

## Points de vue des professionnels en santé mentale sur la télésanté mentale avec les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées

Kerri Gibson\*, Susan O'Donnell\*, Heather Coulson<sup>†</sup> et Tina Kakepetum-Schultz<sup>†</sup>

\*Conseil national de recherches du Canada, Fredericton (Nouveau-Brunswick, Canada);<sup>†</sup> Keewaytinook Okimakanak Telemedicine, Sioux Lookout et Balmertown (Ontario, Canada)

### Résumé

Nous avons demandé à des travailleurs en santé mentale du Canada de répondre à un sondage en ligne et de participer à des entretiens en personne, et ceux-ci ont affirmé avoir de l'expérience de travail avec les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées (mais pas nécessairement en télésanté mentale). Des 164 répondants au sondage, 63 ont déclaré avoir déjà travaillé avec des clients des Premières Nations des régions rurales et éloignées. Seulement 16 des répondants au sondage ayant déjà travaillé avec les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées ont déclaré avoir reçu de la formation en visioconférence. Lorsqu'on leur a demandé à quelle fréquence ils utilisaient la visioconférence avec des clients, 51 % ont affirmé ne jamais utiliser cette technologie, 19 % ont indiqué l'utiliser une fois tous les deux ou trois mois et 10 % ont déclaré l'utiliser quelques fois par mois. Environ 50 % des participants ont affirmé trouver cette technologie utile. Environ 38 % ont indiqué qu'ils trouvaient la technologie facile ou très facile à utiliser, alors que 15 % la trouvaient très difficile à utiliser. Des entretiens individuels en profondeur ont également été effectués avec des professionnels qui avaient de l'expérience en télésanté mentale avec les Premières Nations (n = 5). Une analyse quantitative des données a été effectuée pour connaître leur perception de l'utilité et de la facilité d'utilisation des services de télésanté mentale, de même que la relation entre ces construits. Les avantages, les inconvénients et les défis liés à l'utilisation de la technologie ont été identifiés à partir des données qualitatives. Parmi les solutions prometteuses figure l'intégration des pratiques traditionnelles et des Sept enseignements sacrés aux services de télésanté mentale.

### Introduction

Généralement, la télésanté mentale utilise la visioconférence pour les consultations entre professionnels de la santé et pour les soins aux clients (Santé Canada, 2011). Les activités éducatives liées à la santé mentale sont également présentées au moyen de la visioconférence dans bien des cas, par exemple les activités en milieu familial, communautaire et institutionnel. Il ne s'agit pas là d'une liste exhaustive des activités et services pouvant utiliser les technologies pour fournir de l'aide en santé mentale, et le bien-être couvre également un large éventail d'activités (comme le counselling individuel, les cercles de partage et bien plus encore). L'attitude des professionnels de la santé mentale quant à l'utilité et à la facilité d'utilisation de la technologie auront une incidence évidente sur leur engagement à l'égard de cette dernière. Scott *et al.* ont insisté sur le fait qu'il était important que les utilisateurs acceptent la télésanté et qu'ils en soient satisfaits pour en assurer la durabilité (Scott *et al.*, 2007). Par ailleurs, l'utilité perçue (UP) et la facilité d'utilisation perçue (FUP) des technologies de l'information et des

communications (TIC) sont importantes pour prédire leur utilisation réelle ainsi que la satisfaction par rapport à leur utilisation (Davis, 1989; Gibson et O'Donnell, 2011; Townsend *et al.*, 2001).

Accepté le 1<sup>er</sup> février 2011

Correspondance : Kerri Gibson, 46 Dineen Drive, Fredericton (N.-B.) E3B 9W4 Canada (télé. : 1 506 444-6114; courriel : kerri.gibson@nrc-crnc.gc.ca)

Cette approche est conforme au modèle d'acceptation de la technologie (MAT). Plus précisément, l'UP fait référence à la perception qu'ont les utilisateurs de la mesure dans laquelle la technologie est utile pour la tâche à accomplir, et la FUP fait référence à la perception de la mesure dans laquelle les utilisateurs auront de la facilité à utiliser la technologie. On en sait bien peu sur la façon dont les travailleurs en santé mentale du Canada qui travaillent avec les Premières Nations des régions rurales et éloignées perçoivent la télésanté, et on aurait beaucoup à apprendre des personnes qui ont de l'expérience dans ce domaine. Enfin, il semble qu'aucune recherche n'ait été effectuée ni sur l'utilisation du MAT, ni sur les construits

de l'UP et de la FUP dans le domaine de la télésanté mentale.

