'après vous les principaux obstacles à l'intégration de la télésanté mentale aux services de santé mentale?

**Q.4.4** Quels sont les principaux facteurs qui favorisent cette intégration?

### **Leçons retenues**

---

**Q.5.1** Selon votre expérience, quelles sont les plus importantes leçons retenues des initiatives de télésanté mentale mises en oeuvre dans votre province ou territoire?

**Q.5.2** Dans le domaine de la télésanté, la télésanté mentale posent-elle des problèmes particuliers?

#### **Autres questions**

---

**Q.6.1** Auriez-vous des recommandations précises à formuler au sujet de l'expansion des services de télésanté mentale?

**Q.6.2** Connaissez-vous certains documents ou certaines ressources qui, selon vous, pourraient être utiles pour notre projet, mis à part ceux qui sont mentionnés dans le résumé?

**MERCI DE VOTRE COLLABORATION**

## ANNEXE 4 : BIBLIOGRAPHIE

- Alberta Mental Health Board. Telemental Health Service Standards. Unpublished.
- Allen, M., Sargeant, J. and MacDougall, E. (2002). Videoconferenced continuing medical education in Nova Scotia. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8 (suppl. 3), 2-4.
- Bailie, L. (2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être*. Extrait le 3 septembre 2003 du site <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/030903/q030903a.htm>.
- Barer, L., Elford, D.R., Cukor, P. (May/June 1997). Telepsychiatry at Forty: What have we learned? *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 1, 7-17.
- Bishop, J.E., O'Reilly, R.L., Maddox, K. and Hutchinson, L.J. (2002). Client satisfaction in a feasibility study comparing face-to-face interviews with telepsychiatry. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8, 4, 217-221.
- Brehl, R. (September 2002). The Cutting Edge. *Time Magazine*, 1-5.
- Brown, E. (June 2003). NORTH Network Program Final CHIPP Project Report. Unpublished.
- Brown E. (June 2002). Lessons in telehealth. *Canadian Healthcare Manager*, 39-41.
- Brown, E., Sarsfield, L. (June 2003). NORTH Network Program Phase II Evaluation Report. Unpublished.
- Final Report for the Yukon Telehealth Network. (January 2004). Unpublished.
- Campbell, R. (June 2003). Project Outreach Final CHIPP Project Report. Unpublished.
- Campbell, R., O'Gorman, and J., Andrews, M. (June 2003). Project Outreach CHIPP Evaluation report. Unpublished.
- Canadian Mental Health Association.(June 2003). Access to Mental Health Services: Issues, Barriers and Recommendations for Federal Action. A Brief to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology -- Mental Health and Illness: Phase One.
- Association des psychiatres du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada. (Décembre 2000). Les soins de santé mentale partagés au Canada : état actuel, commentaires et recommandations. Extrait le 26 février 2004 du site [http://www.cpa-apc.org/French\\_Site/Professional/shared\\_care\\_fr.PDF](http://www.cpa-apc.org/French_Site/Professional/shared_care_fr.PDF).
- Centre for Health Services and Policy Research, Queen's University. (December, 2002) Evaluation of the Keewatinook Okimakanak Telepsychiatry Pilot Project. Unpublished.
- Centre for Telehealth @ Mheccu, University of British Columbia. (July 2003). Final Evaluation Report for the BC/Yukon Telehealth CHIPP Project. Unpublished.
- Cornish, P.A., Crurch, E., Callanan, T., Bethune, C., Robbins, C., Miller, R. (2003). Rural Interdisciplinary Mental Health Team Building via Satellite: A Demonstration Project. *Telemedicine Journal and E-Health*, 9, 1, 63-71
- Craddock, T.D. (2002). Sustainability - the Holy Grail of Telehealth? *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8 (suppl. 3), 7-8.

