



**CanCOVID**

COVID-19 • SCIENCE • KNOWLEDGE

CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES - COVID-19

## Note d'enjeux

### **L'utilisation des technologies virtuelles asynchrones en santé mentale (VASM) dans les communautés rurales et éloignées**

---

Ont contribué à cette Note d'enjeux : Kristina M. Kokorelias, Shinjini Mondal, Karen Palmer, Élisabeth Bélanger-Hardy, Christine Chan, Susan Law

## Résumé exécutif

Dans cette Note d'enjeux, nous décrivons certains des services et plateformes virtuels asynchrones en santé mentale (VASM) mis en œuvre pour les adultes vivant dans des zones éloignées ou rurales au Canada et à l'étranger. Nous résumons les données probantes issues d'un examen rapide de la portée, des types, de l'efficacité déclarée et de l'adoption de ces modalités asynchrones, ainsi que des mesures des résultats déclarés par les patients (MRDP). Les considérations fondées sur les données probantes pour la pratique et la politique au Canada sont tirées principalement de la littérature publiée, des idées supplémentaires ayant été fournies par des informateurs clés. Enfin, nous terminons par une discussion de ce que le Canada peut apprendre des données probantes.

Les services de VASM sont fournis selon des modalités qui ne reposent pas sur des interactions « en temps réel » avec les prestataires. Ainsi, ils sont proposés par l'intermédiaire d'applications pour téléphones intelligents ou de plateformes web. Les options en matière de VASM ont suscité l'intérêt des prestataires de soins de santé et des chercheurs sur les systèmes de santé, en particulier dans les zones rurales et éloignées où les personnes sont souvent confrontées à un manque de ressources humaines et médicales en temps utile. Cette Note d'enjeux vise à répondre aux questions suivantes :

- Quels services ou plateformes VASM sont utilisés par les adultes vivant dans des communautés rurales ou éloignées au Canada et à l'étranger, et quels sont les résultats obtenus en matière d'efficacité et d'adoption de ces plateformes ?
- Quelles sont les mesures de résultats déclarés par les patients (MRDP) des soins dispensés au moyen de technologies VASM aux adultes vivant dans des communautés rurales, éloignées et autochtones ?

Nous avons étudié une grande variété de services VASM et de plateformes virtuelles, incluant compris des applications qui offrent des services de messagerie, de soutien par les pairs et d'autoéducation. Les résultats en termes d'efficacité et d'adoption ont été mesurés par le nombre de mots des clients, la fréquence à laquelle les individus ont pu contacter et poser des questions, et la fréquence de la communication entre les clients et les équipes de soins de santé. Les MRDP comprennent l'utilisation déclarée, l'adhésion au traitement et l'amélioration des symptômes.

### Enseignements tirés et recommandations clés :

*Enseignement 1 : Les services/plateformes VASM peuvent ne pas être efficaces pour certains adultes.*

Pour diverses raisons, les soins de santé mentale dispensés selon des modalités asynchrones peuvent ne pas bénéficier à tous les adultes. Tous les groupes n'ont pas bénéficié des avantages des programmes de santé mentale asynchrone en raison de facteurs tels que les lacunes dans les compétences, l'utilisation de la technologie et l'adéquation des soins, autant de facteurs qui nuisent à l'accès et à l'équité. Il n'existe pas de données sur les sous-groupes bénéficiant de modalités asynchrones, ni sur les diagnostics spécifiques ni dans quelles conditions.

*Enseignement 2 : Une microfocalisation sur la mise en œuvre de services VASM dans des contextes/populations spécifiques peut révéler des facteurs affectant l'engagement des clients/patients, ce qui pourrait avoir effet d'en améliorer l'adoption et l'efficacité.*

Il est nécessaire de se concentrer sur les processus de mise en œuvre et sur la manière dont les différentes communautés interagissent avec les nouveaux services VASM, en particulier les communautés autochtones. Les nuances dans les expériences et les facteurs influençant cet engagement dans les différentes communautés rurales et éloignées doivent être compris afin d'améliorer l'utilisation des services.

*Enseignement 3 : L'adoption et l'efficacité des services VASM sont influencées par l'adéquation culturelle.*

Les technologies doivent tenir compte des environnements locaux, de la culture et des relations sociales chez les utilisateurs finaux. Le choix d'une langue appropriée peut contribuer à favoriser des soins adaptés à la culture et à améliorer les connaissances en matière de santé. L'analyse de la manière dont les interventions asynchrones existantes en matière de santé mentale ont pu contribuer à un accès inéquitable peut fournir des orientations pour les interventions futures visant à éliminer ces disparités.

*Enseignement 4 : Le fait de se concentrer sur les services/soins VASM, plutôt que sur les produits comme tels, pourrait améliorer l'efficacité et l'adoption des services/soins.*

La recherche évaluative existante se concentre sur les applications et technologies asynchrones en tant que produits, au lieu de les considérer comme des composants d'un ensemble de services de soins de santé complets. Les évaluations devraient au contraire permettre d'affiner les produits afin de les intégrer dans le contexte de services de soins de santé complets.

### **Limites**

Cette Note d'enjeux ne constitue ni un examen exhaustif des services ou des plateformes VASM utilisés par les adultes vivant dans des communautés rurales ou éloignées au Canada et à l'étranger, ni une comparaison systématique des technologies ou des résultats qui leur sont associés. L'une des limites importantes associées aux données probantes sur les services/soins VASM réside dans le fait que les études portent souvent sur les populations rurales et éloignées comme si il s'agissait d'une population homogène, sans tenir compte de la structure et de l'impact uniques de chaque contexte et population spécifiques, tels que les besoins particuliers des peuples autochtones. Bien que nous ayons intentionnellement recherché des données concernant spécifiquement les peuples autochtones vivant dans des environnements ruraux et éloignés, il a souvent été impossible de dégager des résultats spécifiques à ces populations dans les études qui faisaient état de recherches menées auprès des populations rurales et éloignées. Cette Note d'enjeux ne tient pas compte des différences et nuances subtiles la prestation des soins de santé dans les treize juridictions provinciales et territoriales du Canada.

## Introduction

Au cours de la pandémie de COVID-19, la santé mentale a été reconnue par les responsables des systèmes de santé du monde entier comme une priorité importante pour la politique et la pratique, comme en témoigne l'augmentation de la recherche, du développement des services et de l'intérêt du public dans le monde entier.<sup>1,2</sup> Les mesures nécessaires de protection de la santé publique, associées à une perte d'opportunités sociales et économiques, ont été des facteurs de stress pour les communautés du monde entier.<sup>3-6</sup> Les effets de la COVID-19 sur la santé mentale sont profonds et ont eu un impact significatif sur la santé mentale de la population.<sup>7,8</sup>

La pandémie de COVID-19 a fourni l'occasion d'accélérer la mise en œuvre des technologies virtuelles asynchrones en santé mentale (VASM).<sup>9</sup> En réponse aux politiques de santé publique liées à la COVID et aux ordonnances de maintien à domicile, les prestataires de soins de santé se sont rapidement tournés vers les soins de santé virtuels et numériques, ce qui a entraîné un déploiement et une adoption rapides des services ou plateformes de santé mentale virtuelle depuis 2021.<sup>10,11</sup>

Au-delà des effets quasi omniprésents de la pandémie sur l'accès aux soins de santé mentale en personne, certains sous-groupes de la population sont confrontés à des désavantages disproportionnés dans l'accès aux services de santé mentale, notamment les personnes s'identifiant comme 2SLGBTQIA, celles qui ont de graves problèmes de santé mentale ou qui consomment des substances tout en ayant des problèmes de santé mentale, les personnes handicapées, ainsi que les communautés noires et d'autres communautés marginalisées sur le plan racial, y compris les communautés autochtones.<sup>12,13</sup> Les services ou plateformes virtuels de santé mentale pourraient permettre de surmonter les obstacles traditionnels entravant les soins au sein de ces communautés en quête d'équité tout en réduisant les coûts, le transport et la stigmatisation associés à l'accès aux soins de santé mentale.<sup>14,15</sup>

Les services de santé mentale virtuels comprennent des modalités synchrones et asynchrones :

- Soins synchrones (en temps réel) fournis virtuellement par le biais de consultations auprès des prestataires par téléphone ou par vidéo.
- Les soins asynchrones (qui ne se déroulent pas en temps réel), tels que les ressources d'information sur la santé mentale, les programmes d'autogestion,<sup>16</sup> des outils de suivi de l'humeur et des symptômes, et des traitements tels que la thérapie cognitivo-comportementale sur Internet (iCBT).

Cette Note d'enjeux se concentre uniquement sur les services et technologies asynchrones pour adultes (VASM), c'est-à-dire toutes les applications, sites web, outils en ligne et autres applications de soutien en ligne qui ne permettent pas de recourir à un contact direct ou à une consultation synchrone avec un prestataire de soins de santé mentale. Dans le cadre de ce rapport, l'expression « prestataires de soins de santé mentale » désigne tout professionnel de la santé formé à la prestation de services de santé mentale.<sup>17</sup> Notre définition englobe ceux qui travaillent dans ou à travers différents secteurs (par exemple, les établissements de soins de santé publics et privés).

L'intégration des technologies virtuelles en santé mentale dans la pratique médicale peut aider les professionnels de la santé des manières suivantes : 1. En améliorant la coordination des soins entre les médecins de premier recours et les spécialistes. 2. En améliorant la couverture des soins de santé dans les zones où il y a un manque relatif de prestataires de services. 3. En améliorant l'offre de services en prolongeant les horaires d'ouverture (par exemple, en ne se limitant pas aux jours de semaine de 9 heures à 17 heures), ce qui a pour effet de réduire les temps d'attente et d'offrir un meilleur rapport coût-efficacité.<sup>18</sup>

L'équité et l'adéquation des soins sont deux considérations majeures pour les soins de santé mentale virtuels.<sup>19-22</sup> L'équité consiste à supprimer les disparités systématiques qui existent entre les groupes qui connaissent des niveaux différents d'avantages sociaux et d'(in)justice sociale.<sup>23,24</sup> L'adéquation fait

référence à la modalité clinique la plus avantageuse en vue de dispenser des soins afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles pour le patient.<sup>25</sup>

Les personnes vivant dans les communautés rurales et éloignées ont un accès plus difficile à l'Internet à haut débit et illimité que le reste du pays (62,0 % de la population ayant un accès dans les communautés rurales et éloignées, contre 91,4 % dans les zones plus urbaines<sup>26</sup>), cette réalité peut affecter leur capacité à accéder à l'information numérique sur la santé et aux soins de santé mentale virtuels.<sup>27-30</sup> Au Canada et ailleurs dans le monde, les groupes défavorisés, y compris les peuples autochtones, représentent une grande proportion des communautés vivant dans des régions éloignées.<sup>31</sup> En outre, les personnes s'identifiant comme autochtones risquent davantage que leurs homologues non autochtones de faire état de moins bons résultats en matière de santé mentale et d'être confrontés à des obstacles plus importants à l'utilisation des technologies numériques.<sup>32-35</sup>

Pour mieux comprendre ces expériences, cette Note d'enjeux fait la synthèse d'une partie de la littérature sur les services et les plateformes VASM afin de mieux comprendre quelles technologies sont utilisées par les personnes vivant dans des communautés rurales ou éloignées au Canada et à l'étranger. Nous résumons également l'efficacité et l'utilisation des services de santé audiovisuelle parmi les personnes vivant dans des zones rurales et éloignées, en tenant particulièrement compte des peuples autochtones, afin de comprendre de façon plus nuancée ces deux résultats importants.

Notre analyse de la documentation existante comprend des études menées dans le monde entier, mais nous sommes particulièrement intéressés par les considérations et les enseignements à tirer pour le Canada. Comme la prestation des services de santé au Canada est organisée par les gouvernements provinciaux et territoriaux,<sup>36,37</sup> les services de santé mentale varient à travers le pays.

## Questions

Nous décrivons les services de santé, les plateformes et les technologies VASM utilisés par les personnes vivant dans des communautés rurales ou éloignées, y compris les peuples autochtones, à l'aide d'exemples canadiens et internationaux. Nous abordons deux grandes questions :

- **Quels sont les services ou plateformes VASM utilisés par les adultes vivant dans des communautés rurales ou éloignées au Canada et à l'étranger, et quels sont les résultats en matière d'efficacité et d'adoption de ces plateformes ?**
- **Quelles sont les mesures des résultats déclarés par les patients (MRDP) des soins VASM fournis aux adultes vivant dans des communautés rurales, éloignées et autochtones ?**

## Méthodes

Afin de préparer cette Note d'enjeux, nous avons effectué la recherche de données dans trois bases de données universitaires (MedLine, Scopus, Cochrane) et trois bases de données de littérature grise (COVID-19 Global Literature de l'OMS, Google scholar [limité aux 50 premières pages] et Open Grey). Les termes de recherche ont été définis de manière assez générale, afin de se référer aux lieux géographiques, aux soins virtuels et à la santé mentale. Nous avons effectué des recherches manuelles dans diverses revues consacrées aux soins virtuels, à la santé mentale et à la santé en zone rurale et éloignée. Nous avons inclus des recherches empiriques et des analyses documentaires sur les plateformes de santé numérique. La recherche s'est limitée aux articles rédigés en anglais et dont le texte intégral était disponible entre 2021 et 2022, bien qu'une recherche manuelle des listes de référence ait inclus certains articles largement cités datant de 2019-2020. Il s'agissait d'une analyse rapide et non d'une analyse systématique complète (**voir l'annexe 1**).

Les critères d'éligibilité comprennent les articles portant sur les peuples autochtones ou les populations rurales et éloignées, âgées de 18 ans ou plus, utilisant au moins un service ou une modalité de la VASM (par exemple, des ressources autoguidées, des blogues, la technologie de l'IA, des bots).

Les citations ont été gérées à l'aide de Zotero.<sup>38</sup> Nous avons d'abord examiné les titres et les résumés des études potentiellement éligibles, et ensuite les textes complets. Tous les contrôles ont été effectués par un seul évaluateur, les incertitudes ayant été levées suite à des discussions au sein de l'équipe. L'extraction des données a été réalisée indépendamment par trois membres de l'équipe à l'aide de Microsoft Excel. Tous les auteurs ont examiné le formulaire d'extraction des données afin d'identifier les thèmes et les lacunes.<sup>39</sup>

Afin de compléter les résultats de l'analyse documentaire, entre septembre 2022 et décembre 2022, deux chercheurs qualitatifs titulaires d'un doctorat (KMK et SM) ont mené des entretiens Zoom semi-structurés de 60 minutes auprès de trois informateurs clés au Canada, chacun desquels possédait une expertise sur l'état des données probantes et les pratiques actuelles (**voir l'annexe 2** pour le modèle de guide d'entretien). Nous avons sélectionné les participants en fonction de leurs travaux d'érudition et/ou de leur pratique professionnelle. Notre guide d'entretien comprend des questions sur les technologies/modalités asynchrones utilisées dans les communautés rurales et éloignées, sur les stratégies de déploiement de ces technologies, ainsi que sur les obstacles et les facteurs facilitant leur utilisation. Nous avons demandé aux informateurs clés de nous faire part de tout point de vue qui n'aurait pas été abordé lors de ces questions, ce qui a permis d'étayer les recommandations de la présente Note d'enjeux. Nous avons analysé systématiquement les données issues des entretiens afin d'identifier les principaux thèmes/modèles et de les consigner dans un fichier Word. Nous avons comparé ces résultats à notre synthèse émergente de la littérature. Les trois informateurs clés ont proposé de donner leur avis sur notre Note d'enjeux ; leurs commentaires ont été intégrés dans la version finale. Les informateurs clés, qui ont demandé à rester anonymes, sont les suivants :

- Un médecin de famille praticien et chercheur clinicien ayant de l'expérience dans la fourniture de soins de santé mentale à l'aide de la technologie numérique dans les communautés rurales et éloignées et dans l'évaluation des plateformes VASM;
- Une infirmière praticienne et chercheuse en services de santé ayant de l'expérience dans la prestation de soins de santé mentale dans les communautés rurales et éloignées et de la recherche sur les besoins des autochtones en matière de santé mentale, y compris dans le domaine des technologies numériques de la santé ; et
- Un chercheur autochtone menant des recherches dans le domaine de la technologie numérique auprès des populations et communautés rurales, éloignées et autochtones.

KMK a effectué la recherche documentaire, l'extraction des données, les entretiens auprès des informateurs clés, l'acquisition, l'analyse et l'interprétation des données recueillies lors des entretiens, la synthèse de la documentation et la rédaction de la présente Note d'enjeux. SM a effectué la recherche documentaire, l'extraction des données, a participé aux entretiens auprès des informateurs clés et à l'analyse thématique, et a révisé cette Note d'enjeux. EBH a participé à la recherche documentaire, à l'extraction des données et à la révision de la Note d'enjeux. KP et CC ont révisé la Note d'enjeux. SL a procédé à une révision critique de la Note d'enjeux tout en apportant son soutien à la supervision.

## Limites

- Afin de respecter les délais, des publications et des données pertinentes ont pu être omises ou exclues en raison de notre méthodologie d'examen rapide (par exemple, nous n'avons pas vérifié les doublons, ce qui a pu entraîner l'omission d'articles pertinents), de la stratégie de recherche limitée et des bases de données restreintes. Des articles ont pu être omis en raison de variations dans la terminologie et les définitions – il est à noter que les interventions asynchrones ne sont pas définies ou décrites de manière cohérente dans la littérature. L'objectif de cette Note d'enjeux n'est pas d'inclure tous les articles, mais plutôt de fournir une vue d'ensemble de la littérature principale, en mettant l'accent sur les documents de synthèse.<sup>40</sup> Notre stratégie de recherche (par exemple, en imposant des restrictions en matière de la langue des études ainsi que de la date de leur publication) peut avoir eu pour résultat d'exclure des études pertinentes.

