

RECHERCHE ORIGINALE

Conversations sur la télésanté mentale : Écouter les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées

K. L. Gibson¹, H. Coulson², R. Miles², C. Kakekakekung², E. Daniels³ et S. O'Donnell⁴

¹*University of New Brunswick, Fredericton (Nouveau-Brunswick, Canada),*

²*Keewaytinook Okimakanak Telemedicine (Ontario, Canada),* ³*Orchard View Long Term Care, Gagetown (Nouveau-Brunswick, Canada),* ⁴*Conseil national de recherches, Fredericton (Nouveau-Brunswick, Canada)*

Présenté le : 5 novembre 2010; Révisé le : 12 février 2011; Publié le : 19 avril 2011

Gibson, K.L., H. Coulson, R. Miles, C. Kakekakekung, E. Daniels et S. O'Donnell. (2011). Conversations on telemental health: listening to remote and rural First Nations communities, *Rural and Remote Health Journal*, 11, 1656. Récupéré de <http://www.rrh.org.au>

RÉSUMÉ

Introduction : La télésanté mentale utilise des technologies telles que la visioconférence pour offrir des services et de l'information liés à la santé mentale, et pour relier les gens et les communautés afin de favoriser la guérison et la santé. Dans les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées, il est parfois difficile d'avoir accès à des soins de santé mentale au sein de la communauté et d'avoir recours aux services de travailleurs en santé mentale de l'extérieur. La télésanté mentale est un outil et une approche de service pouvant résoudre certaines de ces difficultés, et même aider les communautés des Premières Nations à atteindre leur objectif d'améliorer la santé mentale et le bien-

être de leurs membres. Les points de vue des membres des communautés sur l'utilité et la pertinence de la télésanté mentale peuvent influencer considérablement le niveau d'engagement à l'égard du service. Il semble qu'il n'existe ni recherches, ni ouvrages sur le point de vue des membres des communautés des Premières Nations sur la question de la télésanté mentale, ni même sur le sujet plus large des technologies liées aux services de santé mentale. Par conséquent, cet article examinera les différents points de vue des membres de deux communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées de l'Ontario, au Canada, sur la question de la télésanté mentale.

Méthodes : La présente étude s'intègre dans le cadre de VideoCom, un projet de recherche collaborative qui explore les utilisations des technologies de l'information et des communications (TIC) par les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées. Cette étude a été réalisée avec l'aide de Keewaytinook Okimakanak (KO), notre partenaire du nord-ouest de l'Ontario. Au printemps 2010, une équipe formée de membres du personnel de KO et de chercheurs de VideoCom a visité les deux communautés avec l'entière collaboration de leurs dirigeants. En utilisant une approche de recherche participative, nous avons interrogé 59 membres de ces communautés sur leur expérience avec les technologies, plus particulièrement sur leur point de vue à propos de la télésanté mentale. Une analyse thématique de ces données qualitatives ainsi qu'une analyse quantitative descriptive de l'information recueillie ont révélé la diversité des points de vue des membres des communautés. Enfin, d'après une discussion avec le personnel en télésanté mentale des communautés, une section intitulée « Pistes de solution » a été proposée comme moyen d'amorcer la résolution de certains problèmes soulevés par les membres des communautés.

Résultats : Cet article analyse le continuum des points de vue des membres des communautés, qui vont de l'intérêt et l'enthousiasme à l'hésitation et l'inquiétude. Une participante ayant utilisé les services de télésanté mentale a indiqué que cette approche l'avait aidée à se sentir plus à l'aise avec le processus thérapeutique. D'autres participants ont exprimé des préoccupations quant à la pertinence et à la sécurité de cette approche. Une foule d'avantages (tels que l'utilité, la facilité de communication et un meilleur accès aux services) ainsi que d'inconvénients ou de préoccupations (comme l'interférence avec le renforcement des capacités et la confidentialité) sont ressortis des discussions. À la suite d'une procédure de codage, une analyse quantitative descriptive a révélé que 47 % des participants avaient une opinion favorable à la télésanté mentale, que 32 % avaient une opinion défavorable à ce sujet et que 21 % étaient indécis ou avaient une opinion neutre par rapport à la télésanté mentale.

Conclusions : La valorisation du savoir autochtone peut nous aider à comprendre

l'expérience des membres des communautés par rapport à la télésanté mentale et leurs préoccupations à ce sujet, et à mettre en place des initiatives plus efficaces et appropriées. Grâce à la précieuse collaboration des coauteurs de Keewaytinook Okimakanak Telemedicine, nous proposons des pistes de solution aux préoccupations soulevées par les membres des communautés. Plus important encore, nous reconnaissons que les pistes de solution liées aux initiatives communautaires de télésanté mentale doivent être prises en charge par les communautés.

Mots clés : Autochtones, points de vue des communautés, Premières Nations, santé mentale, télésanté mentale, visioconférence.

Introduction

Cet article traite principalement des points de vue des communautés en matière de télésanté mentale et présente deux études de cas de communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées. La télésanté mentale, une approche de service qui consiste à utiliser les technologies de l'information et des communications (principalement la visioconférence) pour offrir du soutien en matière de santé mentale et de bien-être, est proposée à ces communautés par l'entremise de l'organisme Keewaytinook Okimakanak Telemedicine (KOTM). Keewaytinook Okimakanak (KO) est le conseil tribal des chefs du nord de l'Ontario, au Canada.

À titre informatif, quelques recherches ont été effectuées (i) sur les avantages et les inconvénients de la télésanté mentale au sein des communautés des Premières Nations et sur les préoccupations qui y sont associées, (ii) sur le point de vue des travailleurs en santé mentale qui offrent des services de télésanté mentale aux communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées et (iii) sur l'expérience des clients de la télésanté mentale. Cependant, les recherches sur la pertinence de la télésanté mentale pour les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées ainsi que les points de vue des membres des communautés relativement à l'utilisation de cette approche sont peu nombreux.

Nous commençons à combler cette lacune en « écoutant » les membres des communautés. Dans le cadre de cette étude, nous examinons les différents points de vue des membres des communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées sur l'utilisation de la visioconférence avec les services de santé mentale et de télésanté mentale. Quels sont les avantages perçus de cette technologie et les préoccupations qui y sont associées?

Étant donné que des services de télésanté mentale sont offerts dans de nombreuses communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées de l'Ontario (et d'autres provinces) et que KO les juge utiles (comme en témoigne la mise en place de KOTM), il nous semblait important de nous pencher sur les réflexions et les préoccupations des membres des communautés à propos de ces services. Nous pensions que cet exercice permettrait de discuter plus en profondeur de l'utilisation de ces services dans les communautés, et de la façon dont les services de télésanté mentale pourraient contribuer à répondre aux besoins et aux intérêts des communautés, ce qui entraînerait un engagement positif et conscient à l'égard de la technologie.

Dans les sections suivantes, nous aborderons la question de la santé mentale dans les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées, puis la question de la télésanté mentale dans les communautés des Premières Nations, notamment les avantages, les inconvénients (défis) et les études sur le sujet.

La santé mentale et les communautés des Premières Nations

Comme toutes les autres collectivités, les communautés des Premières Nations visent certains objectifs en matière de santé mentale et de bien-être. À cause de l'héritage de la colonisation, les peuples des Premières Nations sont peut-être encore davantage en quête de changements et d'interventions à différents niveaux que les autres collectivités. En examinant des enjeux tels que les taux de suicide, de violence et d'alcoolisme dans les communautés, Kirmayer *et al.* (2000), conjointement avec d'autres auteurs (Hill, 2009; Vickers, 2009), ont découvert que les origines des problèmes de bien-être découlaient de la colonisation. En 2007, lors d'un symposium international sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones, des représentants autochtones des Amériques, de l'Asie, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et des Philippines ont classé la colonisation dans les déterminants sous-jacents de la santé les plus fondamentaux (King *et al.*, 2009). Plus particulièrement, l'héritage des pensionnats a eu une incidence négative à grande échelle sur le bien-être et la santé mentale des membres des communautés des Premières Nations (voir l'analyse critique de Chrisjohn *et al.*, 1997).

Nous croyons qu'il est important de souligner l'impact du colonialisme sur les peuples autochtones du Canada, mais nous ne le faisons pas dans le but de démontrer la faiblesse des communautés des Premières Nations, car nous savons qu'il existe au Canada des communautés saines, fortes et autonomes. En revanche, l'impact du colonialisme sur le bien-être individuel et collectif, de même que sur les aspects culturel, social, politique et économique des communautés autochtones du Canada, est indéniable. De plus, certaines communautés isolées (rurales ou éloignées) ont parfois davantage de difficulté à promouvoir la santé lorsqu'elles ne

disposent pas des ressources nécessaires.

Les ressources en santé mentale des communautés sont parfois limitées, et d'autres défis peuvent se dresser comme des obstacles à la recherche d'aide (notamment le manque d'anonymat et de confidentialité dans les petites communautés). Par exemple, certaines communautés des Premières Nations du nord-ouest de l'Ontario ne reçoivent la visite de professionnels en santé mentale que quelques fois par année. Les ressources communautaires nécessaires pour traiter les problèmes de santé mentale sont souvent limitées, et ce, pour diverses raisons comme l'insuffisance de fonds et le manque d'infrastructures (Keewaytinook Okimakanak Research Institute, 2008). Bien souvent, les personnes qui ont besoin de traitements sont contraintes de quitter leur communauté, ce qui accroît les risques de problèmes de santé et de bien-être. Les professionnels en santé mentale qui ont déjà travaillé avec des communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées (Gibson *et al.*, 2011) ont d'ailleurs reconnu qu'il s'agissait d'une situation problématique. Par conséquent, la télésanté mentale offre un mécanisme permettant aux membres et aux communautés des Premières Nations d'avoir accès à un large éventail de services de santé mentale.