### Les Premières Nations des régions rurales et éloignées et la télésanté mentale

En raison des importants défis découlant de la colonisation (King *et al.* 2009; Chrisjohn *et al.*, 1997), les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées pourraient bénéficier grandement de ressources et de services de santé mentale sûrs et adaptés au contexte culturel pour les personnes et les communautés intéressées à apporter des changements sur le plan individuel (une discussion à propos de la guérison holistique dans les communautés des Premières Nations a été fournie par Hunter *et al.* 2006). La télésanté mentale offre une méthode pour mettre les personnes ayant besoin de services de santé mentale en contact avec des professionnels et d'autres communautés.

Keewaytinook Okimakanak Telemedicine (KOTM) est un excellent exemple d'initiative de télésanté mentale communautaire qui connaît du succès dans les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées. Régi par le conseil tribal Keewaytinook Okimakanak (KO), un organisme situé au nord-ouest de l'Ontario, KOTM utilise la visioconférence pour les consultations de télésanté mentale dans 26 communautés des régions rurales et éloignées depuis 2002 (une étude pilote a été menée en 2002 par KO). KOTM est un organisme communautaire géré par la communauté. Il utilise une foule de mécanismes pour appuyer cet objectif, notamment des réunions ordinaires avec les chefs et le conseil, des réunions avec les aînés ainsi que des activités visant à relier les communautés et les coordonnateurs en télésanté de chaque communauté dans le but de connaître les besoins des communautés en matière de services.

Nous ne croyons pas que les ressources de l'extérieur et la télésanté mentale représentent la solution aux problèmes de santé et de bien-être engendrés par la colonisation et les structures de la société. Toutefois, la télésanté mentale propose un outil visant à aider les gens à accéder à des soins de santé et à une continuité de soins lorsque peu d'options s'offrent à eux.

Nous avons examiné les questions de recherche suivantes :

- (1) À quelle fréquence la télésanté mentale est-elle utilisée par les professionnels de la santé mentale qui travaillent avec des clients de régions rurales et éloignées?
- (2) Comment les professionnels de la santé mentale perçoivent-ils l'utilité et la facilité d'utilisation des services de télésanté mentale et à quoi ces facteurs sont-ils reliés?
- (3) Qu'est-ce que les professionnels de la santé mentale identifient comme étant les avantages et

les inconvénients de l'utilisation des services de télésanté mentale avec les membres et les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées?

### Méthodes

---

Nous avons effectué un sondage en ligne et réalisé des entretiens. Le sondage en ligne était ouvert à tous les travailleurs en santé mentale du Canada (cliniciens et non cliniciens) et mesurait les attitudes à l'égard de l'utilisation des TIC pour le travail en santé mentale. Toutefois, seules les personnes ayant déclaré travailler avec des Premières Nations des régions rurales et éloignées ont été incluses dans l'analyse présentée dans cet article. Des entretiens individuels ont été menés auprès de professionnels de la santé mentale (cliniciens et non cliniciens) qui avaient de l'expérience en matière de télésanté mentale avec les membres et les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées.

#### Sondage en ligne

Le sondage en ligne comportait 38 éléments, notamment des questions sur la démographie, l'utilisation personnelle de la technologie, l'expérience de travail avec différentes populations, les attitudes à l'égard de l'utilisation de la visioconférence et d'autres formes de TIC pour le travail en santé mentale. Il comportait également des éléments supplémentaires pour les données qualitatives en texte libre telles que les opinions et les commentaires. Le sondage en ligne a été créé et géré par l'intermédiaire du site <http://surveymonkey.com/>.

Diverses méthodes de recrutement ont été employées. Notamment, des affiches publicitaires ont été distribuées par les organismes partenaires et par les collègues de psychologues et de travailleurs sociaux de la province, qui ont parlé de l'étude à leurs membres. Les participants ont répondu au sondage en ligne. Il leur a fallu environ 20 minutes pour remplir le sondage.