- La terminologie utilisée pour décrire les services VASM n'est pas uniforme et continue d'évoluer. Il n'y a pas encore de consensus dans la littérature sur les termes à utiliser en vue de classer les différents types de technologies et de services. Ainsi, les termes/définitions que nous avons utilisés lors de la rédaction de cette Note d'enjeux peuvent différer d'autres termes familiers.
- Les études examinées proviennent principalement de cultures occidentales à haut revenu (Canada, États-Unis, Europe, et Australie).
- Les données et les rapports de la littérature primaire sur l'efficacité à long terme, l'utilisation et le rapport coût-efficacité des soins de santé en matière de VASM sont limités.
- Dans les différentes juridictions, les services ou plateformes asynchrones et synchrones en santé mentale ont souvent été utilisés simultanément, de sorte que les impacts des interventions asynchrones sont difficiles à cerner.
- Les articles ont souvent fait état de la faisabilité et de l'acceptabilité des interventions VASM, plutôt que d'autres résultats cliniques et de MRDP.
- Les articles ont souvent présenté les populations rurales et éloignées comme étant des populations homogènes, sans tenir compte de l'impact unique des contextes particuliers, de la géographie, des milieux sociaux et de l'histoire. En effet, les peuples autochtones sont souvent signalés comme faisant partie de communautés éloignées et, par conséquent, nous n'avons pas pu nous prononcer sur les différences de résultats entre les peuples autochtones et non autochtones dans ces communautés.
- En élaborant les recommandations et enseignements tirés, nous n'avons pas pris en compte les implications des différences juridictionnelles dans la prestation des soins de santé à travers le Canada dans la mise en œuvre et la prestation des services VASM.

## Résultats

Notre recherche a identifié 53 articles. La littérature publiée comprend principalement des études de synthèse et des articles quantitatifs. La plupart des publications portent sur l'Australie, le Canada et les États-Unis. Un résumé de la littérature incluse dans ce rapport se trouve à l'**annexe 3** et notre commentaire sur l'état général de la littérature se trouve à l'**annexe 4**. Les commentaires des informateurs clés nous ont permis de tirer des enseignements et de formuler des considérations clés pour la politique et la pratique au Canada.

### 1. Les technologies VASM utilisées par les adultes vivant dans des communautés rurales/éloignées

Une grande variété de services et de plateformes virtuelles VASM ont été étudiés dans divers contextes et auprès de plusieurs groupes et individus. Ces technologies ont été jugées utiles pour assurer la surveillance, le suivi et le contrôle des symptômes afin d'aider les individus à gérer leur maladie et à recevoir un soutien approprié.

Les participants adultes aux études que nous avons résumées comprennent des étudiants de premier cycle,<sup>41</sup> des vétérans de guerre,<sup>42</sup> des agriculteurs,<sup>43</sup> et des personnes souffrant de dépression,<sup>42,44-61</sup> d'anxiété,<sup>45,47-51,53,54,56,58-62</sup> de stress post-traumatique,<sup>42,45,49,54,57</sup> de trouble de la personnalité limite,<sup>57,63</sup> d'idées suicidaires,<sup>52,59-61,64-67</sup> de trouble bipolaire,<sup>5,58</sup> de troubles liés à l'abus de substances,<sup>45,49,53,55,58</sup> de troubles de l'alimentation,<sup>49,57</sup> et/ou de schizophrénie.<sup>68</sup>

L'éventail des services de santé mentale fournis par le biais de technologies VASM comprend :

i) **Les applications mobiles et les dispositifs portables** (par exemple, les applications pour téléphone intelligent, tablette ; les dispositifs portables tels que les montres intelligentes, les vêtements)

ii) **Les conseils communiqués par texte** (par exemple, les réflexions textuelles d'un agent de santé mentale envoyées entre deux séances en face à face ou virtuelles en temps réel avec un agent de santé mentale)

iii) **Les plateformes en ligne** qui soutiennent l'autogestion de la santé (par exemple, des exercices guidés pour améliorer la résilience) et qui fournissent du matériel éducatif (par exemple, une formation aux compétences, des connaissances en matière de santé mentale).

#### *Applications mobiles et dispositifs portables pour les adultes vivant dans des communautés rurales/éloignées*

Les applications mobiles et les dispositifs portables offrent des technologies de santé mobile.<sup>44,47,51,58,69,70</sup> Les technologies de santé mobile peuvent utiliser des applications mobiles ou des dispositifs portables pour fournir des services de santé et suivre les données par le biais d'une communication unidirectionnelle ou bidirectionnelle entre les patients/clients et les prestataires. Par exemple, les systèmes de rappel incitent les patients/clients à suivre leurs plans de soins et/ou renforcent les stratégies d'adaptation.<sup>44,47,51,58,69</sup> Un autre outil de télésanté appelé « StopBlues »<sup>67</sup> vise à prévenir le suicide. De telles applications permettent aux individus de recevoir un retour d'information de la part de cliniciens qualifiés concernant leurs humeurs, psychosociales et comportementales, comportements et déclencheurs.<sup>41,55,71</sup>

#### *Conseils communiqués par texte pour les adultes vivant dans des communautés rurales/éloignées*

Les conseils communiqués par texte écrit sont utilisés pour remplacer les conseils traditionnels en face à face pour les problèmes de santé mentale tels que la dépression, la schizophrénie et l'anxiété.

<sup>44,46,49,50,58,60,62,69,71-74</sup> Les conseils communiqués par texte écrit favorisent la fourniture de services de santé mentale en ligne, en particulier dans les régions où les capacités de service sont insuffisantes.<sup>49,50,72</sup> La messagerie textuelle permet aux patients/clients de réfléchir à leurs séances après la fin de celles-ci et de suivre leurs progrès.<sup>72</sup>

#### *Plates-formes en ligne pour les adultes vivant dans des communautés rurales ou éloignées*

Les plateformes en ligne fournissent des informations en matière de VASM sur les stratégies d'adaptation,<sup>43,46,52,57,75,76</sup> en particulier pour la dépression, l'anxiété, les idées suicidaires et le bien-être mental en général.<sup>52</sup> Dans ces sites web, la messagerie de soutien par les pairs<sup>48,50,58,75,77,78</sup> est facilitée par des messages asynchrones et des services de soutien.<sup>48,50,58,75,77</sup> Des programmes d'acquisition de compétences facilités par des plateformes en ligne ont été utilisés dans des zones rurales et éloignées pour aider les personnes souffrant de SSPT et de dépression.<sup>42,79-82</sup> Les programmes d'acquisition de compétences visent à fournir un soutien et des leçons autoguidées dans le but de renforcer la résilience et les stratégies d'adaptation pour améliorer le fonctionnement social.<sup>42</sup> Certaines de ces options font appel à l'intelligence artificielle pour offrir un retour d'information.<sup>80</sup>

## **2. Technologies VASM utilisées par les peuples autochtones**

Les technologies VASM ont été identifiées comme stratégie clé pour la mise en œuvre d'interventions dans les communautés autochtones.<sup>83</sup> Grâce aux applications VASM, des personnes géographiquement séparées les unes des autres utilisent différents types d'appareils afin d'échanger des informations sur leur santé,<sup>63,83-87</sup> y compris au Canada.<sup>83</sup> Les types et les utilisations de ces technologies VASM par les peuples autochtones sont similaires à ceux rapportés pour les communautés rurales et éloignées (**tableau 1**).

Les interventions en matière de VASM comprennent des applications mobiles et des plateformes en ligne qui font la promotion d'un mode de vie sain fondées sur des informations culturellement pertinentes<sup>84</sup> la promotion du bien-être en véhiculant des concepts spirituels et des messages de motivation adaptés à la culture [par exemple, des proverbes].<sup>83</sup> Les services VASM ont été utilisés pour traiter les idées suicidaires, les psychoses, les troubles de la personnalité limite et la dysrégulation des émotions chez les

peuples autochtones.<sup>53,54,56,63,66,86</sup> Pour être efficaces, les interventions en matière de VASM doivent tenir compte des valeurs culturelles, des contextes sociaux et des vues de la santé des peuples autochtones.<sup>64,83</sup> Nous indiquons ci-dessous quelques-unes des façons dont les services VASM ont été adaptés aux peuples autochtones.

*Applications mobiles et dispositifs portables pour les peuples autochtones*

Les technologies de la téléphonie mobile, en particulier sous la forme d'applications mobiles et de médias sociaux,<sup>64</sup> ont pour but de soutenir l'autogestion chez les peuples autochtones.<sup>88</sup> L'autogestion comprend des applications qui favorisent le partage d'informations (c'est-à-dire qui offrent un soutien gratuit et asynchrone par les pairs) et des applications qui hébergent des questionnaires permettant aux individus de mieux comprendre leurs symptômes (c'est-à-dire d'identifier leur risque de suicide ou les techniques d'adaptation en cas de trouble de la personnalité limite).<sup>63,64</sup> D'autres applications envoient des rappels concernant les rendez-vous à prendre en personne.<sup>65</sup> Une étude systématique a montré que l'expertise des peuples autochtones était fortement sollicitée dans le développement et le perfectionnement des technologies de téléphonie mobile afin de garantir la prise en compte de la culture et l'efficacité clinique.<sup>65</sup>

*Conseils communiqués par texte écrit pour les peuples autochtones*

La messagerie textuelle a été utilisée pour faciliter l'échange asynchrone d'informations,<sup>54,59,64,65, 89</sup> notamment par les personnes qui ne préfèrent pas les interactions en face à face<sup>64</sup> et les professionnels de la santé mentale qui sont en mesure de fournir un soutien sans référence formelle.<sup>89</sup> La messagerie textuelle a également été utilisée pour la détection asynchrone du suicide, avec des évaluations positives de l'adéquation culturelle par les peuples autochtones.<sup>65,85</sup>

*Plateformes en ligne pour les peuples autochtones*

Des plateformes Internet ont été utilisées pour fournir un soutien en matière d'éducation et de ressources par le biais des technologies de l'information sur la santé. Les technologies de l'information en matière de santé désignent toute plateforme Internet fournissant aux individus un soutien en matière de santé mentale et aidant ces derniers à localiser les ressources de manière efficace et efficiente afin de les aider à gérer eux-mêmes leurs symptômes de santé mentale<sup>53</sup> et à trouver des stratégies d'adaptation.<sup>18,86,89</sup> Les technologies de l'information sur la santé ont également favorisé la transmission et le partage d'informations entre les peuples autochtones, ce qui a permis d'améliorer la sensibilisation à la santé mentale et le bien-être de ces populations.<sup>86</sup> Certaines formes de technologies de l'information et de la communication ont contribué à faciliter la narration numérique, en tant que moyen culturellement adapté permettant aux peuples autochtones de partager des informations.<sup>90</sup>

**Tableau 1 : Modalités asynchrones décrites dans la littérature**

<p><i>Applications mobiles et dispositifs portables</i></p> <p><i>p. ex. applications, médias sociaux</i></p>	<p><i>Conseils communiqués par des textes écrits</i></p> <p><i>p. ex. messagerie asynchrone bidirectionnelle</i></p>	<p><i>Plateformes en ligne</i></p> <p><i>p. ex. partage de l'information, trouver des ressources locales</i></p>
---	--	--

### 3. Méthodes d'évaluation de l'utilisation et de l'efficacité des applications VASM

Diverses MRDP et d'autres mesures de résultats et méthodologies ont été utilisées afin d'évaluer l'adoption et l'efficacité des applications VASM. L'efficacité des applications VASM a été mesurée en établissant des résultats tels que la satisfaction déclarée par le patient, l'autogestion, l'adhésion aux médicaments, les symptômes, la réhospitalisation, l'autonomisation et l'engagement du client, ainsi que la faisabilité de l'utilisation (**tableau 2**).

#### *Effets des applications VASM sur la satisfaction déclarée des patients :*

Comme mesure indirecte de la satisfaction, le nombre de mots des clients a été évalué afin de déterminer si, et à quelle fréquence, les personnes ont pu contacter l'application et poser des questions quand elles le souhaitaient.<sup>60</sup> Le nombre de mots a été obtenu par le biais de messages asynchrones bidirectionnels entre les clients et les équipes de soins de santé avant et après le traitement.<sup>60,62</sup> Une analyse du nombre de mots a permis de déterminer que les applications VASM ont augmenté la communication avec les prestataires pour aborder les questions de santé concernant l'auto-évaluation des symptômes, les tests et les résultats.<sup>60</sup>

#### *Effets des applications VASM sur l'autogestion, l'adhésion aux médicaments, les symptômes et/ou la réhospitalisation :*

Une autre étude a utilisé l'échelle du trouble d'anxiété généralisé (GAD-7) et le questionnaire sur la santé des patients (PHQ-9) en vue d'évaluer l'amélioration des soins de santé mentale dans les communautés rurales et urbaines.<sup>62</sup> Cette étude conclut que les personnes présentant les symptômes de santé mentale les plus pénibles dans les communautés rurales ont connu l'amélioration la plus significative des symptômes, mesurée par une diminution significative de la symptomatologie rapportée au fil du temps.<sup>62</sup> Cette étude a également comparé les scores d'alliance thérapeutique afin de mesurer la satisfaction des patients en fonction du degré d'harmonisation entre le client et le prestataire en ce qui concerne les objectifs du traitement.<sup>62</sup>

Selon un modèle d'équation d'estimation généralisée, les messages textuels facilitant le rappel des plans de traitement et des messages éducatifs pour les personnes atteintes de schizophrénie amélioreraient l'adhésion aux médicaments ainsi que les symptômes, tout en réduisant la réhospitalisation, par rapport à la simple participation à un programme gouvernemental de santé mentale communautaire.<sup>73,74</sup>

Les applications d'autogestion fournies par les téléphones intelligents (par exemple, le suivi des médicaments et des symptômes) ont été installées avec succès par les adultes, mais avec des taux d'utilisation relativement faibles.<sup>88</sup> La psychopathologie a été évaluée à l'aide de l'échelle des syndromes positifs et négatifs ; les symptômes psychotiques et généraux (mesurés par l'échelle des syndromes positifs et négatifs) étaient généralement faibles lors de l'utilisation des applications,<sup>88</sup> ce qui laisse croire qu'il s'agit d'un échantillon stable. Ainsi, les applications pour téléphone intelligent peuvent promouvoir l'autogestion en toute sécurité, sans qu'aucun effet indésirable grave n'ait été signalé.<sup>88</sup> Pour d'autres applications ciblant le trouble de la personnalité limite, des symptômes tels que la colère, les idées suicidaires, l'impulsivité et la psychopathologie générale ont été mesurés, bien qu'aucune amélioration significative des symptômes de santé mentale n'ait été constatée.<sup>63</sup>

Les vétérans hommes et femmes en zone rurale, souffrant de SSPT et de dépression et qui ont participé à un programme asynchrone de formation en ligne, ont constaté une amélioration significative des symptômes du SSPT et de la dépression, tels que mesurés par la liste de contrôle du SSPT selon le DSM-5 et le questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9).<sup>42</sup> De même, les améliorations du fonctionnement social et de la régulation des émotions, mesurées par l'échelle des difficultés de régulation des émotions suite au traitement et lors d'un suivi trois mois plus tard, ont été significatives.<sup>42</sup>

#### *Effets des applications VASM sur l'autonomisation et la participation des peuples autochtones :*

Certaines applications spécialement conçues pour les peuples autochtones, telles que AIMhi Stay Strong<sup>65,91</sup> et iBobbly,<sup>65,66</sup> ont été évaluées afin de déterminer si elles contribuaient à améliorer l'autonomisation des clients, l'adéquation culturelle, et le renforcement de l'engagement.<sup>65,91</sup> Ces applications visent à fournir des représentations visuelles, des voix hors champ, un contenu basé sur l'action et la définition d'objectifs dans le but de développer des stratégies d'adaptation en matière de santé mentale afin de réduire le risque de suicide.<sup>65</sup> Cette recherche a révélé l'acceptabilité des applications culturellement appropriées par les clients autochtones et les praticiens de la santé mentale, qui ont déclaré que les applications sont un outil de santé mentale et de bien-être culturellement sûr,<sup>70,91</sup> en particulier dans le domaine de la prévention du suicide.<sup>65,66</sup> En rendant les applications culturellement appropriées, elles ont permis de soutenir l'établissement d'objectifs par les clients, d'améliorer leur perception d'eux-mêmes, d'accroître leur autonomie et de promouvoir leur engagement.<sup>45,91</sup>

*Faisabilité des applications VASM dans les communautés rurales :*

Les plateformes basées sur le Web, telles que webSTAIR<sup>42</sup>, ont été jugées réalisables dans les communautés rurales,<sup>42,50,55,78</sup> pour les personnes souffrant de dépression, d'anxiété et d'idées suicidaires.<sup>52</sup> Cependant, les personnes atteintes de psychose vivant en zone rurale ont exprimé des inquiétudes quant à leur capacité à utiliser la plateforme en raison de la faible vitesse de l'Internet dans les zones rurales.<sup>76</sup>

**Tableau 2 : Résultats couramment rapportés**

<p><i>Satisfaction déclarée par les patients</i></p> <p><i>p. ex. en termes de questions, sentiments et de relations interpersonnelles</i></p>	<p><i>Autogestion, adhésion au médicament, symptômes et/ou réhospitalisation</i></p> <p><i>p. ex. Échelle du trouble d'anxiété généralisé</i></p>	<p><i>Autonomisation et participation des peuples autochtones</i></p> <p><i>p. ex. Accès au traitement, facteurs facilitant ou entravant l'intégration dans la pratique clinique</i></p>	<p><i>Faisabilité dans les communautés rurales</i></p> <p><i>p. ex. Accès au traitement, facteurs facilitant ou entravant l'intégration dans la pratique clinique</i></p>
--	---	--	---

**4. Obstacles et facteurs favorables à l'utilisation des services VASM**

L'utilisation de technologies asynchrones s'est accrue pendant la pandémie, lorsque l'éloignement physique a fait naître le besoin de tirer parti de l'Internet et des technologies mobiles afin de fournir des services de santé mentale.<sup>76</sup> Ces progrès ont contribué à améliorer la facilité d'utilisation et la commodité pour les prestataires et les clients, notamment en réduisant les coûts des soins de santé et les besoins de déplacement, ainsi qu'en améliorant l'accès aux services de santé mentale.<sup>84</sup> En tant que telles, ces technologies peuvent constituer un mode de prestation de services approprié dans les communautés rurales et éloignées où les besoins non satisfaits en matière de santé mentale sont plus nombreux et où les ressources humaines sont insuffisantes.<sup>61</sup>

Pour les peuples autochtones en particulier, ces technologies nécessitent une réflexion approfondie et l'engagement participation des partenaires communautaires. Des consultations et une collaboration sont nécessaires afin de définir les priorités en matière de réduction des inégalités et d'élaboration d'interventions adaptées au contexte. La littérature scientifique reconnaît de plus en plus que les technologies de la santé n'atteignent souvent pas leur potentiel optimal si elles ne sont pas adaptées aux contextes culturels, sociaux et économiques dans lesquels elles sont utilisées.<sup>61</sup> Ces produits doivent être conçus et adaptés de manière à respecter le contexte culturel en tenant compte de l'autonomisation et de l'engagement du client.<sup>91</sup>

Les obstacles à l'utilisation des technologies peuvent être regroupés en deux catégories : les clients/utilisateurs et les prestataires de soins de santé. Les obstacles à l'utilisation des technologies par les prestataires de soins de santé comprennent le manque de soutien technologique, des charges de travail exigeantes, des politiques organisationnelles difficiles en matière d'achats et de pratiques, et des perceptions négatives de la part du personnel.<sup>51,89</sup> Les obstacles et les facilitateurs au niveau des clients/utilisateurs peuvent être classés comme technologiques, socio-économiques ou socioculturels.