Les membres des communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées qui nécessitent une intervention à ce niveau pourraient bénéficier de ressources et de services de santé mentale adéquats et adaptés à leurs valeurs culturelles (Dion Stout *et al.*, 2006). Dans les Premières Nations, de nombreuses cultures traditionnelles ont une vision holistique de la santé et du bien-être (Hunter *et al.*, 2006). Même si le présent article ne traite ni de la façon dont la télésanté mentale peut être intégrée dans un cadre holistique, ni du contenu des interactions dans un cadre de télésanté mentale, ces questions doivent de toute évidence être abordées dans les recherches et la pratique.

Les auteurs tiennent à souligner qu'ils ne croient pas que la télésanté mentale et une aide extérieure soient la solution aux besoins des communautés en matière de ressources ou à leur besoin de changement; la télésanté mentale n'est qu'une option pouvant contribuer à l'atteinte de certains objectifs. L'idéal serait de pouvoir améliorer la situation des communautés sur les plans culturel, social, politique et économique de manière à ce qu'elles n'aient plus besoin des services de télésanté mentale, ou encore de résoudre tous les problèmes adéquatement au sein des communautés. Toutefois, le présent article ne traite pas de l'examen détaillé des interventions de ce genre. Par ailleurs, il y aura toujours dans toutes les communautés, y compris les communautés saines, des personnes qui auront besoin de ces services à l'occasion.

Comme le suggère Varadharajan (2006), ces problèmes peuvent être abordés sur de nombreux plans, notamment sur les plans personnel, familial, communautaire, spirituel, social, économique et politique : « étant donné que la colonisation est un

processus d'une grande complexité qui a eu une incidence sur nos vies à différents niveaux, en surface comme en profondeur, la décolonisation ne peut faire autrement qu'être complexe et multidimensionnelle » (p. 143).

La télésanté mentale est un outil pouvant être utilisé pour contribuer au changement et au développement à de nombreux niveaux. Cet article traite de l'utilisation individuelle et collective de la télésanté mentale, par exemple pour mettre des personnes en relation dans le cadre de thérapies, de groupe de soutien ou de cercles de partage, ou encore à des fins éducatives.

La télésanté mentale dans le contexte des Premières Nations

Lors de la conférence des Nations Unies sur les communications pour le développement des peuples des Premières Nations tenue en 2007 (O'Donnell *et al.*, 2007), M. Stan Beardy, grand chef de la Nation Nishnawbe Aski, a fait la déclaration suivante :

... la présentation que je vous fais aujourd'hui [au moyen de la vidéo en continu] représente une réalisation remarquable de notre peuple, non seulement parce que nous exploitons le potentiel des technologies de l'information et des communications, mais aussi parce que nous adaptons ces technologies afin d'aborder les enjeux politiques, sociaux et économiques à l'ordre du jour.

Définie comme étant l'utilisation des TIC et des réseaux à large bande dans le but d'offrir des services de santé et du soutien en matière de bien-être, la télésanté est un sujet d'intérêt croissant dans les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées du Canada (Santé Canada, 2004; O'Donnell *et al.*, 2010; Romanow, 2002). Des conseils tribaux (tels que KO), divers paliers de gouvernement ainsi que des organismes non gouvernementaux, universitaires et de recherche ont participé à ce projet. Reconnaisant la nécessité pour les Premières Nations du Canada de disposer d'un nombre suffisant de réseaux à large bande et d'avoir accès aux TIC (Whiteduck, 2010), l'Assemblée des Premières Nations a récemment adopté plusieurs résolutions visant à répondre à ce besoin.

La télésanté mentale est une approche en matière de services de santé mentale qui utilise la visioconférence (et qui pourrait utiliser d'autres TIC) pour mettre en relation les personnes engagées dans diverses activités, notamment les groupes de soutien, les thérapies de groupe, les évaluations, les séances de thérapie individuelles et la psychoéducation. Depuis le milieu des années 1990, les services de télésanté mentale sont de plus en plus utilisés au Canada et au sein des communautés des Premières Nations du pays (Santé Canada, 2004). La télésanté mentale a été conçue comme moyen de relier les communautés des régions rurales et éloignées aux services de santé mentale, car l'accès à certaines ressources dans

ces communautés s'avère parfois impossible (Keewaytinook Okimakanak Research Institute, 2008; Gibson *et al.*, 2011; Santé Canada, 2004, Keewaytinook Okimakanak, 2002; Muttitt *et al.*, 2004).

Par exemple, le projet pilote de télépsychiatrie de KO (Keewaytinook Okimakanak, 2002) était une initiative novatrice visant à relier certaines communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées du nord-ouest de l'Ontario à des services psychiatriques. L'une des forces motrices du projet était l'objectif d'enrichir les services de santé mentale actuels et de réduire les temps d'attente. À cette époque, et sans doute encore aujourd'hui, les clients des services de santé mentale dans les communautés dépendaient souvent des services régionaux externes – peu présents dans les communautés – ou devaient quitter leur communauté d'origine pour recevoir des soins. À l'heure actuelle, des services de santé en personne (fournis par des ressources régionales externes ou par des ressources au sein de la communauté, comme mentionné précédemment) et des services de télésanté mentale sont offerts dans les communautés de KO (Keewaytinook Okimakanak Health, n.d.). D'autres fournisseurs de services ont également opté pour ce modèle modifié de prestation des services. Par exemple, Brasfield et Clement (2007) décrivent comment une clinique de gestion du stress et de l'anxiété de la Colombie-Britannique, travaillant avec diverses communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées, exploite la télésanté mentale et offre des visites en personne afin d'assurer une meilleure continuité des soins.

Selon un rapport de l'Assemblée des Premières Nations (1998) :

... pour les peuples des Premières Nations, le rétablissement de l'équilibre et du bien-être des communautés passe par l'habilitation collective et le bien-être individuel. Dans cette optique, la prestation des services sociaux et de santé doit être gérée par les Autochtones, et les services doivent être offerts par des Autochtones formés. L'autonomie gouvernementale est l'expression ultime d'un système de santé des Premières Nations incarnant l'habilitation individuelle et collective (p. 20).

Le projet de Fort Chipewyan (Gideon, 2006) est sans doute un excellent exemple de projet de cybersanté/télésanté résumant ce credo. Plus précisément, les Premières Nations des régions éloignées de l'Alberta collaborent grâce à la visioconférence afin d'offrir des services de médecine traditionnelle aux communautés des Premières Nations. D'abord axé principalement sur la santé et la physiothérapie, ce projet s'est transformé au fil du temps en un projet de « téléspiritualité » dans le cadre duquel les chefs spirituels autochtones sont mis en relation avec diverses communautés. Selon Gideon (2006), les dirigeants autochtones considèrent la cybersanté comme un outil et un moyen d'améliorer « l'accès aux services de santé et le contrôle sur ces services ». En

outre, dans les communautés des Premières Nations, la télésanté mentale et la cybersanté en général sont reconnues comme étant susceptibles de créer un nouvel environnement sain, habilitant et essentiel au changement social. Ainsi, l'APN a proposé une stratégie visant à améliorer la connectivité des réseaux à large bande, ce qui pourrait aider à soutenir ces initiatives (Whiteduck, 2010). Toutefois, la réussite de toute initiative de télésanté mentale communautaire dépend de la mesure dans laquelle cet outil sera utilisé. Par conséquent, il est essentiel que les communautés des Premières Nations s'impliquent dans l'élaboration des politiques de santé, de santé mentale et de télésanté mentale.

Avantages et défis liés à la télésanté mentale avec les Premières Nations

Les communautés des Premières Nations qui ont fait l'expérience de la télésanté mentale considèrent que celle-ci comporte de nombreux avantages (Keewaytinook Okimakanak Research Institute, 2008; Keewaytinook Okimakanak, 2002), notamment un meilleur accès aux services, la satisfaction du client et une diminution des coûts. La télésanté mentale a également été proposée comme mécanisme pour faciliter le réseautage et le soutien entre les travailleurs communautaires en santé mentale et en télésanté mentale de l'extérieur de la communauté, en plus d'offrir une plus grande souplesse à l'échelle locale pour la gestion des services de santé mentale (Keewaytinook Okimakanak, 2002). Par ailleurs, dans le nord-ouest de l'Ontario la visioconférence peut fournir les moyens nécessaires pour relier les communautés et les personnes de langue autochtone, et ainsi contribuer à créer un espace où les gens peuvent communiquer, partager et guérir, le tout dans leur langue maternelle. KOTM facilite la tenue de visites régulières aux aînés. Cette activité permet aux aînés de différentes communautés de communiquer et d'interagir dans leur langue maternelle, et par le fait même, de perpétuer une importante tradition culturelle (Wawatay News, 2009). Carpenter et Kakepetum-Schultz (2010) soulignent l'importance d'intégrer les valeurs et les croyances des Premières Nations dans un système de santé utilisant les technologies de l'information et conçu pour les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées. De plus, elles affirment que la propriété et le contrôle du service par les Premières Nations sont des éléments essentiels à la réussite de l'initiative.