- Desormeau, Nancy. (Février 2004). La stratégie d'affaires d'Inforoute Santé du Canada. Présentation principale à l'atelier CANARIE Inc. sur les modèles en télésanté (février 2004). Extrait le 29 mars 2004 du site [http://www.canarie.ca/conferences\\_f/telehealth\\_f/presentations/nancy\\_desormeau.ppt](http://www.canarie.ca/conferences_f/telehealth_f/presentations/nancy_desormeau.ppt).
- Elford, R. (2004). Telemedicine Activities at Memorial University of Newfoundland - A Historical Review: 1975-1997. Extrait le 17 février 2004 du site <http://www.med.mun.ca/telemed/teleshist/telemulti.htm>.
- Elford, R., White, H., St John, K., Maddigan, B., Ghandi, M. and Bowering, R. (2001). A prospective satisfaction study and cost analysis of a pilot child telepsychiatry service in Newfoundland. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7, 2, 73-81.
- Elford, R., White, H., Bowering, R., Ghandi, A., Maddigan, B., St John, K. et al. (2000). A randomized, controlled trial of child psychiatric assessments conducted using videoconferencing. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6, 2, 73-82.
- Hailey, D., Jacobs, P., Simpson J., Doze, S. (1999). An assessment framework of telemedicine applications. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 5, 3, 162-170.
- Hailey, D. (2001). Some successes and limitations with telehealth in Canada. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7 (suppl. 2), 73-75.
- Hailey, D., Bulger, T., Stayberg, S. and Urness, D. (2002). The evolution of a successful telemedicine mental health service. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8 (suppl. 3), 24-26.
- Hailey, D., Bulger, T., Stayberg, S. and Urness, D. (2003). The reality of applying an assessment guideline to a telemedicine mental health programme. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9, 344-348.
- Hailey, D., Jacobs, Simpson, J. and P., Doze, S. (1999). An assessment framework for telemedicine applications. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 5, 3, 162-170.
- Hasham, S., Akalu, R. and Rossos, P. G. (2003). *Medico-Legal Implications of Telehealth in Canada*. Extrait le 27 octobre 2003 du site [http://128.100.167.70/Bell\\_Labs/pages/Medico-Legal%20Implications%20of%20Telehealth%20-%20CST%202003%20-%20V2.0.pdf](http://128.100.167.70/Bell_Labs/pages/Medico-Legal%20Implications%20of%20Telehealth%20-%20CST%202003%20-%20V2.0.pdf).
- Santé Canada (2003). Technologies de l'information et des communications dans le système de santé canadien : analyse de projets relatifs aux TIC financés par le gouvernement fédéral. Bureau de la santé et l'Inforoute, Ottawa: *Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux*.
- Santé Canada (2002). De la connaissance à la pratique : le Fonds pour l'adaptation des services de santé – Série de rapports de synthèse : la santé rurale et télésanté. Ottawa: *Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux*.
- Santé Canada (2002). De la connaissance à la pratique : le Fonds pour l'adaptation des services de santé – Série de rapports de synthèse : la santé mentale. Ottawa: *Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux*.
- Santé Canada. (2001). Les services communautaires de télésanté au XXI<sup>e</sup> siècle. Ottawa: *Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux*.
- Hilty, M.D., Liu, W., Marks, S. et Callahan, J. (octobre 2003). The Effectiveness of Telepsychiatry: A Review. *Canadian Psychiatric Association Bulletin = Bulletin – Association des psychiatres du Canada*, 10-17.