#### Obstacles technologiques et facteurs favorables en matière de l'adoption des services VASM

L'obstacle le plus souvent mentionné est associé à la technologie elle-même, ce qui reflète les défis posés par la conception de technologies pour des problèmes complexes tels que les soins de santé mentale qui chevauchent des domaines médicaux, réglementaires et sociaux.<sup>18</sup> La connectivité ou la bande passante constitue l'un des principaux obstacles chez les populations rurales/éloignées et autochtones ; les communautés rurales peuvent ne pas disposer d'une couverture Internet et/ou cellulaire continue ou les gens peuvent ne pas posséder d'appareils intelligents,<sup>67,77</sup> limitant ainsi la capacité des clients à télécharger des applications ou à accéder à des contenus en ligne.

Des études ont décrit des considérations particulières pour l'utilisation des technologies numériques, notamment dans le cas de maladies mentales graves comme la schizophrénie<sup>70</sup> ou lorsque les problèmes de santé mentale coexistent avec des maladies chroniques comme le diabète.<sup>48</sup> Les personnes souffrant de comorbidités peuvent avoir besoin d'un soutien émotionnel de grande qualité.<sup>48</sup> Par conséquent, les mécanismes virtuels de traitement peuvent ne pas atteindre le seuil de soins requis pour ces personnes.

Il faut être particulièrement vigilant dans le domaine des applications numériques lorsqu'il s'agit de protection de la vie privée et de confidentialité, d'autant plus qu'elles peuvent contenir des informations sensibles sur les patients.<sup>50</sup> Des questions concernant la réglementation et l'autorisation des applications se posent également, notamment en ce qui concerne la validation des applications dont les effets thérapeutiques peuvent être discutables et qui sont susceptibles de nuire ou d'aggraver l'état d'un patient.<sup>92</sup> Lors de l'adoption de technologies, il faut tenir compte des besoins cliniques et institutionnels; l'intégration de ces technologies dans les pratiques cliniques nécessitera une infrastructure solide et une culture favorable à l'adaptation technologique.<sup>79</sup>

Certains prestataires de soins de santé apprécient l'accès aux technologies numériques, car ils pensent qu'elles peuvent fournir des outils permettant de surmonter les obstacles fréquemment rencontrés tels que les déplacements, le temps, la résistance à la discussion et la réalisation d'économies. Les données relatives aux opinions des prestataires sur la faisabilité et l'acceptabilité suggèrent que la mise en œuvre d'interventions cognitivo-comportementales numériques nécessiterait une plus grande sensibilisation aux applications et l'intégration des plateformes dans les flux de travail cliniques, par exemple l'intégration des données collectées par le biais des plateformes numériques dans les dossiers médicaux.<sup>51</sup> Les médecins seraient plus à l'aise avec la technologie s'il existait des normes pour la collecte et le stockage des données afin de surmonter les inquiétudes concernant la protection de la vie privée.<sup>51,93</sup> L'importance de l'approbation par d'autres prestataires pour faciliter l'acceptation de la technologie par les prestataires suggère que les premiers utilisateurs pourraient être en mesure d'influencer l'intégration par l'ensemble de la communauté.<sup>51</sup>

#### Obstacles et facteurs socio-économiques en matière d'utilisation des services de VASM

La culture numérique a souvent été signalée comme un obstacle à l'utilisation des technologies VASM. Une plus grande compétence ou confiance technologique est associée à l'utilisation de la technologie, à l'intérêt pour l'utilisation d'options virtuelles de santé mentale telles que l'iCBT, et à l'adhésion au traitement iCBT.<sup>66,74,75</sup> L'âge croissant de la population et la situation rurale ont été associés à des défis dans l'adoption d'outils numériques de santé.<sup>70</sup> Dans les familles à faible revenu, les appareils sont souvent partagés entre les membres d'une seule famille, ce qui soulève des inquiétudes quant au respect

de la vie privée, rendant ainsi les applications VASM moins préférables aux visites et aux soins de santé en personne.<sup>72,80</sup>

Les communautés noires, les peuples autochtones, les communautés rurales, les réfugiés, les personnes âgées et d'autres personnes en quête d'équité ont été particulièrement affectés par le manque de logements et d'infrastructures technologiques et/ou par les coûts (par exemple, l'Internet à haut débit), rendant ainsi difficile l'utilisation de technologies asynchrones.<sup>45,61</sup> Les communautés racialisées ont tendance à avoir une culture numérique plus faible, ce qui constitue un défi supplémentaire en matière d'utilisation des technologies virtuelles.<sup>45,61</sup>

#### L'adéquation socioculturelle ou culturelle en tant qu'obstacles et facteurs favorables à l'utilisation des services VASM

La sensibilité et l'adéquation socioculturelles ont souvent été citées comme des facteurs déterminants pour l'acceptation et l'utilisation des services VASM au sein des communautés autochtones.<sup>45,65</sup> Ces dernières peuvent être confrontées à divers obstacles individuels, tels que les barrières linguistiques et culturelles.<sup>53</sup> Les technologies asynchrones adaptées à la culture ont plus de chances d'être utilisées par les autochtones, les Noirs et les autres personnes défavorisées que les produits non adaptés à la culture ; elles peuvent également contribuer à surmonter les obstacles aux services numériques de santé mentale.<sup>45</sup>

Le renforcement de l'identité est important pour le bien-être des peuples autochtones, car ce bien-être est profondément ancré dans l'appréciation et la conservation des pratiques et des connaissances culturelles.<sup>86</sup> L'expertise culturelle peut être utilisée pour déterminer le choix de langage, d'imagerie et de conception appropriés, favorisant ainsi l'adoption de la technologie.<sup>65</sup> L'éducation à l'utilisation des nouvelles applications VASM devrait cibler des champions respectés issus de divers milieux afin de promouvoir l'utilisation des produits au sein de leurs communautés.<sup>64</sup>

La co-conception en association avec les utilisateurs de la technologie peut rendre les aspects de la conception culturellement appropriés et conviviaux tout en affirmant l'identité et les préférences des utilisateurs. Les participants à une série d'ateliers sur la conception de technologies d'information sur la santé mentale dans une zone non urbaine d'Australie ont recommandé que la technologie fournisse des conseils utiles et tienne compte du fait que les différentes cultures traitent la santé mentale différemment et, par conséquent, déstigmatisent les approches culturellement appropriées de la maladie mentale.<sup>18</sup>

Pour rendre les technologies asynchrones plus appropriées sur le plan socioculturel ou culturel, on a eu recours à la traduction linguistique, à la modification du contenu audiovisuel et à l'inclusion de messages culturellement significatifs.<sup>45</sup> Les caractéristiques de conception doivent être attrayantes et les plateformes numériques sécurisées doivent également en permettre une utilisation sécuritaire.<sup>89</sup> Un exemple de modification visuelle comprend la production d'avatars numériques sur les applications mobiles qui correspondent au groupe racial/ethnique pour lequel l'intervention VASM a été développée.<sup>45</sup> Une étude de portée identifie la traduction d'une intervention VASM dans la langue maternelle des participants comme étant la stratégie d'adaptation la plus courante.<sup>45</sup> L'inclusion de messages culturellement pertinents<sup>45</sup> alignés sur les visions du monde et les perceptions de la santé<sup>83</sup> a également facilité l'adoption de l'intervention.

## **Politiques et pratiques en matière de VASM et enseignements à tirer pour le Canada**

*Quels enseignements le Canada peut-il tirer de la mise en œuvre et de l'évaluation des technologies asynchrones en santé mentale dans les communautés rurales, éloignées et autochtones ?*

**Enseignement 1 : Les services/platformes VASM peuvent ne pas être efficaces pour certains adultes.**

Cet enseignement s'adresse aux prestataires de soins de santé. Bien qu'il ait été démontré que les applications VASM peuvent être largement utilisées, y compris dans les communautés rurales et éloignées, cette modalité ne résout pas les problèmes plus généraux liés à l'accès équitable aux soins de santé mentale. L'un des moyens d'y remédier serait de combler le fossé numérique afin que tout le monde puisse disposer d'un accès fiable à l'Internet à haut débit, quel que soit l'endroit où l'on vit au Canada. Tant que cela ne sera pas le cas, les soins virtuels et asynchrones en santé mentale resteront inaccessibles à certains. D'autres facteurs limitent l'adoption des interventions VASM par les individus et les milieux, notamment les facteurs culturels, le manque de soutien social, les comportements et les croyances, ainsi que l'environnement. Bien que les avantages des soins virtuels asynchrones puissent ne pas être distribués de manière égale à tous les Canadiens, la recherche sur ses limites permettra d'élucider comment, pourquoi et pour qui l'application de ces technologies et de ces services est intéressante.

**Enseignement 2 : Une microfocalisation sur la mise en œuvre des soins la VASM dans des contextes/populations spécifiques peut révéler des facteurs affectant l'engagement des clients/patients, ce qui pourrait avoir effet d'améliorer l'adoption et l'efficacité des soins VASM.**

Cet enseignement s'adresse aux chercheurs. Les entretiens auprès des informateurs clés ont mis en évidence un changement important. Bien que les soins virtuels aient été plus souvent utilisés par le passé dans les zones rurales et éloignées en raison du manque de prestataires de santé mentale, la pandémie de COVID-19 a entraîné un changement : désormais, ces technologies sont souvent utilisées et évaluées dans les zones urbaines. Par conséquent, nous comprenons mieux le processus de mise en œuvre, en particulier la façon dont les communautés individuelles intègrent les nouveaux services VASM, ce qui peut informer les organisations qui cherchent à adopter de nouvelles technologies.<sup>94</sup> Des études rigoureuses sur les produits VASM, telles que des essais contrôlés randomisés qui explorent les covariables socio-économiques et culturelles, pourraient s'avérer utiles. De nombreuses publications ont mis en évidence les obstacles qui empêchent les populations rurales et éloignées et les peuples autochtones d'utiliser les technologies asynchrones, et il est donc nécessaire de mieux comprendre tous les facteurs qui influencent la participation et l'inscription. À ce titre, les méthodologies de recherche qualitative et de conception conjointe peuvent contribuer à compléter la recherche quantitative et offrir une compréhension plus holistique de l'adoption et de l'utilisation des technologies VASM. Cela est d'autant plus important qu'une grande partie des données sur ce sujet a été recueillie par le biais de la recherche quantitative, alors que les nuances de l'acceptabilité, du contexte et des préférences bénéficieraient d'approches qualitatives pour une compréhension plus approfondie. Par exemple, des processus d'inscription rigoureux établis sur des critères d'éligibilité stricts peuvent avoir influencé l'adoption et l'étendue de l'engagement, mais ils n'ont pas été décrits de manière suffisamment détaillée pour comprendre quelles stratégies permettraient d'accroître cet engagement.

Si les communautés rurales et éloignées, comparées aux communautés autochtones, utilisent les technologies asynchrones de façon unique, les nuances dans les expériences et les facteurs qui influencent l'utilisation peuvent différer d'une communauté ou d'un groupe à l'autre. Pourtant, les études existantes ont tendance à aborder et à étudier ces communautés comme un groupe homogène, en ignorant la diversité des populations et de leurs communautés. Il est donc nécessaire de poursuivre les études afin de mieux comprendre comment la VASM peut soutenir l'engagement inclusif.

**Enseignement 3 : L'adoption et l'efficacité des services VASM sont influencées par l'adéquation culturelle.**

Cet enseignement s'adresse aux développeurs de contenu et aux vendeurs. Les peuples autochtones situent la santé mentale dans le contexte de leurs connaissances et de leurs cultures traditionnelles.<sup>95,96</sup> Les communautés rurales et éloignées peuvent avoir des compréhensions différentes de la santé mentale qui s'inscrivent dans leur environnement local.<sup>97,98</sup> Ainsi, les communautés rurales et éloignées

par rapport aux communautés autochtones peuvent être très différentes en fonction de leur environnement et de leurs caractéristiques.<sup>99</sup>

Cette complexité liée au contexte, à la culture et aux connaissances locaux contribue aux défis posés par la conception et la mise en œuvre de services de santé adaptés à la culture – tant sur le plan méthodologique que conceptuel,<sup>96</sup> nécessitant ainsi la prise en compte des environnements locaux et des relations sociales.<sup>100</sup> Ainsi, les personnes impliquées dans le développement des services de santé mentale sont encouragées à prendre en compte le rôle de la communauté, de la terre et de l'esprit dans la conception des technologies asynchrones et dans la prestation des services de santé mentale.<sup>101</sup> Bien que cette liste ne soit pas exhaustive, certains considèrent qu'il serait au moins bénéfique de proposer des méthodes permettant d'amplifier et d'exprimer l'identité autochtone, et d'aborder le colonialisme par le biais de soins tenant compte des traumatismes.<sup>102</sup> La revitalisation de la langue dans le développement des technologies peut également être utilisée pour soutenir l'identité autochtone ainsi que la compétence en matière de santé,<sup>103</sup> et l'utilisation du soutien par les pairs.<sup>104</sup> En examinant la pertinence culturelle des interventions asynchrones existantes et futures en matière de santé mentale, nous suggérons que les chercheurs et les concepteurs de contenu examinent les résultats d'intérêt à de multiples niveaux, y compris les patients, les prestataires, les organisations et les systèmes. Les enquêtes critiques sur la façon dont les interventions asynchrones en santé mentale ont pu contribuer à l'exacerbation des inégalités culturelles peuvent fournir des orientations pour des interventions culturellement appropriées afin d'éliminer ces disparités. Nous recommandons qu'à l'avenir les interventions VASM fournissent des détails complets sur leurs méthodes afin de permettre aux futurs examens d'évaluer de manière critique la qualité des données probantes.

#### **Enseignement 4 : Le fait de se concentrer sur les services/soins VASM, plutôt que sur les produits comme tels, pourrait améliorer l'efficacité et l'adoption des services/soins.**

Cet enseignement s'adresse aux instances de financement, aux régulateurs et aux vendeurs. Bien que les informateurs clés aient indiqué qu'il existe des milliers de technologies et d'applications dans le monde offrant des services de santé mentale virtuels, la plupart des recherches existantes se sont concentrées sur des applications individuelles en tant que produits, plutôt que dans le cadre d'un service ou d'un programme de services plus large au sein d'un système de soins complexe. En explorant et en évaluant l'efficacité des diverses technologies elles-mêmes, une attention moindre a été accordée au portefeuille plus large de services et de ressources locales et régionales nécessaires pour assurer la prestation de soins de santé mentale virtuelle adaptés au contexte local et aux besoins des communautés rurales, éloignées et autochtones. Par conséquent, les évaluations existantes des applications et des technologies de la santé peuvent avoir adopté une approche étroite tout en ne pas tenant suffisamment compte des complexités de la vie réelle liées aux expériences des personnes en matière de santé et de maladie, qui influencent leurs besoins en matière de services.<sup>105</sup> Les évaluations ont tendance à se concentrer sur l'utilisation par une population souffrant d'une seule maladie ou d'un seul diagnostic, plutôt que de prendre en compte les complexités liées au traitement de la santé mentale, telles que la multimorbidité et la polypharmacie.<sup>105</sup>

Les contrats entre le gouvernement et les fournisseurs peuvent aider à développer des produits qui répondent aux besoins des prestataires de soins de santé, car les fournisseurs existants peuvent ne pas avoir accès au personnel clinique qui influence la manière dont les technologies sont introduites et proposées aux patients.<sup>106</sup> Par exemple, les essais et évaluations existants peuvent exclure spécialement les personnes peu alphabétisées et peuvent donc ne pas refléter les besoins des personnes de ce groupe démographique qui ont besoin de services ou qui utilisent des services. De meilleures évaluations de produits peuvent informer les développeurs afin que leurs produits aient plus d'impact et soient plus bénéfiques pour le public et les professionnels de la santé.