En 2003, Jennett *et al.* ont procédé à un examen systématique des répercussions socioéconomiques de la télésanté, et l'un des sujets sur lesquels ils se sont penchés est la télésanté chez les Premières Nations. L'examen des huit études qui répondaient à leurs critères leur a permis de conclure que l'accès à des soins de santé adéquats était l'avantage socioéconomique qui ressortait le plus souvent pour cette population. Être en mesure d'accéder à des soins de santé tout en demeurant dans sa communauté d'origine peut se traduire par une meilleure qualité de vie et

une meilleure santé mentale (Jennett *et al.*, 2003; Lessing et Blignault, 2001). Une autre étude canadienne a révélé que la télésanté est un moyen viable pour assurer l'accès aux soins de santé dans un contexte de pénurie de professionnels de la santé comme celui que le Canada connaît présentement (Watanabe *et al.*, 1999).

En 2004, Santé Canada a produit un rapport sur la situation actuelle de la télésanté mentale. Dans ce document, on mentionne que les personnes clés interrogées envisagent la télésanté mentale comme :

... un outil stratégique susceptible d'améliorer l'accès aux services de santé mentale et la qualité de ces services à l'échelle locale ou communautaire. En effet, ils entrevoient d'immenses possibilités, plus particulièrement pour les collectivités situées en régions rurales ou éloignées, là où un manque criant de professionnels de la santé se fait sentir (p. iii).

Le rapport identifie des obstacles importants à l'exploitation de ces possibilités, notamment la pénurie de fournisseurs de services, le sous-développement de l'infrastructure de TIC, le manque de fonds, l'absence des capacités nécessaires à la mise en œuvre des projets ainsi que des enjeux de nature culturelle. Qui plus est, tout comme dans le contexte général de la télésanté, le remboursement des fournisseurs de services et l'octroi de licences s'avèrent également problématiques. Certaines associations de santé mentale ont élaboré des lignes directrices pour l'utilisation de la télésanté mentale par les professionnels de la santé, alors que d'autres ne l'ont pas encore fait.

La télémédecine et la télésanté mentale sont des outils également utilisés ailleurs dans le monde, notamment par les peuples autochtones de l'Australie (Lessing et Blignault, 2001; Griffiths *et al.*, 2006). Aux États-Unis, Shore *et al.* (2008) ont exploré la télésanté mentale dans les communautés amérindiennes des régions rurales. Ils en sont venus à la conclusion que des filets de sécurité et des protocoles d'urgence (des ressources de soutien et un plan d'intervention en cas de crise ou de nécessité) ainsi que des lignes directrices sont nécessaires pour favoriser l'utilisation de la télésanté mentale dans ces communautés rurales. Par ailleurs, la collaboration avec les fournisseurs de services locaux peut s'avérer bénéfique, car leur connaissance des communautés et leur relation avec celles-ci peuvent contribuer à guider le processus. Shore *et al.* ont également souligné l'importance d'acquérir une bonne compréhension de la culture de la communauté et de son expérience avec différents organismes (à divers échelons politiques), de même que de l'histoire de la tribu. Selon eux, tous ces facteurs sont importants pour le succès des initiatives de télésanté mentale.

Ils ont également mentionné la dynamique intéressante qui caractérise la télésanté mentale au sein des communautés amérindiennes des régions rurales (et souvent la télésanté mentale en général), à savoir que l'espace interpersonnel plus grand créé

lors des rencontres de télésanté mentale peut avoir diverses répercussions (Shore *et al.*, 2008). En effet, il arrive que certains clients se sentent plus à l'aise de se confier au clinicien en raison de la distance qui les sépare. Cette dynamique aurait d'ailleurs été observée lors de l'utilisation des services télépsychiatriques dans les communautés des Premières Nations du nord de l'Ontario (Keewaytinook Okimakanak, 2002) et de la Colombie-Britannique (Brasfield et Clement, 2007). Néanmoins, la distance peut parfois nuire à la relation thérapeutique, notamment en l'absence d'un sentiment de connexion. Évidemment, ce sentiment peut être compris de bien des façons, notamment comme la « présence sociale » (Cukor *et al.*, 1998), c'est-à-dire le niveau de conscience de l'autre personne dans l'interaction sociale (un concept souvent étudié dans les communications au moyen des TIC) ou d'autres aspects de la relation thérapeutique (comme l'harmonie et la confiance).

Participation à des études antérieures sur la télésanté mentale chez les Premières Nations

Il semble qu'il n'existe ni recherches, ni ouvrages sur le point de vue des membres des communautés des Premières Nations sur la question de la télésanté mentale, ni sur le point de vue des communautés sur le sujet plus large des technologies liées aux services de santé mentale ou des technologies en général.

Au Canada, seules quelques études ont exploré l'expérience des clients des services de télésanté mentale des Premières Nations (Keewaytinook Okimakanak Research Institute, 2008; Keewaytinook Okimakanak, 2002; River Valley Health, 2006). Comme mentionné précédemment, un projet pilote de télépsychiatrie a été mené dans le nord de l'Ontario en 2001. D'après l'évaluation effectuée, les clients des services de télésanté mentale affichaient un haut niveau de satisfaction à l'égard du service (Keewaytinook Okimakanak, 2002) : « presque tous les clients ont indiqué que le psychiatre les avait aidés à régler leurs problèmes émotionnels, et qu'ils recommanderaient ce service à des proches aux prises avec des problèmes émotionnels » (p. iv).

Les clients ont également trouvé bénéfique d'avoir accès à des services de santé mentale dans leur communauté, ce qui leur évitait d'avoir à se déplacer. Voici une autre conclusion de cette évaluation (Keewaytinook Okimakanak, 2002) : « le fait de ne pas se retrouver face à face avec le psychiatre crée une distance qui semble avoir aidé les clients à se sentir à l'aise avec ce dernier, un comportement inhabituel dans la culture occidentale » (p. iii).

Quelques années plus tard, en 2004 et 2005, le projet Mawi-Wolakomiksultine (qui signifie en malécite « ensemble, que notre esprit soit en bonne santé ») était en cours dans l'est du Canada, au Nouveau-Brunswick (River Valley Health,

2006). Ce projet de partenariat visait à étendre la télésanté mentale et la télétoxicomanie à cinq communautés des Premières Nations de la région. Les clients des Premières Nations qui ont participé à cette initiative ont affirmé avoir eu des expériences de télésanté très positives. Naturellement, bon nombre d'entre eux ont déclaré s'être d'abord sentis un peu mal à l'aise avec l'approche de la télésanté, mais une fois la séance commencée, ils avaient l'impression d'être dans la même pièce que le thérapeute. Plus précisément, selon l'évaluation, 96 % des clients ont déclaré être satisfaits de leur séance de télésanté, 89 % ont affirmé avoir eu de la facilité à communiquer lors de la session et 82 % ont mentionné qu'ils préféreraient participer aux séances de télésanté plutôt que d'avoir à se rendre dans un centre urbain pour obtenir ces services.

Enfin, des études sur la télésanté mentale mettant en relief l'expérience de professionnels de la santé mentale travaillant avec des clients et des communautés des Premières Nations seront examinées.

Récemment, Gibson *et al.* (2011) se sont penchés sur les expériences et les points de vue relatifs à la télésanté mentale des professionnels de la santé mentale qui travaillent avec les Premières Nations. Des entretiens individuels avec des professionnels de la santé mentale ayant fait l'expérience de la télésanté mentale avec des clients des Premières Nations des régions rurales et éloignées, de même qu'un sondage en ligne, ont été réalisés dans le cadre de l'étude. Les participants étaient des professionnels de la santé mentale de partout au Canada qui avaient déjà travaillé avec des communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées (mais qui n'avaient pas nécessairement d'expérience en matière de télésanté mentale). Les chercheurs ont découvert que dans l'ensemble, les participants au sondage en ligne estimaient que la télésanté mentale est un outil utile pour rejoindre les clients des Premières Nations des régions rurales et éloignées. De nombreuses préoccupations ont été soulevées quant à l'utilisation de la télésanté mentale dans un contexte clinique, notamment la pertinence de la visioconférence avec certains types de clients (p. ex. les personnes en état de psychose), les incertitudes liées à la réalisation de certaines interventions (comme les thérapies d'exposition) au moyen de la visioconférence, ainsi que la nécessité d'avoir des filets de sécurité et des ressources au site du client. Enfin, les auteurs ont remarqué que les professionnels ayant participé aux entretiens avaient généralement beaucoup plus d'expérience clinique avec l'approche de télésanté mentale, et qu'ils avaient découvert des stratégies utiles pour surmonter les défis thérapeutiques liés à la télésanté mentale (p. ex., le développement de la relation).

L'examen du contexte et de la documentation existante a fait ressortir la nécessité de comprendre le point de vue des communautés sur le sujet, ce qui nous a amenés à formuler la question de recherche suivante : Quel est le point de vue des membres des communautés rurales et éloignées sur la question de la télésanté

mentale? Plus particulièrement, quels avantages et préoccupations ont été identifiés par les membres de ces communautés en ce qui concerne la télésanté mentale et sa place au sein de la communauté?

Il est essentiel de comprendre le point de vue des membres des communautés sur la télésanté mentale, car comme nous le savons d'après les ouvrages sur l'acceptation des technologies (Davis, 1989), le point de vue des utilisateurs sur les technologies (plus particulièrement leur utilité) influencera la décision d'adopter et d'utiliser cette approche. Les recherches antérieures ont examiné la façon dont les points de vue sur l'utilité et la facilité d'utilisation de la télésanté mentale influencent l'utilisation de la télésanté mentale par les professionnels qui travaillent avec des clients des Premières Nations des régions rurales et éloignées (Gibson *et al.*, 2011). Même si la présente étude ne traite pas précisément des construits de l'utilité et de la facilité d'utilisation perçues, l'objectif sous-jacent demeure le même : comprendre le point de vue des membres des communautés (utilisateurs) sur les technologies, car il s'agit d'un facteur qui influencera leur intention d'utiliser, et leur utilisation réelle, de la télésanté mentale. À ce stade-ci, il importe également de souligner que cette étude examine les points de vue sur l'utilisation de la télésanté mentale en tant qu'approche, mais qu'elle n'aborde pas le contenu des thérapies ou des services offerts durant les séances.

