

Soins virtuels en psychiatrie

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé et en services sociaux
(INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence des
modes d'intervention en santé

Soins virtuels en psychiatrie

Rédaction

Julie Brunet

Collaboration

Randa Attieh

Isabelle Cloutier

Caroline Collette

Brigitte Côté

Véronique Gagné

Stéphane Gilbert

Hubert Robitaille

Caroline Turcotte

Coordination scientifique

Audrey Magron

Direction

Catherine Truchon

Élisabeth Pagé

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Julie Brunet, Ph. D.

Collaborateurs et collaboratrices internes

Randa Attieh, Ph. D.

Brigitte Côté, M. D., FRCPC

Isabelle Cloutier, B. Pharm., M.B.A.

Caroline Collette, Ph. D.

Véronique Gagné, M. Sc.

Stéphane Gilbert, Ph. D.

Hubert Robitaille, Ph. D.

Caroline Turcotte, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Audrey Magron, Ph. D.

Adjointe à la direction

Élisabeth Pagé, Ph. D., M.B.A.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Mathieu Plamondon, M.S.I.

Bin Chen, techn. docum.

Bureau – Méthodologies et éthique

Hervé Tchala Vignon Zomahoun, Ph. D.

Soutien administratif

Lolita Haddad

Équipe de l'édition

Hélène St-Hilaire

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Catherine Olivier, Ph. D..

Avec la collaboration de

Littera Plus, révision linguistique

Mark A. Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

ISBN 978-2-550-95303-6 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2023

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images ou figures peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Soins virtuels en psychiatrie. État des connaissances rédigé par Julie Brunet. Québec, Qc : INESSS; 2023. 108 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Lecteurs externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

D^e David Méthot Langevin, psychiatre, chef du service de psychiatrie, Hôpital de Saint-Georges, Québec

M. Guy Paré, professeur titulaire, Département des technologies de l'information, HEC Montréal, titulaire de la Chaire de recherche en santé connectée.

Déclaration d'intérêts

Les contributeurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts ou de rôles potentiel.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	VI
SIGLES ET ACRONYMES	XI
GLOSSAIRE	XII
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	4
1.1 Questions d'évaluation	4
1.2 Stratégie de repérage de l'information scientifique	5
1.2.1 Littérature scientifique	5
1.2.2 Littérature grise	5
1.3 Sélection des publications	5
1.4 Extraction des données et synthèse.....	7
1.5 Évaluation de la qualité méthodologique	7
1.6 Analyse et synthèse des données.....	7
1.7 Formulation des constats	7
1.8 Validation et assurance qualité	8
2 RÉSULTATS	9
2.1 Description des documents repérés.....	9
2.1.1 Principales limites des documents retenus	10
2.2 Retombées des interventions de soins virtuels en psychiatrie en fonction des trajectoires de soins.....	11
2.2.1 Soins virtuels et troubles dépressifs.....	11
2.2.2 Soins virtuels et troubles anxieux	13
2.2.3 Soins virtuels et troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress	16
2.2.4 Soins virtuels et spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques	18
2.2.5 Soins virtuels et troubles bipolaires et apparentés	21
2.2.6 Soins virtuels et troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.....	23
2.2.7 Soins virtuels et troubles liés à une substance et troubles addictifs.....	23
2.2.8 Soins virtuels et santé mentale générale	24
2.2.9 Soins virtuels et divers troubles de santé mentale	26
2.3 Pratiques de soins virtuels en psychiatrie.....	33
DISCUSSION.....	36
CONSTATS	38
RÉFÉRENCES.....	41

ANNEXE A.....	47
Stratégie de repérage de l'information scientifique.....	47
ANNEXE B.....	55
Processus de sélection des études.....	55
ANNEXE C.....	56
Documents exclus et raison d'exclusion.....	56
ANNEXE D.....	65
Données d'extraction des documents retenus en psychiatrie.....	65

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Critères d'inclusion et d'exclusion (éléments <i>PICOS</i>).....	6
Tableau 2	Résumé des trajectoires de soins, intervention clinique et modalités de soins virtuels.....	9
Tableau 3	Modalités des soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins des troubles dépressifs.....	13
Tableau 4	Modalité des soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins des troubles anxieux.....	15
Tableau 5	Modalités de soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress.....	17
Tableau 6	Modalités de soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques.....	20
Tableau 7	Modalités de soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins des troubles bipolaires et apparentés.....	22
Tableau 8	Modalité de soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins des troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.....	23
Tableau 9	Modalité de soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins des troubles liés à une substance et troubles addictifs.....	24
Tableau 10	Modalités de soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins en santé mentale générale.....	26
Tableau 11	Modalités simples de soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins des divers troubles de santé mentale.....	31
Tableau 12	Modalités mixtes de soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins des divers troubles de santé mentale.....	32
Tableau 13	Pratiques en soins virtuels selon différentes trajectoires de soins en psychiatrie.....	34
Tableau A-1	Bases de données bibliographiques.....	47
Tableau A-2	Sites internet et pages consultées.....	53
Tableau C-1	Revue systématique exclues en psychiatrie.....	56
Tableau C-2	Guides de pratique clinique, littérature grise et autre documents d'encadrement exclus en psychiatrie.....	63
Tableau D-1	Extraction des revues systématiques sur les troubles dépressifs.....	65
Tableau D-2	Extraction des revues systématiques sur les troubles anxieux.....	72

Tableau D-3	Extraction des revues systématiques sur les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress	80
Tableau D-4	Extraction des revues systématiques sur le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques	84
Tableau D-5	Extraction des revues systématiques sur les troubles bipolaires et apparentés	89
Tableau D-6	Extraction des revues systématiques sur les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.....	93
Tableau D-7	Extraction des revues systématiques sur les troubles liés à une substance et troubles addictifs	94
Tableau D-8	Extraction des revues systématiques sur la santé mentale en général	95
Tableau D-9	Extraction des revues systématiques sur divers troubles de santé mental confondus.....	97

FIGURE

Figure B-1	Diagramme de flux.....	55
------------	------------------------	----

RÉSUMÉ

Introduction

Le vieillissement de la population et la prévalence accrue des maladies chroniques engendreront sans contredit une augmentation importante de la demande de soins continus à domicile et en établissements, dans le contexte actuel de ressources professionnelles limitées au Québec. En outre, la pandémie de la COVID-19 a permis une avancée majeure dans l'utilisation des outils de soins virtuels afin d'assurer un accès aux soins et services et de favoriser la continuité des soins. En plus des technologies de l'information qui sont désormais fréquemment utilisées, l'intégration des modalités de soins virtuels dans les trajectoires de soins revêt un intérêt grandissant pour l'évaluation, le traitement et le suivi des patients en médecine spécialisée. Ces modalités ont le potentiel d'améliorer l'accès aux soins de santé pour une majorité des usagers, mais également de favoriser leur participation à la prise en charge de leur maladie.

Dans le contexte d'un chantier national sur les soins virtuels, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) d'élaborer un état des connaissances visant à baliser les soins virtuels en médecine spécialisée. Ces travaux permettront de maintenir ou d'optimiser les trajectoires de soins et de soutenir les pratiques cliniques et l'offre de soins et services aux usagers. L'objectif de ces travaux est d'informer les décideurs publics, les associations médicales et les professionnels de la santé et des services sociaux des pratiques de soins virtuels en médecine spécialisée. Le mandat se décline selon les sept volets suivants : 1) Pédiatrie, 2) Psychiatrie (présent volet), 3) Neurologie, 4) Hématologie/oncologie, 5) Pneumologie, 6) Chirurgie générale et 7) Médecine interne.

Méthodologie

Une revue de la portée a été menée afin de faire un portrait des trajectoires de soins qui pourront être soutenues ou optimisées par les soins virtuels. Un repérage de la littérature scientifique et grise a été réalisé sur les cinq dernières années, puis l'intervalle a été réajusté à deux ans (2020-2022) compte tenu de l'ampleur de la littérature disponible en psychiatrie. Les lignes directrices nationales et internationales existantes, les documents d'orientation et de discussion, les documents d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé publiés sur le sujet durant une période de cinq ans (2017-2022) ont été également consultés pour permettre de repérer d'autres trajectoires de soins ou confirmer celles indiquées par les revues systématiques. La sélection des documents a été réalisée selon des critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis. Ces étapes ont été suivies par un premier examinateur, puis 10 % des titres et des résumés évalués ont été réévalués de façon indépendante par un deuxième examinateur. L'extraction des données probantes issues des documents retenus a été faite par un examinateur. Les données extraites ont été analysées et présentées sous forme de synthèse narrative et de tableaux des résultats pour chacune des trajectoires de soins identifiées. En raison de la nature des travaux et du type de revue réalisée, l'évaluation de la qualité

méthodologique des documents repérés n'a pas été faite. En outre, les constats sur les trajectoires de soins et les modalités de soins virtuels qui maintiennent ou optimisent les pratiques cliniques en médecine spécialisée ont été formulés en tenant compte de la cohérence des résultats issus des études, du nombre et de la qualité perçue des études, des biais soulevés et des analyses statistiques des méta-analyses.

Résultats

Cette revue de la portée a permis de formuler les constats suivants au regard de l'usage des modalités de soins virtuels dans le domaine de la psychiatrie afin de maintenir ou d'optimiser les trajectoires de soins pour soutenir les pratiques cliniques et l'offre de soins et services aux patients.

CONSTATS GÉNÉRAUX

- La majorité des interventions de soins virtuels répertoriées dans les différentes trajectoires de soins se présentent selon plusieurs modalités combinées – **téléintervention, téléconsultation, télésurveillance**, etc.
- L'emploi de la thérapie cognitivo-comportementale par **téléintervention** ou par Internet (iTCC) est la modalité de soins virtuels la plus souvent étudiée dans les revues systématiques et les guides de pratique recensés.
- Plusieurs auteurs de revues retenues concluent que des études supplémentaires de bonne qualité (devis, taille, durée) seront nécessaires.

CONSTATS SUR LES TRAJECTOIRES DE SOINS ET MODALITÉS DE SOINS VIRTUELS

Des trajectoires de soins virtuels rapportées comme étant cliniquement efficaces

- Le soutien thérapeutique et le traitement par la **téléintervention** (psychothérapie) pour les personnes atteintes de troubles dépressifs, d'anxiété sociale, de trouble panique avec ou sans agoraphobie ou de stress post-traumatique.
- Le suivi par la **téléconsultation** pour les conditions suivantes :
 - troubles dépressifs;
 - troubles bipolaires et apparentés (patients euthymiques) via l'autoévaluation de l'humeur à l'aide d'une application mobile.

Des trajectoires de soins virtuels rapportées comme ayant une potentielle efficacité clinique à confirmer par de futures données probantes

- Le diagnostic par la **téléconsultation** des troubles dépressifs à l'aide d'une version numérique de l'outil PHQ-9.
- Le soutien thérapeutique et le traitement par la **téléintervention** dans les conditions cliniques suivantes :
 - troubles bipolaires et apparentés, via le téléphone intelligent;

- troubles d'hyperphagie boulimique, par l'iTCC guidée;
- troubles liés à une substance et troubles addictifs (patients toxicomanes).
- Le suivi par la **téléconsultation** pour les personnes qui présentent les conditions cliniques suivantes :
 - spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques; plusieurs outils de soins virtuels prometteurs sont en cours de développement, dont la messagerie texte SMS;
 - troubles liés à une substance et troubles addictifs (patients toxicomanes).
- Le monitoring des conditions cliniques suivantes par la **télésurveillance** :
 - spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques via la messagerie texte SMS pour soutenir le traitement clinique;
 - trouble bipolaire : via des outils technologiques, dont le téléphone intelligent, permettant la combinaison de multiples données échantillonnées.

Des trajectoires de soins virtuels rapportées comme ayant une potentielle efficacité organisationnelle à confirmer par de futures données probantes

- Une réduction potentielle du nombre des rendez-vous manqués et de la consommation des soins de santé avec la **téléintervention** et la **téléconsultation** pour les troubles dépressifs en comparaison avec les soins en personne.
- La **téléintervention** et la **télésurveillance** pourraient fournir des données objectives servant de soutien important à la prise de décision clinique et permettre l'autogestion aux patients atteints de maladies mentales graves pour prévenir la chronicité de leur maladie.
- La **téléintervention** a semblé potentiellement efficace pour améliorer la rétention des patients toxicomanes dans le système de santé.

Des avantages possibles des soins virtuels pour des populations spécifiques ou dans certains milieux ou contextes particuliers

- Chez des personnes de plus de 50 ans, les soins virtuels ont semblé réduire les symptômes courants des troubles mentaux et les problèmes psychosociaux.
- Pour les populations judiciairisées, les soins virtuels ont semblé apporter une réduction des symptômes psychiatriques et favoriser de meilleures stratégies d'adaptation.
- En contexte de pandémie, la transition de la prestation des services de santé mentale du face-à-face aux soins virtuels a semblé répondre aux attentes des patients et des professionnels de la santé.

Des modalités de soins virtuels dans les trajectoires de soins rapportées comme ayant des retombées positives sur l'accès équitable aux soins

- Par la **téléintervention** pour les patients :
 - atteints d'anxiété sociale, qui évitent souvent de demander de l'aide compte tenu de leur condition;
 - atteints du syndrome de stress post-traumatique, qui peuvent être victimes de stigmatisation.
- Par la **télésurveillance** pour les patients :
 - atteints de schizophrénie et des autres troubles psychotiques et qui sont économiquement défavorisés;
 - atteints de troubles de santé mentale et qui sont confrontés à des obstacles géographiques ou qui vivent dans des régions mal desservies;
 - vivant dans des établissements de soins de longue durée.

Une satisfaction rapportée par les usagers et les prestataires de soins de santé

- Pour la **téléintervention** destinée aux usagers atteints :
 - de troubles dépressifs, la satisfaction a semblé généralement plus élevée ou équivalente à celle liée aux soins en personne;
 - de troubles anxieux, la satisfaction a semblé plus élevée, mais avec une préférence pour la communication avec le soutien d'un professionnel en comparaison avec une intervention de soins virtuels non guidée.
- Pour la **télésurveillance** des usagers atteints de troubles du spectre de la schizophrénie, le niveau satisfaction et l'acceptabilité ont semblé élevés.
- En ce qui concerne les **prestataires de soins**, l'attitude et l'expérience ont semblé globalement positives à l'égard des soins virtuels pour différents types de services, lieux de soins et populations.

Peu de résultats sur la sécurité des soins virtuels

- Pour les troubles anxieux, entre 0 et 5 % des participants auraient signalé un impact négatif des traitements reçus via la **téléintervention**;
- L'innocuité de toute la gamme de nouvelles technologies pour traiter les troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques n'est pas pleinement assurée. Même si aucun préjudice significatif n'a semblé associé aux interventions par messagerie texte, la thérapie par avatar pourrait, par exemple, entraîner une augmentation de l'anxiété;
- La confidentialité demeure un enjeu préoccupant lors de la **téléconsultation sans patient**, surtout pour les petites communautés rurales.

Peu de guides de pratique clinique publiés sur les soins virtuels en psychiatrie

- Tous les guides retenus portaient sur l'ITCC dans les cas de trouble de stress post-traumatique, d'anxiété sociale ou de troubles de santé mentale en général.