## **Conclusion**

Dans l'ensemble, nous avons constaté des expériences et des résultats positifs liés à l'utilisation et à l'acceptabilité des interventions VASM par les utilisateurs dans les communautés rurales, éloignées et

autochtones. La majorité des applications VASM existantes utilisent la messagerie enregistrée (texte, courriel, vidéo, audio) et l'échange de connaissances pour l'autogestion. De nombreuses études ont exploré le rôle des applications VASM en termes d'utilisation, d'acceptabilité et d'impact sur la gestion des symptômes et le fonctionnement quotidien des personnes souffrant de troubles mentaux chroniques. Peu d'études ont examiné la pertinence ou l'efficacité de la prestation de soins asynchrones par rapport aux moyens traditionnels en personne. Certains obstacles existent pour les utilisateurs finaux et les prestataires qui souhaitent utiliser les applications VASM, notamment des facteurs socio-économiques, technologiques et culturels. Il est donc possible que les soins VASM ne convienne pas à tous les Canadiens.

## Références

1. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry* 2020;7(6):547-60.
2. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity* 2020;89:531-42.
3. Elhadi M, Msherghi A, Khaled A, et al. Impact of lockdown due to the COVID-19 pandemic on mental health among the Libyan population. *PLoS ONE* 2022;17(4 April):e0267426. doi: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0267426>
4. Luo X, Estill J, Wang Q, et al. The psychological impact of quarantine on coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Psychiatry research* 2020;291:113193.
5. Luo M, Guo L, Yu M, et al. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public—A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research* 2020;291:113190.
6. Kontoangelos K, Economou M, Papageorgiou C. Mental health effects of COVID-19 pandemic: a review of clinical and psychological traits. *Psychiatry investigation* 2020;17(6):491.
7. Liu B, Han B, Zheng H, et al. Who Is the Most Vulnerable to Anxiety at the Beginning of the COVID-19 Outbreak in China? A Cross-Sectional Nationwide Survey. *Healthcare (Basel, Switzerland)* 2021;9(8) doi: 10.3390/healthcare9080970 [published Online First: 2021/08/28]
8. Giebel C, Zuluaga MI, Saldarriaga G, et al. Understanding post-conflict mental health needs and co-producing a community-based mental health intervention for older adults in Colombia: a research protocol. *BMC health services research* 2022;22(1):253. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-07645-8>
9. Richardson CG, Slemon A, Gadermann A, et al. Use of asynchronous virtual mental health resources for COVID-19 pandemic-related stress among the general population in Canada: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research* 2020;22(12):e24868.
10. Kola L. Global mental health and COVID-19. *The Lancet Psychiatry* 2020;7(8):655-57.
11. Hutchings R. The impact of Covid-19 on the use of digital technology in the NHS. *Nuffield Trust* 2020:2020-08.
12. Koziel J, Savidov M, Frick A. A Brief Scan of COVID-19 Impacts on Equity-Deserving Groups and Corresponding Responses.
13. Equity DaHRDCoT. Factsheet on Equity-Seeking Groups. Toronto: City of Toronto, 2018.
14. Schueller SM, Hunter JF, Figueroa C, et al. Use of digital mental health for marginalized and underserved populations. *Current Treatment Options in Psychiatry* 2019;6(3):243-55.
15. Titov N, Schofield C, Staples L, et al. A comparison of Indigenous and non-Indigenous users of MindSpot: an Australian digital mental health service. *Australasian Psychiatry* 2019;27(4):352-57.
16. McGrail KM, Ahuja MA, Leaver CA. Virtual visits and patient-centered care: results of a patient survey and observational study. *Journal of medical Internet research* 2017;19(5):e7374.
17. Acker GM. Burnout among mental health care providers. *Journal of Social Work* 2012;12(5):475-90.
18. Cheng VWS, Piper SE, Ottavio A, et al. Recommendations for designing health information technologies for mental health drawn from self-determination theory and co-design with culturally diverse populations: template analysis. *Journal of medical Internet research* 2021;23(2):e23502.

19. Fujioka JK, Budhwani S, Thomas-Jacques T, et al. Challenges and strategies for promoting health equity in virtual care: protocol for a scoping review of reviews. *JMIR research protocols* 2020;9(12):e22847.
20. Budhwani S, Fujioka J, Thomas-Jacques T, et al. Challenges and strategies for promoting health equity in virtual care: findings and policy directions from a scoping review of reviews. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2022;29(5):990-99.
21. Crawford A, Serhal E. Digital health equity and COVID-19: the innovation curve cannot reinforce the social gradient of health. *Journal of medical Internet research* 2020;22(6):e19361.
22. CMA. Virtual care recommendations for scaling up virtual medical services 2020 Available from: <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/virtual-care/ReportoftheVirtualCareTaskForce.pdf>.
23. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. 2006
24. Young IM. Equality of whom? Social groups and judgments of injustice. *Journal of political philosophy* 2001;9(1):1-18.
25. Segal JB, Davis S, Dukhanin V. Working framework for appropriate use of virtual care in primary care. *The Journal of the American Board of Family Medicine* 2022;35(3):629-33.
26. Commission CR-taT. BROADBAND FUND Closing the digital divide in Canada 2022 [Available from: <https://crtc.gc.ca/eng/internet/internet.htm>].
27. Wittmeier KD, Protudjer JL, Wicklow BA. Reflections on virtual Care for Chronic Conditions During the COVID-19 pandemic: Elsevier, 2021:1-2.
28. Kelley LT, Phung M, Stamenova V, et al. Exploring how virtual primary care visits affect patient burden of treatment. *International journal of medical informatics* 2020;141:104228.
29. Crozier M. Equitable virtual care in Canada: addressing the digital divide. *University of Ottawa Journal of Medicine* 2021;11(S1)
30. Nagata JM. Rapid scale-up of telehealth during the COVID-19 pandemic and implications for subspecialty care in rural areas. *The Journal of Rural Health* 2021;37(1):145-45.
31. Canada S. Population growth in Canada's rural areas, 2016 to 2021 2022 [Available from: <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021002/98-200-x2021002-eng.cfm>].
32. Hyett S, Marjerrison S, Gabel C. Improving health research among Indigenous Peoples in Canada. *CMAJ* 2018;190(20):E616-E21.
33. Mitchell T, Arseneau C. Colonial trauma: complex, continuous, collective, cumulative and compounding effects on the health of Indigenous peoples in Canada and beyond. *International Journal of Indigenous Health* 2019;14(2):74-94.
34. Toth K, Smith D, Giroux D. Indigenous peoples and empowerment via technology. *First Peoples Child & Family Review: An Interdisciplinary Journal Honouring the Voices, Perspectives, and Knowledges of First Peoples through Research, Critical Analyses, Stories, Standpoints and Media Reviews* 2018;13(1):21-33.
35. Júnior JG, Moreira MM, Pinheiro WR, et al. The mental health of those whose rights have been taken away: An essay on the mental health of indigenous peoples in the face of the 2019 Coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Psychiatry research* 2020;289:113094.
36. Fante-Coleman T, Jackson-Best F. Barriers and facilitators to accessing mental healthcare in Canada for Black youth: A scoping review. *Adolescent Research Review* 2020;5(2):115-36.
37. Baker GR, Brooks N, Anderson G, et al. Healthcare performance measurement in Canada: who's doing what. *Hospital Quarterly* 1998;2(2):22-26.
38. Mueen Ahmed K, Dhubaib BEA. Zotero: A bibliographic assistant to researcher. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics* 2011;2(4):304-05.

39. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science* 2010;5(1):1-9.
40. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of clinical epidemiology* 2014;67(12):1291-94.
41. Brogly C, Bauer MA, Lizotte DJ, et al. An App-Based Surveillance System for Undergraduate Students' Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Protocol for a Prospective Cohort Study. *JMIR Research Protocols* 2021;10(9):e30504.
42. Bauer A, Amspoker AB, Fletcher TL, et al. A Resource Building Virtual Care Programme: improving symptoms and social functioning among female and male rural veterans. *European Journal of Psychotraumatology* 2021;12(1):1860357.
43. Gunn KM, Skaczkowski G, Dollman J, et al. Combining Farmers' Preferences With Evidence-Based Strategies to Prevent and Lower Farmers' Distress: Co-design and Acceptability Testing of ifarmwell. *JMIR Human Factors* 2022;9(1):e27631.
44. Bhat A, Goud BR, Pradeep J, et al. can mobile health improve depression treatment access and adherence among rural indian women? A qualitative study. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 2020;44(4):461-78.
45. Ellis DM, Draheim AA, Anderson PL. Culturally adapted digital mental health interventions for ethnic/racial minorities: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2022
46. Kaonga NN, Morgan J. Common themes and emerging trends for the use of technology to support mental health and psychosocial well-being in limited resource settings: A review of the literature. *Psychiatry research* 2019;281:112594.
47. Marshall JM, Dunstan DA, Bartik W. Effectiveness of using mental health mobile apps as digital antidepressants for reducing anxiety and depression: protocol for a multiple baseline across-individuals design. *JMIR research protocols* 2020;9(7):e17159.
48. Moskalenko MY, Hadjistavropoulos HD, Katapally TR. The complex association of barriers and interest in internet-delivered cognitive behavior therapy for depression and anxiety: Informing e-health policies through exploratory path analysis. *Journal of Mental Health* 2020:1-10.
49. Shalaby R, Adu MK, El Gindi HM, et al. Text Messages in the Field of Mental Health: Rapid Review of the Reviews. *Frontiers in psychiatry* 2022;13
50. Silang KA, Sohal PR, Bright KS, et al. eHealth Interventions for Treatment and Prevention of Depression, Anxiety, and Insomnia During Pregnancy: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR mental health* 2022;9(2):e31116.
51. Silfee V, Williams K, Leber B, et al. Health Care Provider Perspectives on the Use of a Digital Behavioral Health App to Support Patients: Qualitative Study. *JMIR formative research* 2021;5(9):e28538.
52. Skaczkowski G, van der Kruk S, Loxton S, et al. Web-based interventions to help Australian adults address depression, anxiety, suicidal ideation, and general mental well-being: scoping review. *JMIR mental health* 2022;9(2):e31018.
53. Spanhel K, Balci S, Feldhahn F, et al. Cultural adaptation of internet-and mobile-based interventions for mental disorders: a systematic review. *NPJ digital medicine* 2021;4(1):1-18.
54. Strudwick G, Sockalingam S, Kassam I, et al. Digital interventions to support population mental health in Canada during the COVID-19 pandemic: rapid review. *JMIR mental health* 2021;8(3):e26550.
55. Salisbury TT, Kohrt BA, Bakolis I, et al. Adaptation of the World Health Organization Electronic Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide App for Mobile Devices in Nepal and Nigeria: Protocol for a Feasibility Cluster Randomized Controlled Trial. *JMIR research protocols* 2021;10(6):e24115.

56. Toombs E, Kowatch KR, Dalicandro L, et al. A systematic review of electronic mental health interventions for Indigenous youth: results and recommendations. *Journal of telemedicine and telecare* 2021;27(9):539-52.
57. Yu E, Xu B, Sequeira L. Determinants of e-Mental Health Use During COVID-19: Cross-sectional Canadian Study. *Journal of Medical Internet Research* 2022;24(11):e39662.
58. Zaslavsky O, Chu F, Renn BN. Patient Digital Health Technologies to Support Primary Care Across Clinical Contexts: Survey of Primary Care Providers, Behavioral Health Consultants, and Nurses. *JMIR formative research* 2022;6(2):e32664.
59. Canada MHCo. Caring in a digital world: introducing disruptive change to mental health care 2020 [Available from: <https://mentalhealthcommission.ca/resource/caring-in-a-digital-world-summary-report/>].
60. Huang M, Khurana A, Mastorakos G, et al. Patient Portal Messaging for Asynchronous Virtual Care During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Analysis. *JMIR Human Factors* 2022;9(2):e35187.
61. Lo B, Strudwick G, Mah L. Effective modalities of virtual care to deliver mental health and addictions services in Canada. *Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table* 2022;3:66.
62. Hollan JM, Bowling W, Reese RJ, et al. Two-way messaging for rural users: A cohort comparison study. *Journal of Rural Mental Health* 2021;45(2):63.
63. Ilagan GS, Iliakis EA, Wilks CR, et al. Smartphone applications targeting borderline personality disorder symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation* 2020;7(1):1-15.
64. Brown K, Toombs M, Nasir B, et al. How can mobile applications support suicide prevention gatekeepers in Australian Indigenous communities? *Social Science & Medicine* 2020;258:113015.
65. Hobson GR, Caffery LJ, Neuhaus M, et al. Mobile health for first nations populations: systematic review. *JMIR mHealth and uHealth* 2019;7(10):e14877.
66. Tighe J, Shand F, McKay K, et al. Usage and acceptability of the iBobby app: pilot trial for suicide prevention in aboriginal and Torres Strait islander youth. *JMIR mental health* 2020;7(12):e14296.
67. Turmaine K, Dumas A, Chevreul K, et al. Conditions for the Successful Integration of an eHealth Tool" StopBlues" Into Community-Based Interventions in France: Results From a Multiple Correspondence Analysis. *Journal of medical Internet research* 2022;24(4):e30218.
68. Zaslavsky, O., Chu, F., & Renn, B. N. (2022). Patient Digital Health Technologies to Support Primary Care Across Clinical Contexts: Survey of Primary Care Providers, Behavioral Health Consultants, and Nurses. *JMIR Formative Research*, 6(2), e32664
69. Ashrafi S, Taylor D, Tang TS. Moving beyond 'don't ask, don't tell': Mental health needs of adults with type 1 diabetes in rural and remote regions of British Columbia. *Diabetic Medicine* 2021;38(5):e14534.
70. Miralles I, Granell C, Díaz-Sanahuja L, et al. Smartphone apps for the treatment of mental disorders: systematic review. *JMIR mHealth and uHealth* 2020;8(4):e14897.
71. Chivilgina O, Elger BS, Jotterand F. Digital technologies for schizophrenia management: A descriptive review. *Science and engineering ethics* 2021;27(2):1-22.
72. Antoniou M, Estival D, Lam-Cassettari C, et al. Predicting Mental Health Status in Remote and Rural Farming Communities: Computational Analysis of Text-Based Counseling. *JMIR formative research* 2022;6(6):e33036.
73. Cai Y, Gong W, He H, et al. Mobile texting and lay health supporters to improve schizophrenia care in a resource-poor community in rural China (LEAN trial): randomized controlled trial extended implementation. *Journal of medical Internet research* 2020;22(12):e22631.