Méthode

VideoCom est un projet de recherche collaborative qui examine l'utilisation des TIC par les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées. VideoCom (<http://videocom.firstnation.ca>) est un partenariat composé de trois organismes des Premières Nations et de deux organismes de recherche couvrant les régions de l'Atlantique, du Québec et de l'Ontario. La présente étude a été réalisée avec le soutien de Keewaytinook Okimakanak (KO), notre partenaire du nord-ouest de l'Ontario.

Les représentants de ce partenaire nous ont fait profiter de leur expertise et nous ont donné des commentaires et du soutien à chacune des étapes de cette initiative, notamment lors de la conception du projet et du guide d'entretien, de l'établissement des liens avec les communautés, du recrutement et d'autres activités.

Participants

Au total, 59 membres des communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées ont participé à l'étude. Tous les participants avaient plus de 18 ans; toutefois, les données relatives à l'âge n'ont pas été recueillies. Les participants interrogés ont indiqué jouer des rôles et occuper des postes divers dans leurs

communautés respectives, notamment travailleur de la santé, enseignant, membre d'une famille, personne soignante (mère), aîné, dirigeant (membre d'un conseil de bande), travailleur communautaire, employé à temps partiel, employé au soutien technologique et plusieurs autres. Notre échantillon était composé à 56 % de femmes et 44 % d'hommes. Lors des entretiens, certains participants ont spontanément mentionné qu'ils avaient déjà fait l'expérience de la télésanté mentale; toutefois, ils n'ont pas été interrogés sur leur expérience personnelle avec l'approche, car les entretiens ne portaient pas sur la collecte de renseignements personnels ou sensibles. Par conséquent, le fait de mentionner combien de participants ont déjà fait l'expérience de la télésanté mentale serait une représentation invalide et inadéquate. En outre, même si les participants à cette étude vivaient dans des communautés ayant accès à des services de télésanté mentale, l'approche n'était pas connue de tous et la majorité n'avait jamais utilisé la visioconférence.

Matériel

Le guide d'entretien structuré comportait 12 sections. Les sections pertinentes à la présente étude comprennent les données démographiques et l'information préliminaire, ainsi que les technologies liées à la santé et au bien-être des communautés. Plus précisément, on a demandé aux participants ce qu'ils pensaient de l'utilisation de technologies telles que la visioconférence avec les services de télésanté mentale et de counselling dans leur communauté. Nous leur avons ensuite demandé s'ils considéraient que les services de santé mentale par visioconférence étaient moins personnels, ou si au contraire, l'espace créé par celle-ci faisait en sorte que les gens se sentaient plus à l'aise.

Procédure

À l'automne 2009, l'équipe de recherche, en collaboration avec KO, a envoyé des lettres d'invitation aux chefs de 33 Premières Nations de la région de Sioux Lookout, dans le nord-ouest de l'Ontario. Chaque communauté a été invitée à participer à VideoCom, une initiative de plus grande envergure, et à organiser une visite de leur communauté. Ces visites communautaires comprenaient un volet recherche et un volet sensibilisation, et la recherche portait principalement sur les entretiens avec les membres des communautés à propos de leur utilisation des TIC et de la façon dont les technologies pourraient mieux répondre aux besoins individuels et collectifs.

Une communauté d'une région rurale (nord-ouest de l'Ontario) et une communauté d'une région éloignée accessible par avion (nord de l'Ontario) ont accepté l'invitation. Ces deux communautés des Premières Nations font partie de la Nation Nishnawbe Aski (NAN), un organisme politique et territorial

représentant 49 communautés des Premières Nations à l'échelle de l'Ontario (Nation Nishnawbe Aski, 2011). La NAN englobe le territoire du Traité n° 9 de la baie James et des parties de l'Ontario visées par le Traité n° 5. Chaque chef a nommé un agent de liaison dans sa communauté afin de nous aider à organiser les visites, donner des commentaires et collaborer aux activités de recherche et de sensibilisation. Ainsi, les agents de liaison ont distribué des affiches dans leur communauté et contribué à faire connaître les activités de recherche et de sensibilisation. Ils ont également donné des conseils en ce qui a trait aux plans de déroulement des entretiens (p. ex., les emplacements possibles et les personnes à inviter) et d'autres activités. À l'heure actuelle, l'équipe de VideoCom travaille toujours avec ces deux communautés, collaborant à la préparation d'articles et de chapitres pertinents et utiles pour les communautés sur le sujet de l'utilisation des TIC par les membres des communautés.

En février et mars 2010, l'équipe de recherche a été accueillie dans les communautés. Pour recruter les participants aux entretiens, les chercheurs ont eu recours aux moyens suivants : distribution d'affiches avant les visites, visites aux centres communautaires (p. ex., le centre de ressources, le centre de santé et le bureau de bande) afin de rencontrer les membres des communautés et les inviter à participer à l'étude, annonce de l'étude dans le cadre d'une activité de sensibilisation parallèle (festival de vidéos communautaires), et dans l'une des communautés, placement de publicité sur la chaîne de télévision communautaire. Enfin, l'approche « boule de neige » s'est avérée plutôt efficace : en effet, les membres des communautés qui ont participé plusieurs fois à l'étude (de façon spontanée, sans que nous les y invitions) l'ont recommandée à leur famille et à leurs amis.

Les entretiens ont duré de 20 à 60 minutes, et les participants ont reçu une rétribution de 20 \$. Les gens avaient été informés que la participation à l'étude était volontaire, anonyme et confidentielle.

Les protocoles de recherche respectaient les lignes directrices canadiennes en matière de recherche avec des participants autochtones (trois Conseils), et tous les participants ainsi que leurs données ont été traités conformément aux lignes directrices déontologiques décrites par l'American Psychological Association. L'approbation déontologique a été demandée et obtenue auprès de la University of New Brunswick et du Conseil national de recherches. Les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP) ont également guidé la conception de l'étude (Schnarch, 2004). Au total, 56 entretiens en personne ont été menés dans les communautés, et trois entretiens téléphoniques ont été effectués par la suite.

Les enregistrements audio des 59 entretiens ont été transcrits, et les transcriptions ont été importées dans le logiciel d'analyse qualitative NVivo (www.qsrinternational.com). Les transcriptions liées à la télésanté mentale ont été codées par thème afin d'identifier les avantages, les préoccupations et les points de vue relatifs à l'utilité. Généralement, lorsqu'une analyse thématique est effectuée, les sous-thèmes et les données sont pris en considération uniquement si plus d'une personne mentionne la même préoccupation de manière à éviter les problèmes du type « n = 1 ». Cependant, comme il s'agit d'une nouvelle recherche exploratoire, toutes les préoccupations des membres des communautés ont été prises en considération, même celles soulevées par un seul participant.

Étant donné que les chercheurs étaient intéressés par le point de vue des membres des communautés sur la question de la télésanté mentale, ils ont décidé pour cette analyse de classer les réponses comme étant soit positives (la télésanté mentale est une bonne idée, est utile), soit négatives (la télésanté est une mauvaise idée, n'est pas utile), soit neutres (ne sais pas si elle est utile ou non). Les données ont été entrées dans le logiciel SPSS (www.spss.com) afin de faciliter l'analyse descriptive. Deux chercheurs ont contribué au codage et à la classification, et plusieurs composantes des entretiens ont été codées en plus de la question de la télésanté mentale. Une vérification de la fiabilité inter-évaluateurs a été effectuée pour l'ensemble du processus, et l'analyse a démontré un taux d'accord de 97 %. Cette analyse a été réalisée sur 10 % des données (six entretiens complets).

Enfin, en plus des analyses quantitatives et qualitatives présentées et décrites précédemment, une section de pistes de solution a également été élaborée en collaboration avec le personnel de KOTM (notamment les coordonnateurs en télésanté mentale des deux communautés). Une fois la première ébauche du présent article terminée, les coauteurs ont organisé une conférence téléphonique afin de déterminer quels moyens permettraient de répondre aux préoccupations soulevées par les membres des communautés.

Cette discussion nous a permis de trouver des pistes de solution. Nous encourageons les communautés et les organismes qui s'intéressent à la télésanté mentale d'examiner si le fait d'approfondir le sujet (p. ex. au moyen de discussions) pourrait également leur être utile. Les idées dont nous allons discuter ne sont ni normatives, ni exhaustives.

Résultats

Analyse thématique

Les réponses aux entretiens ont été codées de manière à dégager les avantages et les préoccupations (inconvénients), et pour chacun de ces domaines, plusieurs

thèmes ont été identifiés. Nous examinerons d'abord le domaine des avantages. En ce qui a trait à l'utilité, la télésanté mentale était considérée comme une façon d'améliorer l'accès à des services de santé mentale utiles et d'assurer la continuité des soins aux clients. Pour que l'approche soit considérée comme utile, la confiance a été reconnue comme un élément essentiel. De plus, la télésanté mentale était associée à une diminution des heures de déplacement et des dépenses liées aux déplacements. Enfin, les participants ont indiqué que les services de télésanté mentale permettent aux clients de se sentir plus libres de se confier que lorsqu'ils utilisent les services en personne.

Avantages de la télésanté mentale

Utilité – Les membres des communautés ont affirmé qu'ils considéraient que la télésanté mentale pouvait s'avérer très utile dans leur communauté. La télésanté mentale était perçue comme un outil permettant d'améliorer (i) la continuité des soins de santé mentale offerts aux membres des communautés et (ii) l'accès à l'ensemble des services de santé mentale, comme en témoignent les commentaires suivants formulés par des participants.