Limites

Le présent travail est limité par les contraintes méthodologiques suivantes : le type de documents retenus, la période couverte par la littérature, la sélection indépendante des études sur seulement 10 % des études, l'absence d'appréciation formelle de la preuve et la synthèse descriptive des données sans méta-analyse.

La majorité des revues systématiques retenues agrègent ou examinent sans distinction les données provenant d'études primaires menées dans divers contextes de soins, avec une variété de comparateurs, de situations cliniques et de technologies. Lorsqu'il y a des méta-analyses, l'hétérogénéité des études et des interventions, le petit nombre d'études comparées ou de participants et la faible qualité des études sont souvent énumérés dans les limites.

De plus, les résultats des revues systématiques de psychiatrie portent en général sur des données à court terme ou au plus sur douze mois, alors que le traitement de troubles psychiatriques s'échelonne souvent sur plusieurs années. Aussi, de nombreuses études portaient sur des sujets qui étaient très majoritairement féminins, bien que l'incidence des pathologies en cause ne soit pas nécessairement plus élevée chez la femme. En outre, la sensibilité culturelle ou l'adaptation culturelle et les soins collaboratifs, qui sont des thèmes à ne pas négliger pour l'équité des soins virtuels, étaient très rarement abordés. Enfin, des biais de sélection, de confusion et de mesure observés dans les études devaient également être pris en considération.

Conclusion

Pour l'usage de soins virtuels en psychiatrie, les trajectoires de soins les plus étudiées dans la littérature sont les troubles dépressifs et les troubles anxieux. La téléintervention est quant à elle la modalité de soins virtuels la plus souvent employée dans les trajectoires de soins étudiées.

Plusieurs autres résultats des revues systématiques recensés indiquent que d'autres trajectoires de soins en psychiatrie pourraient bénéficier de l'usage des soins virtuels, mais les données sont souvent trop limitées pour être concluantes. Des études supplémentaires de bonne qualité en termes de devis, taille et durée seront nécessaires pour bien cerner les modalités optimales d'utilisation des soins virtuels en fonction des différentes trajectoires de soins en psychiatrie. Dans tous les cas, les modalités sont appliquées seules ou en combinaison avec d'autres modalités, et le recours aux soins virtuels peut être fait en remplacement ou en complément des soins usuels.

SUMMARY

Virtual Care in Psychiatry

Introduction

The aging of the population and the increasing prevalence of chronic diseases will, undoubtedly, lead to a significant increase in the demand for continuous home and institutional care, in the current context of limited professional resources in Québec. Furthermore, the COVID-19 pandemic has led to a major advance in the use of virtual care tools to ensure access to care and services and to promote care continuity. In addition to the information technologies that are now frequently used, the integration of virtual care modalities into care pathways is of growing interest for the evaluation, treatment, and follow-up of patients in specialty medicine. These modalities have the potential to improve access to health care for most patients, but also to foster their engagement in the management of their illness.

In the context of a national project on virtual care, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) has requested the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to provide a state-of-knowledge report to guide the use of virtual care in specialty medicine. This work will help maintain or optimize care pathways and support clinical practices and the provision of care and services to patients. The objective of this work is to inform public decision-makers, medical associations, and health and social services professionals about virtual care practices in specialty medicine. The project involves the following seven reports: 1) Pediatrics, 2) Psychiatry (this report), 3) Neurology, 4) Hematology/Oncology, 5) Respirology, 6) General Surgery, and 7) Internal Medicine.

Methodology

A scoping review of the scientific and grey literature was conducted for the past five years to portray the care pathways that might be supported or optimized with the use of virtual care. The interval was subsequently downscaled to two years (2020-2022) for scientific literature because of the breadth of the available literature in psychiatry. The existing national and international guidelines, guidance and discussion papers, and health technology assessment (HTA) reports published on the topic during the five-year period (2017-2022) were also consulted to identify additional care pathways or confirm those mentioned in the systematic reviews. Documents were selected according to predefined inclusion and exclusion criteria. These steps were carried out by one reviewer, and 10% of the titles and abstracts evaluated were independently re-evaluated by a second reviewer. The literature selection process led to evidence extraction by a reviewer. The extracted data were analyzed and presented in the form of a narrative synthesis and outcome tables for each of the identified care pathways. Because of the rapid nature of the work and the type of review conducted, the methodological quality of the selected documentation was not assessed. In addition, the consistency of the study results, the

number of studies and their perceived quality, the biases noted, and the statistical analyses of the meta-analyses were considered when drawing up the findings concerning care pathways and virtual care modalities that maintain or optimize clinical practices in specialty medicine.

Results

The synthesis of the selected literature led to the following findings regarding the use of psychiatric virtual care modalities for maintaining or optimizing care pathways to support clinical practices and the provision of care and services to patients.

GENERAL FINDINGS

- Several of the virtual care interventions noted in the different care pathways involve a number of combined modalities: **teleintervention, teleconsultation, telemonitoring**, etc.
- Cognitive behavioral therapy via **teleintervention** or the Internet (iCBT) is the most commonly studied virtual care modality in the identified systematic reviews and practice guidelines.
- Many authors of the selected reviews conclude that additional good-quality studies (design, size, and duration) will be needed.

FINDINGS CONCERNING CARE pathways AND VIRTUAL CARE MODALITIES

Virtual care pathways reported as being clinically effective:

- Therapeutic support and treatment via **teleintervention** (psychotherapy) for individuals with depressive disorders, social anxiety, panic disorder with or without agoraphobia, or post-traumatic stress.
- Follow-up by **teleconsultation** for the following conditions:
 - Depressive disorders;
 - Bipolar and related disorders (euthymic patients) via a mood self-evaluation using a mobile app.

Virtual care pathways reported as having potential clinical efficacy, which is to be confirmed by future evidence:

- The **teleconsultation** diagnosis of depressive disorders using a digital version of the PHQ-9 instrument.
- Therapeutic support and treatment via **teleintervention** in the following clinical conditions:
 - Bipolar and related disorders, using a smartphone;
 - Binge-eating disorders, via guided iCBT;
 - Substance-related and addictive disorders (drug-addicted patients).
- **Teleconsultation** follow-up for individuals with the following clinical conditions:
 - Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. Several promising virtual care tools are presently being developed, such as SMS text messaging;

- Substance-related and addictive disorders (drug-addicted patients).
- The monitoring of the following clinical conditions via **telemonitoring**:
 - Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders using SMS text messaging to support clinical treatment;
 - Bipolar disorders, via technological tools, including the smartphone, make it possible to combine multiple sampled data.

Virtual care pathways reported as having potential organizational efficacy, which is to be confirmed by future evidence:

- A possible reduction in the number of missed appointments and healthcare consumption with **teleintervention** and **teleconsultation** for depressive disorders compared to in-person care;
- **Teleintervention** and **telemonitoring** could provide objective data as important support for clinical decision-making and permit self-management in patients with severe mental illness to prevent it from becoming chronic;
- **Teleintervention** seemed to be potentially effective in improving the retention of drug-addicted patients in the healthcare system.

Potential benefits of virtual care for specific populations or in particular settings or contexts:

- In individuals over 50 years of age, virtual care appeared to reduce the common symptoms of mental disorders and psychosocial problems;
- For criminal justice populations, virtual care appeared to reduce psychiatric symptoms and promote better coping strategies;
- During the pandemic, the shift in mental health service delivery from in-person to virtual care seemed to meet the patients' and health professionals' expectations.

Virtual care modalities reported as having a positive impact on equity of access to care:

- Via **teleintervention** for patients:
 - With social anxiety, who often avoid asking for help, given their condition;
 - With post-traumatic stress disorder, who may experience stigma.
- Through **telemonitoring** for patients:
 - With schizophrenia spectrum and other psychotic disorders and who are economically disadvantaged;
 - With mental health disorders and who face geographical obstacles or who live in underserved areas;
 - Living in long-term care facilities.

Satisfaction reported by patients and healthcare providers:

- For **teleintervention** involving patients with:
 - Depressive disorders, the level of satisfaction generally seemed to be higher or the same as that for in-person care;
 - Anxiety disorders, the level of satisfaction appeared to be higher, but with a preference for communication with the support of a professional compared to an unguided virtual care intervention.
- For the **telemonitoring** of patients with schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, overall, the level of satisfaction and acceptability appeared to be high.
- As for **care providers**, their overall attitude and experience regarding virtual care for different types of services, care settings, and populations seemed positive.

Few results concerning the safety of virtual care:

- For anxiety disorders, it appears that between 0% and 5% of the participants reported the therapy they received via **teleintervention** as having a negative impact;
- The safety of the full range of new technologies for treating schizophrenia spectrum and other psychotic disorders is not fully assured. Although no significant harm seemed to be associated with text-messaging interventions, avatar therapy could, for example, lead to increased anxiety;
- Confidentiality remains a major concern for **non-patient teleconsultation**, especially for small rural communities.

Few published clinical practice guidelines regarding virtual psychiatric care:

- All of the selected guidelines focused on iCBT for post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, or general mental health disorders.

Limitations

This report is limited by the following methodological constraints: the type of items selected, the period covered by the literature, the fact that independent study selection was used for only 10% of the studies, the absence of a formal evidence assessment, and the descriptive data synthesis with no meta-analysis.

Most of the selected systematic reviews aggregate or examine, without distinction, data from primary studies conducted in various care settings with a variety of comparators, clinical situations, and technologies. When meta-analyses are included, the heterogeneity of the studies and interventions, the small number of studies compared and/or the small number of participants, and the poor quality of the studies are often listed in the limitations.

In addition, the results of psychiatric systematic reviews are generally from short-term or, at most, 12-month data, whereas psychiatric disorders are often treated for several years. Also, the subjects in many of the studies were predominantly females, yet the incidence of the disorders concerned is not necessarily higher in women. In addition, cultural sensitivity or cultural adaptation and collaborative care, which are topics that should not be overlooked for equity in virtual care, were very rarely discussed. Lastly, selection, confounding, and measurement biases observed in the studies also need to be taken into consideration.

Conclusion

In the field of psychiatry, the care pathways most studied in the literature for the use of virtual care are depressive disorders and anxiety disorders. Teleintervention is the most frequently used virtual care modality in the care pathways studied.

Several other results from the systematic reviews examined indicated that other psychiatric care pathways could benefit from the use of virtual care, but the data are often too limited to be conclusive. Additional good-quality studies in terms of design, size, and duration will be needed to accurately identify the optimal modalities for using virtual care in the different psychiatric care pathways. In any event, the modalities are used alone or in combination with other modalities, and virtual care can be utilized in place of or in addition to standard care.

SIGLES ET ACRONYMES

CADTH	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
CMQ	Collège des médecins du Québec
DSM-V	<i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i>
ECR	Essai clinique <i>randomisé</i>
ETMIS	Évaluation des technologies et modes d'intervention en santé
GPC	Guide de pratique clinique
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MMG	Maladie mentale grave
PHQ-9	<i>Patient health questionnaire-9 items</i>
PICOS	<i>Population, Intervention, Comparator, Outcomes, Study Design</i>
RS	Revue systématique
RV-TCC	TCC basée sur l'exposition à la réalité virtuelle
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
TAE	Thérapie d'acceptation et d'engagement
iTAE	Thérapie d'acceptation et d'engagement par Internet
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
iTCC	TCC à distance ou par Internet
TP-V	Télépsychiatrie par vidéoconférence
TPA	Télépsychiatrie asynchrone
SMS	<i>Short Message System</i>

GLOSSAIRE

Alliance thérapeutique

Constitue un prédicteur de succès d'une intervention. Elle conçoit l'intervention comme une entreprise de collaboration en définissant l'équipe d'intervenants et les clients clés comme les joueurs de la même équipe. L'alliance unit les systèmes du client et de l'intervenant pour créer un système thérapeutique inclusif et efficace. Les trois principales dimensions du contenu de l'alliance thérapeutique sont le lien, les objectifs et les tâches¹.

Counseling

Au Québec, le terme *counseling* est associé avec l'activité de l'aidant, psychologue ou autre, qui centre davantage son attention sur les difficultés concrètes du quotidien, plutôt que sur des problèmes plus profondément enracinés. Le counseling peut être pratiqué non seulement par des psychologues, mais aussi par d'autres intervenants de formations très variées².

Psychothérapie

Traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement est basé sur des modèles théoriques reconnus et va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien³.

Remédiation cognitive

Forme de thérapie ayant pour objectif de diminuer l'impact sur le quotidien des difficultés cognitives d'un patient, préalablement objectivées lors d'un bilan neuropsychologique. Il existe deux principales techniques de remédiation cognitive. La première consiste à entraîner de manière intensive la fonction déficitaire et la seconde consiste à contourner la difficulté, en réfléchissant à des stratégies de compensation s'appuyant sur les capacités préservées du patient. L'une et/ou l'autre de ces stratégies peuvent être utilisées, que la remédiation soit plutôt axée sur la neurocognition (concentration, attention, mémoire de travail) ou la cognition sociale (capacités à interagir avec les autres)⁴.

¹ (https://www.unipsed.net/wp-content/uploads/2014/09/alliance_defi_06_13.pdf).

² (<http://www.apqc.ca/spip.php?article120>).

³ (<https://www.ordrepsy.qc.ca/web/ordre-des-psychologues-du-quebec/qu-est-ce-qu-un-psychotherapeute->).

⁴ (<https://centre-ressource-rehabilitation.org/-outils-de-remediation-cognitive->).

Soins virtuels

Toute interaction entre patients, entre personnes qui participent à leurs soins ou entre membres de ces deux groupes qui se produit à distance, utilise une forme de technologie de l'information et des communications et vise à améliorer ou à optimiser la qualité et l'efficacité des soins aux patients [Shaw *et al.*, 2018].

Téléavis ou Téléconsultation sans patient

Activité exercée à distance par un professionnel auprès d'un autre professionnel, permettant de donner son avis au sujet d'un cas clinique⁵. Cette activité de télésanté peut aussi être appelée télédiscussion de cas [CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2021].

Téléconsultation

Activité exercée à distance par un professionnel afin d'offrir ses services auprès d'un usager ou de plusieurs usagers. La téléconsultation a pour but de poser ou de confirmer un diagnostic, de réaliser un suivi de l'évolution de la condition ou de réajuster un plan de traitement⁵.

Télééducation

Activité exercée à distance par un professionnel auprès d'une ou de plusieurs personnes (usager ou professionnel), permettant le transfert de connaissances. Dans le cas d'un usager, la télééducation permet de fournir de l'information concernant sa maladie, ses symptômes ou les gestes à préconiser pour s'administrer un soin particulier⁵.

Téléintervention

Activité clinique ou soin réalisé à distance par un intervenant auprès d'un ou plusieurs usagers ou de sa famille présente [CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2021].

Télémédecine

Exercice de la médecine à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication. La télémédecine permet la réalisation d'actes médicaux tels que l'évaluation clinique, la pose de diagnostic, le traitement et l'interprétation d'examen complémentaires. Elle peut se dérouler de façon synchrone si les participants sont présents en temps réel (ex. : lors d'une vidéoconférence) ou asynchrone si les participants ne sont pas présents au même moment (ex. : lors d'un échange par courriel) [CMQ, 2021].