74. Cai Y, Gong W, He W, et al. Residual Effect of Texting to Promote Medication Adherence for Villagers with Schizophrenia in China: 18-Month Follow-up Survey After the Randomized Controlled Trial Discontinuation. *JMIR mHealth and uHealth* 2022;10(4):e33628.
75. Rush KL, Seaton CL, Corman K, et al. Virtual care prior to and during COVID-19: cross-sectional survey of rural and urban adults. *JMIR formative research* 2022;6(8):e37059.
76. Lal S, Gleeson J, Rivard L, et al. Adaptation of a digital health innovation to prevent relapse and support recovery in youth receiving services for first-episode psychosis: results from the Horizons-Canada phase 1 study. *JMIR formative research* 2020;4(10):e19887.
77. Resolving key barriers to advancing mental health equity in rural communities using digital mental health interventions. *JAMA Health Forum*; 2021. American Medical Association.
78. Philippe TJ, Sikder N, Jackson A, et al. Digital Health Interventions for Delivery of Mental Health Care: Systematic and Comprehensive Meta-Review. *JMIR mental health* 2022;9(5):e35159.
79. Liwag J. Strategies for Catalyzing Clinicians' Support of Telemedicine Programs in Rural Communities. ProQuest Dissertations Publishing, 2021.
80. Thenral M, Annamalai A. Telepsychiatry and the role of artificial intelligence in mental health in post-COVID-19 India: A scoping review on opportunities. *Indian journal of psychological medicine* 2020;42(5):428.
81. Parish MB, Gonzalez A, Hilty D, et al. Asynchronous telepsychiatry interviewer training recommendations: a model for interdisciplinary, integrated behavioral health care. *Telemedicine and e-Health* 2021;27(9):982-88.
82. O'Keefe M, White K, Jennings JAC. Asynchronous telepsychiatry: A systematic review. *Journal of telemedicine and telecare* 2021;27(3):137-45.
83. Choukou M-A, Maddahi A, Polyvyana A, et al. Digital health technology for Indigenous older adults: A scoping review. *International journal of medical informatics* 2021;148:104408.
84. Fien S, Dowsett C, Hunter CL, et al. Feasibility, satisfaction, acceptability and safety of telehealth for First Nations and culturally and linguistically diverse people: a scoping review. *Public health* 2022;207:119-26.
85. Hilty DM, Crawford A, Teshima J, et al. Mobile health and cultural competencies as a foundation for telehealth care: scoping review. *Journal of Technology in Behavioral Science* 2021;6(2):197-230.
86. Li J, Brar A. The use and impact of digital technologies for and on the mental health and wellbeing of Indigenous people: A systematic review of empirical studies. *Computers in Human Behavior* 2022;126:106988.
87. From treatment to healing: Envisioning a decolonial digital mental health. CHI Conference on Human Factors in Computing Systems; 2022.
88. Steare T, O'Hanlon P, Eskinazi M, et al. Smartphone-delivered self-management for first-episode psychosis: the ARIES feasibility randomised controlled trial. *BMJ open* 2020;10(8):e034927.
89. Hensel JM, Ellard K, Koltek M, et al. Digital health solutions for indigenous mental well-being. *Current psychiatry reports* 2019;21(8):1-9.
90. Li J, Brar A. The use and impact of digital technologies for and on the mental health and wellbeing of Indigenous people: A systematic review of empirical studies. *Computers in Human Behavior* 2022;126:106988.
91. Perdacher E, Kavanagh D, Sheffield J, et al. Using the Stay Strong App for the Well-being of Indigenous Australian Prisoners: Feasibility Study. *JMIR formative research* 2022;6(4):e32157.
92. Chao LL, Kanady JC, Crocker N, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia in veterans with gulf war illness: Results from a randomized controlled trial. *Life sciences* 2021;279:119147. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.lfs.2021.119147>

93. Ojagbemi A, Daley S, Kola L, et al. Perception of providers on use of the WHO mental health Gap Action Programme-Intervention Guide (mhGAP-IG) electronic version and smartphone-based clinical guidance in Nigerian primary care settings. *BMC Primary Care* 2022;23(1):264.
94. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, et al. Knowledge translation of research findings. *Implementation science* 2012;7(1):1-17.
95. Bruchac M. Indigenous knowledge and traditional knowledge University of Pennsylvania 2014 [Available from: [https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1172&context=anthro\\_papers](https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1172&context=anthro_papers).
96. Smylie J, Anderson M. Understanding the health of Indigenous peoples in Canada: key methodological and conceptual challenges. *Cmaj* 2006;175(6):602-02.
97. Elliot-Schmidt R, Strong J. The concept of well-being in a rural setting: understanding health and illness. *Australian Journal of Rural Health* 1997;5(2):59-63.
98. Bourke L, Sheridan C, Russell U, et al. Developing a conceptual understanding of rural health practice. *Australian Journal of Rural Health* 2004;12(5):181-86.
99. Wakerman J, Bourke L, Humphreys JS, et al. Is remote health different to rural health? *Rural and Remote Health* 2017;17(2):1-8.
100. Richmond CA, Ross NA. The determinants of First Nation and Inuit health: A critical population health approach. *Health & place* 2009;15(2):403-11.
101. Greenwood M, Lindsay NM. A commentary on land, health, and Indigenous knowledge (s). *Global Health Promotion* 2019;26(3\_suppl):82-86.
102. Isobel S, Wilson A, Gill K, et al. 'What would a trauma-informed mental health service look like?' Perspectives of people who access services. *International Journal of Mental Health Nursing* 2021;30(2):495-505.
103. Hermes M, Bang M, Marin A. Designing Indigenous language revitalization. *Harvard educational review* 2012;82(3):381-402.
104. Adams K, Paasse G, Clinch D. Peer-support preferences and readiness-to-change behaviour for chronic disease prevention in an urban indigenous population. *Australian Social Work* 2011;64(1):55-67.
105. Khan AI, Gill A, Cott C, et al. mHealth tools for the self-management of patients with multimorbidity in primary care settings: pilot study to explore user experience. *JMIR mHealth and uHealth* 2018;6(8):e8593.
106. Craig Lefebvre R, Tada Y, Hilfiker SW, et al. The assessment of user engagement with eHealth content: the eHealth engagement scale. *Journal of Computer-Mediated Communication* 2010;15(4):666-81.
107. Rodriguez-Villa E, Rauseo-Ricupero N, Camacho E, et al. The digital clinic: implementing technology and augmenting care for mental health: Elsevier, 2020:59-66.
108. Lal S, Adair CE. E-mental health: a rapid review of the literature. *Psychiatric services* 2014;65(1):24-32.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Informations complémentaires sur les articles inclus et la stratégie de recherche

*Informations détaillées sur la recherche de littérature académique et grise.*

Lors de la recherche dans la littérature académique et grise, les termes et définitions clés suivants ont été utilisés et les critères d'inclusion ont été appliqués.

#### Termes de recherche

**[Veillez noter que les recherches pour cette Note d'enjeux ayant été effectuées en anglais, cette liste de termes de recherche est une traduction vers le français]**

Régions	Asynchrone	Santé mentale
<ul style="list-style-type: none"> <li>• À distance</li> <li>• Zone rurale</li> <li>• Services de santé en zone rurale</li> <li>• Lieux non traditionnels</li> <li>• Nord du Québec</li> <li>• Territoires du Nord-Ouest</li> <li>• Communautés nordiques</li> <li>• Réserve indienne</li> <li>• Indiens d'Amérique</li> <li>• Nunavut</li> <li>• Iqaluit</li> <li>• Labrador</li> <li>• Peuples autochtones d'Australie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Télémédecine</li> <li>• Télésanté mentale</li> <li>• Télépsychiatrie</li> <li>• Télémoniteur</li> <li>• Télésanté</li> <li>• Santé numérique</li> <li>• Clinique numérique</li> <li>• Santé mentale en ligne</li> <li>• Santé mobile</li> <li>• Applications mobiles</li> <li>• Applications</li> <li>• Discussions instantanées</li> <li>• Messages textuels</li> <li>• Médias sociaux</li> <li>• Portails pour les patients</li> <li>• Téléphone intelligent</li> <li>• Appareil mobile</li> <li>• Bots</li> <li>• Intelligence artificielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé mentale</li> <li>• Bien-être</li> <li>• TCC</li> <li>• Psychiatrie</li> <li>• Conseils</li> <li>• Psychothérapie</li> <li>• Consultations</li> <li>• Thérapie</li> <li>• Santé spirituelle</li> </ul>

#### Définitions clés

**Technologie asynchrone** : Des services fournis selon des modalités qui ne reposent pas sur des interactions « en temps réel » avec les services ou les fournisseurs.

**Télésanté** : L'utilisation des technologies numériques de l'information et de la communication pour accéder à des services de santé à distance et gérer vos soins de santé. Les technologies peuvent inclure des ordinateurs et des appareils mobiles, tels que des tablettes et des téléphones intelligents.

**Santé numérique** : La santé numérique comprend des catégories telles que la santé mobile, les technologies de l'information en matière de santé, les dispositifs portables, la télésanté et la télémédecine,

et la médecine personnalisée. Les technologies de la santé numérique utilisent des plateformes informatiques, la connectivité, des logiciels et des capteurs pour les soins de santé et les utilisations connexes.

**Clinique numérique** : La santé et les cliniques numériques utilisent des technologies asynchrones telles que des applications et des capteurs pour collecter des données complètes et informer les soins. <sup>107</sup>

**Santé mentale en ligne** : La santé mentale en ligne fournit des services de santé mentale efficaces et opportuns en utilisant l'Internet et d'autres technologies connexes. <sup>108</sup>

**Santé mobile** : Terme général désignant l'utilisation de téléphones mobiles et d'autres technologies sans fil dans le cadre des soins médicaux.

**Exemple de recherche dans la littérature grise**  
**[Veuillez noter que les recherches pour cette Note d'enjeux ayant été effectuées en anglais, cette liste de termes de recherche est une traduction vers le français]**

<a href="https://www.proquest.com/results/50375314B0DA405CPQ/1?accountid=14771">https://www.proquest.com/results/50375314B0DA405CPQ/1?accountid=14771</a>	(Télésanté OU santé mentale OU télépsychiatrie) ET (rural OU éloigné) ET (asynchrone OU services OU plateforme OU application mobile)
<a href="http://www.google.ca">www.google.ca</a> pour les sites canadiens	site : .ca (télésanté mentale OU santé mobile OU télépsychiatrie) ET (rural OU éloigné OU autochtone OU Premières Nations) ET (asynchrone OU services OU plateforme OU application mobile)
<a href="http://www.google.ca">www.google.ca</a> pour les sites gouvernementaux américains	site : .gov (télésanté mentale OU santé mobile ou télépsychiatrie OU santé mentale en ligne) ET (rural OU éloigné OU autochtone OU Premières Nations) ET (asynchrone OU services OU plateformes OU application mobile)
<a href="http://www.google.ca">www.google.ca</a> pour les sites gouvernementaux canadiens	site : canada.ca (télésanté mentale OU télépsychiatrie OU santé mobile) ET (rural OU éloigné OU autochtone OU Premières Nations) ET (asynchrone OU services OU plateformes OU application mobile)
<a href="http://www.google.ca">www.google.ca</a> pour les sites gouvernementaux canadiens	site : gc.ca (télésanté mentale OU télépsychiatrie OU santé mobile) ET (rural OU éloigné OU autochtone OU Premières Nations) ET (asynchrone OU services OU plateformes OU application mobile)
<a href="http://www.google.ca">www.google.ca</a> pour l'Organisation mondiale de la santé	site : who.int télésanté mentale (télépsychiatrie OU santé mobile) ET (rural OU éloigné OU autochtone OU Premières Nations) ET (asynchrone OU services OU plateformes OU application mobile)

<a href="http://www.google.ca">www.google.ca</a> pour l'Union européenne	site : europa.eu télésanté mentale (télépsychiatrie OU santé mobile) ET (rural OU éloigné OU autochtone OU Premières Nations) ET (asynchrone OU services OU plateformes OU application mobile)
--	--

**Recherches manuelles des revues**

Journal of Telemedicine and Telecare, Canadian Journal of Counselling & Psychotherapy, Journal of Medical Internet Research Mental Health, Psychiatric Quarterly, Telemedicine and e-Health, Journal of Rural and remote health) and rural and remote health journals (i.e., Australian Journal of Rural Health, Canadian Journal of Rural Medicine, International Journal of Circumpolar Health, Journal of Rural and Tropical Public Health, Journal of Rural Community Psychology, Journal of Rural Nursing and Health Care, Rural and Remote Health, Rural Social Work Journal

**Tableau des critères d'inclusion et d'exclusion**

	<b>Critères d'inclusion</b>	<b>Critères d'exclusion</b>
<b>Âge</b>	+18	Services pour les groupes pédiatriques et les jeunes de moins de 18 ans
<b>Sexe</b>	Tous sexes confondus	
<b>Ethnicité</b>	Toutes les populations + accent sur les Premières Nations	
<b>Pays</b>	Tous les pays	
<b>Intervention d'intérêt</b>	Services/modalités asynchrones: applications, blogs, IA, bots etc.	Services de santé mentale synchrones et en personne
<b>Langue</b>	Publications disponibles en anglais	Publications non disponibles en anglais
<b>Date de publication</b>	2021-2022 Recherche manuelle des articles de 2020 dans les articles de 2021 et 2022	< 2019, car l'examen s'est concentré sur les données publiées pendant la période de la pandémie de COVID-19.

<b>Methodologie/source</b>	Articles dans les revues Examens (systématiques/études de portée/rapides) Qualitatif Quantitatif (enquêtes) Livres et chapitres Entretiens auprès des informateurs clés Littérature grise : - Rapports non gouvernementaux - Archives du gouvernement - Rapports et articles de presse - Conférences de presse - Pages web	
----------------------------	---	--

Les données relatives à l'approche prise lors d'une revue, à la conception des études, au cadre, à la juridiction, à la population étudiée (par exemple, rurale/éloignée, autochtone, maladie) et au type d'impact ont été extraites lorsqu'elles ont été signalées. Nous avons résumé les résultats de manière narrative en raison des différences de méthodologie entre les articles inclus.

Au total, 3 625 documents ont été identifiés, 122 ont été sélectionnés pour leur pertinence et 53 ont été inclus. Ces documents couvrent diverses populations, comme l'illustrent les pages suivantes.

Auteurs	Pays	Condition étudiée	Population rurale/autochtone
Antoniou et al, 2022	Australie	Dépression	Rurale
Ashrafi et al, 2021	Canada	Diabète	Rurale
Bauer et al, 2021	États-Unis	Dépression	Rurale
Bhat et al, 2020	Inde	Dépression	Rurale
Brogly et al, 2021	Canada	Non spécifiée	Rurale
Brown et al, 2020	Australie	Suicide	Autochtone
Cai et al, 2020	Chine	Schizophrénie	Rurale
Cai et al, 2022	Chine	Schizophrénie	Rurale
Canadian Institute for Health Information, 2022	Canada	Non spécifiée	Rurale et Autochtone
Cheng et al, 2021	Australie	Non spécifiée	Rurale
Chivilgina et al., 2021	Suisse	Non spécifiée	Rurale
Choukou, 2021	Canada	Maladies mentales et cognitives	Autochtone
Choukou, 2021	Plusieurs pays	Dépression	Autochtone
Ellis et al., 2022	Australie	Dépression	Rurale et Autochtone

Auteurs	Pays	Condition étudiée	Population rurale/autochtone
Fien et al., 2022	Australie	Maladies mentales et cognitives	Autochtone
Graham et al., 2021	États-Unis	Non spécifiée	Rurale
Gunn et al, 2022	Australie	Détresse	Rurale
Hensel et al, 2019	Canada	Non spécifiée	Autochtone
Hilty et al, 2021	États-Unis	Non spécifiée	Rurale et Autochtone
Hobson et al., 2019	Australie	Suicide	Autochtone
Hollan et al, 2021	États-Unis	Anxiété	Rurale
Huang et al, 2022	États-Unis	Dépression	Rurale
Ilagan et al, 2020	États-Unis	Trouble de la personnalité	Autochtone
Jia Li et al., 2022	Plusieurs pays	Non spécifiée	Autochtone
Lal et al., 2020	Canada	Psychose	Rurale
Liwag, 2021	États-Unis	Non spécifiée	Rurale
Lo et al, 2022	Canada	Dépression	Autochtone et Rurale
Marshall et al., 2020	Plusieurs pays	Dépression	Rurale
Mental Health Commission of Canada, 2020	Canada	Depression	Rurale et Autochtone
Miralles et al., 2020	Plusieurs pays	Non spécifiée	Rurale
Moskalenko et al, 2020	Canada	Dépression	Rurale
Nadi Nina Kaonga & Jonathan Morgan, 2019	Plusieurs pays	Dépression	Rurale
Ojagbemi et al, 2022	Nigéria	Non spécifiée	Rurale
O'Keefe et al., 2021	Plusieurs pays	Dépression	Rurale
Parish, 2021	États-Unis	Non spécifiée	Rurale
Pendse et al., 2022	Non spécifiée	Dépression	Autochtone
Perdacher et al., 2022	Australie	Non spécifiée	Autochtone
Philippe et al., 2022	Plusieurs pays	Non spécifiée	Rurale

Auteurs	Pays	Condition étudiée	Population rurale/autochtone
Rush et al, 2022	Canada	Non spécifiée	Rurale
Salisbury et al., 2021	Nigéria	Dépression	Rurale
Shalaby et al., 2022	Plusieurs pays	Dépression	Rurale
Silang et al., 2022	Plusieurs pays	Dépression	Rurale
Silfee et al., 2021	États-Unis	Dépression	Rurale
Skaczkowski et al., 2022	Australie	Dépression	Rurale
Spanhel et al., 2021	Plusieurs pays	Dépression	Autochtone
Stearé et al., 2020	Royaume-Uni	Psychose	Rurale
Strudwick et al., 2021	Plusieurs pays	Anxiété	Autochtone
Thenral & Annamalai, 2020	Inde	Non spécifiée	Rurale
Tighe et al, 2020	Australie	Suicide	Rurale
Toombs et al., 2020	Plusieurs pays	Dépression	Autochtone
Turmaine et al., 2022	France	Détresse	Rurale
Yu et al., 2022	Canada	Dépression	Rurale
Zaslavsky et al, 2022	États-Unis	Dépression	Rurale

Les 53 articles retenus comprennent :

- 11 études quantitatives
- 20 articles de synthèse
- 6 études qualitatives
- 5 articles utilisant des méthodes mixtes
- Les autres modèles d'étude comprennent des protocoles, des études d'amélioration de la qualité, des rapports, des commentaires et une thèse.

Les pays dans lesquels cette recherche a été menée sont les suivants :

- Plusieurs pays (n=13)
- Australie (n=10)
- Canada (n=11)
- États-Unis (n=10)
- Inde (n=2)
- Chine (n=2)
- Suisse (n=1)
- Nigéria (n=2)
- Royaume-Uni (n=1)

- France (n=1)

La population étudiée est variée. La majorité (n=35/53, 66%) des études porte sur des populations rurales et éloignées. Environ 24,5 % des études portent sur des peuples autochtones (n=13). Certaines études (~9,4 %) portent à la fois sur des populations autochtones et rurales (n=5). Dans ces études, la maladie la plus fréquente est la dépression (n=22). Après la dépression, on trouve le suicide (n=3), la schizophrénie (n=2), l'anxiété (n=2), la psychose (n=2), les maladies mentales et cognitives (n=2), la détresse (n=2), le diabète (n=1) et les troubles de la personnalité (n=1). 16 articles ne précisent pas la maladie dont il est question.

La liste des documents inclus avec les principales conclusions est jointe à l'**annexe 3**.