#### Entretiens

Des entretiens ont été menés auprès de personnes se considérant comme des professionnels de la santé mentale et qui avaient de l'expérience en matière de télésanté mentale avec les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées. Des questions ont été posées au sujet des réussites et des difficultés liées à l'utilisation des TIC (plus particulièrement la visioconférence), des expériences et des opinions à propos de l'utilisation des TIC avec des clients en santé mentale, de la façon dont les valeurs et les pratiques traditionnelles des Premières Nations peuvent être intégrées à l'approche et de ce qui est nécessaire pour mieux soutenir l'utilisation des services de télésanté mentale avec cette population.

L'information relative au recrutement pour les entretiens a été annoncée sur le site Web de l'étude. Les personnes qui se sont identifiées comme étant des professionnels de la santé mentale et qui ont déclaré travailler avec des communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées dans le contexte de la télésanté mentale ont été invitées à nous contacter pour nous donner des renseignements ou pour un entretien. Des affiches publicitaires ont également été utilisées pour recruter des participants aux entretiens, et celles-ci ont été distribuées par nos organismes partenaires.

### Déontologie

Les protocoles de recherche pour cette étude ont été examinés par le comité d'éthique de la recherche du Conseil national de recherches. Tous les participants ont été traités conformément aux directives éthiques de l'American Psychological Association (1996). En outre, tous les participants ont été assurés que leur participation était anonyme et confidentielle. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique approprié.

### Résultats

#### Sondage en ligne

Des 164 répondants au sondage en ligne sur les TIC appliquées aux services de santé mentale, 63 ont déclaré avoir de l'expérience de travail avec des clients des Premières Nations des régions rurales et éloignées. La plage d'âges des participants était très étendue, allant de 18 à plus de 65 ans; toutefois, la plupart étaient âgés de 45 à 54 ans. Un quart de l'échantillon était de sexe masculin. Les participants provenaient de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, du Québec, de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Yukon. Il s'agissait de travailleurs sociaux, de psychologues, de psychiatres, de travailleurs communautaires, d'infirmières, d'étudiants et d'autres personnes. Les participants ont déclaré avoir de l'expérience dans leur domaine, de moins de un an à plus de 20 ans.

#### Entretiens

Les participants aux entretiens provenaient de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Ils travaillaient comme psychiatres, psychologues, travailleurs communautaires, administrateurs et responsables de formation. Quatre des cinq entretiens ont été effectués par visioconférence et l'autre entretien a été effectué en personne. Ces entretiens ont duré de 45 à 60 minutes. Les principaux thèmes soulevés lors de l'analyse de contenu qualitative sont résumés ci-dessous.

#### Utilisation de la visioconférence

Seulement 16 participants ont affirmé avoir reçu de la formation sur l'utilisation de la visioconférence. On a demandé aux participants au sondage en ligne d'indiquer à quelle fréquence ils utilisaient la visioconférence avec des clients (n = 59). Parmi ceux-ci, 51 % n'utilisent jamais la visioconférence, 19 % l'utilisent une fois tous les deux ou trois mois et 10 % l'utilisent plusieurs fois par mois. Une minorité (7 %) a affirmé utiliser la visioconférence une fois par semaine, et deux personnes (3 %) ont indiqué qu'ils l'utilisaient plusieurs fois par semaine.

#### Utilité perçue

On a demandé aux participants d'évaluer l'utilité de la visioconférence pour communiquer avec des clients (n = 55, voir tableau 1). Le score moyen sur l'échelle de 5 points était de 3,3. Environ 50 % des participants ont affirmé trouver cette technologie utile. Seulement 9 % ont indiqué qu'ils ne la trouvaient pas du tout utile.

Les participants aux entretiens ont reconnu qu'ils trouvaient la télésanté mentale très utile. Une personne interrogée (un clinicien) a indiqué que la télésanté mentale était d'une utilité inestimable.

#### Facilité d'utilisation perçue

Les participants au sondage ont évalué la facilité d'utilisation de la visioconférence (n = 52, voir tableau 2). Le score moyen sur l'échelle de 5 points était de 3,1. Environ 28 % ont indiqué qu'ils trouvaient la technologie facile ou très facile à utiliser, alors que 15 % la trouvaient très difficile à utiliser.