Télépsychiatrie

Télémédecine appliquée au champ de la psychiatrie.

⁵ Sources :Gouvernement du Québec (2021). *Télésanté. Champs d'application* [site Web]. Disponible à : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/telesante/champs-dapplication#c71294> (consulté le 22 décembre 2022).

Télésanté

La [*Loi sur les services de santé et les services sociaux \(LSSSS\)*](#) du MSSS définit la télésanté comme une activité, un service ou un système lié à la santé ou aux services sociaux, pratiqué au Québec, à distance, au moyen des technologies de l'information et des communications, à des fins éducatives, de diagnostic ou de traitement, de recherche, de gestion clinique ou de formation⁶.

Télésurveillance

Activité de surveillance à distance exercée par un professionnel auprès d'un usager. La surveillance se fait à l'aide de données cliniques transmises par l'entremise de technologies de l'information et permet de déterminer le suivi clinique requis⁵.

Thérapie cognitivo-comportementale

Modèle théorique d'intervention en psychothérapie selon lequel, les difficultés psychologiques sont liées à des pensées ou à des comportements inadéquats. Dans le cadre de la psychothérapie d'approche cognitivo-comportementale, le psychothérapeute utilise différentes techniques et stratégies afin d'aider son client à modifier ses comportements, ses pensées et ses émotions⁷.

Trajectoire de soins

Processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant une condition clinique donnée et qui implique plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers [CIUSSS NIM, 2019].

⁶ Source : Les Publications Québec (2022). Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. LégisQuébec - Source officielle. S-4.2 *Loi sur les services de santé et les services sociaux* [site Web]. Disponible à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2> (consulté le 22 décembre 2022).

⁷ (https://www.ordrepsy.qc.ca/c/document_library/get_file?uuid=261fb598-eddc-a15b-49c5-500f39795514&groupId=26707) (consulté le 22 décembre 2022).

INTRODUCTION

Problématique

Le vieillissement de la population et la prévalence accrue de maladies chroniques ajoutent une pression considérable sur les systèmes de santé. Au cours des prochaines années, cet enjeu engendrera sans contredit une augmentation importante de la demande de soins continus à domicile et en établissements, et ce, dans un contexte de ressources professionnelles limitées. La pandémie de la COVID-19 a accéléré l'utilisation des technologies de l'information et des communications pour assurer l'accès aux soins et services et favoriser la continuité des soins. En plus des outils de téléconsultation qui sont désormais fréquemment utilisés, l'intégration des modalités de soins virtuels⁸ dans les trajectoires de soins et services revêt un intérêt grandissant pour l'évaluation, le traitement et le suivi des patients, notamment en spécialité. Ces modalités ont le potentiel d'améliorer l'accès aux soins de santé pour une majorité des usagers, mais également de favoriser leur participation à la prise en charge de leur maladie.

L'usage des soins virtuels fait référence à de nombreuses applications possibles dans un système de santé et de services sociaux en constante évolution. Tout professionnel de la santé peut devenir un prestataire de soins virtuels. Dans la Loi sur la santé et les services sociaux (LSSSS), la télésanté est définie comme « une activité, un service ou un système lié à la santé ou aux services sociaux, pratiqué au Québec, à distance, au moyen des technologies de l'information et des communications, à des fins éducatives, de diagnostic ou de traitement, de recherche, de gestion clinique ou de formation ». Le Collège des médecins du Québec (CMQ) définit la télémédecine, la composante médicale de la télésanté, comme « l'exercice de la médecine à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication (TIC) ». D'une manière générale, la télémédecine comprend : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance et la téléassistance [CMQ, 2021]. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)⁹ et le CIUSSS de l'Estrie – CHUS¹⁰ ont cependant produit un lexique plus exhaustif des diverses activités de télésanté – voir le glossaire pour les définitions complètes. Ces définitions étaient en vigueur lors de la réalisation de nos travaux d'analyse. Toutefois, le MSSS a depuis publié, en mars 2023, un nouveau lexique des termes employés en télésanté.

⁸ Toute interaction entre patients, entre personnes qui participent à leurs soins ou entre membres de ces deux groupes ayant lieu à distance, utilisant une forme de technologie de l'information et des communications et visant à améliorer ou à optimiser la qualité et l'efficacité des soins aux patients [Shaw *et al.*, 2018].

⁹ Source : Gouvernement du Québec (2021). *Télésanté. Champs d'application*. Disponible à : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/telesante/champs-dapplication#c71294> (consulté le 22 décembre 2022).

¹⁰ https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/Organisation_du_travail/H000_POL_04_Telesante.pdf.

Les soins virtuels peuvent être délivrés de différentes façons : de manière synchrone, soit en direct, par des visites virtuelles audiovisuelles typiquement bidirectionnelles ou en audio seulement (téléphonie) ou encore de manière asynchrone, soit par un échange d'information en différé. La principale activité délivrée en mode synchrone, soit la téléconsultation, a fait l'objet d'un document publié par l'INESSS en mars 2021¹¹. Ce document rapporte que, lorsque les conditions facilitantes sont en place, dans certaines situations ou conditions cliniques, auprès de certaines clientèles ou dans des contextes particuliers, la téléconsultation pourrait être considérée comme une modalité complémentaire appropriée et sécuritaire à l'offre de soins et services, dans l'optique où elle est intégrée au moment opportun dans le parcours de soins du patient. Ce document propose également des balises afin de promouvoir une utilisation efficiente et sécuritaire de la téléconsultation.

Présentation du mandat

Le présent document ainsi que les constats qu'il énonce ont été rédigés en réponse à une interpellation du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le contexte d'un chantier national sur les soins virtuels¹². Pour le présent mandat, le MSSS a demandé à l'INESSS de soutenir ses travaux visant à baliser l'utilisation des soins virtuels en médecine spécialisée afin de maintenir ou d'optimiser les trajectoires de soins et de soutenir les pratiques cliniques et l'offre de soins et services aux patients. Les spécialités explorées dans un premier temps sont la pédiatrie, la psychiatrie, la neurologie, l'hématologie/oncologie, la pneumologie, la chirurgie générale et la médecine interne.

Ces travaux favoriseront l'utilisation en médecine spécialisée de la plateforme de soins virtuels¹³ dont s'est doté le MSSS. Cette plateforme permettra notamment de faire de la téléconsultation (de manière synchrone et asynchrone), d'administrer des enquêtes, des sondages, des questionnaires d'évaluation de la condition du patient, de partager de la documentation sur l'évolution clinique et de la formation en lien avec la condition du patient. Elle permettra également d'échanger des données cliniques et des documents cliniques ou administratifs avec le patient ou d'autres partenaires cliniques¹⁴ afin de maximiser le travail interdisciplinaire.

L'objectif des travaux est de réaliser une recension sommaire des données publiées afin d'informer les décideurs publics, les associations médicales et les professionnels de la santé et des services sociaux des pratiques de soins virtuels dans les sept spécialités médicales indiquées précédemment. Vu la nature rapide de cette réponse, les constats ou les positions qui en découlent ne reposent pas sur un repérage exhaustif des données

¹¹ https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_teleconsultation.pdf.

¹² Source : MSSS. *Plan d'action télésanté 2019-2023* [site Web]. Disponible à : https://telesantequebec.ca/wp-content/uploads/2021/08/Plan_daction_de_telesante-2019_2023.pdf (consulté le 20 mars 2023).

¹³ Source : Réseau québécois de la télésanté. *Plateforme de soins virtuels (PSV) – Professionnel*. Présentation de la plateforme [site Web]. Disponible à : <https://telesantequebec.ca/professionnel/technologies/psv/> (consulté le 20 mars 2023).

¹⁴ Les partenaires cliniques sont des intervenants interdisciplinaires qui travaillent avec le médecin spécialiste sur un même dossier patient (par exemple travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychologues, etc.).

publiées ni sur une évaluation de la qualité méthodologique des études avec une méthode systématique. Le présent document a tenu compte principalement des revues systématiques et des données tirées de la littérature grise, notamment des lignes directrices nationales et internationales existantes, de documents d'orientation, de discussion et d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (ETMIS) publiés sur le sujet.

1 MÉTHODOLOGIE

La revue de la portée a été menée en suivant l'approche méthodologique proposée par Arksey et O'Malley [2005] et rapportée en suivant les lignes directrices PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) [Tricco *et al.*, 2018]. La présente revue a été réalisée en cinq principales étapes : 1) définir les questions d'évaluation; 2) élaborer une stratégie de repérage de l'information scientifique; 3) sélectionner les publications; 4) extraire les données; et 5) analyser et synthétiser les données [Arksey et O'Malley, 2005]. Cette revue visait principalement à dresser un portrait des données probantes existantes et des caractéristiques liées aux soins virtuels dans le domaine de la psychiatrie.

1.1 Questions d'évaluation

Pour chacune des spécialités médicales indiquées, les questions d'évaluation sont :

1. Quelles trajectoires de soins, clientèles visées et interventions cliniques au sein de ces trajectoires peuvent être soutenues ou optimisées par l'utilisation de modalités de soins virtuels?
2. Dans ces trajectoires de soins, quelles modalités de soins virtuels permettent de maintenir ou d'optimiser les pratiques cliniques et la qualité des soins et services, notamment sur les plans de :
 - l'efficacité des soins et services :
 - efficacité clinique¹⁵ (diagnostic, traitement et/ou suivi);
 - efficacité organisationnelle (admissions à l'hôpital, visites à l'urgence, consultations en cabinet, durée de séjour hospitalier).
 - la sécurité de l'utilisateur et l'innocuité des soins virtuels;
 - l'accès équitable aux soins¹⁶;
 - la continuité des soins¹⁷;
 - le soutien au travail interdisciplinaire¹⁷;
 - la satisfaction des prestataires de soins ou des usagers.

¹⁵ Le présent projet utilise la définition suivante pour l'efficacité clinique : « Un résultat clinique est un changement mesurable des symptômes, de la santé globale, de la capacité de fonctionner, de la qualité de vie [...] qui résultent des soins prodigués aux patients. Les résultats cliniques peuvent être utilisés dans des contextes cliniques, tels qu'un hôpital ou un cabinet médical, pour mesurer le succès des soins [...]. » (traduction libre) (U.S Department of Health and Human Services. Toolkit For Patient-Focused Theray Development. Clinical outcome [site Web]. Disponible à : <https://toolkit.ncats.nih.gov/glossary/clinical-outcome/> (consulté le 28 mars 2023)).

¹⁶ Ces résultats d'intérêt sont associés à l'efficacité organisationnelle, cependant ceux-ci sont rapportés de manière indépendante dans cet état des connaissances afin de répondre aux besoins ciblés par le demandeur pour le présent mandat.

1.2 Stratégie de repérage de l'information scientifique

La stratégie de recherche systématique de la littérature scientifique pour chacune des spécialités médicales a été élaborée en collaboration avec un conseiller en information scientifique (bibliothécaire) et elle est présentée en détail à l'[annexe A](#) du présent rapport. La stratégie de repérage a été faite de façon itérative et finalisée après une exploration préliminaire de la littérature. De plus, une recherche manuelle de la littérature grise a été faite par la professionnelle scientifique (JB) responsable du projet.

1.2.1 Littérature scientifique

La recherche de la littérature scientifique a été réalisée dans les bases de données bibliographiques les plus pertinentes pour le projet, soit MEDLINE, Embase, EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews) et PsycInfo – et appliquée pour la période du 1^{er} janvier 2017 au 14 février 2022. Le choix des termes de recherche employés a été guidé par les concepts clés de soins virtuels tels que télémédecine et télésanté combinés aux termes de la psychiatrie. Cette stratégie de recherche sur 5 ans a permis de repérer 14 308 documents. En raison de la quantité de littérature sur le sujet et compte tenu du temps alloué pour la réalisation de ce travail, la période de recherche a été limitée aux publications de psychiatrie parues durant les deux dernières années (2020-2022), sauf pour les guides de pratique et autres documents d'encadrement où la période de recherche est demeurée de cinq ans (2017-2022), puisqu'ils ne sont généralement pas publiés annuellement. Ainsi, 1 054 documents répondant plus spécifiquement aux critères d'inclusion ont été analysés ([Annexe B](#)).

La recherche a retenu les références publiées sous forme de revues systématiques avec ou sans méta-analyse, revues de la portée, revues intégratives ainsi que des guides de pratique clinique, en français et en anglais. La gestion des publications a été faite avec le logiciel bibliographique EndNote X9.

1.2.2 Littérature grise

Une recherche de la littérature grise a également été effectuée en consultant les sites Web d'organisations qui ont publié des rapports d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, ainsi que des documents d'encadrement. Les sites gouvernementaux, de santé publique et d'organisations qui ont publié des documents sur l'usage des soins virtuels en médecine spécialisée ont été également consultés. La liste de ces sites est présentée à l'[annexe A](#).

1.3 Sélection des publications

La sélection des documents a été réalisée par une seule professionnelle scientifique (JB) selon des critères de sélection présentés au [tableau 1](#). Dans un premier temps, les titres et les résumés des documents ont fait l'objet d'une évaluation pour sélection par une professionnelle scientifique. Puis, 10 % des titres et résumés évalués ont été réévalués de façon indépendante par un second professionnel scientifique (HR) pour validation.

Les divergences d'opinions, rares en psychiatrie, ont été réglées en sollicitant l'avis d'une troisième personne (SG). Dans un second temps, les articles qui ont passé la première sélection ont été examinés en détail par la lecture des textes intégraux pour la sélection finale par une seule professionnelle scientifique (JB). Le processus de sélection des documents, sous forme de diagramme de flux, la liste des documents exclus et les raisons de leur exclusion sont présentées dans les annexes [B](#) et [C](#) de ce rapport.

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion (éléments PICOS)

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	Clientèle adulte suivie en soins spécialisés en psychiatrie et/ou médecins spécialistes et leurs partenaires cliniques ¹⁷ .	<ul style="list-style-type: none"> • Autres spécialités dominantes Population majoritairement < 18 ans
Intervention	Soins virtuels synchrones et/ou asynchrones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objets connectés pour usage personnel (autogestion) ▪ Intelligence artificielle ▪ Mesures d'accompagnement, d'implantation ou de gestion du changement
Comparateur	Soins ou trajectoires de soins usuels, autres interventions de santé ou sans comparaison	
Résultats d'intérêt (outcomes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efficacité (clinique, organisationnelle) ▪ Sécurité/innocuité ▪ Accès équitable aux soins ▪ Continuité des soins ▪ Soutien au travail interdisciplinaire ▪ Satisfaction des prestataires de soins et des patients 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facteurs facilitants et obstacles à l'implantation ▪ Mesures économiques ▪ Aspects technologiques ▪ Aspects légal et réglementaire
Devis d'étude (study design)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revues systématiques (avec ou sans méta-analyse), revue de la portée, revue intégrative ▪ Guides de pratique et lignes directrices 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Études primaires ▪ Revues narratives, commentaires ▪ Revue de revues
Type de publication	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports, articles scientifiques ▪ Documents d'orientation ou de discussion, rapports d'évaluation des technologies de la santé (ETS et ETMIS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éditoriaux ▪ Actes de conférences ▪ Livres ou chapitres de livres ▪ Protocoles
Période de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Initiale : 2017-2022 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ < 2020 pour les revues systématiques, revues de la portée, revues intégratives ▪ < 2017 pour les guides de pratique et documents de la littérature grise

¹⁷ Les partenaires cliniques sont des intervenants interdisciplinaires qui travaillent avec le médecin spécialiste sur un même dossier patient, par exemple travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychologues, etc.