## Annexe 2 : Modèle de guide d'entretien

Bienvenue. Bonjour, je m'appelle [nom]. Je suis chercheur associé/chercheuse associée chez CanCOVID. Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer à cet entretien. À CanCOVID, nous rédigeons un rapport pour Santé Canada ; notre équipe mène des entretiens auprès des informateurs clés afin de comprendre l'utilisation des technologies asynchrones dans le cadre de problèmes de santé mentale des populations rurales ou éloignées. Nous tenons particulièrement à comprendre l'utilisation de ces technologies dans les communautés autochtones. Tout au long de cet entretien, j'aimerais vous encourager à partager vos expériences et vos points de vue concernant votre connaissance des technologies asynchrones.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les poser. Si vous ne souhaitez pas répondre à une question, faites-le moi savoir et nous pourrons passer à la question suivante. N'hésitez pas non plus à me faire savoir si vous souhaitez interrompre l'entretien. Vous pouvez le faire à tout moment. Si vous n'avez pas d'autres questions, nous pouvons commencer. Je démarre maintenant l'appareil d'enregistrement.

Questions d'ouverture :

1. Je me rends compte que vous êtes expert/e dans votre domaine, mais par souci de clarté, j'aimerais que vous me résumiez votre parcours et votre expertise (formation professionnelle, poste actuel). Quelle est votre formation professionnelle ? Quel est votre rôle dans votre poste actuel ?
- 2) D'une manière générale, pouvez-vous nous donner un bref aperçu de votre implication, de votre engagement et de vos recherches sur l'utilisation des technologies synchrones/asynchrones dans le contexte de la santé mentale ?
  - (a) Comment votre travail et votre apprentissage ont-ils changé/été modifié depuis la pandémie ? De quelle manière ? Quels ont été les éléments facilitateurs ?

Questions clés :

Pour la question no. 1 sur les technologies/modalités asynchrones dans les populations rurales et éloignées, y compris les peuples autochtones

Stratégie de déploiement asynchrone

- 3) Quelles sont les technologies asynchrones les plus couramment utilisées par les populations rurales, éloignées et autochtones pour répondre à leurs besoins en matière de santé mentale ? Veuillez les expliquer.
  - (a) Comment les technologies utilisées varient-elles en fonction de la population (c'est-à-dire rurale/éloignée vs autochtone, etc.) ? Comment les technologies utilisées varient-elles en fonction du type de maladie mentale ? Quelle est la raison de ces différences ?
4.
  - (a) Quelles mesures de résultats ont été utilisées pour évaluer les technologies asynchrones ? Comment varient-elles selon le type de modalité/technologie ?
  - (b) Quels sont les résultats qui, selon vous, sont les plus importants pour les communautés rurales, éloignées et autochtones ? Veuillez expliquer pourquoi. Qu'en est-il pour les communautés autochtones ? Veuillez expliquer pourquoi.
- 5) Veuillez décrire les obstacles entravant la mise en œuvre des technologies asynchrones dans les communautés rurales et éloignées. Qu'en est-il des communautés autochtones ?
  - (a) Y a-t-il eu des influences institutionnelles, des influences externes, des innovations et des connaissances qui ont influencé le déploiement de ces technologies ?

- (b) Des orientations politiques ont-elles influencé le déploiement de ces technologies ?
  - (c) Quelles stratégies ont été mises en place pour répondre à la confiance ou à l'hésitation à utiliser ces technologies ?
  - (d) Quel a été le rôle des parties prenantes (professionnels des soins primaires, infirmières, infirmières praticiennes, médecins de famille), santé publique, secteur privé (pharmacies) et hôpitaux dans les décisions relatives à l'utilisation des technologies asynchrones ?
  - (e) Existe-t-il d'autres obstacles (relations historiques, rémunération, parties prenantes, vaccins) et facilitateurs (partenariat) à l'utilisation des technologies asynchrones pour la santé mentale dans les populations rurales et éloignées ?
6. Que faut-il faire pour surmonter ces obstacles ? Examinez chacun des points mentionnés. Sur la base des enseignements tirés, comment Santé Canada devrait-il procéder à l'utilisation des technologies asynchrones pour les soins de santé mentale dans les communautés rurales et éloignées du Canada ?
7. Avez-vous des recommandations à faire pour que les technologies asynchrones en santé mentale soient mieux adaptées à la culture des communautés autochtones ?
- (a) Quels sont les principaux facilitateurs de cette approche ?

#### Questions de suivi s'appliquant aux questions 1 et 2

11. Veuillez partager tout autre élément que vous jugez important de nous communiquer (p. ex. nous pouvons demander si l'informateur dispose d'autres documents/publications clés auxquels nous devrions nous référer).
12. Y a-t-il quelqu'un que vous recommanderiez d'interviewer sur ce sujet, peut-être quelqu'un que vous considérez comme un leader d'opinion ou un expert en la matière ?
13. Quelles sont les juridictions, au Canada ou à l'étranger, qui, selon vous, offrent d'excellents exemples de services de santé mentale virtuels pour les populations rurales, éloignées ou autochtones ou pour les jeunes ?
14. Existe-t-il des risques ou des considérations particulières que vous jugez importants pour la mise en place ou l'extension de services de santé mentale virtuels aux communautés rurales, éloignées ou autochtones ?

### Annexe 3 : Aperçu des principales conclusions des documents consultés

Détails sur chaque étude, classés par ordre alphabétique du nom de l'auteur.

Auteur (année)	Pays	Objectif(s)	Conception de l'étude	Participants	Taille de l'échantillon, Sexe	Résultats de l'étude
Antoniou et al. (2022)	Australie	Identifier l'état de santé mentale d'un client, tout en examinant si les méthodes linguistiques computationnelles peuvent être appliquées aux communications textuelles.	Quantitative	Population rurale/éloignée  - participants souffrant de stress, de dépression et d'anxiété	270 59 M, 167 F, 44 non divulgué	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Immédiatement après les séances de conseil, 29,7 % (49/165) des réponses de 40,9 % (43/105) des participants ont été recueillies.</li> <li>- Parmi les réponses à la question d'auto-évaluation, 51,5 % (85/165) ont déclaré que l'anxiété, la dépression et le stress constituaient des problèmes. Parmi ces participants, 72,4 % (76/105) étaient des femmes, 15,2 % (16/105) étaient des hommes et 12,4 % (13/105) n'ont pas divulgué leur sexe.</li> <li>- En revanche, pour les sessions sans réponse à la question d'auto-évaluation, seuls 44,7 % (272/608) ont déclaré que l'anxiété, la dépression et le stress constituaient des problèmes. Parmi ces participants, 57,6 % (95/165) étaient des femmes, 21,8 % (36/165) étaient des hommes et 20,6 % (34/165) n'ont pas divulgué leur sexe.</li> <li>- Les femmes âgées qui ont déclaré souffrir d'anxiété, de dépression et de stress étaient plus susceptibles de répondre à la question de l'auto-évaluation.</li> <li>- Le score moyen d'auto-évaluation était de 2,7 (SD 1,3).</li> </ul>
Ashrafi et al. (2021)	Canada	Explorer les besoins en santé mentale des adultes atteints de diabète de type 1 vivant dans les zones rurales et éloignées de l'intérieur de la Colombie-Britannique (C-B), tout en identifiant les facteurs et les stratégies (tels que le soutien par les pairs et la santé numérique) pertinents pour la fourniture et l'accès au soutien en santé mentale.	Méthodes mixtes	Population rurale/éloignée  - Participants atteints de diabète de type 1	NR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quatre thèmes principaux : (1) les défis émotionnels associés à la gestion du diabète de type 1, (2) les préoccupations uniques liées au diabète de type 1 dans les communautés rurales et éloignées, (3) les expériences de soutien antérieures et les besoins de soutien futurs et (4) les interventions de soutien à la santé mentale liées au diabète (par exemple, le soutien par les pairs et la santé numérique).</li> <li>- Les services actuels dans la communauté sont insuffisants pour répondre aux besoins de la communauté.</li> <li>- Les médias sociaux sont considérés comme un moyen de soutenir la communauté.</li> </ul>
Bauer et al. (2021)	États-Unis	Examiner la faisabilité et l'efficacité d'un programme de formation en ligne (web STAIR) combiné à des séances de télésanté à domicile.	Méthodes mixtes	Population rurale  - vétérans souffrant de dépression et de SSPT	80 27 M, 53 F	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction générale à l'égard du programme → amélioration significative des symptômes de stress post-traumatique et de dépression, du fonctionnement social, de la régulation des émotions et des problèmes</li> </ul>

Auteur (année)	Pays	Objectif(s)	Conception de l'étude	Participants	Taille de l'échantillon, Sexe	Résultats de l'étude
						interpersonnels, après le traitement et avec un suivi trois mois plus tard - Il n'y a pas de différences entre les sexes ou le statut de TMS en ce qui concerne les résultats des symptômes ou la satisfaction.
Bhat et al. (2020)	Inde	Explorer les obstacles auxquels se heurtent les femmes atteintes de troubles mentaux dans les zones rurales du sud de l'Inde pour accéder à un traitement de santé mentale, tout en examinant leur attitude à l'égard des solutions de santé publique en ligne (santé mobile).	Qualitative	Population rurale: Inde du Sud - femmes souffrant de troubles dépressifs majeurs	69 69F	- Les facteurs qui contribuent à un accès insuffisant au traitement sont les suivants : autonomie limitée au sein des structures familiales, barrières économiques/financières et systémiques
Brogly et al. (2021)	Canada	Identifier les facteurs de risque et de protection de la santé mentale des étudiants de premier cycle grâce à un système de surveillance mobile..	Quantitative - protocole	Population rurale - Étudiants de 1er cycle	427	- Le taux de rétention entre l'enquête de référence (N=427) et l'inscription à l'application était de 74 % (315/427), 175 à 215 (55 %-68 %) participants à l'application ayant répondu activement aux enquêtes hebdomadaires.
Brown et al. (2020)	Australie	Mieux comprendre comment une application mobile pourrait être utilisée pour aider les responsables de la prévention du suicide dans les communautés autochtones australiennes.	Qualitative	Autochtone	12 10M, 2F	- Les programmes de formation doivent cibler des personnes clés, accessibles et respectées issues de groupes divers, désignés et émergents au sein des communautés autochtones, afin qu'elles jouent le rôle de gardiens - Un terme culturellement approprié pour désigner le « gardien » (par exemple, « le répondant ») a été demandé - La formation doit préparer les « répondants » à jouer un éventail de rôles en matière de prévention du suicide, tels que l'identification et la prise en charge des personnes autochtones à risque, la fourniture d'une psychoéducation et d'un soutien continu, et la facilitation de l'intégration des soins - Caractéristiques de l'application recommandées : contenu de remise à niveau culturellement approprié sur l'intervention en cas de suicide, rappel de formation, soins intégrés, accès à un soutien par les pairs et débriefing
Cai et al. (2020)	Chine	Tester l'efficacité d'un programme de textos pour améliorer l'adhésion aux médicaments, le fonctionnement et les symptômes des participants. Dans le cadre d'une mise en œuvre prolongée de l'intervention après sa phase initiale implementation of the intervention after its initial phase.	Quantitative	Population rurale	277	- Des améliorations des symptômes, de l'adhésion aux médicaments antipsychotiques et une réduction de la réhospitalisation ont été constatées - Cependant, il n'y a pas eu d'amélioration du fonctionnement

Auteur (année)	Pays	Objectif(s)	Conception de l'étude	Participants	Taille de l'échantillon, Sexe	Résultats de l'étude
Cai et al. (2022)	Chine	Analyser les résultats primaires (respect du nombre de comprimés) et secondaires (dépression, cognition) lors d'un suivi de 18 mois après l'arrêt de l'intervention.	Quantitative	Population rurale	NR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lors de la phase 1, l'adhésion aux antipsychotiques et l'incidence des réhospitalisations se sont améliorées de manière significative, tandis que lors de la phase 2, la différence n'était pas statistiquement significative.</li> <li>- n'y a pas eu d'amélioration des autres résultats dans les deux phases.</li> </ul>
Institut canadien d'information sur la santé (2022)	Canada	Étudier le paysage actuel des données et des informations sur les soins virtuels au Canada, tout en recommandant de nouveaux domaines d'intérêt pancanadien pour mesurer la qualité et l'accessibilité des soins virtuels.	Rapport	Communautés rurales et éloignées, autochtones	N/D	
Cheng et al. (2021)	Australie	Explorer la meilleure option pour améliorer la santé mentale et le bien-être des Australiens de différentes origines culturelles vivant dans des zones rurales.	Qualitative	Populations autochtones et insulaires du détroit de Torres, zones rurales (principalement les zones non urbaines de l'Australie)	105 58F, 44M, 1 transgenre, 2 non binaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 thèmes principaux ont été identifiés (contrôle, facilité d'utilisation, affirmation et facteurs liés à la prestation des services de santé)</li> <li>- Les trois premiers thèmes décrivent les recommandations des participants sur la conception des technologies de l'information sur la santé et sont similaires aux trois besoins fondamentaux (autonomie, compétence et relation) proposés par la théorie de l'autodétermination</li> <li>- Le dernier thème porte sur les difficultés de mise en œuvre des technologies de l'information sur la santé pour les soins de santé mentale, tout en abordant la manière dont les technologies de l'information sur la santé peuvent être utilisées pour soutenir la coordination et la prestation des soins</li> </ul>
Chivilgina et al. (2021)	Suisse	Explorer les aspects éthiques associés à la mise en œuvre des technologies numériques en psychiatrie.	Commentaire /Examen systématique	Population rurale	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les technologies numériques en psychiatrie permettent d'accéder à un large éventail d'options diagnostiques et thérapeutiques qui répondent aux besoins de santé des patients</li> <li>- Ces technologies (p.. ex. dispositifs portables, applications pour téléphones intelligents, accessibilité à la télépsychiatrie) peuvent améliorer le diagnostic des troubles mentaux et l'accès aux services de santé mentale</li> </ul>
Choukou (2021)	Canada	Explorer les programmes actuels de télésanté qui ont été mis en œuvre pour aider les personnes âgées autochtones.	Étude de la portée	Autochtones (adultes plus âgés)	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vingt-six articles analysés</li> <li>- L'analyse des résultats obtenus dans cinq pays a permis de découvrir 8 types différents de solutions en matière de télésanté.</li> </ul>

Auteur (année)	Pays	Objectif(s)	Conception de l'étude	Participants	Taille de l'échantillon, Sexe	Résultats de l'étude
						<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune technologie de téléadaptation connue n'est disponible pour les personnes âgées vivant dans les communautés autochtones</li> <li>- Les adultes plus âgés autochtones atteints de diverses maladies chroniques recherchent des technologies de télésanté pour faciliter l'accès aux soins de santé, améliorer l'équité en matière de santé et le rapport coût-efficacité</li> <li>- Divers avantages et difficultés dans la mise en œuvre de la télésanté pour les adultes plus âgés autochtones</li> </ul>
Choukou (2021)	Plusieurs pays	Examiner les programmes actuels de télésanté qui ont été mis en œuvre pour aider les personnes âgées autochtones.	Étude de la portée	Autochtone	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les 26 études incluses, 15 font état d'une amélioration des résultats cliniques, de l'évaluation psychiatrique, du traitement et des services de santé mentale</li> </ul>
Ellis et al. (2022)	Australie	Déterminer les interventions numériques en santé mentale adaptées à la culture et évaluer leur efficacité et leur faisabilité parmi les minorités raciales et ethniques	Étude de la portée	Populations rurale et autochtone	Études contrôlées randomisées (n = 12) comprenant 653 participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 32 études examinées</li> <li>- Dans la majorité des études (n = 24), les interventions numériques en santé mentale ont été jugées acceptables et praticables</li> <li>- Les interventions numériques en santé mentale adaptées à la culture ont produit un effet important, positif et significatif (g = 0,90) sur toute une série de résultats</li> <li>- Le taux d'attrition moyen par étude était de 42%.</li> <li>- La plupart des participants se sont déclarés très satisfaits</li> <li>- Par conséquent, les interventions numériques en santé mentale adaptées à la culture sont efficaces et acceptables</li> <li>- Ces interventions permettent de surmonter les obstacles liés au traitement de la santé mentale et à l'équité en matière de santé mentale au sein des communautés marginalisées</li> </ul>
Fien et al. (2022)	Australie	Déterminer si la télésanté a été bénéfique pour les Premières Nations et les patients issus de la diversité culturelle et linguistique (CALD) pendant la pandémie de COVID-19	Étude de la portée	Autochtones	Dix-sept études (N = 4,960 participants)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 17 études (N = 4 960 participants) ont été examinées (principalement des études qualitatives portant sur les patients des Premières Nations et des personnes issues de la diversité culturelle et linguistique dans le domaine de la télésanté aux États-Unis, au Canada, en Australie et dans les îles du Pacifique)</li> <li>- La télésanté est considérée comme faisable, satisfaisante et acceptable pour la fourniture de soins de santé, de dépistage et d'éducation pour les personnes vivant dans des communautés éloignées et éloignées sur le plan linguistique</li> </ul>