Le premier commentaire porte sur le thème de la confiance – dans les technologies et dans l'approche, mais aussi dans le fait que celle-ci permettra de les respecter :

... je crois que ce serait [la télésanté mentale] une très bonne idée si les gens étaient à l'aise avec cette approche et si nous avions un endroit pour ça, comme le centre de santé. Par exemple, si quelqu'un a un conseiller à Sioux Lookout et qu'il a vraiment besoin de lui parler parce qu'il a des *flashbacks* ou qu'il vit des moments difficiles, il pourrait aller à cet endroit et interagir avec son conseiller. Il pourrait le voir grâce à la visioconférence, et y retourner au besoin afin de surmonter le problème qu'il vit à ce moment-là. D'abord et avant tout, je pense que les gens doivent savoir qu'ils peuvent avoir confiance en ce service, car il s'agit d'un service confidentiel. Tout le monde sait que dans le processus de guérison, la chose qui doit être rétablie en premier – et la plus difficile à rétablir – c'est la confiance. Si les gens ont confiance que ce système les respectera, et qu'il respectera leur processus de guérison, je crois qu'ils seront plus portés à l'utiliser. Le système doit être accessible en cas de besoin. Par exemple, notre centre de ressources est censé être ouvert 24 heures sur 24 afin que les gens y aient accès en tout temps s'ils ont besoin d'aide.

... je pense que ce serait vraiment une bonne idée. Par exemple, si une femme a des enfants et qu'elle ne peut se rendre en ville pour obtenir des services de counselling, elle pourrait simplement prendre rendez-vous avec [le coordonnateur en télésanté mentale] et recevoir des services de counselling sur place.

Une participante nous a donné son point de vue par rapport à la pénurie de ressources en santé mentale au sein de la communauté, et a mentionné que la télésanté mentale permettrait de combler cette lacune :

... je pense que ce serait une bonne chose si un travailleur en santé mentale pouvait aider les gens [grâce à la télésanté mentale], parce que nous n'avons jamais eu de travailleur en santé mentale ici.

Diminution des déplacements – Les participants ont mentionné que la télésanté mentale permettrait d'avoir accès à des services de santé mentale dans leur communauté, ce qui éviterait les habituels déplacements. Grâce à la télésanté mentale, une personne peut travailler à améliorer sa santé mentale tout en demeurant dans sa communauté, ce qui lui évite d'avoir à composer avec les divers obstacles associés à la nécessité de quitter sa communauté pour accéder aux services dont elle a besoin. Les participants ont également identifié la réduction du nombre d'heures de déplacement et des coûts liés aux déplacements comme un avantage de la télésanté mentale.

... je crois que c'est une bonne idée. Ça permettrait de réduire les coûts de déplacement.

... c'est [la télésanté mentale] sûrement mieux que de faire l'aller-retour en avion.

... elle [la visioconférence] faciliterait énormément les choses pour bien des gens, parce que la plupart d'entre eux n'ont pas vraiment envie de quitter la maison pour aller là-bas [à l'extérieur de la communauté, pour obtenir des services]. C'est beaucoup plus facile pour eux d'habiter à un endroit où il y a de la visioconférence.

Niveau de confort et facilité de communication – Les membres de la communauté ont commenté sur la façon dont la télésanté mentale (par opposition aux séances en personne) permettait aux clients des services de santé mentale de se sentir plus à l'aise et de parler plus ouvertement. Cette conclusion figure également dans des ouvrages sur le sujet (Gibson *et al.*, 2011; Keewaytinook Okimakanak, 2002; Brasfield et Clement, 2007; Shore *et al.*, 2008).

... j'en ai déjà fait l'expérience [de la télésanté mentale]. Je recevais du counselling à l'époque, et je n'étais pas très à l'aise de rencontrer [un thérapeute] en personne, face à face, jusqu'à ce qu'on commence à faire de la télé-médecine. J'ai alors commencé à me sentir plus à l'aise de me confier.

... je pense que c'est pour ça que les jeunes aiment tellement Facebook : il n'y a pas d'interactions face à face. Et je trouve que beaucoup de gens, particulièrement dans notre communauté, ont tendance à relever le capuchon de leur chandail, comme pour cacher leur identité. Quand ils utilisent Facebook, ils peuvent faire la même chose, c'est-à-dire s'exprimer comme ils veulent sans que quelqu'un réplique sur ce qu'ils disent. Et avec la visioconférence, je pense que ça se passe de la même façon. Ils peuvent en quelque sorte cacher leur identité et se montrer plus braves que dans la vraie vie.

Préoccupations à l'égard de la télésanté mentale (inconvenients)

Les membres des communautés ont exprimé des opinions positives à l'égard de l'utilisation de la télésanté mentale, mais aussi une foule de préoccupations, notamment en ce qui a trait à la pertinence d'utiliser la visioconférence pour les services de santé mentale et à la possibilité que l'approche ne soit pas adaptée à leur culture. Le thème de la confiance a de nouveau été mentionné, mais cette fois, la préoccupation portait sur le fait que la confiance, une composante importante de la relation thérapeutique et de toute interaction en général, est probablement difficile à établir par visioconférence, et qu'il est préférable qu'elle soit établie par un membre de la communauté. Préférer sortir de la communauté pour recevoir des services est un autre thème ayant été identifié. Par ailleurs, la crainte que la télésanté mentale puisse nuire au renforcement des capacités au sein des communautés a été exprimée, de même que les problèmes avec les technologies et les préoccupations au sujet de la vie privée. Enfin, une critique a été formulée relativement au fait que certaines personnes n'ont même pas l'eau courante à la maison, remettant en question l'utilité de la télésanté mentale. Malgré le fait que beaucoup de gens ont une opinion positive par rapport à cette dernière, il est évident que les préoccupations à son sujet sont nombreuses.

Préoccupation à propos de la pertinence de l'utilisation de la visioconférence – Plusieurs participants doutaient de la pertinence d'utiliser la visioconférence pour accéder aux services de santé mentale. Souvent, les personnes qui exprimaient cette préoccupation soulignaient que le travail en santé mentale et le processus de guérison doivent se faire en personne. L'un des participants a expliqué que l'importance du contact humain est ancrée dans la culture des Premières Nations, et que le fait que l'approche de service puisse profiter à certains ne signifie pas qu'elle est adéquate.

La difficulté d'établir une relation de confiance par visioconférence a également été mentionnée. Les commentaires ci-dessous reflètent cette préoccupation :

... je ne peux pas parler au nom de [Première Nation], mais en ce qui me concerne, cette utilisation de la technologie de la visioconférence n'est pas

appropriée. Je pense qu'elle supprime inutilement le rôle du psychiatre ou du psychologue en tant qu'aidant humain, et je ne crois pas qu'il soit vraiment possible de créer des liens avec quelqu'un qu'on voit à l'écran. Ça n'a pas d'importance que ce soit une bonne technologie ou non. Même si c'était un écran au plasma, ça ne ferait aucune différence. Pour gagner la pleine confiance de quelqu'un et pour favoriser des changements significatifs, il faut un minimum de contacts humains.

... ce serait bien [la télésanté mentale], mais je pense que dans ce domaine, on est mieux servi avec quelqu'un de la communauté, parce qu'une relation de confiance doit être établie.

... c'est plus facile pour les fournisseurs de services, parce que ça ne coûte pas cher. Ça permet de rejoindre plus de gens et d'économiser beaucoup d'argent, mais les peuples des Premières Nations n'ont pas cette mentalité. Dans notre culture, il est important de parler aux gens face à face, dans leur langue, et d'intégrer des éléments culturels. Je trouve qu'on dépersonnalise de plus en plus nos citoyens. Pour un diagnostic physique ou une urgence, ça [la télésanté mentale] peut aller.

... pour le counselling, c'est mieux si la personne est sur place. C'est [plus] réconfortant.

Un participant a indiqué qu'il préférerait être soigné à l'extérieur de la communauté, contrairement à d'autres qui considéraient qu'il s'agissait là d'un inconvénient.

... personnellement, je pense que c'est mieux de sortir de la communauté.

Un autre participant a soulevé le point que si la télésanté mentale est utilisée, le professionnel en santé mentale ne sera pas là en personne pour voir l'environnement dans lequel vit la personne. Il explique ce problème dans le commentaire suivant, et semble également remettre en question l'utilité de la télésanté mentale lorsque les gens manquent de l'essentiel :

... comment font-ils [les professionnels qui établissent un contact avec le client au moyen de la télésanté mentale] pour mieux connaître la personne? Seulement en la voyant et en lui parlant, comment peuvent-ils savoir ce qu'elle vit s'ils ne sont pas sur place pour le constater, pour voir par eux-mêmes l'état de sa maison ou si elle a l'eau courante? Beaucoup d'Autochtones n'ont pas l'électricité et l'eau courante, et il pourrait y avoir 20 personnes vivant dans une même pièce. Dans cette situation, en quoi la visioconférence pourrait-elle aider sa famille? »

Certains participants ont souligné à quel point il pourrait s'avérer difficile, voire inapproprié d'établir une relation par visioconférence, mais qu'une première rencontre en personne pourrait aider à résoudre ce problème.

... peut-être pour le suivi, mais pas pour les visites initiales. Ça pourrait fonctionner pour le suivi, une fois qu'une relation a été établie avec la personne. »

Préoccupations liées à la vie privée et à la confidentialité de l'information –

Les membres des communautés ont soulevé des préoccupations valides et importantes à propos de la vie privée et de la confidentialité de l'information. Certains participants ont mentionné qu'il était difficile d'avoir de l'intimité dans le bureau où se trouvait l'appareil de visioconférence, et d'autres ont exprimé leur inquiétude par rapport aux personnes qui pourraient être témoin de leurs séances de visioconférence privées et à ce qui se passerait exactement avec la transmission de la vidéo.