1.4 Extraction des données et synthèse

L'extraction des données a été effectuée par une professionnelle scientifique (JB) à l'aide des formulaires d'extraction préétablis élaborés à partir de nos questions d'évaluation et des éléments PICOS. Le tableau d'extraction a été préalablement testé indépendamment par deux professionnels scientifiques sur six revues sélectionnées au hasard pour en assurer la reproductibilité. Des ajustements ont été apportés en fonction du type des documents retenus (p. ex. revue systématique ou guide de pratique clinique). Les extractions de tous les documents retenus sont présentées à l'[annexe D](#).

1.5 Évaluation de la qualité méthodologique

En raison du type de revue réalisée et de son but [Arksey et O'Malley, 2005], l'évaluation de la qualité méthodologique des revues incluses n'a pas été faite de manière formelle. Néanmoins, une évaluation basée sur des critères définis a servi dans la formulation des constats.

1.6 Analyse et synthèse des données

Les données extraites ont été analysées et présentées sous forme de synthèse narrative en lien avec les trajectoires de soins, les interventions de soins virtuels, la population et les caractéristiques des résultats d'intérêt. Les retombées des interventions de soins virtuels en ce qui concerne l'efficacité des soins, clinique et organisationnelle, la sécurité de l'utilisateur et l'innocuité des modalités de soins virtuels, l'accès aux soins, la continuité des soins, le soutien au travail interdisciplinaire et la satisfaction des prestataires de soins et des usagers ont également été synthétisées de manière narrative. De plus, des tableaux des résultats pour chacune des trajectoires de soins à l'étude ont été présentés. Les risques associés aux différents biais identifiés ont été pris en considération dans l'interprétation des résultats rapportés.

1.7 Formulation des constats

Compte tenu de la nature rapide des travaux, des constats sur les trajectoires de soins et les modalités de soins virtuels associées à ces trajectoires, qui peuvent maintenir ou optimiser la pratique en médecine spécialisée, ont été formulés en tenant compte de la cohérence des résultats qui sont ressortis des études, du nombre et de la qualité perçue des études, des biais soulevés et des analyses statistiques des méta-analyses.

1.8 Validation et assurance qualité

Le présent rapport a été révisé par le Bureau – Méthodologies et éthique de l'INESSS pour valider la méthodologie du document. De plus, le rapport a été envoyé à deux lecteurs externes pour qu'ils en évaluent la qualité scientifique. Les lecteurs externes ont été choisis en fonction de leur expertise et de leur engagement dans le domaine concerné; leur nom et leur affiliation sont présentés dans les pages liminaires du présent document.

Les commentaires des lecteurs externes ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés dans le rapport final.

2 RÉSULTATS

2.1 Description des documents repérés

La stratégie de recherche employée a permis de repérer 14 308 documents. En tenant compte du délai alloué pour réaliser ce mandat, la stratégie a été revue pour limiter la recherche aux 7883 publications parues entre 2020 et 2022. Ainsi, 1 054 publications répondant aux critères d'inclusion préétablis ont été analysés. Au total, 62 documents ont été retenus pour cette revue de la portée, dont 58 revues systématiques et 4 guides de pratique clinique. Les documents exclus et les raisons de leur exclusion sont présentés à l'[annexe C](#). Le [tableau 2](#) résume les trajectoires de soins et les modalités de soins virtuels repérés.

L'information extraite a été classée selon les caractéristiques des participants dans les différentes catégories de la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-V). Certaines catégories de troubles mentaux ne sont pas représentées dans la littérature sur les soins virtuels. Lorsque l'information tirée des documents ne correspondait pas à l'une des catégories du DSM-V, elle a été regroupée dans les catégories *santé mentale générale* ou *divers troubles de santé mentale confondus*.

Tableau 2 Résumé des trajectoires de soins, intervention clinique et modalités de soins virtuels

Trajectoire	Principale intervention clinique	Principale modalité de soins virtuels	Autres modalités de soins virtuels	Références
Troubles dépressifs	TCC	Téléintervention	Téléconsultation et télééducation	[Chan <i>et al.</i> , 2022; Echelard, 2021; Guaiana <i>et al.</i> , 2021; Kim et Lee, 2021; Köhnen <i>et al.</i> , 2021; Moshe <i>et al.</i> , 2021; Pang <i>et al.</i> , 2021; Reins <i>et al.</i> , 2021; Castro <i>et al.</i> , 2020; Kerst <i>et al.</i> , 2020]
Troubles anxieux	TCC	Téléintervention	---	[Gega <i>et al.</i> , 2022; Efron et Wootton, 2021; Esfandiari <i>et al.</i> , 2021; Guo <i>et al.</i> , 2021; Polak <i>et al.</i> , 2021; Saramago <i>et al.</i> , 2021; Domhardt <i>et al.</i> , 2020; Stech <i>et al.</i> , 2020]
Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress	TCC	Téléintervention	Téléconsultation	[McClellan <i>et al.</i> , 2021; Simon <i>et al.</i> , 2021; Zhou <i>et al.</i> , 2021; Jones <i>et al.</i> , 2020; Sunjaya <i>et al.</i> , 2020]
Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments	TCC	Téléintervention	---	[Moghimi <i>et al.</i> , 2021]
Troubles liés à une substance et troubles addictifs	Counseling et suivi de médication	Téléintervention et téléconsultation	---	[CADTH, 2020]
Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques	Psychothérapie et monitoring des symptômes	Téléintervention et télésurveillance	Téléconsultation et télééducation	[Aali <i>et al.</i> , 2020; Best, 2020; Chivilgina <i>et al.</i> , 2020; D'Arcey <i>et al.</i> , 2020; Molina <i>et al.</i> , 2020]
Troubles bipolaires et apparentés	Monitoring des symptômes	Télésurveillance	Téléconsultation et téléintervention	[Chan <i>et al.</i> , 2021; Ortiz <i>et al.</i> , 2021; Saccaro <i>et al.</i> , 2021; Liu <i>et al.</i> , 2020]
Santé mentale	Psychothérapie	Téléintervention	---	[Dworschak <i>et al.</i> , 2022; Li <i>et al.</i> , 2021;

Trajectoire	Principale intervention clinique	Principale modalité de soins virtuels	Autres modalités de soins virtuels	Références
générale*		et téléconsultation		Connolly <i>et al.</i> , 2020]
Divers troubles de santé mentale confondus†	Psychothérapie	Téléintervention	Téléconsultation télésurveillance et télééducation	[Giovanetti <i>et al.</i> , 2022; Musiat <i>et al.</i> , 2022; van Loenen <i>et al.</i> , 2022; Batastini <i>et al.</i> , 2021; Cox <i>et al.</i> , 2021; Dwyer <i>et al.</i> , 2021; Fernandez <i>et al.</i> , 2021; Gan <i>et al.</i> , 2021; Jameel <i>et al.</i> , 2021; Leach <i>et al.</i> , 2021; Matsumoto <i>et al.</i> , 2021; Mazziotti et Rutigliano, 2021; O’Keefe <i>et al.</i> , 2021; Schwarz <i>et al.</i> , 2021; Thompson <i>et al.</i> , 2021; Toombs <i>et al.</i> , 2021; van Lotringen <i>et al.</i> , 2021; Basit <i>et al.</i> , 2020; Christ <i>et al.</i> , 2020; Lindegaard <i>et al.</i> , 2020; Simmonds-Buckley <i>et al.</i> , 2020]

* Les auteurs ne mentionnent pas de troubles de santé mentale spécifique; ils parlent de santé mentale en général.

† Les auteurs ont inclus des études qui portent sur divers troubles de santé mentale correspondant à différentes catégories du DSM-V.

Sigle : TCC : thérapie cognitivo-comportementale

2.1.1 Principales limites des documents retenus

Une bonne partie des revues systématiques retenues agrègent ou considèrent sans distinction les données provenant d’études primaires menées dans divers contextes de soins, avec différents types de comparateurs, pour diverses situations cliniques et avec l’utilisation de différents outils technologiques. Lorsqu’il y a des méta-analyses, l’hétérogénéité des études et des interventions, le faible nombre d’études comparées ou de participants et la faible qualité de ces études sont souvent énumérés dans les limites. Des biais de mesure des résultats sont souvent présents, en téléintervention surtout, puisqu’il est impossible de réaliser une étude avec un traitement psychiatrique à l’aveugle, autant pour les participants que pour les prestataires de soins. Enfin, le lexique associé aux soins virtuels étant variable dans la littérature, cela a nécessité un ajustement des analyses selon la compréhension des différentes définitions, particulièrement pour les modalités de soins.

Les paragraphes qui suivent présentent dans deux sections distinctes les résultats portant, dans un premier temps, sur les différentes retombées des interventions en soins virtuels – c’est-à-dire l’efficacité clinique, l’efficacité organisationnelle, la sécurité, la satisfaction, etc. – et, dans un deuxième temps, l’information tirée des documents d’encadrement pour le domaine de la psychiatrie afin de confirmer les trajectoires de soins identifiées par les revues systématiques en psychiatrie ou en identifier des nouvelles.

2.2 Retombées des interventions de soins virtuels en psychiatrie en fonction des trajectoires de soins

2.2.1 Soins virtuels et troubles dépressifs

Dix revues, dont sept revues systématiques avec méta-analyse (1 sans méta-analyse) et deux revues de la portée, contenaient des données sur l'utilisation des soins virtuels par des clientèles majoritairement adultes souffrant de troubles dépressifs. Dans huit des dix revues, la modalité de soins virtuels dominante était la téléintervention, principalement pour de la psychothérapie ou autre intervention psychologique et le plus souvent pour de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), soit par téléphone, vidéoconférence ou autres outils (ordinateur, téléphone intelligent) liés à Internet [Chan *et al.*, 2022; Guaiana *et al.*, 2021; Köhnen *et al.*, 2021; Moshe *et al.*, 2021; Pang *et al.*, 2021; Reins *et al.*, 2021; Castro *et al.*, 2020; Kerst *et al.*, 2020]. Trois revues ont fait référence à la téléconsultation [Echelard, 2021; Guaiana *et al.*, 2021; Kim et Lee, 2021], dont deux pour poser un diagnostic à distance à l'aide de capteurs mobiles, d'un téléphone intelligent ou d'une vidéoconférence [Guaiana *et al.*, 2021; Kim et Lee, 2021]. La seule autre modalité de télésanté repérée dans la littérature sur les troubles dépressifs est la télééducation par autogestion basée sur le Web [Pang *et al.*, 2021]. Dans deux revues, les auteurs ont employé les termes généraux *télémedecine* et *télépsychiatrie* via la vidéoconférence ou le téléphone pour la prise en charge, le diagnostic et le traitement (téléintervention et téléconsultation) des troubles dépressifs [Echelard, 2021; Guaiana *et al.*, 2021]. Aucun résultat sur la sécurité de l'utilisateur, l'accès équitable aux soins, la continuité des soins et le soutien au travail interdisciplinaire n'a été repéré dans la littérature retenue. Les modalités de soins virtuels et les résultats principaux pour la trajectoire de soins des troubles dépressifs sont présentés au [tableau 3](#).

2.2.1.1 Efficacité des soins et services : efficacité clinique

Dans plusieurs revues systématiques, la psychothérapie administrée en soins virtuels synchrones a montré des effets bénéfiques, généralement statistiquement significatifs, sur la gravité de la dépression par rapport à différents groupes de comparaison et des effets équivalents – absence de différence statistiquement significative – à ceux de la psychothérapie en face-à-face [Chan *et al.*, 2022; Echelard, 2021; Guaiana *et al.*, 2021; Köhnen *et al.*, 2021; Moshe *et al.*, 2021; Reins *et al.*, 2021; Castro *et al.*, 2020].

Dans la revue systématique de Chan et ses collaborateurs [2022], aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre une intervention par TCC virtuelle et différents groupes comparateurs – passifs : soins usuels, liste d'attente, aucune intervention; ou actifs : autres interventions sans soins virtuels – sur la qualité de vie. En revanche, l'évaluation qualitative dans la revue de la portée d'Echelard et ses collaborateurs [2021] suggère une amélioration de la qualité de vie par les soins virtuels comparativement à l'intervention en face-à-face.

Dans les revues systématiques portant sur l'utilisation d'applications ou de sites Web pour l'autogestion guidée des troubles dépressifs, une diminution des symptômes dépressifs après les périodes d'intervention a été rapportée, avec et sans preuve de supériorité statistique en comparaison avec le traitement usuel [Pang *et al.*, 2021; Kerst *et al.*, 2020]. La performance du *Patient health questionnaire – 9 items* (PHQ-9) utilisé sur un appareil numérique mobile pour recueillir des données afin de poser un diagnostic à distance de la dépression a été évaluée dans la revue de Kim et ses collaborateurs [2021], et cet outil a montré une fiabilité et une efficacité du dépistage de la dépression identique à ceux des méthodes conventionnelles.

2.2.1.2 Efficacité des soins et services : efficacité organisationnelle

Une seule revue a traité de l'efficacité organisationnelle. Selon Echelard et ses collaborateurs [2021], l'utilisation de la télésanté en général semble être au moins aussi performante que les soins fournis en personne en ce qui concerne le fonctionnement (p. ex. moins de rendez-vous manqués) et la rentabilité (pas de différence significative dans la consommation des soins de santé : imagerie, labo, etc.).

2.2.1.3 Satisfaction des usagers

Dans trois revues systématiques, la satisfaction des usagers atteints de troubles dépressifs à l'égard des soins virtuels (vidéoconférence, téléphone, applications) a été évaluée comme étant plus élevée ou équivalente comparativement aux soins fournis en personne, et ce, selon différentes modalités [Echelard, 2021; Guaiana *et al.*, 2021; Kerst *et al.*, 2020].

Tableau 3 Modalités des soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins des troubles dépressifs

Modalité	Résultat	Orientation des résultats	Nbre type de documents à l'appui (études/ECR)	Références
Téléintervention	Efficacité clinique	Réduction de symptômes généralement supérieure vs liste d'attente et équivalent vs face-à-face.	6 RSMA + 1RP (> 80 ECR)	[Chan <i>et al.</i> , 2022; Köhnen <i>et al.</i> , 2021; Moshe <i>et al.</i> , 2021; Pang <i>et al.</i> , 2021; Reins <i>et al.</i> , 2021; Castro <i>et al.</i> , 2020; Kerst <i>et al.</i> , 2020]
	Satisfaction des usagers	Une satisfaction élevée des participants ainsi que l'acceptabilité des soins virtuels ont été signalées.	1 RP (3 études)	[Kerst <i>et al.</i> , 2020]
Téléconsultation	Efficacité clinique	Diagnostic virtuel (PHQ-9) équivalent à ceux des méthodes usuelles.	1 RSMA (4 études / 0 ECR)	[Kim et Lee, 2021]
Téléintervention et téléconsultation	Efficacité clinique	Soins virtuels équivalents à ceux du face-à-face.	1 RS+1 RP (> 28 études / > 14 ECR)	[Echelard, 2021; Guaiana <i>et al.</i> , 2021]
	Satisfaction des usagers			
	Efficacité organisationnelle	Soins virtuels équivalents à ceux du face-à-face.	1 RP (28 études / 8 ECR)	[Echelard, 2021]

Sigles : ECR : essai clinique *randomisé*; nbre : nombre; RS : revue systématique; RSMA : revue systématique avec méta-analyse; RP : revue de la portée (*scoping review*); PHQ-9 : *Patient health questionnaire-9 items*.