Auteur (année)	Pays	Objectif(s)	Conception de l'étude	Participants	Taille de l'échantillon, Sexe	Résultats de l'étude
						<ul style="list-style-type: none"> <li>- La commodité, l'accessibilité financière et la réduction des déplacements ont favorisé l'adoption et l'adhésion aux services de télésanté</li> <li>- Insuffisance de données probantes sur la disponibilité plus large des technologies et la participation des communautés cibles à la définition des priorités pour lutter contre les inégalités</li> </ul>
Graham et al. (2021)	États-Unis	N/A	Commentaire	Population rurale	N/D	N/D
Gunn et al. (2022)	Australie	Concevoir (avec les agriculteurs) la fonctionnalité et le contenu d'un site web (ifarmwell) qui aident à mettre en œuvre des techniques d'adaptation transférables, tout en déterminant à terme sa faisabilité dans une population agricole plus large.	Qualitative	Population rurale (agriculteurs)	Phase 2: 18 11M, 7F  Phase 4: 2 1M, 1F  Phase 7: 4 1M, 3F  Phase 8a: 157 105F, 52M	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ressource en ligne (ifarmwell) fondée sur la thérapie d'acceptation et de participation, dans le but ultime de réduire les obstacles à la participation aux stratégies traditionnelles de santé mentale et de bien-être</li> <li>- Ressource considérée comme une source facilement accessible et confidentielle de techniques d'autoassistance pour les agriculteurs</li> <li>- 5 modules interactifs (psychoéducation écrite, dessinée, audio et vidéo, exercices, blagues, métaphores, exemples et images au sujet de l'agriculture) utilisés pour transmettre les techniques</li> <li>- Les SMS fournissent des rappels et un soutien personnalisés</li> <li>- Bien que les résultats aient montré une grande acceptabilité, certaines améliorations, telles que des rappels supplémentaires, des enregistrements audio de meilleure qualité et des modules plus courts, ont été recommandées.</li> <li>- 37,1 % (52/140) des utilisateurs qui ont commencé le module 1 ont terminé tous les modules</li> </ul>
Hensel et al. (2019)	Canada	Décrire les solutions numérique en santé utilisées pour le bien-être mental des autochtones, en s'appuyant sur des données et des exemples tirés de la littérature.	Commentaire /analyse documentaire	Autochtone	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bien que les solutions numériques en santé soient efficaces pour améliorer la santé mentale des autochtones, il existe peu de données probantes sur les différentes interventions numériques en santé</li> <li>- Les solutions numériques en santé sont classées en trois catégories différentes, à savoir : (1) l'accès à distance aux spécialistes, (2) le renforcement et le soutien des capacités locales, et (3) les interventions dirigées par les patients</li> <li>- Les initiatives futures devraient se concentrer sur le suivi des meilleures pratiques et sur l'extension de l'utilisation</li> </ul>

Auteur (année)	Pays	Objectif(s)	Conception de l'étude	Participants	Taille de l'échantillon, Sexe	Résultats de l'étude
						des solutions numériques au sein des communautés autochtones
Hilty et al. (2021)	États-Unis	Déterminer les composantes des soins de santé mobiles culturellement compétents, tout en comprenant leur processus de mise en œuvre et leur efficacité	Étude de la portée	Population rurale et autochtone	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 183 études incluses</li> <li>- Les études indiquent que les compétences existantes en matière de télésanté (vidéo, médias sociaux, santé mobile, télésanté comportementale, asynchronisme) ont des composantes culturelles limitées</li> <li>- Des recherches supplémentaires sur l'efficacité de la santé mobile sont nécessaires</li> <li>- Il est également nécessaire de mieux comprendre comment les compétences sont liées à la télésanté et à la santé rurale</li> </ul>
Hobson et al. (2019)	Australie	Déterminer les caractéristiques des interventions de santé mobile par rapport aux populations des Premières Nations, tout en soulignant les résultats de l'intervention et les perspectives des utilisateurs (par exemple, la sensibilité culturelle et l'efficacité clinique)	Étude de la portée	Autochtone	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 13 études (5 essais contrôlés randomisés et 8 conceptions quasi expérimentales) menées dans les différents pays : Australie (n=9), États-Unis (n=2) et Nouvelle-Zélande (n=2) ont été analysés</li> <li>- La santé mentale et le suicide ont fréquemment été abordés dans les études (n=5)</li> <li>- Les modalités d'intervention comprenaient la messagerie texte (n=5), les applications (n=4), la messagerie multimédia (n=1), les logiciels pour tablettes (n=1), ou une combinaison de services de messages courts (SMS) et d'applications (n=1)</li> <li>- Les résultats suggèrent un engagement mitigé envers l'intervention (n=3) ; des perspectives favorables pour les utilisateurs, y compris l'acceptabilité et l'adéquation culturelle (n=6) ; et des résultats mitigés quant à l'efficacité clinique (n=10)</li> </ul>
Hollan et al. (2021)	États-Unis	Examiner les résultats pré-post-traitement d'un service de thérapie asynchrone basé sur des messages bidirectionnels (la plateforme Talkspace).	Quantitative	Population rurale	460	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des améliorations statistiquement significatives ont été constatées avant et après les deux mesures de résultats pour les clients ruraux et urbains</li> <li>- Résultats en faveur de la thérapie asynchrone basée sur des messages bidirectionnels en tant que méthode de traitement</li> <li>- Les clients ruraux ont obtenu des résultats nettement meilleurs pour la dépression que les participants urbains</li> <li>- Il est nécessaire de poursuivre les recherches sur les interactions entre les soins de télésanté mentale et les identités socioculturelles</li> </ul>
Huang et al. (2022)	États-Unis	Étudier les réponses asynchrones des patients à la crise de la COVID-19, par le	Quantitative	Population rurale	Expéditeurs de messages sur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La majorité des MGP au sujet de la COVID-19 concernant l'auto-évaluation des symptômes COVID-19 (42,50 %) et</li> </ul>

Auteur (année)	Pays	Objectif(s)	Conception de l'étude	Participants	Taille de l'échantillon, Sexe	Résultats de l'étude
		biais d'une analyse rétrospective des messages du portail.		(Personnes âgées de moins de 18 ans et de plus de 65 ans)	la COVID-19 : (N=102 470) Expéditeurs de messages généraux (N=384 922), 58,54% F, 41.46%M Patients généraux (N=1 055 319) 54,37%F 45.63%M	<p>les tests de dépistage de la COVID-19 et les résultats obtenus (30,84 %)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les MGP associées aux plans de soins en matière de COVID-19 ont suivi des schémas similaires à ceux des cas nouvellement hospitalisés et des décès</li> <li>- Tendance à la baisse des annulations de rendez-vous et de l'anxiété (après un pic initial en mars)</li> <li>- Les patients ont utilisé le portail pour exprimer leurs sentiments d'anxiété et de dépression, ainsi que pour chercher du soutien auprès de leurs prestataires médicaux</li> <li>- Les patients s'inquiètent souvent de l'aggravation de leur maladie en l'absence des visites de suivi habituelles, mais aussi de la possibilité de contracter la COVID-19 lors des visites dans les cliniques et les hôpitaux</li> <li>- La perte d'emploi et la résiliation de l'assurance maladie concernent également les patients</li> <li>- Certains patients ont fait état de symptômes dépressifs et de pensées suicidaires en raison des différents facteurs de stress mentionnés</li> </ul>
Ilagan et al. (2020)	États-Unis	Évaluer l'efficacité des applications conçues comme des interventions thérapeutiques pour les adultes présentant des symptômes de TPL.	Examen systématique	Autochtone	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas d'effet significatif des applications pour téléphone intelligent en plus des traitements en personne ou d'une liste d'attente sur les symptômes du trouble bipolaire, ni sur la psychopathologie générale</li> <li>- La majorité des interventions ciblent la dysrégulation des émotions et les symptômes comportementaux</li> <li>- La moitié des applications sont déjà disponibles sur le marché</li> </ul>
Kaonga & Morgan (2019)	Plusieurs pays	Comprendre l'utilisation de la télésanté mentale dans les environnements à ressources limitées par le biais d'une analyse documentaire.	Article de synthèse	Population rurale (environnements à faibles ressources)	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Technologie utilisée pour améliorer la collecte de données (n = 8), la communication sur le changement de comportement (n = 26) et la prestation de services (n = 32).</li> <li>- L'adhésion (n = 7), les évaluations écologiques momentanées (n = 7), la promotion du bien-être (n = 5), l'éducation (n = 8), la télémédecine (n = 28), l'apprentissage automatique (n = 5) et les jeux (n = 2) ont été les principaux sujets abordés</li> </ul>
Lal et al. (2020)	Canada	Évaluer l'acceptabilité initiale de l'application Horyzons et la modifier en vue d'un essai pilote au Canada.	Méthodes mixtes (méthodes quantitatives et qualitatives descriptives)	Zones urbaine et urbaine-rurale	26 patients: 11 6M, 4F, 1 autre Cliniciens: 15 3M, 12F	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 thèmes ont été identifiés : 1) l'appréciation de l'approche thérapeutique et de la relativité de l'application Horyzons ; (2) les opinions divergentes sur la conception, la mise en page et la facilité de navigation ; (3) l'inquiétude quant à la mise en œuvre ; et (4) les suggestions de modification du contenu et des caractéristiques</li> </ul>

Auteur (année)	Pays	Objectif(s)	Conception de l'étude	Participants	Taille de l'échantillon, Sexe	Résultats de l'étude
Li et al. (2022)	Plusieurs pays	Examiner l'effet, l'utilisation et la perspective des technologies numériques par rapport à la santé mentale des autochtones.	Analyse documentaire	Autochtone	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 thèmes ont été identifiés : (1) l'engagement efficace grâce à la narration numérique, (2) l'autoreprésentation positive et les sentiments positifs de bien-être, (3) hommage rendu aux connaissances et relations autochtones traditionnelles</li> <li>- La technologie numérique aide les jeunes autochtones à surmonter les obstacles socio-économiques et les problèmes de santé mentale, renforce leur sentiment de bien-être et améliore leur résilience</li> </ul>
Liwag (2021)	États-Unis	Comprendre les perspectives qui sous-tendent l'acceptation par les cliniciens des technologies contemporaines dans la prestation de services cliniques	Thèse de doctorat, étude de cas descriptive qualitative + analyse documentaire	Population rurale	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 thèmes identifiés : utilité de la technologie, facilité d'utilisation de la technologie et engagement des cliniciens</li> <li>- Il est recommandé d'utiliser des technologies peu contraignantes pour rationaliser les procédures commerciales et d'impliquer les cliniciens dans la création des modèles</li> <li>- Les facteurs suivants contribuent à un changement social positif : Un accès plus facile aux soins de santé spécialisés et aux possibilités d'emploi pour les personnes vivant dans des zones mal desservies, ainsi qu'une meilleure acceptation des technologies contemporaines par les cliniciens.</li> <li>- L'acceptation par les cliniciens de la technologie contemporaine est importante pour la réussite des programmes de télémédecine</li> </ul>
Lo et al. (2022)	Canada	Examiner l'efficacité des soins de santé mentale virtuels et les facteurs nécessaires à l'accès aux soins de santé mentale virtuels parmi les peuples autochtones.	Résumé (Présentation des résultats de diverses études)	Communautés autochtones, rurales et éloignées, communautés noires et racialisées, réfugiés, adultes plus âgés	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résultats concernent les modalités asynchrones</li> </ul>
Marshall et al. (2020)	Plusieurs pays	Étudier l'efficacité de cinq applications (Destressify, MoodMission, Smiling Mind, Mindshift et SuperBetter) dans le contexte de la réduction des symptômes d'anxiété et/ou de dépression.	Conception d'un cas unique	Population rurale	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si les applications se révèlent aussi efficaces que prévu, cela constituera une preuve supplémentaire de leur efficacité.</li> <li>- Les avantages des applications sont les suivants : (1) amélioration de l'accès aux services de santé mentale pour les personnes vivant dans les zones rurales et les groupes socio-économiques défavorisés, (2) amélioration de la thérapie en face à face grâce aux devoirs numériques qui peuvent être partagés avec un thérapeute, (3) la méthodologie sera appliquée à d'autres applications</li> </ul>

Auteur (année)	Pays	Objectif(s)	Conception de l'étude	Participants	Taille de l'échantillon, Sexe	Résultats de l'étude
						de santé mentale afin de renforcer la base de données probantes indépendantes pour ce mode de traitement.
Commission de la santé mentale du Canada (2020)	Canada	Examiner les développements récents dans le domaine de l'aide à la santé mentale basée sur la technologie, tout en explorant l'incorporation d'outils numériques dans la prestation de soins de santé mentale	Rapport de synthèse sur la 9e conférence annuelle sur la cybersanté mentale	Jeunes, populations autochtones, communautés rurales et éloignées	N/D	N/D
Miralles et al. (2020)	Plusieurs pays	Fournir une vue d'ensemble des éléments suivants : la couverture des troubles mentaux, les types d'évaluation, l'utilisation de caractéristiques techniques avancées, les applications pour téléphones intelligents utilisées pour les troubles mentaux dans les articles de recherche, et les principales caractéristiques des évaluations empiriques.	Examen systématique	Population rurale	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dédire un intérêt croissant pour l'utilisation d'applications pour téléphones intelligents dans le cadre de traitements psychologiques</li> <li>- Les applications peuvent jouer un rôle dans l'amélioration de l'efficacité et de la disponibilité des traitements psychologiques dispensés par des thérapeutes</li> <li>- En passant à des interventions basées sur le téléphone intelligent, les séances en personne et le suivi manuel sont réduits, permettant ainsi de diminuer les coûts et de raccourcir les listes d'attente</li> <li>- Les téléphones intelligents sont utiles pour les jeux-questionnaires interactifs permettant d'acquérir des compétences et d'améliorer l'apprentissage, les évaluations des attaques de panique, les intentions suicidaires, les symptômes de divers troubles et la communication avec les thérapeutes ou d'autres utilisateurs par le biais de messages ou de chats</li> </ul>
Moskalenko et al. (2020)	Canada	Construire un cadre d'analyse des voies d'accès en utilisant la modélisation des équations structurelles pour comprendre les relations directes et indirectes entre les obstacles aux soins et l'intérêt pour la thérapie comportementale cognitive virtuelle.	Enquête	Zones urbaine et rurale	200	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résultats de l'analyse de cheminement ont démontré les relations entre les facteurs démographiques et l'intérêt pour la thérapie comportementale cognitive virtuelle et les barrières complexes</li> </ul>
O'Keefe et al. (2021)	Plusieurs pays	Analyser la recherche actuelle sur la télépsychiatrie asynchrone (TPA) en fonction des domaines de télésanté établis par le Forum national sur la qualité, et évaluer la qualité de la TPA et les domaines dans lesquels des	Examen systématique	Population rurale	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une analyse préliminaire de la littérature publiée sur la TPA indique des résultats prometteurs</li> <li>- La recherche sur la TPA montre que les services améliorent l'accès aux soins, peuvent être facilement mis en œuvre et maintiennent la satisfaction des patients à un faible coût</li> </ul>

Auteur (année)	Pays	Objectif(s)	Conception de l'étude	Participants	Taille de l'échantillon, Sexe	Résultats de l'étude
		recherches supplémentaires sont nécessaires				- Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer la recherche sur la TPA en fonction des domaines de qualité
Ojagbemi et al. (2022)	Nigéria	Évaluer l'opinion des travailleurs sanitaires sur la viabilité, l'acceptabilité et les avantages de l'utilisation de l'orientation clinique basée sur un téléphone intelligent et de l'« emhGAP-IG » pour prendre en charge les patients souffrant de troubles mentaux au Nigéria.	Qualitative	Population rurale	39?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 thèmes sont apparus</li> <li>- Les applications sont allées au-delà de la consultation clinique et de la prise de décision</li> <li>- Les agents de santé publique préfèrent un outil de prise de décision basée sur une application à des conseils sur papier</li> <li>- À l'avenir, la formation du personnel et des caractéristiques de conception utiles permettraient d'améliorer l'utilisation de l'« emhGAP-IG »</li> </ul>
Parish (2021)	États-Unis	Résumer le développement d'un modèle de formation pour les compétences des cliniciens en matière de TPA.	Module de formation pour 5	Population rurale		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 thèmes principaux sont apparus : (1) les compétences complètes en matière de brefs entretiens psychiatriques, (2) la base de connaissances adéquate sur les troubles du comportement et les techniques thérapeutiques, et (3) la documentation clinique, pratiques de soins intégrés/consultation et compétences électroniques</li> <li>- Les recommandations en matière de formation technologique portaient notamment sur les points suivants (1) la sensibilisation à la protection de la vie privée/confidentialité pour la collecte, le stockage, la gestion et le partage de données électroniques ; (2) le dépannage technologique ; et (3) l'enregistrement/la récupération de vidéos.</li> </ul>
Pendse et al. (2022)	Non spécifié	Explorer comment les méthodes de santé mentale au moyen de la technologie peuvent être conçues pour être décoloniales et comprendre les méthodes actuelles de santé mentale numérique en relation avec les relations de pouvoir historiques.	Article de type commentaire	Autochtone	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La santé mentale numérique progresse dans son utilisation de la technologie pour améliorer l'accès des patients aux soins</li> <li>- Affirmer que la santé mentale numérique donne la priorité à l'expérience vécue plutôt qu'à une catégorisation rigide, qui est consciente des facteurs structurels qui affectent le bien-être mental et qui est fondamentalement destinée à empêcher la création de différences de pouvoir</li> <li>- Des suggestions sur la manière dont les chercheurs et les concepteurs peuvent favoriser un avenir plus équitable pour les personnes souffrant de détresse et de maladie mentales ont été formulées</li> </ul>
Perdacher et al. (2022)	Australie	Examiner la faisabilité de l'application Stay Strong en tant qu'outil numérique pour la santé mentale et le bien-être des prisonniers autochtones.	Qualitative	Détenus autochtones	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il a été difficile d'identifier et de résoudre les conditions préalables à la mise en œuvre</li> <li>- L'application a été acceptée par les clients et les praticiens au niveau de la pratique</li> </ul>