- Infotelmed Communications Inc. (February 2003). IJU Nunavut Telehealth Project: Implementation Evaluation Report. Unpublished.
- Infotelmed Communications Inc. (April 15, 2003). MB Telehealth Evaluation Report: Final Report, Volume 1: Evaluation Methods and Findings. Unpublished.
- Jennett, P., Scott, R., Hailey, D., Ohinmaa, A., Thomas, R., Anderson, C. et al. (2003). Final Report: Socio-Economic Impact of Telehealth: Evidence Now for Health Care in the Future, 1. Extrait le 16 octobre 2003 du site [http://www.fp.ucalgary.ca/telehealth/AHFMR\\_State\\_of\\_the\\_Science\\_Review.htm](http://www.fp.ucalgary.ca/telehealth/AHFMR_State_of_the_Science_Review.htm).
- Jennett, P., Scott, R., Hailey, D., Ohinmaa, A., Thomas, R., Anderson, C. et al. (2003). Final Report: Socio-Economic Impact of Telehealth: Evidence Now for Health Care in the Future, 2. Extrait le 16 octobre 2003 du site [http://www.fp.ucalgary.ca/telehealth/AHFMR\\_State\\_of\\_the\\_Science\\_Review.htm](http://www.fp.ucalgary.ca/telehealth/AHFMR_State_of_the_Science_Review.htm).
- Malloch Graham and Associates management Consultants, Health Telematics Unit, Faculty of Medicine, University of Calgary. (October 2003). An evaluation of the Yukon Telehealth Network. Unpublished.
- Moore Chamberlin and Associates. (October 2000). The Northern Telehealth Network Pilot Year Evaluation, Saskatoon. Extrait le 31 mars 2004 du site [http://www.health.gov.sk.ca/ps\\_telehealthsask.pdf](http://www.health.gov.sk.ca/ps_telehealthsask.pdf).
- Lignes directrices de l'Initiative nationale de télésanté. (2003). Cadre de lignes directrices de l'Initiative nationale de télésanté (NIFTE). Ottawa: NIFTE.
- Noorani, H. et Picot, J. Évaluation de la vidéoconférence en télésanté au Canada. Ottawa: *Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé*; 2001. Rapport technologique n° 14.
- Ontario College of Family Physicians. (February 20<sup>th</sup>, 2003). Collaborative Mental Health Care Network: Interim Report Year II: 2002-2003. Extrait le 17 mars 2004 du site [http://www.ocfp.on.ca/local/files/CME/CMHCN/Denis%20Helm\\_Interim%20Report3-feb%201803-n\\_b.pdf](http://www.ocfp.on.ca/local/files/CME/CMHCN/Denis%20Helm_Interim%20Report3-feb%201803-n_b.pdf).
- O'Reilly, R.L., Karlinsky, H., Tempier, R. et Gray, J.E. (2003, octobre). A survey of Canadian Psychiatrists' Experiences and Opinions on Using Videoconferencing for Assessments Required by Mental Health Legislation. *Canadian Psychiatric Association Bulletin = Bulletin – Association des psychiatres du Canada*, 18-20.
- Piroux, Michel. (19 septembre 2003). Gestion et organisation de la télésanté : organisation provinciale. *Présentation donnée à la quatrième édition du Symposium sur la télésanté*. Québec.
- Scott, R.E., Faruq, M., Chowdhury, U. and Varghese, S. (2002). Telehealth policy: looking for global complementarity. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8 (suppl. 3), 55-57.
- Simpson, J., Doze, S., Urness, D., Hailey, D. and Jacobs, P. (2001). Evaluation of a routine telepsychiatry service. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7, 2, 90-98.
- Simpson, J., Doze, S., Urness, D., Hailey, D. and Jacobs, P. (2001). Telepsychiatry as a routine service - the perspective of the patient. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7, 3, 155-160.