2.2.2 Soins virtuels et troubles anxieux

Huit revues systématiques, comprenant toutes des méta-analyses, contenaient des données sur l'utilisation de soins virtuels chez une clientèle adulte souffrant de troubles anxieux. La modalité de soins virtuels dominante était la téléintervention, et majoritairement chez des adultes qui avaient reçu un diagnostic de trouble de panique ou d'agoraphobie [Efron et Wootton, 2021; Polak *et al.*, 2021; Domhardt *et al.*, 2020; Stech *et al.*, 2020]. L'anxiété sociale [Guo *et al.*, 2021], l'anxiété généralisée [Gega *et al.*, 2022; Saramago *et al.*, 2021] et plusieurs troubles anxieux confondus [Esfandiari *et al.*, 2021] étaient les autres problématiques traitées par téléintervention dans les revues systématiques retenues. Le traitement le plus étudié en soins virtuels était la TCC [Efron et Wootton, 2021; Esfandiari *et al.*, 2021; Guo *et al.*, 2021; Polak *et al.*, 2021; Stech *et al.*, 2020]. Trois revues systématiques contenaient l'analyse de traitements par soins virtuels diversifiés via une variété d'outils – ordinateur, tablette ou téléphone intelligent, plateformes technologiques, réalité virtuelle [Gega *et al.*, 2022; Saramago *et al.*, 2021; Domhardt *et al.*, 2020]. Enfin, un guide de pratique clinique présentant des lignes directrices pour la TCC à distance dans les cas d'anxiété sociale a été repéré [Warnock-Parkes *et al.*, 2020], et un résumé de ce guide est présenté à la [section 2.3](#). Aucun

résultat qui aurait évalué l'impact de l'usage des soins virtuels sur l'efficacité organisationnelle, l'accès équitable, la continuité des soins et le soutien au travail interdisciplinaire n'a été repéré dans la littérature retenue. Les modalités de soins virtuels et les résultats principaux pour la trajectoire de soins des troubles anxieux sont présentés au [tableau 4](#).

2.2.2.1 Efficacité des soins et services : efficacité clinique

Selon les données de cinq revues systématiques, la téléintervention par Internet, dont notamment la thérapie cognitivo-comportementale à distance par Internet (iTCC), serait généralement significativement plus efficace pour réduire les symptômes du trouble panique, de l'agoraphobie et de l'anxiété sociale comparativement à l'attente (demeurer sur les listes d'attente) [Efron et Wootton, 2021; Guo *et al.*, 2021; Polak *et al.*, 2021; Domhardt *et al.*, 2020; Stech *et al.*, 2020]. Selon les données de quatre revues systématiques, l'iTCC serait équivalente à la TCC réalisée en face-à-face (sans différence statistiquement significative) pour traiter l'anxiété sociale et le trouble panique avec ou sans agoraphobie [Esfandiari *et al.*, 2021; Guo *et al.*, 2021; Polak *et al.*, 2021; Stech *et al.*, 2020]. Les effets positifs de l'iTCC seraient maintenus à 6 et 12 mois [Guo *et al.*, 2021].

Selon les résultats de cinq revues systématiques, la téléintervention guidée¹⁸ ne serait pas nécessairement plus efficace que des interventions de soins virtuels non guidés pour traiter l'anxiété généralisée et le trouble panique avec ou sans agoraphobie [Gega *et al.*, 2022; Polak *et al.*, 2021; Saramago *et al.*, 2021; Domhardt *et al.*, 2020; Stech *et al.*, 2020].

La revue d'Efron et ses collaborateurs [2021], qui portait sur le trouble panique, a été la première à suggérer que différentes approches de téléintervention – iTCC, TCC par vidéoconférence et TCC par bibliothérapie¹⁹ – entraîneraient des résultats d'une efficacité similaire sur la symptomatologie.

Dans leur revue, Polak et ses collaborateurs [2021] ont indiqué que, pour l'adhésion au traitement, aucune différence statistiquement significative entre l'iTCC et des contrôles actifs n'a été observée.

Indifféremment, qu'il s'agisse d'interventions dispensées en format individuel ou de groupe, l'iTCC et la TCC en face-à-face semblent équivalentes pour traiter aussi le trouble d'anxiété sociale, l'anxiété des adolescents, le trouble panique, la phobie des araignées et la peur de parler en public [Esfandiari *et al.*, 2021].

Des résultats non concluants sur l'efficacité ont été rapportés dans la revue systématique de Saragamo et ses collaborateurs [2021] concernant le traitement de l'anxiété généralisée avec des soins virtuels diversifiés via une variété d'outils comparativement à

¹⁸ La téléintervention guidée implique l'assistance continue d'un professionnel alors que la téléintervention non guidée est faite de façon autonome à l'aide d'outils virtuels proposés par un professionnel.

¹⁹ L'intervenant fournit une liste de documents numérisés au patient.

différents comparateurs : soins usuels, pas d'intervention, contrôle actif non thérapeutique, médication, etc.

2.2.2.2 Sécurité de l'utilisateur

Seule la revue systématique de Stech et ses collaborateurs [2020] a traité de la sécurité des soins virtuels. Dans cette revue, les études incluses devaient rapporter au moins une auto-évaluation validée ou une évaluation d'un clinicien portant sur la sévérité des symptômes cliniques pré et post-traitement. Seules 2 études sur les 27 incluses dans cette revue contenaient des données montrant une aggravation des symptômes d'anxiété ou d'autres effets indésirables associés à une intervention en soins virtuels pour 2,6 % et 5 % des participants qui avaient reçu une iTCC.

2.2.2.3 Satisfaction des usagers

Dans la revue systématique de Gega et ses collaborateurs [2022], les auteurs ont souligné que la téléintervention pour traiter l'anxiété était appréciée des patients, mais avec une préférence pour la communication avec le soutien d'un professionnel en comparaison avec une intervention de soins virtuels non guidée.

Tableau 4 Modalité des soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins des troubles anxieux

Modalité	Résultat	Orientation des résultats	N ^{bre} type de documents à l'appui (études/ECR)	Références
Téléintervention	Efficacité clinique	iTCC généralement supérieure à liste d'attente et généralement équivalente à face-à-face pour l'anxiété sociale et le trouble panique avec ou sans agoraphobie.	7 RSMA (> 27 études/ > 20 ECR)	[Gega <i>et al.</i> , 2022; Efron et Wootton, 2021; Esfandiari <i>et al.</i> , 2021; Guo <i>et al.</i> , 2021; Polak <i>et al.</i> , 2021; Domhardt <i>et al.</i> , 2020; Stech <i>et al.</i> , 2020]
		Non concluant avec des soins virtuels diversifiés vs différents comparateurs pour l'anxiété généralisée.	1 RSMA (21 ECR)	[Saramago <i>et al.</i> , 2021]
	Sécurité de l'utilisateur	2,6 % et 5 % des participants dans 2 études ont eu une aggravation de leurs symptômes d'anxiété ou d'autres effets indésirables en lien avec un soin virtuel.	1 RSMA (27 études/ 9 ECR)	[Stech <i>et al.</i> , 2020]
	Satisfaction des usagers	Satisfait de la téléintervention et encore plus apprécié avec le soutien d'un professionnel.	1 RSMA-ETS (20 ECR)	[Gega <i>et al.</i> , 2022]

Sigles : ECR : essai clinique *randomisé*; ETS : évaluation des technologies en santé; n^{bre} : nombre; RS : revue systématique; RSMA : revue systématique avec méta-analyse.

2.2.3 Soins virtuels et troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Cinq revues, dont trois revues systématiques avec méta-analyse (1 sans méta-analyse) et une revue de la portée, contenaient des données sur le recours à des soins virtuels chez des clientèles adultes souffrant de troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. Dans les cinq revues, la modalité de soins virtuels dominante était la téléintervention, principalement pour de la psychothérapie, le plus souvent pour de la TCC, majoritairement chez des adultes mâles qui avaient reçu un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique [Simon *et al.*, 2021; Zhou *et al.*, 2021; Jones *et al.*, 2020]. Ces revues comportaient toutes au moins un sous-groupe de clientèle d'anciens combattants, de militaires ou de personnel des forces de l'ordre. La modalité de téléconsultation apparaissait dans deux revues où il était question de dépistage, de diagnostic précoce et de suivi [Zhou *et al.*, 2021; Sunjaya *et al.*, 2020]. Enfin, deux guides de pratique clinique sur la téléintervention pour des traumatismes ou des facteurs de stress ont été repérés [OntarioHealth, 2021; NICE, 2018]; un résumé de ces guides est présenté à la [section 2.3](#). Aucun résultat concernant l'impact de l'usage des soins virtuels sur l'efficacité organisationnelle, la sécurité de l'utilisateur, la continuité des soins et le soutien au travail interdisciplinaire n'a été repéré dans la littérature retenue. Les modalités de soins virtuels et les résultats principaux pour la trajectoire de soins des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress sont présentés au [tableau 5](#).

2.2.3.1 Efficacité des soins et services : efficacité clinique

Selon les résultats de trois revues systématiques, la télépsychiatrie, et plus spécifiquement l'iTCC, pourrait diminuer significativement les symptômes associés au trouble de stress post-traumatique, y compris la dépression et l'anxiété, et améliorer la qualité de vie des personnes qui présentent des symptômes de stress post-traumatique comparativement à différents groupes témoins – par exemple personnes inscrites sur la liste d'attente [Simon *et al.*, 2021; Zhou *et al.*, 2021; Sunjaya *et al.*, 2020]. Pour certains candidats souffrant de stress post-traumatique, dont d'anciens combattants, la psychothérapie à distance pourrait être équivalente à la thérapie en personne pour réduire les symptômes associés à ce stress [McClellan *et al.*, 2021; Jones *et al.*, 2020; Sunjaya *et al.*, 2020]. Simon et ses collaborateurs [2021] ont suggéré, puisque les preuves à l'appui des avantages de l'iTCC sont incertaines, que la TCC devrait être guidée par un professionnel reconnu. En outre, pour Zhou et ses collaborateurs [2021], le soutien des pairs serait un élément important lors de la comparaison de différentes stratégies d'intervention par soins virtuels.

Sunjaya et ses collaborateurs [2020] ont rapporté que la téléintervention permettait la prise en charge efficace du syndrome de stress post-traumatique indépendamment de l'événement déclencheur (guerre, tremblement de terre, etc.), tant par la vidéoconférence que basée sur le Web ou par des applications mobiles. Enfin, dans la revue de Jones et ses collaborateurs [2020], la modalité de prestation de services en

soins virtuels ou en personne ne semblait pas être un prédicteur de l'adhésion à la thérapie ou de l'abandon des participants.

2.2.3.2 Accès équitable aux soins

Jones et ses collaborateurs [2020] ont mentionné dans leur revue de la portée que les interventions psychothérapeutiques de soins virtuels prodiguées aux militaires, aux anciens combattants et au personnel de la sécurité publique pourraient améliorer l'accès au traitement en raison d'une variété de facteurs : la commodité, la réduction de coûts, la réduction de la stigmatisation ainsi que le confort et la sécurité de demeurer dans l'environnement de son propre foyer. Dans le guide de pratique clinique de l'Ontario Health [2021], l'iTCC a fait l'objet de recommandations comme moyen d'augmenter l'accès équitable aux soins, en particulier dans les situations où les gens ne peuvent pas obtenir de TCC en face-à-face ou lorsque les temps d'attente sont longs.

2.2.3.3 Satisfaction des usagers

Les données de 5 études sur 15 de la revue de Sunjaya et ses collaborateurs [2020] suggèrent que les usagers sont satisfaits des interventions de soins virtuels, malgré une réduction du temps d'interaction avec le clinicien. La qualité de l'interaction leur a semblé élevée.

Tableau 5 Modalités de soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Modalité	Résultat	Orientation des résultats	N ^{bre} type de documents à l'appui (études/ECR)	Références
Téléintervention	Efficacité clinique	Généralement supérieur à la liste d'attente et équivalent au face-à-face.	3 RSMA+1RS+1RP (> 38 études/ > 29 ECR)	[McClellan <i>et al.</i> , 2021; Simon <i>et al.</i> , 2021; Zhou <i>et al.</i> , 2021; Jones <i>et al.</i> , 2020; Sunjaya <i>et al.</i> , 2020]
	Accès équitable aux soins	L'accès pourrait être amélioré pour les militaires, les anciens combattants et le personnel de la sécurité publique.	1 RP + 1 GPC (39 études/ 29 ECR)	[OntarioHealth, 2021; Jones <i>et al.</i> , 2020]
Téléconsultation et téléintervention	Satisfaction des usagers	Quelques données suggèrent une satisfaction élevée et une qualité de la relation médecin-patient similaire à celles de la thérapie en face-à-face.	1 RS (15 études/ 12 ECR)	[Sunjaya <i>et al.</i> , 2020]

Sigles et abréviations : ECR : essai clinique *randomisé*; GPC : guide de pratique clinique; n^{bre} : nombre; RS : revue systématique; RSMA : revue systématique avec méta-analyse; RP : revue de la portée (*scoping review*).

2.2.4 Soins virtuels et spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

Cinq revues systématiques sans méta-analyse contenaient des données sur le recours à la télésanté chez des clientèles adultes souffrant de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques. Dans deux revues, l'unique modalité de soins virtuels était la téléintervention, notamment à l'aide de la thérapie par avatar²⁰, de la remédiation cognitive, de thérapie cognitivo-comportementale ou de psychoéducation familiale [Aali *et al.*, 2020; Best, 2020]. Dans les trois autres revues, différentes modalités ont été analysées dont la télésurveillance [Chivilgina *et al.*, 2020; D'Arcey *et al.*, 2020; Molina *et al.*, 2020], la téléintervention et la télééducation [Chivilgina *et al.*, 2020] ainsi que la téléconsultation [D'Arcey *et al.*, 2020]. Aucun résultat concernant l'impact de l'usage des soins virtuels sur l'efficacité organisationnelle, la continuité des soins et le soutien au travail interdisciplinaire n'a été repéré dans la littérature retenue. Les modalités de soins virtuels et les résultats principaux pour la trajectoire de soins du spectre de la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques sont présentés au [tableau 6](#).

2.2.4.1 Efficacité des soins et services : efficacité clinique

Selon les résultats de la synthèse des connaissances provenant de la littérature grise de Best et ses collaborateurs [2020], parmi les diverses thérapies administrées par téléintervention, la remédiation cognitive, la thérapie cognitivo-comportementale et la psychoéducation familiale ont fait l'objet d'études empiriques concernant les troubles du spectre de la schizophrénie. Les résultats de cette synthèse semblent montrer des effets modérés et non concluants sur la neurocognition, le fonctionnement et les symptômes lors de l'examen du changement entre le pré et le post-traitement ou comparativement à un groupe témoin [Best, 2020]. Malgré quelques suggestions d'effets positifs sur l'état mental, Aali et ses collaborateurs [2020] ont conclu que le niveau de certitude était trop faible pour encourager la thérapie par avatar comme traitement pour les personnes atteintes de schizophrénie. Ces conclusions ont été basées, notamment, sur la faible quantité de données en faveur de cette thérapie comparativement au traitement habituel et au manque de données sur les effets à long terme [Aali *et al.*, 2020].