Auteur (année)	Pays	Objectif(s)	Conception de l'étude	Participants	Taille de l'échantillon, Sexe	Résultats de l'étude
						<ul style="list-style-type: none"> <li>- 9 thèmes ont été identifiés : la satisfaction à l'égard de l'application actuelle Stay Strong, le soutien à la définition d'objectifs par le client, l'amélioration de la connaissance de soi du client, le renforcement de l'autonomie du client, l'adéquation culturelle, le renforcement de l'engagement, la facilité d'utilisation, les problèmes liés à l'utilisation d'un émulateur Android, et des suggestions pour améliorer la personnalisation</li> </ul>
Philippe et al. (2022)	Plusieurs pays	Évaluer l'état actuel des interventions de santé numérique pour le traitement des troubles mentaux, en réalisant une méta-analyse systématique complète de la documentation	Examen & méta-analyse	Population rurale	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La majorité (52 %) des recherches portait sur le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances, 29 % sur les troubles de l'humeur, de l'anxiété et du stress traumatique, et &gt;5 % sur les autres troubles mentaux</li> <li>- La communication synchrone et asynchrone, la thérapie informatisée et l'entraînement cognitif semblent être efficaces</li> <li>- Des recherches supplémentaires sur les interventions susmentionnées sont nécessaires pour les troubles mentaux peu étudiés</li> <li>- Certaines nouvelles technologies (par exemple, la réalité virtuelle, les applications mobiles) sont susceptibles d'améliorer la santé mentale, mais doivent être fondées sur des données probantes plus solides.</li> </ul>
Rush et al. (2022)	Canada	Évaluer la disponibilité, l'utilisation et la satisfaction avec des soins virtuels dans les zones rurales et urbaines pendant la pandémie et découvrir les besoins non satisfaits.	Méthodes mixtes  (Enquête transversale en ligne (quantitative et qualitative))	Zone rurale & urbaine	501 373F, 121 M, 6 nonbinaires, 1 préfère ne pas répondre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La qualité de l'Internet et les connaissances en matière de télésanté ont été positivement associées aux opinions des participants sur l'utilité, la simplicité et la satisfaction des soins virtuels.</li> <li>- Pas de différences de résultats entre les zones rurales et urbaines</li> <li>- Les participants dans les zones rurales sont moins susceptibles d'avoir utilisé la vidéo pour communiquer avec leur médecin</li> </ul>
Salisbury et al. (2021)	Nigéria	Évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'adoption de l'« e-mhGAP-IG » pour le diagnostic et le traitement de la dépression dans deux pays à revenu intermédiaire (le Népal et le Nigéria), et mener un essai contrôlé randomisé par groupes de faisabilité pour évaluer les procédures d'essai en comparant l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité de l'« e-mhGAP-IG ».	Essai contrôlé randomisé par groupe	Populations rurales Nigériennes et Népalaises	NR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les lignes directrices relatives à l'« e-mhGAP-IG » et à la supervision à distance ont été élaborées et un travail qualitatif formatif a été réalisé sur les deux sites</li> <li>- L'intégration de la technologie numérique mobile peut améliorer la qualité et la précision des soins tout en augmentant l'évolutivité des services de santé mentale dans les soins primaires</li> <li>- La recherche a révélé que la majorité des professionnels de la santé avaient accès à des téléphones intelligents personnels, qu'ils savaient utiliser différentes applications</li> </ul>

Auteur (année)	Pays	Objectif(s)	Conception de l'étude	Participants	Taille de l'échantillon, Sexe	Résultats de l'étude
						<p>pour téléphones intelligents et qu'ils appréciaient l'idée d'une version électronique du « mhGAP-IG »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La possibilité de fonctionner en mode hors ligne, les fonctions d'aide à la décision et une interface simple avec un minimum de saisie de texte sont autant de caractéristiques demandées</li> </ul>
Shalaby et al. (2022)	Plusieurs pays	Évaluer l'efficacité, la viabilité et l'acceptabilité des services de messagerie textuelle dans différents contextes de diagnostics de santé mentale et pendant les périodes cruciales des patients présentant des symptômes/troubles de santé mentale.	Examen rapide	Populations rurale/autochtone	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 60 articles (publiés au cours de la dernière décennie) analysés</li> <li>- La majorité des études couvrent l'alcoolisme et d'autres troubles liés à l'utilisation de substances (TUS)</li> <li>- Les services de textos ont été jugés efficaces pour les troubles psychotiques et les TUS</li> <li>- Résultats contradictoires en ce qui concerne la dépression et l'anxiété</li> <li>- Les patients souffrant de divers troubles mentaux se sont déclarés très satisfaits et ont accepté les services d'envoi de SMS</li> </ul>
Silang et al. (2022)	Plusieurs pays	Identifier l'efficacité des interventions de télésanté dans la prévention et le traitement de la dépression, de l'anxiété et de l'insomnie pendant la grossesse.	Examen systématique et méta-analyse	Population rurale (femmes enceintes âgées de 25 à 37 ans)	N/D 100% F	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Au total, 17 études ont examiné les changements dans la dépression (11/17, 65%), l'anxiété (10/17, 59%) et l'insomnie (3/17, 18%)</li> <li>- Pendant la grossesse, les interventions en matière de télésanté ont eu un faible effet sur la prévention et le traitement des symptômes d'anxiété et de dépression, et un effet modéré sur le traitement des symptômes d'insomnie</li> <li>- Aucun modérateur significatif n'a été découvert, à l'exception des symptômes dépressifs, pour lesquels les interventions de pleine conscience ont été plus performantes que les autres types d'intervention</li> </ul>
Silfee et al. (2021)	États-Unis	Évaluer le point de vue des professionnels de la santé sur la viabilité et l'acceptabilité d'une application mobile basée sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) dans plusieurs contextes de soins	Projet d'amélioration de la qualité	Zones rurale/urbaine Les prestataires participants comprenaient des prestataires de soins de santé primaires et de santé physique d'un centre de santé pour femmes, d'une clinique de soins de santé primaires ambulatoires et de centres de soins	19 11F, 8M	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les fournisseurs ont apprécié l'accès de leurs patients à RxWell → et ont estimé que l'outil aidera les patients à surmonter les obstacles traditionnels liés à la thérapie en personne (c.-à-d. la résistance à la thérapie par la parole, le temps, l'horaire, les déplacements et les coûts)</li> <li>- L'accompagnement des patients par un coach en santé numérique formé à l'utilisation de l'application numérique basée sur la TCC a été considéré comme un avantage supplémentaire</li> <li>- Les prestataires ont exprimé une certaine réticence à recommander l'application à des patients présentant des caractéristiques particulières et ont formulé quelques</li> </ul>

Auteur (année)	Pays	Objectif(s)	Conception de l'étude	Participants	Taille de l'échantillon, Sexe	Résultats de l'étude
				primaires ruraux et urbains		suggestions sur la manière d'améliorer le suivi des patients
Skaczkowski et al. (2022)	Australie	Identifier la variété des interventions de santé mentale basées sur le web et leur impact, leur acceptabilité, leur approche thérapeutique et leurs caractéristiques clés dans le traitement de la dépression, de l'anxiété, des idées suicidaires et du bien-être mental général des adultes australiens	Étude de la portée	Population rurale/autochtone Les femmes enceintes ou les nouveaux parents (6/52, 12%), les étudiants en institutions d'enseignement supérieur (3/52, 6%), les agriculteurs ou les communautés rurales (2/52, 4%), les adultes pratiquants (1/52, 2%), la communauté LGBTQ (1/52, 2%), les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres (1/52, 2%), les jeunes adultes (1/52, 2%), les adultes âgés de 26 à 65 ans (1/52, 2%) et les adultes plus âgés (1/52, 2%)	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 19 % (10/52) des programmes offraient un soutien gratuit aux thérapeutes et 21 % (11/52) permettaient aux utilisateurs de se lier à leurs cliniciens actuels</li> <li>- Résultats contradictoires des études portant sur l'efficacité des interventions en ligne guidées par un thérapeute par rapport à celles qui sont autoguidées</li> </ul>
Spanhel et al. (2021)	Plusieurs pays	Évaluer les interventions sur Internet et sur téléphone mobile adaptées à la culture pour les troubles mentaux, par le biais d'un Examen systématique	Examen systématique	Autochtone	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 17 composantes de l'adaptation culturelle des interventions en ligne et mobiles ont été déterminées, à savoir : personnages, activités, environnements/fardeaux, valeurs, traduction, adaptation linguistique, visualisation de la langue, concepts de santé mentale, objectifs du traitement, méthodes de traitement, structure, fonctionnalité, conception/esthétique, conseils, &gt;2 méthodes, &gt;2 personnes impliquées, cadre théorique.</li> </ul>
Stearse et al. (2020)	Royaume-Uni	Déterminer la viabilité et l'acceptabilité d'un outil d'autogestion basé sur un téléphone intelligent pour les services d'intervention précoce en psychose (IPP)	Essai clinique randomisé	Population rurale	40 12F, 28M  Contrôle: 20 7 F, 13M Intervention:20 5F, 15M	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lors des évaluations à 4 mois et à 12 mois, 83 % et 75 % des participants, respectivement, étaient toujours inscrits à l'essai</li> <li>- Des difficultés techniques ont entraîné des retards dans la mise en œuvre de l'intervention sur le site</li> <li>- Le nombre médian d'utilisations de My Journey 3 était de 16,5 (IQR 8,5 à 23) et le nombre médian total de minutes passées à utiliser My Journey 3 était de 26,8 (IQR 18,3 à 57,3)</li> </ul>

Auteur (année)	Pays	Objectif(s)	Conception de l'étude	Participants	Taille de l'échantillon, Sexe	Résultats de l'étude
						- Aucun événement négatif grave n'a été signalé
Strudwick et al. (2021)	Plusieurs pays	Examiner les interventions numériques pouvant être utilisées pour soutenir la santé mentale des Canadiens pendant la pandémie de COVID-19, en identifiant la population cible, l'effet et les obstacles/facilitateurs des interventions	Examen rapide	Population autochtone	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 31 applications mobiles et 114 ressources en ligne (télémédecine, groupes virtuels de soutien par les pairs, forums de discussion) ont été identifiées pour soutenir la santé mentale de la population canadienne pendant la pandémie</li> <li>- Une évaluation plus approfondie des questions liées à l'équité est nécessaire</li> <li>- Toutes les interventions identifiées dans cette synthèse n'ont pas été rapportées comme ayant un effet, mais parmi celles qui ont été rapportées, il a été établi qu'elles étaient efficaces dans le cadre dans lequel elles ont été appliquées</li> <li>- L'accès, le coût et la connectivité ont été reconnus comme des obstacles/facilitateurs</li> </ul>
Thenral & Annamalai (2020)	Inde	Examiner l'état de la télépsychiatrie en Inde, la fonction de l'intelligence artificielle (IA) dans le domaine de la santé mentale et les applications potentielles	Étude de la portée	Population rurale	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bien qu'il existe un certain nombre d'opportunités potentielles, le temps n'est pas encore venu pour que la télépsychiatrie et l'IA soient largement utilisées dans le domaine des soins de santé mentale</li> <li>- Les psychiatres doivent choisir le meilleur outil en fonction de leurs besoins, des ressources disponibles et de l'aspect pratique du déploiement</li> <li>- L'harmonie entre les soins conventionnels et les soins fondés sur la technologie doit être atteinte progressivement</li> </ul>
Tighe et al. (2020)	Australie	Décrire l'utilisation pilote et l'acceptabilité de l'application de prévention du suicide iBobbly.	Méthodes mixtes (Essai contrôlé randomisé)	Population autochtone	13 10F, 3M	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'analyse de régression a montré que l'utilisation de l'application améliorait les résultats psychologiques, mais de façon minime (effet non significatif)</li> <li>- Les résultats de l'analyse thématique indiquent que l'application iBobbly a été jugée efficace, acceptable et culturellement appropriée</li> <li>- L'application iBobbly est considérée comme culturellement sûre et d'une grande valeur thérapeutique</li> <li>- Les 13 participants ont déclaré qu'ils recommanderaient l'application à d'autres personnes</li> <li>- 92% (12/13) ont déclaré qu'ils participeraient à nouveau à un essai similaire</li> </ul>
Toombs et al. (2020)	Plusieurs pays	Évaluer l'utilisation des interventions de télésanté pour les jeunes autochtones afin de communiquer des pratiques empiriques et de fournir des suggestions	Examen systématique	Autochtones (jeunes)	N/D	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résultats préliminaires démontrent l'utilité et le caractère abordable des interventions en matière de télésanté</li> </ul>

Auteur (année)	Pays	Objectif(s)	Conception de l'étude	Participants	Taille de l'échantillon, Sexe	Résultats de l'étude
		sur le développement de futures interventions numériques.				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résultats qualitatifs indiquent généralement une réaction positive de la communauté ou de l'individu aux interventions en matière de télésanté de la part des prestataires ou des utilisateurs de services</li> <li>- Les résultats quantitatifs décrivent les résultats du dépistage de l'alcoolisme, des interventions brèves, du sevrage tabagique et de la prévention du suicide</li> </ul>
Turmaine et al. (2022)	France	Déterminer si l'utilisation locale de l'outil de télésanté StopBlues (SB), qui vise à prévenir la détresse psychologique et le suicide, varie en fonction des contextes locaux et si la mise en œuvre est liée à l'utilisation de l'outil.	Essai contrôlé randomisé par groupe	Zones rurale & urbaine		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 modèles de promotion distincts ont été identifiés</li> <li>- Les taux d'utilisation sont classés par ordre décroissant : les localités urbaines privilégiées, investissant dans la santé, qui ont mis en œuvre une promotion numérique et de forte intensité, démontrent ainsi une plus grande capacité à s'approprier le projet ; les localités urbaines, mais moins privilégiées, qui, bien qu'ayant relativement peu d'expérience dans la mise en œuvre des politiques de santé, ont réussi à mettre en œuvre une promotion traditionnelle et de forte intensité ; et les localités rurales, ayant peu d'expérience dans le traitement des questions de santé, qui ont mis en œuvre une promotion de faible intensité, mais n'ont pas pu surmonter les défis liés à leur contexte local</li> </ul>
Yu et al. (2022)	Canada	Déterminer les facteurs associés à l'utilisation des services de télésanté au Canada pendant la pandémie de COVID-19, en utilisant le cadre d'Andersen et Newman sur l'utilisation des services de santé.	Quantitative	Zones rurale & urbaine  Canadiens âgés de 16 ans et plus dans les zones rurales et urbaines	12,052 pnt utilisé des services de télésanté mentale n=883 412M, 467F, 18 autre N'ont pas utilisé des services de télésanté mentale au cours de 12 derniers mois: n=11,169 5384M, 5658F, 113 autre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seul un faible pourcentage des répondants à l'enquête (883/12 052, soit 7,33 %) a utilisé les services de télésanté mentale</li> <li>- Les résultats de la régression logistique indiquent que les personnes qui consultent régulièrement leur médecin de famille, qui vivent dans des communautés urbaines, qui ont un niveau d'études inférieur ou supérieur et qui ont des connaissances en matière de télésanté sont plus susceptibles d'utiliser les services de télésanté mentale</li> <li>- Les personnes qui utilisent moins la télésanté mentale sont moins susceptibles de parler anglais à la maison</li> </ul>
Zaslavsky et al. (2022)	États-Unis	Étudier l'étendue des différences potentielles dans l'acceptation de différentes technologies de santé pour	Quantitative	Population rurale	151 91F, 46M, 14 n'ont pas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'acceptation la plus élevée des technologies dans les contextes cliniques a été observée chez les consultants en santé comportementale (32/51, 63%) et les prestataires de</li> </ul>

Auteur (année)	Pays	Objectif(s)	Conception de l'étude	Participants	Taille de l'échantillon, Sexe	Résultats de l'étude
		soutenir les soins aux patients dans diverses situations cliniques entre les principaux groupes de prestataires de soins primaires et le personnel.			répondu à cette question	soins primaires (30/52, 58%) pour la vidéo en direct et chez les infirmières pour les applications mobiles (30/48, 63%) - Par rapport aux consultants en santé comportementale et prestataires de soins primaires, un pourcentage plus élevé d'infirmières a accepté toutes les autres technologies - Les prestataires de soins primaires ont indiqué des niveaux d'acceptation inférieurs à ceux des autres groupes - Les médias sociaux sont les moins bien acceptés par les prestataires (9,3 % [14/151])

#### **Annexe 4 : Commentaire sur les données probantes recueillies**

Dans l'annexe 1, nous présentons une brève description de la nature et des types de données probantes recueillies dans le cadre de cette analyse rapide. Bien qu'il n'ait pas été possible de procéder à une évaluation formelle de la qualité en raison des délais serrés impartis pour la rédaction de ce document, nous formulons ici quelques observations sur la qualité et les limites des articles retenus. La plupart des articles inclus se concentrent sur les services visant une maladie mentale spécifique. Cependant, quelques-uns n'ont pas spécifié la maladie, ce qui ne permet pas de comprendre comment les technologies asynchrones peuvent être plus appropriées pour certaines conditions ou situations que pour d'autres. De nombreuses études ont également utilisé à la fois des technologies asynchrones et synchrones, ce qui rend difficile la distinction entre les attributs et l'adéquation des seules technologies asynchrones. Un grand nombre d'études ont été réalisées dans des zones rurales ou éloignées. Les études qui ciblaient à la fois les populations rurales/éloignées et les peuples autochtones n'ont pas pris en compte les différences dans la manière dont la technologie ou le service asynchrone affectait différemment les populations (c'est-à-dire les différences entre les peuples autochtones et non autochtones). Seules quelques études se sont concentrées sur les pays en développement, la majorité d'entre elles ayant été réalisées dans des cultures occidentales à revenu élevé (par exemple, les États-Unis et l'Australie). Un nombre égal d'études portant sur des pays développés et des pays en développement aurait permis de mieux illustrer les défis propres aux pays en développement.