... je l'ai essayée [la télésanté mentale], mais je ne me sentais pas à l'aise de parler parce que j'avais l'impression qu'un [employé] pourrait entendre ce que je disais. Elle a fermé la porte, mais je ne me sentais toujours pas à l'aise avec cette approche. »

On a demandé à la dernière participante si son expérience de la télésanté mentale aurait été différente si elle avait pu y avoir accès chez elle :

Intervieweur de VideoCom : « Est-ce que ce serait mieux si la séance avait lieu dans un endroit privé, votre maison par exemple? »

Participante : « Oui, pour moi ce serait mieux. »

Préoccupations liées à la sécurité – Certains participants ont également exprimé leur inquiétude par rapport à la sécurité de l'approche de télésanté mentale, et à ce qui se passerait si un travailleur en santé mentale était en contact avec une personne dangereuse ou en crise uniquement par visioconférence, à un site distant. Le participant suivant explique comment, en période de crise, il préférerait consulter quelqu'un en personne :

... je pense que l'utilisation des technologies rend l'approche très impersonnelle, mais ce n'est que mon opinion. Si j'avais un problème de santé mentale et si j'étais en crise, je préférerais qu'il y ait quelqu'un avec moi pour me reconforter physiquement, ou simplement pour me dire que ça va aller, plutôt que de parler à quelqu'un par visioconférence.

Interférence avec le renforcement des capacités – L'un des participants a soulevé un point important : étant donné que l'approche consiste généralement à mettre un client en contact avec un thérapeute de l'extérieur de la communauté, la télésanté mentale pourrait-elle nuire au renforcement des capacités au sein de la communauté? Cette question est liée à la prémisse selon laquelle une communauté doit élaborer des ressources avec les travailleurs en santé mentale ou les guérisseurs de la communauté afin de résoudre les problèmes qui se présentent dans le but d'éviter que ses membres aient recours à des services externes.

La personne suivante a manifesté des préoccupations quant à l'utilisation de la télésanté mentale, et lorsqu'on lui a demandé si celle-ci serait plus appropriée dans un contexte de continuité des services régionaux en personne, elle a répondu :

... je ne pense pas que cette approche [la télésanté mentale] devrait être utilisée dans le domaine de la santé mentale. Aussi, je ne crois pas qu'il devrait y avoir des services régionaux [des thérapeutes travaillant dans des centres urbains qui visitent la communauté périodiquement], car je crois que nous devons renforcer les capacités de chacune de nos communautés. Nous devons avoir nos propres services de santé mentale dans la communauté.

Problèmes liés à la technologie – Une minorité de participants a déclaré avoir essayé la télésanté mentale (à noter que nous n'avons pas demandé aux participants s'ils avaient utilisé le service, mais certains nous ont décrit leur expérience spontanément). Parmi les personnes qui l'ont fait, une participante a indiqué qu'elle avait trouvé cette approche positive et utile, mais a mentionné qu'il y avait eu certains problèmes avec l'utilisation de la technologie. Heureusement, elle a aussi mentionné que les problèmes techniques ne l'avaient pas empêchée d'avoir une expérience positive dans l'ensemble :

... j'aurais aimé que ça arrête de figer [l'image transmise par visioconférence], mais c'est à peu près tout.

Ambivalence et incertitudes

Certains participants ne connaissaient pas le concept de télésanté mentale. Une personne a mentionné que ce n'était peut-être pas approprié pour tout le monde, mais a reconnu qu'il y avait probablement des gens qui pourraient trouver cette approche pratique pour obtenir du soutien.

... je n'en avais jamais entendu parler avant. Je sais que cette semaine, une fille a été envoyée à Sioux Lookout pour recevoir des traitements parce qu'elle avait des idées suicidaires. Je sais qu'ici, ces personnes doivent toujours sortir de la communauté pour obtenir de l'aide. Actuellement, cette

filles est à l'hôpital. Je n'avais jamais entendu parler de cette approche avant, alors je ne sais pas comment ça fonctionnerait dans son cas. Mais s'il n'y a personne pour l'aider localement, ce serait une bonne solution, parce qu'elle aurait au moins quelqu'un à qui parler.

... tout le monde est différent. Par visioconférence ou en face à face, pour moi ça ne fait pas vraiment de différence tant que j'obtiens l'aide dont j'ai besoin.

Diversité des opinions

Comme l'illustre la figure 1 ci-dessous, les résultats quantitatifs démontrent une diversité d'opinions. Plus précisément, 47 % des participants ont une opinion favorable à la télésanté mentale, 32 % ont une opinion défavorable à la télésanté mentale et 21 % sont indécis ou ont une opinion neutre par rapport à la télésanté mentale.

Discussion et conclusions

Grâce à l'analyse thématique des réponses aux entretiens, nous disposons maintenant d'une quantité considérable de renseignements pour nous aider à comprendre les points de vue et les préoccupations à l'égard de la télésanté mentale. En ce qui a trait aux avantages de l'utilisation de l'approche, les participants ont associé l'utilisation de la télésanté mentale à l'amélioration possible de l'accès aux services de santé mentale et à une meilleure continuité des soins de santé mentale. Ils ont indiqué que la nécessité de se déplacer à l'extérieur de la communauté pour accéder aux ressources de même que le temps et les coûts associés à ces déplacements s'en trouveraient réduits. De plus, certains participants estiment que le fait de communiquer avec un thérapeute par visioconférence augmenterait le niveau de confort du client et favoriserait les confidences. Cet avantage a d'ailleurs été souligné dans des recherches antérieures (Gibson *et al.*, 2011; Keewaytinook Okimakanak, 2002; Brasfield et Clement, 2007; Shore *et al.*, 2008). En résumé, de nombreux participants considéraient que la télésanté mentale pourrait être très utile dans leur communauté.

En revanche, un certain nombre de participants estiment que cette approche ne serait pas utile pour leur communauté. Beaucoup s'interrogeaient sur la pertinence d'offrir des services de santé mentale par visioconférence plutôt qu'en personne. Un participant a remis en question l'avantage réel de l'utilisation de la télésanté mentale quand certaines personnes dans la communauté manquent de l'essentiel (p. ex. l'eau courante). Un autre participant a soulevé le point que la télésanté mentale (et d'autres services de santé mentale en personne offerts par des

professionnels de l'extérieur de la communauté) pourrait nuire au renforcement des capacités de la communauté du fait que les gens obtiennent du soutien auprès de personnes de l'extérieur de la communauté. D'autres étaient préoccupés par les questions de confidentialité et de sécurité. Enfin, certains participants étaient ambivalents ou indécis par rapport aux services de télésanté mentale, reconnaissant qu'il ne s'agit pas d'une solution adaptée à tous, mais que certains pourraient la trouver utile. Il semble que cette observation soit fort valable, particulièrement en regard du large éventail d'opinions émises.

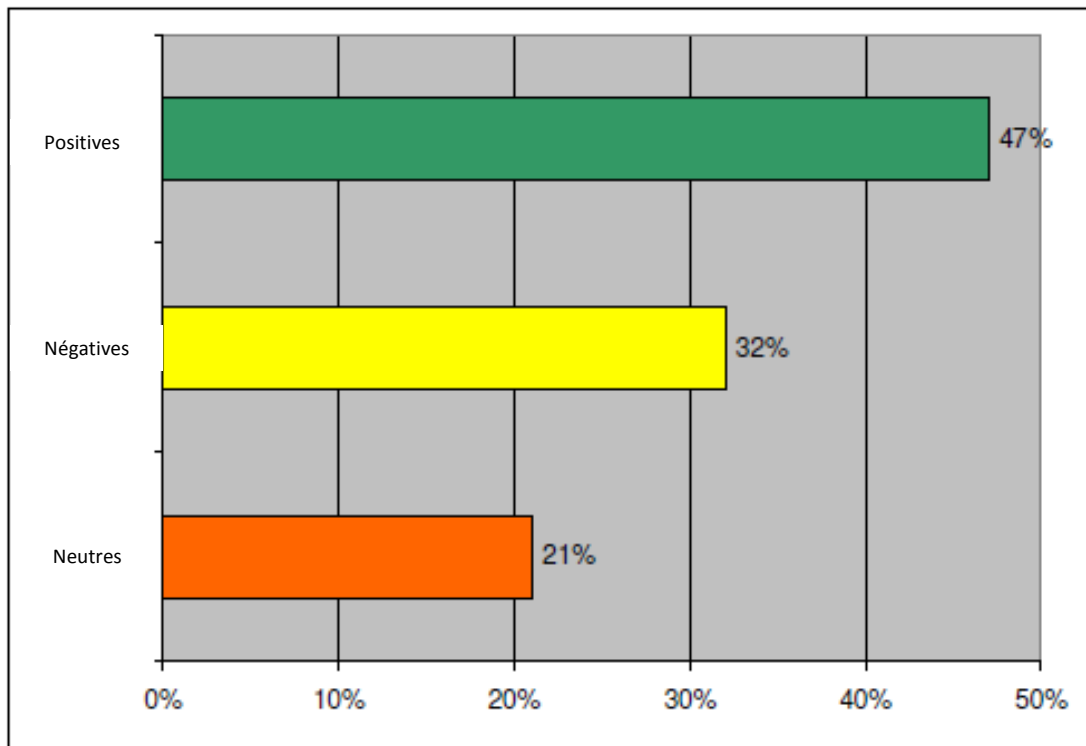


Figure 1 : Réponses liées à la télésanté mentale exprimées en pourcentage (n = 53)

Ces préoccupations importantes méritent un examen plus approfondi, et certaines d'entre elles ont été abordées à la section « Pistes de solution ». La télésanté mentale a-t-elle vraiment une incidence négative sur le renforcement des capacités ou pourrait-elle au contraire y contribuer? Par exemple, KOTM travaille actuellement sur un projet de télésanté mentale visant à renforcer les capacités des professionnels de la santé des communautés rurales et éloignées. La visioconférence peut être utilisée pour aider chaque communauté de la façon qu'elle juge la plus appropriée. Par conséquent, la visioconférence pourrait être utilisée pour relier les membres des communautés aux professionnels de la santé mentale d'autres communautés, ou encore pour relier les professionnels de chaque communauté à des ressources de consultation externes, ce qui pourrait contribuer

au renforcement des capacités. Elle pourrait aussi être utilisée lors des visites familiales pour aider à mettre en relation les membres de familles séparées, lors de visites aux aînés ou encore pour discuter avec d'autres communautés de sujets liés à la santé et au bien-être. La visioconférence n'a de limites que la créativité de la communauté qui l'utilise.