Dans la revue de Molina et ses collaborateurs [2020], la télésurveillance avec des dispositifs de soins virtuels servant à évaluer l'activité psychomotrice de patients schizophrènes se serait révélée une méthode généralement précise pour aider à prédire des changements cliniques et à différencier les sous-types de la schizophrénie. Une augmentation anormale de l'activité psychomotrice était corrélée avec des présentations aiguës, tandis qu'une activité plus faible était associée à des rechutes, à une détérioration et à des symptômes négatifs [Molina *et al.*, 2020].

²⁰ Développée à Montréal au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, la thérapie par avatar atténue l'impact des hallucinations auditives chez les patients atteints de schizophrénie résistante et les patients aux prises avec un trouble lié à l'utilisation du cannabis, avec une exposition d'intensité modérée. Cette approche novatrice permet aux patients de dialoguer avec leurs voix persécutrices dans un environnement virtuel (<https://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/therapie-par-avatar>).

La messagerie texte SMS a été étudiée comme plateforme complémentaire pour soutenir le traitement clinique et elle aurait un potentiel pour stimuler l'engagement clinique, surtout comparativement à la médication [D'Arcey *et al.*, 2020]. Enfin, une gamme de technologies mobiles disponibles pour les personnes atteintes de schizophrénie et d'affections apparentées a été répertoriée dans 111 études retenues dans la revue de Chivilgina et ses collaborateurs [2020]. Ces auteurs ont constaté que les preuves de l'efficacité étaient faibles, qu'il existait peu d'études de grande qualité et que des données sur l'efficacité à long terme n'étaient pas disponibles.

2.2.4.2 Sécurité de l'utilisateur

Selon Aali et ses collaborateurs [2020], il y aurait un risque que la thérapie par avatar entraîne une augmentation de l'anxiété. En revanche, selon D'Arcey et collaborateurs [2020], aucun préjudice significatif n'a été associé aux interventions par messagerie texte SMS qui visaient à améliorer l'engagement du patient à l'égard de son traitement. Dans la revue systématique de Chivilgina et ses collaborateurs [2020], aucun serveur sécurisé ou cryptage des données n'étaient utilisés, alors que les données des patients étaient téléchargées directement des appareils portables vers un ordinateur dans le tiers des études répertoriées.

2.2.4.3 Accès équitable aux soins

Les résultats décrits dans la revue systématique de D'Arcey et ses collaborateurs [2020] semblent indiquer que la messagerie texte SMS, qui fonctionne sans l'achat d'un forfait Internet, aurait un avantage évident par rapport aux applications mobiles qui nécessitent l'accès à Internet et montrerait ainsi un potentiel pour accroître l'accessibilité du traitement, surtout pour les populations économiquement défavorisées.

2.2.4.4 Satisfaction des usagers

La satisfaction des personnes atteintes de psychose quant à l'utilisation d'interventions par messagerie texte SMS a varié de 70 à 90 %, et la facilité d'utilisation a été évaluée entre 80 % à 98 % dans quelques études retenues de la revue systématique de D'Arcey et ses collaborateurs [2020]. De même, dans les études retenues par Molina et ses collaborateurs [2020], les dispositifs de santé électroniques (p. ex. montre intelligente avec actigraphie, brassard connecté) servant à évaluer l'activité psychomotrice étaient bien acceptés par les patients schizophrènes.

Tableau 6 Modalités de soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

Modalité	Résultat	Orientation des résultats	N ^{bre} type de documents à l'appui (études/ECR)	Références
Téléintervention	Efficacité clinique	Différentes thérapies virtuelles vs en face-à-face ont été étudiées, mais faible quantité de données et manque de données sur le long terme.	2 RS (28 études/ 8 ECR)-	[Aali <i>et al.</i> , 2020; Best, 2020]
	Sécurité de l'utilisateur	La thérapie par avatar pourrait entraîner une augmentation de l'anxiété.	1 RS (3 ECR)	[Aali <i>et al.</i> , 2020]
Télésurveillance	Efficacité clinique	Dispositifs de soins virtuels précis pour aider à prédire des changements cliniques et à différencier les sous-types de la schizophrénie.	1 RS (15 études)	[Molina <i>et al.</i> , 2020]
	Satisfaction des usagers	Surveillance de l'activité psychomotrice bien acceptée par les patients schizophrènes.		
Téléconsultation et télé-surveillance	Efficacité clinique	Taille d'effet modérée de la messagerie texte SMS pour soutenir le traitement clinique dans l'engagement du patient pour sa médication.	1 RS (15 études/ 8 ECR)	[D'Arcey <i>et al.</i> , 2020]
	Satisfaction des usagers	Satisfaction variant de 70 % à 90 % et facilité d'utilisation évaluée de 80 % à 98 %.		
	Sécurité de l'utilisateur	Aucun préjudice significatif n'était associé aux interventions par messagerie texte SMS.		
	Accès équitable aux soins	Accès amélioré par la possession d'un simple téléphone portable qui ne nécessite pas de forfait Internet		
Télé-surveillance, télé-éducation, télé-intervention	Efficacité clinique	Une gamme de technologies mobiles est disponible, mais il existait peu d'études de haute qualité et aucune donnée sur l'efficacité à long terme.	1 RS (111 études/ 10 ECR)	[Chivilgina <i>et al.</i> , 2020]
	Sécurité de l'utilisateur	Pour une majorité de technologies mobiles, la sécurité des données était assurée, mais dans le tiers des études des risques de sécurité existaient.		

Sigles : ECR : essai clinique *randomisé*; n^{bre} : nombre; RS : revue systématique.

2.2.5 Soins virtuels et troubles bipolaires et apparentés

Quatre revues systématiques, dont une avec méta-analyse (trois sans méta-analyse), contenaient des données sur l'utilisation des soins virtuels par des clientèles adultes souffrant de troubles bipolaires et apparentés. La modalité de soins virtuels la plus représentée était la télésurveillance [Chan *et al.*, 2021; Ortiz *et al.*, 2021; Saccaro *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2020], suivie de la téléconsultation [Chan *et al.*, 2021; Saccaro *et al.*, 2021] et de la téléintervention avec de la psychoéducation [Liu *et al.*, 2020]. Aucun résultat sur l'évaluation de l'impact de l'usage des soins virtuels sur la sécurité de l'utilisateur, l'accès équitable aux soins, la continuité des soins, le soutien au travail interdisciplinaire et la satisfaction des prestataires ou usagers n'a été repéré dans la littérature retenue. Les modalités de soins virtuels et les résultats principaux pour la trajectoire de soins des troubles bipolaires et apparentés sont présentés au [tableau 7](#).

2.2.5.1 Efficacité des soins et services : efficacité clinique

Une association statistiquement significative entre les scores collectés pour l'humeur via l'auto-évaluation à l'aide d'une application mobile et l'évaluation clinique à l'aide de questionnaires standardisés pour les troubles bipolaires a été observée dans deux revues systématiques portant sur des patients euthymiques [Chan *et al.*, 2021; Saccaro *et al.*, 2021]. Par contre, les données étaient trop limitées pour conclure concernant l'efficacité des outils de soins virtuels pour détecter les symptômes maniaques et les symptômes de dépression durant les épisodes aigus [Chan *et al.*, 2021; Ortiz *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2020].

Par ailleurs, les résultats de la revue systématique de Liu et ses collaborateurs [2020] indiquent que la téléintervention et la télésurveillance via des téléphones intelligents seraient efficaces pour réduire les symptômes maniaques et dépressifs par rapport à leurs valeurs initiales, surtout lorsque l'intervention inclut une composante de psychoéducation.

2.2.5.2 Efficacité des soins et services : efficacité clinique

Les résultats de deux revues systématiques semblent indiquer que le domaine des technologies numériques appliqué au suivi et à la surveillance des troubles bipolaires serait en pleine expansion et pourrait fournir un soutien important dans la prise de décision clinique en permettant de collecter et d'analyser un grand volume de données en temps réel [Ortiz *et al.*, 2021; Saccaro *et al.*, 2021].

Tableau 7 Modalités de soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins des troubles bipolaires et apparentés

Modalité	Résultat	Orientation des résultats	N ^{bre} type de documents à l'appui (études/ECR)	Références
Téléconsultation et télésurveillance	Efficacité clinique	L'autoévaluation via une application mobile est significativement associée au résultat de l'évaluation clinique chez les patients euthymiques.	2 RS (> 62 études/ 2 ECR)	[Chan <i>et al.</i> , 2021; Saccaro <i>et al.</i> , 2021]
Téléconsultation, téléintervention, télésurveillance		L'autoévaluation via une application mobile n'est pas associée au résultat de l'évaluation clinique chez les patients qui vivent des épisodes aigus.	2 RS+1 RSMA (> 17 études/ > 7 ECR)	[Chan <i>et al.</i> , 2021; Ortiz <i>et al.</i> , 2021; Liu <i>et al.</i> , 2020]
Téléintervention et télésurveillance		Téléphone intelligent significativement supérieur pour réduire les symptômes maniaques et dépressifs vs valeurs initiales et vs groupes témoins.	1 RSMA (10 études/ 7 ECR)	[Liu <i>et al.</i> , 2020]
Télésurveillance	Efficacité organisationnelle	Les technologies numériques appliquées au suivi et à la surveillance permettent de collecter et d'analyser un grand volume de données objectives et subjectives, actives et passives en temps réel pour soutenir la prise de décision.	2 RS (> 62 études/ 2 ECR)	[Ortiz <i>et al.</i> , 2021; Saccaro <i>et al.</i> , 2021]

Sigles : ECR : essai clinique *randomisé*; n^{bre} : nombre; RS : revue systématique; RSMA : revue systématique avec méta-analyse.

2.2.6 Soins virtuels et troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments

Une revue systématique avec méta-analyse contenait des données sur l'utilisation de la télésanté chez une clientèle adulte, principalement féminine, souffrant de l'hyperphagie boulimique. Dans cette étude, la modalité de soins virtuels décrite était la téléintervention par de la thérapie cognitivo-comportementale [Moghimi *et al.*, 2021]. Aucun résultat concernant l'impact de l'usage des soins virtuels sur l'efficacité organisationnelle, la sécurité de l'utilisateur, l'accès équitable aux soins, la continuité des soins, le soutien au travail interdisciplinaire et la satisfaction des prestataires ou usagers n'a été repéré dans la littérature retenue. Les modalités de soins virtuels et les résultats principaux pour la trajectoire de soins des troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments sont présentés au [tableau 8](#).

2.2.6.1 Efficacité des soins et services : efficacité clinique

Dans la revue systématique de Moghimi et ses collaborateurs [2021] basée sur trois essais cliniques *randomisés*, les auteurs ont montré que les soins virtuels par iTCC guidée, par rapport aux témoins des listes d'attente, entraînaient une réduction des épisodes de boulimie et de la psychopathologie des troubles de l'alimentation (forme et problèmes de poids), mais aucune différence significative sur l'indice de masse corporelle entre les interventions de soins virtuels et les témoins. Ces auteurs ont ainsi constaté des preuves préliminaires que les traitements par les soins virtuels, et plus particulièrement les traitements par iTCC guidée, pourraient être une voie de traitement appropriée pour l'hyperphagie boulimique, mais l'efficacité comparativement au traitement en face-à-face reste à démontrer.

Tableau 8 Modalité de soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins des troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments

Modalité	Résultat	Orientation des résultats	N ^{bre} type de documents à l'appui (études/ECR)	Référence
Téléintervention	Efficacité clinique	L'iTCC guidée est supérieure à la liste d'attente dans le cas de l'hyperphagie boulimique, pour réduire les épisodes de boulimie et les préoccupations relatives à la forme et au poids.	1 RSMA (3 ECR)	[Moghimi <i>et al.</i> , 2021]

Sigles : ECR : essai clinique *randomisé*; iTCC : thérapie cognitivo-comportementale par Internet; n^{bre} : nombre; RSMA : revue systématique avec méta-analyse.

2.2.7 Soins virtuels et troubles liés à une substance et troubles addictifs

Une revue rapide sans méta-analyse provenant de la littérature grise a montré des données sur l'utilisation des soins virtuels chez des clientèles adultes souffrant de troubles liés à l'usage de substances (drogues, alcool, etc). Dans cette revue, les modalités de soins virtuels étudiées étaient la téléintervention et la téléconsultation, principalement pour du counseling et du suivi de médication [CADTH, 2020]. Aucun résultat concernant l'évaluation de l'impact de l'usage des soins virtuels sur la sécurité de

l'utilisateur, l'accès équitable aux soins, la continuité des soins, le soutien au travail interdisciplinaire et la satisfaction des prestataires ou usagers n'a été repéré dans la littérature retenue. Les modalités de soins virtuels et les résultats principaux pour la trajectoire de soins des troubles liés à une substance et troubles addictifs sont présentés au [tableau 9](#).

2.2.7.1 Efficacité des soins et services : efficacité clinique et organisationnelle

Les résultats de cette revue rapide basée sur huit études primaires non *randomisées* et deux revues systématiques publiées entre 2015 et 2020 suggèrent pour toutes ces études, sauf trois, que les interventions de soins virtuels et services de soins mobiles amélioreraient la rétention dans le système, l'adhésion au traitement et préviendraient les rechutes chez les patients toxicomanes en comparaison avec des groupes de toxicomanes sans traitement, avec des soins standards ou habituels dispensés en personne dans des emplacements statiques, ou sans groupe comparateur, mais selon les résultats avant et après études [CADTH, 2020].

Tableau 9 Modalité de soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins des troubles liés à une substance et troubles addictifs

Modalité	Résultat	Orientation des résultats	N ^{bre} type de documents à l'appui (études/ECR)	Référence
Téléintervention et téléconsultation	Efficacité clinique	Amélioration de l'adhésion au traitement et de la prévention des rechutes chez les patients toxicomanes.	1 RR (7 études/0 ECR)	[CADTH, 2020]
	Efficacité organisationnelle	Amélioration de la rétention dans le système de soins des patients toxicomanes.		

Sigles : ECR : essai clinique *randomisé*; n^{bre} : nombre; RR : revue rapide

2.2.8 Soins virtuels et santé mentale générale

Trois revues systématiques, dont une avec méta-analyse, contenaient des données sur l'utilisation de soins virtuels pour traiter des troubles de santé mentale générale chez des clientèles adultes variées [Dworschak *et al.*, 2022; Li *et al.*, 2021; Connolly *et al.*, 2020]. La téléconsultation par visioconférence apparaissait dans deux revues, notamment sur la gestion de la médication [Li *et al.*, 2021; Connolly *et al.*, 2020], et l'une de ces revues se concentrait sur la télépsychiatrie²¹ dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 [Li *et al.*, 2021]. Enfin, Dworschak et ses collaborateurs [2022] ont analysé les données sur la téléintervention pour une population âgée de 50 ans et plus. Aucun résultat sur l'évaluation de l'impact de l'usage des soins virtuels sur la sécurité de l'utilisateur, l'accès équitable aux soins, la continuité des soins et le soutien au travail interdisciplinaire n'a été repéré dans la littérature retenue. Les modalités de soins virtuels et les résultats principaux pour la trajectoire de soins en santé mentale générale sont présentés au [tableau 10](#).