- Smith, H.A., Allison, R.A. (October 2001). *Telemental Health: Delivering Mental Health Care at a Distance. A Summary Report. U.S. Department of Health and Human Services, Office for the Advancement of Telehealth.* Extrait le 13 août 2003 du site <http://telehealth.hrsa.gov/pubs/mental/mental.pdf>.
- Stacey, D., Noorani, H.Z., Fisher, A., Robinson, D., Joyce, J. et Pong, R.W. (2003). *Le télétriage : étude méthodique et enquête auprès des centres d'appels canadiens.* Ottawa: *Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé.* Rapport technologique n° 43.
- Statistique Canada (septembre 2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être. Le Quotidien.*
- Stephens, T. et Joubert, N. (2001). *Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada. Maladies chroniques au Canada, 22,1, 19-25.* Extrait le 3 septembre 2004 du site [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cdic-mcc/22-1/d\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cdic-mcc/22-1/d_f.html).
- Urness, D.A. (1999). *Evaluation of a Canadian telepsychiatry Service.* In *The impact of Telemedicine on Health Care Management.* M. Nerlich and R. Kretschmer (Eds) IOS Press. 262-269.
- Urness, D.A. (1999). *Telepsychiatry and the Alberta Experience.* Extrait le 20 octobre 2003 du site <http://www.cpa-apc.org/publications/archives/bulletin/1999/april/feature.htm>.
- Urness, D. A., Delday, L.(draft January 2004). *Survey of Telepsychiatry Activity in Canada 2003. Alberta Mental Health Board.* Unpublished.
- Winnipeg Regional Health Authority. (October 2003). *MB Telehealth Final Project Report.* Unpublished.
- Wootton, R. and Hebert, M.A.(2001). *What constitutes success in telehealth? Journal of Telemedicine and Telecare, 7 (suppl. 2), 3-7.*
- Wootton, R. Yellowlees, P. and McLaren, P. (2003). *Telepsychiatry and e-mental health.* London, UK: *Royal Society of Medicine Press Ltd.*
- Wilkerson, Bill (May 2004). *“Toxic environment: Today’s workplace practices have created a tidal wave of mental illness that’s costing our economy billions of dollars in lost productivity. The Ottawa Citizen.*

## ANNEXE 5 : NOTES

<sup>1</sup> Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être. *Le Quotidien*, le 3 septembre 2003, p. 1.

<sup>2</sup> Association canadienne pour la santé mentale (Juin 2003). Access to Mental Health Services: Issues, Barriers and Recommendations for Federal Action. Mémoire présenté au Comité sénatorial des affaires sociales, de la science et de la technologie – Santé et maladie mentale: Phase Un, p. i.

<sup>3</sup> Stephens, T. et Joubert, N. (2001). Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada. *Maladies chroniques au Canada*, vol. 22, n° 1, p. 19.

<sup>4</sup> Wilkerson, Bill. "Toxic environment: Today's workplace practices have created a tidal wave of mental illness that's costing our economy billions of dollars in lost productivity." *The Ottawa Citizen*. Monday, May 17, 2004, p. A13.

<sup>5</sup> Brehl, R. (September 23, 2002). The Cutting Edge. *Time Magazine*, p. 1.

<sup>6</sup> Santé Canada, Bureau de la santé et l'Inforoute. Technologies de l'information et des communications dans le système de santé canadien : analyse de projets relatifs aux TIC financés par le gouvernement fédéral. Juin 2003.

<sup>7</sup> Association canadienne pour la santé mentale (June 2003). Access to Mental Health Services: Issues, Barriers and Recommendations for Federal Action. Mémoire présenté au Comité sénatorial des affaires sociales, de la science et de la technologie – Santé et maladie mentale: Phase Un, p. 10.

<sup>8</sup> Hilty, M.D., Liu, W., Marks, S. et Callahan, J. (Octobre 2003). The Effectiveness of Telepsychiatry: A Review. *Canadian Psychiatric Association Bulletin = Bulletin – Association des psychiatres du Canada*, p. 15.

<sup>9</sup> Elford, R., White, H., Bowering, R., Ghandi, A., Maddigan, B., St John, K. *et al.* (2000). A randomized, controlled trial of child psychiatric assessments conducted using videoconferencing. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6, 2, p.79-80.

<sup>10</sup> Urness, D. A., Delday, L.(draft January 2004). Survey of Telepsychiatry Activity in Canada 2003, p.12.

<sup>11</sup> Craddock, T.D. (2002). Sustainability - the Holy Grail of Telehealth? *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8 (suppl. 3), p. 7.

<sup>12</sup> Smith, H.A., Allison, R.A. (October 2001). Telemental Health: Delivering Mental Health Care at a Distance. A Summary Report. *U.S. Department of Health and Human Services, Office for the Advancement of Telehealth*. Foreword.

<sup>13</sup> Urness, D. A., Delday, L.(draft January 2004). Idem, p. 5.

<sup>14</sup> Urness, D. A., Delday, L.(draft January 2004). Idem, p. 12.