Tous les participants aux entretiens avaient beaucoup d'expérience avec la visioconférence, et lorsqu'on les a interrogés sur sa facilité d'utilisation, tous ont déclaré l'avoir trouvée facile à utiliser (les participants ont également reconnu que plus ils l'utilisaient, plus ils la trouvaient facile à utiliser). Un participant a expliqué que la grande qualité du soutien technique offert dans son organisme était un facteur important de la facilité d'utilisation de la technologie.

**Tableau 1** Résultats de la question *Sur une échelle de 1 à 5 (où 1 = pas utile du tout et 5 = très utile), dans quelle mesure la visioconférence est-elle utile pour communiquer avec les clients?*

Note	Nombre	Pourcentage
1	5	9
2	8	15
3	14	26
4	18	33
5	10	18
<i>Total</i>	<i>55</i>	<i>100</i>

**Tableau 2** Résultats de la question *Sur une échelle de 1 à 5 (où 1 = pas facile du tout et 5 = très facile), dans quelle mesure serait-il facile pour vous d'utiliser la visioconférence pour communiquer avec un client?*

Note	Nombre	Pourcentage
1	8	15
2	9	17
3	15	29
4	11	21
5	9	17
<i>Total</i>	52	100

### Fréquence de la visioconférence, formation antérieure, UP et FUP

Une corrélation simple (utilisant le coefficient de corrélation de Spearman pour les données non paramétriques) a été effectuée pour déterminer les relations entre la fréquence de la visioconférence avec les clients, la formation antérieure sur la visioconférence (variable dichotomique où 1 = oui et 2 = non), l'utilité perçue (UP) de la télésanté mentale et la facilité d'utilisation perçue (FAP) de la télésanté mentale. La fréquence de la visioconférence présentait une corrélation importante avec l'UP ( $r_s = 0,34$ ;  $p = 0,01$ ) et la FUP ( $r_s = 0,44$ ;  $p = 0,001$ ), ce qui indique que les participants qui ont perçu la télésanté mentale comme étant utile et facile à utiliser étaient également susceptibles de l'utiliser plus souvent. La fréquence d'utilisation de la visioconférence présentait également une corrélation importante avec la formation ( $r_s = 0,40$ ;  $p = 0,001$ ), ce qui suggère que les participants ayant reçu de la formation sur la visioconférence utilisaient aussi la télésanté mentale plus souvent. En outre, l'UP présentait aussi une corrélation avec la facilité d'utilisation perçue ( $r_s = 0,72$ ;  $p = 0,01$ ), ce qui indique que les participants qui ont trouvé la technologie utile étaient aussi susceptibles de la trouver facile à utiliser. Enfin, la FUP présentait une corrélation importante avec la formation ( $r_s = 0,38$ ,  $p = 0,01$ ), ce qui suggère que les personnes ayant reçu de la formation trouvaient la télésanté mentale plus facile à utiliser.

### Avantages

La plupart des répondants considéraient que la télésanté est un moyen d'améliorer l'accès aux services tout en permettant aux gens de demeurer dans leur communauté tout en bénéficiant de services. Le commentaire suivant formulé, par un participant aux entretiens, en démontre l'importance :

... nous avons besoin de thérapeutes professionnels en santé mentale. Quand les gens doivent sortir de leur communauté, ça perturbe leur vie. Il y a le fait d'être loin de leur famille et de leur conjoint, mais il y a aussi des tentations comme l'alcool et la drogue. Ces gens ont besoin de tout le soutien possible de leur

famille, et ici, on s'attend à ce qu'ils s'en éloignent. Comment peut-on se rétablir dans ces circonstances?

Certains participants ont mentionné que la distance interpersonnelle associée à la télémédecine était un avantage, car les clients trouvent parfois plus facile de divulguer des renseignements sensibles à des personnes qui ne vivent pas dans leur communauté et qu'ils ne verront pas tous les jours.

En outre, la visioconférence a été reconnue comme étant un outil pouvant assurer la continuité et la cohérence des relations thérapeutiques. Dans les communautés des régions rurales et éloignées, il est souvent difficile pour un client de voir le même conseiller à plusieurs reprises à cause des vacances, des intempéries empêchant les déplacements ou d'autres facteurs. Par conséquent, le client doit parfois attendre des mois entre les visites, ou répéter son histoire à un autre conseiller ou thérapeute. La télésanté mentale peut éliminer ces problèmes.