²¹ Le terme *télépsychiatrie* est un terme générique qui décrit la télémédecine ou les soins virtuels dans le domaine de la psychiatrie, et les définitions de la télépsychiatrie peuvent différer selon les études.

2.2.8.1 Efficacité des soins et services : efficacité clinique

Selon les résultats de la méta-analyse de Dworschak et ses collaborateurs [2022], les divers traitements qui font appel à Internet ont montré globalement une taille d'effet importante et significative pour améliorer les symptômes courants des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux chez les personnes âgées de plus de 50 ans.

Les résultats de cette méta-analyse se limitent aux seuls effets à court terme étant donné la durée limitée des études incluses (1 à 12 semaines).

2.2.8.2 Efficacité des soins et services : efficacité organisationnelle

En période de pandémie, même si aucune différence entre les groupes de maladie mentale grave et moins grave n'a été observée dans les taux de transition entre la consultation en face-à-face et par soins virtuels, les patients plus âgés atteints de maladies mentales graves ont néanmoins montré, de façon statistiquement significative, un taux de conversion inférieur comparativement aux patients atteints de maladies moins graves [Li *et al.*, 2021].

2.2.8.3 Satisfaction des prestataires de soins et des usagers

Dans la revue systématique de Dworschak et ses collaborateurs [2022], les auteurs ont constaté que la satisfaction des usagers de 50 ans et plus à l'égard du traitement des symptômes courants des troubles mentaux par des soins virtuels était principalement notée positivement. De même, Li et ses collaborateurs [2021] ont observé qu'en période de pandémie la transition de la prestation des services de santé mentale du face-à-face aux soins virtuels semblait avoir répondu aux attentes de la plupart des usagers et des prestataires de soins de santé. Dans la revue systématique de Connolly et ses collaborateurs [2020] sur l'attitude des prestataires de soins envers les soins virtuels par la vidéoconférence, les résultats étaient globalement positifs pour différents types de services, lieux de soins et populations d'usagers. Malgré la reconnaissance des multiples inconvénients de son utilisation, les professionnels ont jugé que les avantages relatifs des soins virtuels par vidéoconférence, comme l'amélioration de l'accès aux soins là où les services sont limités, peuvent l'emporter sur leurs divers inconvénients [Connolly *et al.*, 2020].

Tableau 10 Modalités de soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins en santé mentale générale

Modalité	Résultat	Orientation des résultats	N ^{bre} type de documents à l'appui (études/ECR)	Références
Téléintervention	Efficacité clinique	Divers traitements fournis par Internet ont montré globalement une taille d'effet importante et significative pour améliorer les symptômes courants des troubles mentaux chez des personnes de plus de 50 ans.	1 RSMA (11 études/ 10 ECR)	[Dworschak <i>et al.</i> , 2022]
	Satisfaction des usagers	Pour le traitement reçu.		
Téléconsultation et téléintervention	Efficacité organisationnelle	En contexte de COVID-19, la conversion à la télépsychiatrie était moins efficace chez les personnes plus âgées atteintes de maladie mentale grave.	1 RS (8 études/ 0 ECR) :	[Li <i>et al.</i> , 2021]
	Satisfaction des prestataires de soins et des usagers	Une majorité a qualifié la transition ainsi : « répond aux attentes » ou « meilleure que prévu ».		
	Satisfaction des prestataires de soins	Attitude envers la télépsychiatrie par vidéoconférence globalement positive.	1 RS (38 études/ 2 ECR)	[Connolly <i>et al.</i> , 2020]

Sigles : ECR : essai clinique *randomisé*; n^{bre} : nombre; RS : revue systématique; RSMA : revue systématique avec méta-analyse.

2.2.9 Soins virtuels et divers troubles de santé mentale

En tout, 21 revues, dont 13 revues systématiques avec méta-analyse (4 sans méta-analyse) et 4 revues de la portée, contenaient des données sur l'utilisation de soins virtuels pour divers troubles de santé mentale confondus par des clientèles adultes. La téléintervention a été décrite dans 17 revues concernant différentes interventions comme la TCC [van Loenen *et al.*, 2022; Matsumoto *et al.*, 2021; van Lotringen *et al.*, 2021; Christ *et al.*, 2020], la thérapie psychodynamique²² [Lindgaard *et al.*, 2020], la thérapie d'acceptation et d'engagement²³ [Thompson *et al.*, 2021], le counseling [Dwyer *et al.*, 2021] ou des thérapies non spécifiées [Giovanetti *et al.*, 2022; Musiat *et al.*, 2022; Batastini *et al.*, 2021; Fernandez *et al.*, 2021; Gan *et al.*, 2021; Jameel *et al.*, 2021; Leach *et al.*, 2021; Mazziotti et Rutigliano, 2021; Toombs *et al.*, 2021; Simmonds-Buckley *et al.*,

²² Fortement influencée par la psychanalyse et faisant appel à la notion d'inconscient, l'orientation psychodynamique-analytique établit un lien entre les difficultés actuelles de la personne, ses expériences passées ainsi que les conflits refoulés et non résolus de son histoire personnelle. La personne est amenée à prendre conscience de l'influence de ces conflits sur son fonctionnement afin de les comprendre et de s'en dégager graduellement (<https://www.ordrepsy.qc.ca/les-orientations-theoriques>).

²³ Thérapie qui appartient au courant de la thérapie cognitive et comportementale et qui figure parmi les thérapies récentes dites de troisième vague. Elle vise à améliorer la flexibilité psychologique, c'est-à-dire la capacité d'être en contact avec les émotions et les pensées du moment présent tout en maintenant ou changeant au besoin son action dans la poursuite de ses objectifs ou de ses valeurs (<http://www.psychomedia.qc.ca/psychotherapie/quest-ce-que-la-therapie-d-acceptation-et-d-engagement>).

2020]. Il s'agissait de l'unique modalité de télésanté recensée pour 12 de ces 17 revues systématiques. Six revues ont fait référence à la téléconsultation [Cox *et al.*, 2021; Jameel *et al.*, 2021; Leach *et al.*, 2021; Mazziotti et Rutigliano, 2021; Toombs *et al.*, 2021; Basit *et al.*, 2020], 4 ont porté sur une modalité de télésurveillance [Jameel *et al.*, 2021; O'Keefe *et al.*, 2021; Schwarz *et al.*, 2021; Basit *et al.*, 2020], 5 sur la télééducation [Cox *et al.*, 2021; Gan *et al.*, 2021; Schwarz *et al.*, 2021; Toombs *et al.*, 2021; Basit *et al.*, 2020], et ces modalités de soins virtuels ont fait l'objet de différentes combinaisons dans la plupart de ces études.

Parmi les revues avec des populations ou des contextes spécifiques, une s'est attardée aux personnes atteintes de maladies graves [Jameel *et al.*, 2021], une aux populations judiciairisées avec des troubles de santé mentale et de consommation de substances [Leach *et al.*, 2021], une aux adolescents et jeunes adultes [Christ *et al.*, 2020], une en contexte de COVID-19 [Mazziotti et Rutigliano, 2021], une aux anciens combattants [Schwarz *et al.*, 2021] et une autre aux populations autochtones [Toombs *et al.*, 2021]. Enfin, un guide de pratique clinique sur la téléintervention en santé mentale en général a été repéré [APA, 2018], et ses grandes lignes sont résumées à la [section 2.3](#). Aucun résultat portant sur l'évaluation de l'impact de l'usage des soins virtuels le soutien au travail interdisciplinaire n'a été repéré dans la littérature retenue. Les modalités de soins virtuels et les résultats principaux pour la trajectoire de soins des divers troubles de santé mentale sont présentés aux tableaux [11](#) et [12](#).

2.2.9.1 Efficacité des soins et services : efficacité clinique

Selon les résultats de quatre revues systématiques, les effets de la téléintervention (principalement la TCC par vidéo) sur l'amélioration de l'anxiété, de la dépression ou des symptômes de stress post-traumatique étaient supérieurs, de façon statistiquement significative, comparativement à différents groupes témoins [Fernandez *et al.*, 2021; Matsumoto *et al.*, 2021] ou à la période prétraitement [Fernandez *et al.*, 2021], et non statistiquement différents de ceux de la psychothérapie en personne [Giovanetti *et al.*, 2022; Batastini *et al.*, 2021; Fernandez *et al.*, 2021]. Il n'existe encore qu'un nombre limité d'études ciblant certaines conditions psychiatriques spécifiques comme les troubles obsessionnels compulsifs ou l'hypocondrie, mais la TCC par vidéo serait un traitement prometteur avec des tailles d'effet statistiquement significatives pour ces conditions selon la revue de Matsumoto et ses collaborateurs [2021] basée sur 16 essais cliniques *randomisés*. L'efficacité de la téléintervention (par iTCC) dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les adolescents et les jeunes adultes a aussi été rapportée comme étant supérieure en comparaison avec les témoins passifs et similaire au traitement actif pour l'anxiété, alors que, pour les symptômes dépressifs, les preuves étaient limitées [Christ *et al.*, 2020].

Selon les résultats de la revue de la portée de Dwyer et ses collaborateurs [2021], des preuves convergentes, mais limitées, montrent que les services et les interventions de counseling basés sur des messages textes seraient efficaces pour traiter une variété de problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, idées suicidaires) lorsqu'il existe une ouverture à participer à ce mode de traitement. De même, Cox et ses collaborateurs

[2021] ont constaté, avec des participants atteints de différents troubles de santé mentale – dépression, anxiété, dépression majeure, dépendances, troubles à symptomatologie somatique –, que les groupes d'intervention par messages textes ont obtenu une plus grande réduction des scores de symptômes dépressifs, à la limite d'être statistiquement significatifs, en comparaison avec les groupes témoins.

Dans une méta-analyse de Simmonds-Buckley et ses collaborateurs [2020] menée sur des adultes souffrant de dépression, d'anxiété et de stress, la téléintervention par différentes thérapies via des sites Web ou des applications s'est avérée efficace selon des différences moyennes standardisées en tant qu'intervention psychologique de faible intensité pour produire de petits effets bénéfiques sur la dépression, l'anxiété et le stress comparativement à des groupes témoins.

Selon les résultats de la méta-analyse de Lindegaard et ses collaborateurs [2020] basée sur sept essais cliniques *randomisés*, de petits effets favorisant la thérapie psychodynamique délivrée par Internet par rapport aux contrôles inactifs ont été observés globalement, ainsi que pour la dépression, l'anxiété et la qualité de vie. L'effet positif sur l'anxiété serait maintenu ou même accru lors du dernier suivi dans ces études d'une durée de 8 à 12 semaines.

Une association positive et statistiquement significative entre l'engagement des utilisateurs dans des interventions en soins virtuels et les résultats de santé mentale post-intervention a été observée [Gan *et al.*, 2021] entre l'alliance thérapeutique et les résultats du traitement virtuel (psychothérapie par messagerie texte) pour divers troubles de santé mentale [van Lotringen *et al.*, 2021] et entre le soutien et l'adhésion aux interventions de soins virtuels pour la prévention et le traitement d'une population souffrant majoritairement de troubles dépressifs [Musiat *et al.*, 2022]. Une méta-analyse sur la thérapie d'acceptation et d'engagement par Internet (iTAE) a révélé que l'iTAE démontrait de petits effets significatifs pour améliorer l'anxiété, la dépression et la qualité de vie dans diverses populations comparativement au groupe témoin, mais que la taille de l'effet était généralement plus faible que celle de la TAE en face-à-face [Thompson *et al.*, 2021].

Les résultats de la revue de van Loenen et ses collaborateurs [2022] ont montré que la téléintervention par TCC basée sur l'exposition à la réalité virtuelle (RV-TCC) était équivalente à la TCC standard dans le traitement de populations atteintes de troubles anxieux sévères, de troubles obsessionnels compulsifs et de troubles de stress post-traumatique. Toutefois, selon ces auteurs, ces résultats devront être reproduits avec des données de qualité avant de pouvoir tirer des conclusions formelles [van Loenen *et al.*, 2022].

Avec un nombre limité d'études qui ont examiné la télépsychiatrie asynchrone (TPA), O'Keefe et ses collaborateurs [2021] ont constaté que les résultats suggéraient que la TPA serait efficace d'un point de vue clinique par l'amélioration des résultats de la dépression, des taux d'observance dans les cas d'abus de substances et des symptômes du trouble de stress post-traumatique, comparativement à différents groupes témoins ou aux devis d'analyse pré et post-traitement.

De leur côté, Leach et ses collaborateurs [2021] ont observé que la majorité des études concernant des interventions de soins virtuels pour les populations judiciarisées chez qui on avait diagnostiqué un trouble d'abus de substance, un trouble de santé mentale et des troubles concomitants d'abus de substance et de santé mentale présentaient des résultats positifs avec une amélioration des symptômes psychiatriques, une diminution de la consommation et des stratégies d'adaptation améliorées dans les devis d'analyse pré et post-traitement et comparativement aux soins usuels.

Des preuves émergentes de la revue systématique de Jameel et ses collaborateurs [2021] soutiennent l'utilisation de divers outils de soins virtuels pour le diagnostic, la surveillance et l'intervention pour le fonctionnement quotidien chez les personnes atteintes de maladies mentales graves (spectre de la schizophrénie ou troubles bipolaires) en bonifiant une intervention, en simplifiant l'évaluation, en augmentant la fréquence de la surveillance et/ou en fournissant de l'information plus détaillée.

2.2.9.2 Efficacité des soins et services : efficacité organisationnelle

L'évaluation et la surveillance actives employées durant les premiers stades de la maladie pourraient aider à donner aux personnes atteintes de maladies mentales graves les moyens de s'autogérer et de prévenir la chronicité, alors que l'évaluation passive pourrait collecter de l'information, à une fréquence élevée et avec une grande précision, qui pourrait être employée durant de longues périodes pour permettre au clinicien et au patient d'avoir un aperçu de la vie quotidienne, avec un minimum d'efforts de la part du participant [Jameel *et al.*, 2021]. Dans la méta-analyse de Simmonds-Buckley et ses collaborateurs [2020] portant sur des adultes souffrant de dépression, d'anxiété et de stress, la téléintervention par différentes thérapies via des sites Web ou des applications a toutefois obtenu des taux d'abandon statistiquement plus élevés que ceux des groupes témoins. Bien que les raisons de l'abandon n'aient pas été colligées, les auteurs ont recensé de multiples causes possibles allant du contact insuffisant avec le thérapeute aux caractéristiques des outils technologiques utilisés.

2.2.9.3 Sécurité de l'utilisateur

Dans leur revue systématique, Toombs et ses collaborateurs [2021] ont soulevé des questions concernant la confidentialité lors de l'utilisation de la téléconférence avec plusieurs cliniciens portant sur des problèmes de santé mentale dans la population autochtone. Étant donné la petite taille de nombreuses collectivités rurales et éloignées, il pourrait être plus difficile, dans ces circonstances, de partager de l'information sur les symptômes ou le comportement sans identifier indirectement les individus.