<sup>15</sup> Urness, D. A., Delday, L.(draft January 2004). Idem, p. 9.

<sup>16</sup> O'Reilly, R.L., Karlinsky, H., Tempier, R. et Gray, J.E. (2003, octobre). A survey of Canadian Psychiatrists' Experiences and Opinions on Using Videoconferencing for Assessments Required by Mental Health Legislation. *Canadian Psychiatric Association Bulletin = Bulletin – Association des psychiatres du Canada*, p. 19.

<sup>17</sup> Elford, R., White, H., St John, K., Maddigan, B., Ghandi, M. and Bowering, R. (2001). A prospective satisfaction study and cost analysis of a pilot child telepsychiatry service in Newfoundland. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7, 2, p. 76.

<sup>18</sup> Centre for Telehealth @ Mheccu, University of British Columbia. (July 2003). Final Evaluation Report for the BC/Yukon Telehealth CHIPP Project. Unpublished, p. 49.

<sup>19</sup> Urness, D. A., Delday, L.(draft January 2004). Idem, p.8.

<sup>20</sup> Jennett, P., Scott, R., Hailey, D., Ohinmaa, A., Thomas, R., Anderson, C. *et al.* (2003). Final Report: Socio-Economic Impact of Telehealth: Evidence Now for Health Care in the Future, 1, p. 53.

<sup>21</sup> Centre for Health Services and Policy Research, Queen's University. (December 21, 2002) Evaluation of the Keewaytinook Okimakanak Telepsychiatry Pilot Project. Unpublished., p. vi.

<sup>22</sup> Campbell, R. (June 2003). Project Outreach Final CHIPP Project Report, p. 1.

<sup>23</sup> Urness, D.A. (1999). Evaluation of a Canadian telepsychiatry Service. In The impact of Telemedicine on Health Care Management. M. Nerlich and R. Kretschmer (Eds) IOS Press, p.267.

<sup>24</sup> Elford, R. (2004). Telemedicine Activities at Memorial University of Newfoundland - A Historical Review: 1975-1997, p. 11.

<sup>25</sup> Centre for Telehealth @ Mheccu, University of British Columbia. (July 2003). Idem, p. 2.