Bon nombre des préoccupations soulevées par les membres des communautés ont également été identifiées par des professionnels de la santé mentale (Gibson *et al.*, 2011). Dans les ouvrages sur le sujet, des options ont été proposées pour résoudre certaines des préoccupations soulevées par les membres des communautés. Par exemple, des modèles mixtes de prestation des services où la visioconférence viendrait compléter (plutôt que remplacer) les services en personne ont fait l'objet de discussions (Gibson *et al.*, 2011). Dans le cadre de la présente étude, un participant a expliqué qu'une première rencontre en personne pourrait s'avérer utile. En outre, le respect et l'intégration des croyances, des valeurs et des pratiques traditionnelles des Premières Nations aux services de télésanté mentale, et de télésanté en général, peuvent également être utiles (Gibson *et al.*, 2011; Carpenter et Kakepetum-Schultz, 2010). Par exemple, dans l'étude de Gibson *et al.* (2011), une professionnelle de la santé mentale décrit la façon dont elle a contribué à l'évolution de cercles de partage grâce à la visioconférence.

Avant de décider d'utiliser la télésanté mentale, chaque communauté doit prendre en considération les avantages et les inconvénients de cette approche afin de déterminer si celle-ci pourrait lui être utile et si elle pourrait l'aider à atteindre ses objectifs. De plus, si l'on veut améliorer le niveau d'engagement par rapport au service et accroître le nombre d'expériences positives avec ce dernier, les initiatives de télésanté mentale doivent éliminer les obstacles à l'utilisation de la télésanté mentale et résoudre les préoccupations qui y sont associées.

Limites

La présente étude visait à évaluer l'utilité de l'approche de la télésanté mentale, un outil utilisant la visioconférence pour relier les communautés et les membres des communautés aux services de santé mentale. Elle n'avait pas pour but d'évaluer l'efficacité de la thérapie de santé mentale ou des services découlant de cette approche. Par ailleurs, en raison du petit nombre de participants et du caractère non aléatoire et non représentatif de l'échantillon, les résultats de cette étude ne devraient être généralisés d'aucune façon. Nous espérons plutôt que ce travail motivera les communautés et les organismes à explorer, dans un esprit d'ouverture, les points de vue de leurs membres.

Recherches futures

Cette étude se veut un point de départ pour explorer la façon dont les membres des

communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées perçoivent la télésanté mentale et sa place au sein de leur communauté. D'autres recherches s'avèreront nécessaires, à la fois parce que les communautés des Premières Nations du Canada sont diverses et variées et parce que l'engagement des communautés par rapport à cet enjeu peut contribuer à déterminer de meilleure façon si cette approche de service est un outil utile et adéquat pour aider à répondre aux besoins des communautés et à atteindre leurs objectifs. Une analyse critique du rôle de la télésanté mentale dans les communautés des Premières Nations explorant les facteurs culturels, sociaux, politiques et économiques en jeu serait également très profitable. La possibilité que la télésanté mentale puisse interférer avec le renforcement des capacités et la mesure dans laquelle la télésanté mentale est utile en comparaison avec le fait que certaines personnes n'ont pas accès aux ressources les plus élémentaires sont des questions importantes qui méritent une grande attention. L'enjeu semble complexe, car les services de télésanté mentale, s'ils sont offerts et gérés par les communautés et utilisés pour appuyer les objectifs communautaires, pourraient éventuellement soutenir les communautés dans le renforcement de leurs capacités. Nous espérons que les prochaines recherches nous permettront d'en apprendre davantage à ce sujet.

Pistes de solution

D'abord et avant tout, les pistes de solution relatives aux initiatives communautaires de télésanté mentale doivent être prises en charge par les communautés afin d'accroître les chances de réussite des initiatives, le niveau d'engagement à leur égard ainsi que les répercussions positives de l'utilisation de cette approche sur la communauté. Il est essentiel que les communautés aient la possibilité d'adapter l'utilisation de la technologie en fonction de leurs besoins, et cette utilisation peut être différente de l'utilisation occidentale habituelle, comme c'est le cas pour l'initiative de téléspiritualité autochtone issue d'une précédente initiative de téléphysiothérapie.

La télésanté mentale ne peut donc pas être imposée; elle doit être un choix à la fois individuel et collectif. La télésanté mentale doit être une option parmi d'autres (p. ex., les services au sein de la communauté, la médecine traditionnelle et les thérapies en personne) offerte à une personne ou une communauté pour l'aider à atteindre ses objectifs de santé mentale et de bien-être. Si une communauté souhaite accroître l'engagement à l'égard de la télésanté mentale comme outil pour accéder aux services, ou l'utiliser dans son propre intérêt (p. ex. pour une clinique de téléspiritualité), les possibilités suivantes pourraient être envisagées.

L'éducation et la sensibilisation à propos de la télésanté mentale sont une première étape importante. Pour sensibiliser les gens à cette approche, des brochures sur la télésanté mentale pourraient être offertes dans les centres de santé

communautaires, au bureau de bande ou à d'autres endroits de la communauté où de l'information est affichée. On pourrait offrir aux personnes intéressées la possibilité de discuter avec le coordonnateur en télésanté de la communauté (ou toute autre personne de la communauté qui connaît le service et en qui les gens ont confiance) de leurs questions ou préoccupations à propos de la télésanté mentale, et ce, dans un cadre confidentiel. De plus, de courtes vidéos mettant en vedette des membres des communautés pour qui l'approche de la télésanté mentale a été utile et bénéfique, ou encore des dirigeants des communautés discutant du service (p. ex., le chef ou les membres du conseil de bande et le coordonnateur en télésanté de la communauté) pourraient aider à communiquer les avantages de la télésanté mentale aux personnes qui souhaitent en savoir plus sur le sujet. Évidemment, il n'est pas suggéré de présenter dans ces vidéos de l'information privée ou sensible, ou encore des expériences personnelles de télésanté mentale.

Les participants ont soulevé des préoccupations au sujet de la vie privée et de la sécurité lors de l'utilisation des services de télésanté mentale. En matière de télésanté mentale, la protection de la vie privée et de la sécurité doit être une priorité absolue. Des ressources (comme un filet de sécurité, un conseiller ou une personne-ressource disponible pour le client dans la communauté) et un plan de sécurité doivent être mis en place pour tous les clients de la télésanté mentale. En outre, une foule de mesures pourraient être appliquées dans un centre de santé pour contribuer à protéger la vie privée. Idéalement, la personne utilisant la télésanté mentale devrait connaître les précautions à prendre pour assurer la protection de sa vie privée, et on devrait lui demander si le niveau de confidentialité était suffisant. Des écouteurs pourraient être utilisés, ou encore un générateur de bruit blanc pourrait être installé à l'extérieur de la pièce. La pièce utilisée pour les consultations de télésanté mentale devrait être aussi insonorisée que possible.

La question de la protection de la vie privée met en relief la nécessité d'avoir un environnement de télésanté mentale flexible. À l'heure actuelle, la plupart (sinon l'ensemble) des séances de télésanté mentale ont lieu au centre de santé ou au poste de soins infirmiers de la communauté. Certaines personnes pourraient craindre la stigmatisation associée à l'utilisation des services de santé mentale, ou ne pas se sentir à l'aise d'aller au poste de soins infirmiers de peur que leur anonymat soit compromis. Des visites à domicile pourraient être effectuées dans certains cas, et dans le cadre de cette étude, une participante a fait remarquer qu'elle se serait sentie plus à l'aise d'accéder aux services de télésanté mentale à partir de chez elle. Toutefois, l'utilisation de la visioconférence à un poste de soins infirmiers ou à domicile n'est pas toujours idéale. Par exemple, selon la situation familiale et le nombre de personnes qui vivent sous le même toit, il arrive que la confidentialité soit encore plus réduite. Par conséquent, les communautés et les organismes doivent être ouverts à la possibilité d'accroître la flexibilité de la

télesanté mentale et de déterminer avec le client les éléments qui rendraient l'environnement le plus sécuritaire et bénéfique pour eux.