### Défis

Plusieurs participants ont indiqué que l'infrastructure pour la visioconférence était défectueuse, car le réseau à large bande de certaines communautés isolées ne peut prendre en charge la visioconférence. Nous avons déjà déterminé que la connectivité à large bande dans les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées était un facteur limitant de la télémédecine (O'Donnell *et al.*, 2009); en effet, le financement à long terme est rare pour la prestation des services de télésanté mentale dans les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées. Nous avons également constaté que les programmes de télésanté mentale pourraient bénéficier des fonds alloués à la recherche. L'évaluation des initiatives de télésanté mentale des Premières Nations permet souvent de recueillir des données fort utiles. Malheureusement, il arrive qu'un manque de financement pour la recherche empêche la publication des données et des résultats, ce qui se traduit par une perte de connaissances importantes.

La plupart des communautés n'ont qu'un seul appareil de visioconférence, et celui-ci se trouve généralement au poste de soins infirmiers. Cette situation limite l'accès à une seule personne à la fois, et l'emplacement des appareils de visioconférence compromet la confidentialité et le respect de la vie privée. Selon un participant aux entretiens :

... comme il s'agit d'un programme sous l'égide de [l'autorité de santé provinciale], on ne peut pas sortir l'appareil du site. On ne peut pas le brancher ailleurs dans la communauté pour des raisons de sécurité invoquées par [l'autorité de santé]. C'est leur équipement, c'est leurs politiques. C'est normal. Mais on attend avec impatience le moment où on pourra le

faire sur le PC ou le portable de quelqu'un. Il faut bien sûr que ce soit le plus sécuritaire possible, mais on veut plus de liberté.

De nombreux professionnels de la santé mentale craignent que la télésanté mentale nuise à la consolidation des rapports et à la relation thérapeutique avec le client. L'un des participants a soulevé le problème que la télésanté mentale pourrait être trop impersonnelle et qu'elle pourrait entrer en conflit avec les « attentes culturelles ».

Toutefois, certains participants ayant fait l'expérience de la visioconférence avec des clients des Premières Nations estiment que ce défi pourrait être surmonté. Selon un participant aux entretiens :

... quel mal y a-t-il à dire : « Je ne vois pas bien ton visage, est-ce que tu pleures? Est-ce que ça va? Je crois qu'il y a des mouchoirs sur la table. » Nous n'avons pas besoin de tout savoir, ni de prétendre tout savoir. En fait, je crois que le fait de dire ces choses me rend plus vrai aux yeux de mon client. Si je pose ces questions, une connexion immédiate, une intimité s'établit instantanément. C'est important pour cette personne.

Certains participants sont préoccupés de ne pas pouvoir intervenir directement auprès d'un client en crise. Les participants aux entretiens qui avaient déjà eu à s'assurer que des ressources et de l'aide étaient disponibles chez le client ont mentionné la nécessité de protocoles et d'un filet de sécurité pour les urgences ou les crises pouvant survenir au cours des activités de télésanté mentale. Par exemple, dans le cadre d'un programme de télé-médecine pour les Premières Nations, un coordonnateur en télésanté mentale communautaire était présent au bureau lors de toutes les visites de télésanté mentale. Cette personne était chargée de veiller à ce que tous les protocoles de sécurité soient suivis et que les clients de la télésanté mentale repartent de leur rendez-vous dans un état sûr.

D'autres participants ont soulevé la question de la pertinence des TIC pour les clients qui présentent des symptômes tels que la paranoïa ou la démence, ou encore des troubles visuels ou auditifs. En outre, certains participants au sondage estiment que la première rencontre avec un client doit se faire en personne. D'autres ont noté que certains types d'évaluation (p. ex. un risque de suicide) et de thérapie (p. ex. une thérapie d'exposition) seraient difficiles à effectuer au moyen de la télésanté mentale. Néanmoins, certains participants estiment que les rencontres en personnes ne sont pas toujours une première étape nécessaire, et qu'elles ne seront pas toujours possibles. Par ailleurs, un certain nombre de participants aux entretiens avaient déjà effectué un grand nombre d'interventions par

visioconférence, allant de la thérapie cognitivo-comportementale aux cercles de partage.