- <sup>26</sup> Desormeau, Nancy (février 2004). La stratégie d'affaires d'Inforoute Santé du Canada. Présentation principale à l'atelier *CANARIE Inc. sur les modèles en télésanté* (février 2004), p. 5.
- <sup>27</sup> Infotelmed Communications Inc. (April 15, 2003). MB Telehealth Evaluation Report: Final Report, Volume 1: Evaluation Methods and Findings, p. 53.
- <sup>28</sup> Craddock, T.D. (2002). *Idem*, p. 8.
- <sup>29</sup> Campbell, R., O'Gorman, J., Andrews, M. (June 2003). Project Outreach CHIPP Evaluation Report, p. 70.
- <sup>30</sup> Elford, R. (2004). *Idem*, p. 11.
- <sup>31</sup> H Hailey, D., Bulger, T., Stayberg, S. and Urness, D. (2003). The reality of applying an assessment guideline to a telemedicine mental health programme. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9, p. 347.
- <sup>32</sup> Malloch Graham and Associates Management Consultants, Health Telematics Unit, Faculty of Medicine, University of Calgary. (October 2003). An evaluation of the Yukon Telehealth Network, p. 21.
- <sup>33</sup> Brown, E. (June 2003). NORTH Network Program Final CHIPP Project Report, p.16.
- <sup>34</sup> Hailey, D., Jacobs, Simpson, J. and P., Doze, S. (1999). An assessment framework for telemedicine applications. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 5, 3, p. 169.
- <sup>35</sup> Jennett, P., Scott, R., Hailey, D., Ohinmaa, A., Thomas, R., Anderson, C. *et al.* (2003). Final Report: Socio-Economic Impact of Telehealth: Evidence Now for Health Care in the Future, vol. 2, p. 9
- <sup>36</sup> Jennett, P. *et al.* (2003). *Idem*, vol. 1, p. 53.
- <sup>37</sup> Simpson, J., Doze, Urness, D., S., Hailey, D. and Jacobs, P. (2001). Evaluation of a routine telepsychiatry service. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7, 2, p. 90.
- <sup>38</sup> Jennett, P. *et al.* (2003). *Idem*, p. 9.
- <sup>39</sup> Elford, R., White, H., St John, K., Maddigan, B., Ghandi, M. and Bowering, R. (2001). A prospective satisfaction study and cost analysis of a pilot child telepsychiatry service in Newfoundland. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7, 2, p. 78
- <sup>40</sup> Centre for Telehealth @ Mheccu. *Idem*, p. 32.
- <sup>41</sup> Centre for Health Services and Policy Research, Queen's University. *Idem*, p. ii.
- <sup>42</sup> Elford, R., White, H., St John, K., Maddigan, B., Ghandi, M. and Bowering, R. (2001). *Idem*, p. 80.
- <sup>43</sup> Bishop, J.E., O'Reilly, R.L., Maddox, K. and Hutchinson, L.J. (2002). Client satisfaction in a feasibility study comparing face-to-face interviews with telepsychiatry. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8, 4, p. 220.
- <sup>44</sup> Elford, R., White, H., Bowering, R., Ghandi, A., Maddigan, B., St John, K. *et al.* (2000). *Idem*, p. 81.
- <sup>45</sup> Centre for Telehealth @ Mheccu. *Idem*, p. 26.
- <sup>46</sup> Malloch Graham and Associates management Consultants, Health Telematics Unit, Faculty of Medicine, University of Calgary. (October 2003). *Idem*, p. 20.
- <sup>47</sup> Urness, D. A., Delday, L.(draft January 2004). *Idem*, p. 4.
- <sup>48</sup> Malloch Graham and Associates management Consultants, Health Telematics Unit, Faculty of Medicine, University of Calgary. (October 2003). *Idem*, p. 17.
- <sup>49</sup> Infotelmed Communications Inc. (February 2003). IIU Nunavut Telehealth Project: Implementation Evaluation Report, p. 4-5.
- <sup>50</sup> Brown, E., Sarsfield, L. (June 2003). NORTH Network Program Phase II Evaluation Report, p. 3.
- <sup>51</sup> Infotelmed Communications Inc. (February 2003). *Idem*, p. 4-5.
- <sup>52</sup> Elford, R., White, H., St John, K., Maddigan, B., Ghandi, M. and Bowering, R. (2001). *Idem*, p. 73-81
- <sup>53</sup> Simpson, Doze, *et al* (2001). *Idem*, p. 157-158.
- <sup>54</sup> Hailey D. *et al* (2002). *Idem*, p.
- <sup>55</sup> Brown, E., Sarsfield, L. (June 2003). *Idem*, p. 3.
- <sup>56</sup> Centre for Health Services and Policy Research, Queen's University. (December 21, 2002) *Idem*, p. iv.
- <sup>57</sup> Malloch Graham & Associates management Consultants, Health Telematics Unit, Faculty of Medicine, University of Calgary. (October 2003). *Idem*, p. 20.
- <sup>58</sup> Elford, R. (2004). *Idem*, p.11.
- <sup>59</sup> Brown, E., Sarsfield, L. (June 2003). *Idem*, p. 4.
- <sup>60</sup> Brown, E. (June 2003). *Idem*, p. 24.
- <sup>61</sup> Alberta Mental Health Board. Telemental Health Services 2002/03 Year End Report, p. 2.
- <sup>62</sup> Urness, D. A., Delday, L.(draft January 2004). *Idem*, p. 11.
- <sup>63</sup> Winnipeg Regional Health Authority. *MB telehealth Project Report*, p. 3.
- <sup>64</sup> Urness, D. A., Delday, L.(draft January 2004). *Idem*, p. 14.

---

<sup>65</sup> Campbell, R., O’Gorman, J., Andrews, M. (June 2003). *Idem*, p. 17.