Enfin, il s'avère nécessaire de sortir des sentiers battus. Utiliser la télésanté mentale pour mettre un client en contact avec un professionnel de la santé mentale selon l'approche occidentale courante n'est pas toujours utile pour une communauté. Toutefois, l'utilisation de cet outil pour de l'entraide (p. ex., avec un groupe pour cesser de fumer ou un groupe de discussion communautaire), pour du travail en groupe ou des cercles de partage sur certains enjeux, pour faciliter la transition entre l'établissement de santé et le domicile ou encore pour les visites familiales (lorsque des membres de la famille sont à l'extérieur de la communauté à cause d'une maladie, dans le cadre de leurs études ou pour toute autre raison) sont des exemples d'applications créatives de l'outil. Qui plus est, la télésanté peut être utilisée pour favoriser le bien-être au sein d'une communauté en mettant les aînés et d'autres personnes de la communauté en relation avec d'autres communautés afin de leur offrir la possibilité d'utiliser des langues traditionnelles et de s'adonner à des pratiques traditionnelles; cette dernière activité est d'ailleurs offerte par KOTM. Les possibilités sont infinies, et les communautés ainsi que leurs dirigeants connaissent leurs intérêts et leurs besoins mieux que quiconque.

Conclusion

Si les communautés décident d'aller de l'avant avec la télésanté mentale et si elles considèrent cette approche intéressante, son utilisation augmentera naturellement au fur et à mesure que les gens en feront l'expérience et constateront ses avantages et son utilité. Même si les communautés des Premières Nations élaborent de nouveaux modèles pour la prestation de la télésanté mentale, l'intégration de la télésanté dans les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées est relativement nouvelle compte tenu de leur histoire et de leur connaissance des autres technologies. L'un des auteurs (un membre du personnel de KOTM) se souvient qu'il y a quelques années, l'idée d'utiliser la télésanté pour faciliter les premiers soins et la formation en RCR dans les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées avait été proposée. À l'époque, les gens avaient réagi à cette idée en disant que la télésanté ne serait probablement pas réalisable ou adéquate. Actuellement, ce type de formation est offert par l'intermédiaire de la visioconférence et l'initiative connaît un grand succès.

La valorisation du savoir autochtone peut nous aider à comprendre l'expérience et les préoccupations des membres des communautés en ce qui a trait à la télésanté mentale, et à mettre en place des initiatives plus concluantes et appropriées. Plus important encore, les pistes de solution relatives aux initiatives communautaires de télésanté mentale doivent être prises en charge par communautés.

Remerciements

Les auteurs remercient les dirigeants et les membres des deux communautés des Premières Nations de l'Ontario qui ont participé à cette étude ainsi que les agents de liaison de ces deux communautés pour l'aide et le soutien offerts. Ils remercient également les 59 membres des communautés qui ont pris le temps de participer à cette recherche, et tiennent à souligner la participation des coordonnateurs en télésanté communautaire sans qui cet article n'aurait pas été possible. Les auteurs remercient Keewaytinook Okimakanak, K-Net, le Keewaytinook Okimakanak Research Institute et Keewaytinook Okimakanak Telemedicine pour leur précieuse contribution à cette étude. Ils remercient également les membres de l'équipe de VideoCom pour leur implication et leur rétroaction constructive tout au long du projet. VideoCom est financé par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et reçoit des contributions en nature de la part des partenaires du projet, notamment Keewaytinook Okimakanak (K-Net, KORI, KOTM), le Conseil en Éducation des Premières Nations, l'Atlantic Canada's First Nation Help Desk, la University of New Brunswick et l'Institut de technologie de l'information du Conseil national de recherches du Canada. Enfin, les auteurs remercient les évaluateurs du *Rural and Remote Health Journal* pour leurs excellents commentaires.

Références

- Assemblée des Premières Nations. (1998). *An Aboriginal health info- structure: critical issues and initiatives*. Ottawa, Canada.
- Brasfield, C. et C. Clement. (2007, novembre). *Beyond the pilot studies: cognitive behavioral therapy in a remote Aboriginal community*. Communication présentée à la conférence Telehealth: Empowering Primary Care de la Société canadienne de la télésanté, St. John's, Canada.
- Carpenter, P. et T. Kakepetum-Schultz. (2010, mai). *Above and beyond: embedding community values and beliefs into an evolving First Nations IT health system*. Communication présentée à la conférence e-Health de l'Association canadienne d'informatique de la santé, Vancouver, Canada.
- Chrisjohn, R., S. Young et M. Maraun. (1997). *The circle game: shadows and substance in the Indian Residential School experience in Canada*. Penticton, Canada : Theytus.
- Cukor, P., L. Baer, S. B. Willis, L. Leahy, J. O'Laughlen, M. Murphy *et al.* (1998). Use of videophones and low-cost standard telephone lines to provide a social presence in telepsychiatry, *Telemedicine Journal*, 4(4), 313-321.

- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology, *Management Information Systems Quarterly*, 13(3), 319-340.
- Dions Stout, M. et B. Downey. (2006). Nursing, Indigenous peoples and cultural safety – So what? Now what?, *Contemporary Nurse*, 22(2), 327-332.
- Gibson, K., S. O'Donnell, H. Coulson et T. Kakepetum-Schultz. (2011). Mental health professionals' perspectives of telemental health with remote and rural First Nations communities, *Journal of Telemedicine and Telecare*.
- Gideon, V. (2006). Canadian Aboriginal peoples tackle e-health: seeking ownership versus integration. Dans K. Landezelius (dir.), *Native on the net: Indigenous and Diasporic peoples in the virtual age* (p. 61-79). Abingdon, R.-U. : Routledge.
- Griffiths, L., I. Blignault et P. Yellowlees. (2006). Telemedicine as a means of delivering cognitive behavior therapy to rural and remote mental health clients, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12, 136-140.
- Hill, D. M. (2009). Traditional medicine and restoration of wellness strategies, *Journal of Aboriginal Health*, 5(1), 6-25.
- Hunter, L. M., J. Logan, J. Goulet et S. Barton. (2006). Aboriginal healing: regaining balance and culture, *Journal of Transnational Nursing*, 17(1), 13-22.
- Jennett, P. A., L. Affleck Hall, D. Hailey, A. Ohinmaa, C. Anderson, R. Thomas *et al.* (2003). The socio-economic impact of telehealth: a systematic review, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9, 311-320.
- Keewaytinook Okimakanak Health, (n.d.). ????. Récupéré le 1^{er} août 2010 du site de l'organisme : <http://health.knet.ca/>
- Keewaytinook Okimakanak Research Institute. (2008). *MMW mental health project evaluation 2005/2006 and 2006/2007*. Thunder Bay, Canada.
- Keewaytinook Okimakanak. (2002). *Evaluation of the Keewaytinook Okimakanak telepsychiatry pilot project report*. Balmertown, Canada.
- King, M., A. Smith et M. Gracey. (2009). Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap, *Lancet*, 374, 76-85.
- Kirmayer, L. J., G. M. Bras et C. L. Tait. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: transformations of identity and community, *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(7), 607-616.
- Lessing, K. et I. Blignault. (2001). Mental health telemedicine programmes in Australia, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7, 317- 723.

- Muttit, S., R. Vigneault et L. Loewen. (2004). Integrating telehealth into Aboriginal healthcare: the Canadian experience, *International Journal of Circumpolar Health*, 63, 401-414.
- Nation Nishnawbe Aski. (2011). *Land, Culture, Community*.
- O'Donnell, S., H. Molyneaux, E. Gorman, M. Milliken, C. Chong, K. Gibson *et al.* (2010). *Information and communication technologies to support health and wellness in remote and rural First Nations communities: literature review*. Fredericton, Canada : Conseil national de recherches.
- O'Donnell, S., S. Perley, B. Walmark, K. Burton, B. Beaton et A. Sark. (2007, novembre). *Community-based broadband organizations and video communications for remote and rural First Nations in Canada* (p. 5-7). Communication présentée à la conférence du Community Informatics Research Network (CIRN 2007), Prato, Italie.
- River Valley Health. (2006). *Telemental health and teleaddictions partnership project – Mawi Wolakomiksultine evaluation report*. Fredericton, Canada.
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada (le rapport Romanow)*. Communication présentée à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Saskatoon, Canada.
- Santé Canada. (2004). *Télésanté mentale au Canada : Rapport sur la situation actuelle*. Récupéré le 1^{er} octobre 2009 du site du ministère : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/pubs/ehealth-esante/2004-tele-mental/2004-tele-mental-fra.pdf
- Schnarch, B. (2004). Ownership, control, access, and possession (OCAP) or self-determination applied to research: a critical analysis of contemporary First Nations research and some options for First Nations Communities, *Journal of Aboriginal Health*, 1, 80- 95.
- Shore, J. H., J. D. Bloom, S. M. Manson et R. J. Whitener. (2008). Telepsychiatry with rural American Indians: Issues in Civil Commitments, *Behavioral Sciences and the Law*, 26, 287- 300.
- Varadharajan, A. (2006). The "repressive tolerance" of cultural peripheries. Dans K. Landezelius (dir.), *Native on the net: Indigenous and Diasporic peoples in the virtual age* (p. 143-150). Abingdon, R.-U. : Routledge.
- Vickers, P. J. (2009). Ancestral law and community mental health. Dans Canadian Institute for Health Information (dir.), *Mentally healthy communities: Aboriginal perspectives* (p. 17-20). Ottawa, Canada : Institut canadien d'information sur la santé.
- Watanabe, M., P. Jennett et M. Watson. (1999). The effect of information technology on the physician workforce and health care in isolated communities: the Canadian

picture, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 5(2), 11-19.

Wawatay News. (2009). *KOTM reunites families through elder visits*. Récupéré le 1^{er} octobre 2010 du site de l'organisme : http://www.wawataynews.ca/archive/all/2009/12/10/KOTM-reunites-families-through-elders-visits_18744

Whiteduck, J. (2010). Building the First Nation e-community. Dans J. P. White, J. Peters, D. Beavon et P. Dinsdale (dir.), *Aboriginal policy research VI: Learning, technology and traditions* (p. 95-103). Toronto, Canada : Thompson Educational.