### Pratiques et croyances traditionnelles

Le fait d'intégrer les pratiques (comme les cercles de partage) et les croyances (comme les Sept enseignements sacrés) traditionnelles des Premières Nations dans les initiatives de télésanté mentale peut donner confiance en la technologie et faciliter son acceptation et son utilisation. Lors d'une évaluation télépsychiatrique effectuée par Keewaytinook Okimakanak (2002), il a été conclu que l'intégration d'activités et de guérisseurs traditionnels serait bénéfique. Le projet de Fort Chipewyan, où les Premières Nations des régions éloignées de l'Alberta ont utilisé la visioconférence pour des activités de téléspiritualité et de médecine traditionnelle (Gideon, 2006), en est un exemple.

L'une des participantes aux entretiens a expliqué qu'elle avait participé à des visioconférences visant à faciliter les cercles de partage (c.-à-d. des groupes de discussion où les participants d'une ou plusieurs communautés se réunissent pour discuter et partager leur expérience sur un sujet donné, et où l'on a parfois recours à certaines pratiques telles que l'utilisation d'un objet spécial pour désigner la personne qui doit prendre la parole).

### Discussion

La présente étude explorait les attitudes et les expériences de professionnels de la santé mentale ayant déjà travaillé avec des communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées. Soixante-trois professionnels de la santé mentale possédant de l'expérience avec les Premières Nations ont rempli le sondage en ligne, et cinq professionnels de la santé mentale possédant de l'expérience en télésanté mentale (en plus d'avoir de l'expérience avec les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées) ont participé aux entretiens. Malheureusement, l'une des limites du sondage en ligne est que le taux de réponse est inconnu; il est donc difficile d'établir la représentativité de notre échantillon par rapport à un groupe plus large (c.-à-d. les professionnels de la santé mentale qui travaillent avec les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées). Néanmoins, les renseignements obtenus à l'aide de ces deux méthodes étaient complémentaires et utiles.

D'après les données du sondage, il est évident que de nombreux répondants (51 %) n'utilisent pas la télésanté mentale. Toutefois, 10 % l'utilisent chaque semaine ou plus souvent. Chez les participants aux entretiens qui avaient de l'expérience en matière de télésanté mentale, la perception de l'utilité et de la facilité d'utilisation était très favorable. Pour mieux comprendre la situation, nous

avons procédé à une analyse de corrélation dans le but d'identifier les relations entre la fréquence d'utilisation de la visioconférence avec des clients, la formation antérieure, l'utilité perçue (UP) et la facilité d'utilisation perçue (FUP). Les résultats sont intuitifs : les professionnels de la santé mentale ayant reçu de la formation sur la télésanté mentale sont susceptibles de l'utiliser plus souvent, et ceux qui la trouvent facile à utiliser et utile sont également susceptibles de l'utiliser plus souvent. En fait, cette même logique ressort de l'expérience des participants aux entretiens : ceux-ci affichent un haut niveau d'UP et de FUP, et s'avèrent être les utilisateurs les plus expérimentés et les plus assidus de la technologie. Ces résultats vont dans le même sens que les recherches antérieures sur l'acceptation des technologies et les attitudes à l'égard de l'utilisation des technologies (Davis, 1989), qui ont permis d'établir un lien entre l'UP, la FUP et l'intention d'utiliser (ainsi que l'utilisation réelle) de la technologie. Nos résultats suggèrent que si les professionnels de la santé mentale qui travaillent avec les Premières Nations sont informés des avantages (ainsi que des préoccupations et des inconvénients) liés à l'utilisation des services de télésanté mentale, et si on leur donne la possibilité d'être éduqués et formés sur la façon d'utiliser la pratique, ces fournisseurs de services seront plus ouverts et plus susceptibles d'utiliser la télésanté mentale lorsque le contexte s'y prêtera.

Les cinq participants aux entretiens considèrent que la télésanté mentale est particulièrement utile pour étendre des services de santé mentale de grande qualité aux communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées; l'opinion de la plupart des participants au sondage allait dans le même sens. La télésanté mentale a permis aux clients de recevoir des soins tout en demeurant dans leur communauté d'origine et a contribué à la continuité des relations thérapeutiques. Par exemple, selon l'approche de KO Telemedecine, la visioconférence a pour but d'améliorer les services et non de les remplacer.

En conclusion, nous croyons qu'un examen des points de vue des utilisateurs sur la télésanté mentale est essentiel pour promouvoir adéquatement l'adoption de la technologie. Des nombreuses préoccupations (p. ex. l'infrastructure et la pertinence culturelle) ont été exprimées, et certains défis liés à la mise en œuvre réussie d'initiatives de télésanté mentale avec les Premières Nations ont été abordés plus en profondeur dans un autre document (Santé Canada, 2011). Quoiqu'il en soit, la présente étude contribue à l'ensemble des connaissances sur la télésanté mentale avec les Premières Nations des régions rurales et éloignées, ainsi qu'aux connaissances sur les expériences et les points de vue des professionnels de la santé mentale qui travaillent avec ce groupe. Il est possible de répondre à bon nombre des préoccupations

soulevées par les professionnels en santé mentale. Toutefois, il manque au moins un élément d'information essentiel; en effet, une enquête sur les points de vue des membres des communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées sur les technologies utilisées avec les services de santé mentale est indispensable. En outre, une analyse critique politique, économique et sociale s'avère nécessaire afin de mieux comprendre l'incidence de la télésanté mentale sur les communautés des Premières Nations.

Remerciements : Nous tenons à remercier tous les participants aux entretiens et au sondage, plus particulièrement les personnes avec de l'expérience de travail avec les communautés des Premières Nations des régions rurales et éloignées qui ont bien voulu partager leur histoire. Nous remercions également nos partenaires dans le cadre du projet VideoCom, soit la University of New Brunswick, Keewaytinook Okimakanak, l'Atlantic Canada's First Nation Help Desk ainsi que le Conseil en Éducation des Premières Nations. Nous sommes reconnaissants à nos employeurs, le Conseil national de recherches et Keewaytinook Okimakanak Telemedicine, ainsi qu'à nos collègues de travail pour le soutien qu'ils nous ont apporté. Le projet VideoCom a reçu des subventions du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada.

## Références

- American Psychological Association. (1996). *Professional Conduct and Discipline in Psychology*. Montgomery, AL : Association of State and Provincial Psychology Boards.
- Chrisjohn, R., S. Young et M. Maraun. (1997). *The Circle Game: Shadows and Substance in the Indian Residential School Experience in Canada*. Penticton, C.-B. : Theytus Books.
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness perceived ease of use, and user acceptance of information technology, *MIS Quarterly*, 13, 319-340.
- Gibson K et S. O'Donnell. *The benefits of perceived ease of use and usefulness in multi-site videoconferencing*. Récupéré le 27 janvier 2011 du site du Conseil national de recherches : <http://nparc.cisti-icist.nrc-cnrc.gc.ca/npsi/ctrl?lang=fr>
- 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. 60-79). Abingdon, R.-U. : Routledge.
- Hunter, L. M., J. Logan, J. G. Goulet et S. Barton. (2006). Aboriginal healing: regaining balance and culture, *Journal of Transcultural Nursing*, 17, 13-22.
- Keewaytinook Okimakanak. (2002). *Evaluation of the Keewaytinook Okimakanak Tele-psychiatry Pilot Project Report*. Récupéré le 3 décembre 2012 du site de l'organisme : <http://media.knet.ca/node/592>

King, M., A. Smith et M. Gracey. (2009). Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap, *Lancet*, 374, 76-85.

O'Donnell, S., S. Perley, D. Simms *et al.* (2009). Video communication roadblocks facing remote Indigenous communities, *IEEE Technology & Society*, 28, 16-22.

Santé Canada. (2011). *Télésanté mentale au Canada : Rapport sur la situation actuelle*. Récupéré le 18 janvier 2011 du site du ministère : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H21-236-2004F.pdf>

Scott R. E., F. G. McCarthy, P. A. Jennett *et al.* (2007). Telehealth outcomes: a synthesis of the literature and recommendations for outcome indicators, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13(2), 1-38.

Townsend, A. M., S. M. DeMarie et A. R. Hendrickson. (2001). Desktop videoconferencing in virtual workgroups: anticipation, system evaluation and performance, *Information Systems Journal*, 11, 213-227.