Dans la revue sur l'utilisation de simulateurs de RV-TCC (thérapie cognitivo-comportementale basée sur l'exposition à la réalité virtuelle), les auteurs ont rapporté que cet outil pouvait provoquer des malaises similaires au mal des transports et qu'une formation et une supervision appropriées seraient nécessaires [van Loenen *et al.*, 2022].

2.2.9.4 Accès équitable aux soins

La littérature existante suggérerait que la TPA pourrait améliorer l'accès aux services psychiatriques pour les patients confrontés à des barrières géographiques de même que pour les patients qui vivent dans des établissements de soins de longue durée [O'Keefe *et al.*, 2021].

2.2.9.5 Continuité des soins

Dans la revue de Mazzioti et ses collaborateurs [2021], les résultats du sondage auprès des professionnels de la santé ont révélé que 66,1 % (115/174) n'étaient pas en accord quant à leur capacité d'établir une bonne relation médecin-patient en télépsychiatrie dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Cette situation entraînerait une moins bonne continuité des soins comparativement à un traitement en face-à-face.

2.2.9.6 Satisfaction des prestataires de soins et des usagers

Dans la revue de Dwyer et ses collaborateurs [2021], 2 des 70 études recensées avaient examiné la satisfaction des usagers par rapport aux interventions par messagerie texte. Dans l'une d'elles, des auto-évaluations révélaient une satisfaction équivalente ou meilleure qu'avec la thérapie en face-à-face concernant la commodité, l'accès, l'efficacité et la résolution de problèmes alors que, dans l'autre, les auteurs observaient une satisfaction plus faible dans certains groupes de populations mal desservies [Dwyer *et al.*, 2021]. Par ailleurs, la littérature existante suggérerait que la TPA pourrait améliorer l'expérience de soins pour les usagers et pour les prestataires de soins [O'Keefe *et al.*, 2021]. De plus, la majorité des études sur les soins virtuels pour les populations judiciairisées ont montré des résultats positifs avec une acceptabilité élevée des usagers et des prestataires de soins, mais la littérature à ce sujet était limitée [Leach *et al.*, 2021]. Aussi, la revue portant sur des populations autochtones a montré une réponse positive aux interventions de soins virtuels de la part des prestataires et des usagers de ces services [Toombs *et al.*, 2021].

En outre, les preuves disponibles sur le partage des dossiers de santé numérique avec les patients suivis pour un problème de santé mentale sont limitées, mais une nette prédominance d'expériences positives parmi les utilisateurs de services a été observée, comme une confiance accrue dans leur clinicien, des connaissances en santé et une autonomisation [Schwarz *et al.*, 2021]. Dans cette revue, les expériences négatives des patients étaient liées à des notes inexacts, à une utilisation irrespectueuse du langage ou à la découverte de diagnostics non discutés. Enfin, les résultats de la revue en contexte de pandémie de la COVID-19 n'ont montré aucune différence significative quant à la satisfaction entre la télépsychiatrie et l'intervention en face-à-face pour les usagers [Mazzioti et Rutigliano, 2021].

Tableau 11 Modalités simples de soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins des divers troubles de santé mentale

Modalité	Résultat	Orientation des résultats	Nbre type de documents à l'appui (études/ECR)	Références
Téléintervention	Efficacité clinique	iTCC ou TCC par vidéo supérieure aux groupes témoins et équivalent vs face-à-face.	5 RSMA (> 68 études / > 24 ECR)	[Giovanetti <i>et al.</i> , 2022; Batastini <i>et al.</i> , 2021; Fernandez <i>et al.</i> , 2021; Matsumoto <i>et al.</i> , 2021; Christ <i>et al.</i> , 2020]
		Différentes thérapies via des sites Web ou des applications supérieures aux groupes témoins et généralement similaires à face-à-face.	4 RSMA+ 1 RP (> 70 études / > 25 ECR)	[van Loenen <i>et al.</i> , 2022; Dwyer <i>et al.</i> , 2021; Thompson <i>et al.</i> , 2021; Lindegaard <i>et al.</i> , 2020; Simmonds-Buckley <i>et al.</i> , 2020]
		Association positive et statistiquement significative observée entre l'alliance thérapeutique et les résultats du traitement virtuel et entre le soutien et l'adhésion au traitement.	1 RSMA+ 1 RP (23 études/ > 22 ECR)	[Musiat <i>et al.</i> , 2022; van Lotringen <i>et al.</i> , 2021]
	Sécurité de l'utilisateur	Préoccupation à propos de malaises dus au simulateur de RV.	1 RSMA (16 ECR)	[van Loenen <i>et al.</i> , 2022]
Télésurveillance	Efficacité clinique	Amélioration des symptômes de dépression, de trouble de stress post-traumatique ainsi que des taux d'observance lors d'abus de substance comparativement à différents groupes témoins.	1 RS (11 études/ 2 ECR)	[O'Keefe <i>et al.</i> , 2021]
	Satisfaction des usagers et prestataires	Amélioration de l'expérience de soins.		
	Accès équitable aux soins	Accès amélioré pour les patients confrontés à des obstacles géographiques et les patients dans des établissements de soins de longue durée.		

Sigles et abréviations : ECR : essai clinique *randomisé*; iTCC : thérapie cognitivo-comportementale par Internet; n^{bre} : nombre; RP : revue de la portée (*scoping review*); RS : revue systématique; RSMA : revue systématique avec méta-analyse; RV : réalité virtuelle; TCC : thérapie cognitivo-comportementale.

Tableau 12 Modalités mixtes de soins virtuels et résultats pour la trajectoire de soins des divers troubles de santé mentale

Modalité	Résultat	Orientation des résultats	N ^{bre} type de documents à l'appui (études/ ECR)	Références
Téléconsultation et téléintervention	Efficacité clinique	Amélioration des symptômes et stratégies d'adaptation, diminution de la consommation avec les soins virtuels pour les populations judiciairisées vs soins usuels.	1 RP (19 études / 5 ECR)	[Leach <i>et al.</i> , 2021]
	Satisfaction des prestataires de soins et usagers	Acceptabilité élevée dans les populations judiciairisées.		
	Continuité des soins	En contexte de COVID-19, résultats de sondage penchent sur une moins bonne continuité des soins pour les patients en télépsychiatrie vs face-à-face.	1 RSMA (29 études / 24 ECR)	[Mazziotti et Rutigliano, 2021]
	Satisfaction des usagers	En contexte de COVID-19, aucune différence significative quant à la satisfaction entre la télépsychiatrie et l'intervention face-à-face.		
	Satisfaction des prestataires de soins	< 50 % se sentaient assez ou très bien formés et satisfaits de la télépsychiatrie en contexte de pandémie.		
Téléconsultation et télééducation	Efficacité clinique	Messages textes > de réduction des scores de symptômes dépressifs en comparaison avec les groupes témoins.	1 RSMA (7 ECR)	[Cox <i>et al.</i> , 2021]
Téléintervention et télééducation	Efficacité clinique	Association positive significative entre le niveau d'engagement et les résultats de santé mentale post-intervention.	1 RSMA (35 ECR)	[Gan <i>et al.</i> , 2021]
Télééducation et télésurveillance	Satisfaction des usagers	Nette prédominance d'expérience positive du partage du dossier de santé numérique.	1 RP (31 études / 0 ECR)	[Schwarz <i>et al.</i> , 2021]
Téléconsultation, téléintervention et télééducation	Satisfaction des prestataires de soins et usagers	Réponses positives aux interventions de santé électronique pour les problèmes de santé mentale chez les Autochtones.	1 RS (10 études / 2 ECR)	[Toombs <i>et al.</i> , 2021]
	Sécurité	Difficulté à ne pas rompre la confidentialité dans les petites communautés.		

Modalité	Résultat	Orientation des résultats	N ^{bre} type de documents à l'appui (études/ ECR)	Références
Téléconsultation, télésurveillance et télééducation	Efficacité clinique	Interventions de soins virtuels positives sur l'observance, si faible et moyenne intensité.	1 RS (17 ECR)	[Basit <i>et al.</i> , 2020]
Téléconsultation, téléintervention et télésurveillance	Efficacité clinique	Bonification d'une intervention par l'utilisation de divers outils de soins virtuels dans l'évaluation, le dx, la surveillance chez les personnes atteintes de maladies mentales graves.	1 RS (38 études / 4 ECR)	[Jameel <i>et al.</i> , 2021]
	Efficacité organisationnelle	L'évaluation et la surveillance actives durant les premiers stades de la maladie mentale grave pourraient aider à l'autogestion et à la prévention de la chronicité, alors que l'évaluation passive pourrait collecter de l'information utile au clinicien avec un minimum d'efforts de la part du participant		

Sigles et abréviations : dx : diagnostic; ECR : essai clinique *randomisé*; n^{bre} : nombre; RP : revue de la portée (*scoping review*); RS : revue systématique.

2.3 Pratiques de soins virtuels en psychiatrie

Comme les documents d'encadrement (guides de pratique, lignes directrices ou énoncé de position) ne sont pas publiés chaque année, la recherche a porté sur la période 2017-2022. Ces documents ont été consultés pour repérer d'autres trajectoires de soins ou confirmer des trajectoires soins identifiées par les revues systématiques. Trois guides de pratique clinique et un énoncé de position en psychiatrie ont été repérés et portaient sur les troubles anxieux, les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress et sur la santé mentale générale. La modalité de soins virtuels discutée dans ces quatre documents est la téléintervention [OntarioHealth, 2021; Warnock-Parkes *et al.*, 2020; APA, 2018; NICE, 2018].

Le [tableau 13](#) ci-dessous résume par trajectoire de soins et modalité de soins virtuels les pratiques reconnues par des regroupements de professionnels, des associations professionnelles ou des organismes qui produisent des rapport d'ETMIS.

Selon les documents d'encadrement retenus, les soins virtuels pourraient permettre d'améliorer l'accès aux soins pour les personnes aux prises avec des maladies psychiatriques grâce à la flexibilité de la prestation des soins.

Tableau 13 Pratiques en soins virtuels selon différentes trajectoires de soins en psychiatrie

Trajectoire	Modalité	Objectif	Recommandation ou directive	Références
Troubles anxieux	Téléintervention	Décrire comment délivrer la TCC à distance pour traiter l'anxiété sociale (AS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toutes les interventions de base de TCC pour traiter l'AS peuvent être efficacement réalisées à distance par vidéoconférence avec quelques adaptations. ▪ La thérapie délivrée à distance pourrait être particulièrement attrayante pour les patients atteints d'AS qui évitent souvent de demander de l'aide en raison de l'anxiété. ▪ Pendant les séances à distance, les thérapeutes peuvent vouloir réduire le contact visuel intense au début du traitement et demander régulièrement des commentaires, car il y a moins de repères visuels. ▪ Les expériences comportementales peuvent être réalisées lors de séances de thérapie à distance de plusieurs manières – par exemple, le patient parle à des inconnus via la webcam ou au téléphone, quitte son domicile pour faire une expérience en public avec le thérapeute sur un téléphone portable, ou à l'aide d'audiences virtuelles. 	[Warnock-Parkes <i>et al.</i> , 2020]
Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress		Recommandations provinciales sur l'iTCC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les membres du comité ont reconnu que la TCC en personne est un traitement acceptable fondé sur des données probantes pour le SSPT. ▪ Le comité a appuyé le financement public de l'iTCC comme moyen d'augmenter l'accès équitable, en particulier dans les situations où les gens ne peuvent pas obtenir de TCC en face-à-face ou lorsque les temps d'attente sont longs. ▪ Le comité a reconnu que certaines personnes atteintes de TSA à haut risque de développer un SSPT peuvent bénéficier de l'iTCC. ▪ Le comité a reconnu qu'il existe des variations dans les types de programmes d'iTCC disponibles et que, de ce fait, l'efficacité de ces programmes peut varier. ▪ Le comité a suggéré que le Centre d'excellence en santé mentale et en toxicomanie de Santé Ontario (Centre d'excellence) détermine les critères des programmes d'iTCC financés par l'État. ▪ Le comité a suggéré qu'un critère soit que l'iTCC soit guidé par un professionnel autorisé. 	[OntarioHealth, 2021]

Trajectoire	Modalité	Objectif	Recommandation ou directive	Références
		Guide qui vise à améliorer la qualité de vie en réduisant les symptômes du SSPT, à sensibiliser à la maladie et à améliorer la coordination des soins.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est proposé d'offrir des modes d'administration flexibles, tels que la messagerie texte SMS, les courriels et les consultations téléphoniques ou vidéo, à cette population. ▪ Des preuves qualitatives ont montré que certaines personnes atteintes de SSPT préfèrent suivre leur traitement en dehors d'un environnement clinique. Il y avait également des preuves cliniques que certains types de soins à distance, par exemple la TCC par ordinateur ou par vidéoconférence, peuvent être aussi efficaces que les interventions en face-à-face. Sur cette base, le comité a convenu que la prestation de soins de manière plus flexible, notamment en les rendant disponibles dans des lieux non cliniques comme les écoles ou les bureaux, améliorerait l'accès. 	[NICE, 2018]
Santé mentale en général		Créer une mise à jour consolidée des documents et ressources officiels précédents de l'APA et de l'ATA en télésanté afin de fournir un guide unique sur les meilleures pratiques en matière de vidéoconférence clinique en santé mentale.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il n'y a pas de contre-indications absolues à l'utilisation de la télésanté par vidéoconférence interactive pour l'évaluation ou le traitement des patients en santé mentale. La décision d'utiliser la télésanté d'une façon individuelle pour la santé mentale est à la discrétion du prestataire de soins : <ul style="list-style-type: none"> - pour les environnements cliniquement non supervisés (par exemple le domicile ou le bureau) où le personnel de soutien n'est pas immédiatement disponible, les prestataires doivent s'assurer que le modèle est adéquat pour l'utilisateur; - aussi, la prestation de services de télésanté mentale dans ces milieux non supervisés exige que le patient joue un rôle plus actif et coopératif dans son traitement. ▪ Les consultations en virtuel pour la santé mentale peuvent être menées dans le cadre d'une prestation de soins hybrides, en personne ou en virtuel, en utilisant plusieurs technologies, où les prestataires peuvent travailler individuellement ou en équipe. De plus, le soin virtuel peut être un complément à un contact périodique en personne ou il peut être la seule modalité employée. ▪ L'utilisateur est généralement pris en charge par des communications supplémentaires telles que l'information de consultation envoyée par télécopieur ou par courriel, portails patients, téléphone, appareils mobiles et dossier de santé numérique. Les fournisseurs doivent avoir des politiques claires relatives aux communications avec les patients. 	[APA, 2018]

Sigles : APA : American Psychiatric Association; ATA : American Telemedicine Association; AS : anxiété sociale; e-NET : thérapie par exposition à la narration en ligne; GPC : guide de pratique clinique; iTCC : thérapie cognitivo-comportementale par Internet; SMS : *Short Message System*, SSPT : syndrome de stress post-traumatique; TSA : troubles de stress aigus.

DISCUSSION

La présente revue de la portée avait pour objectif de recenser les données disponibles concernant les retombées des soins virtuels sur les trajectoires de soins et les modalités d'utilisation des soins virtuels en psychiatrie.

La téléintervention est la modalité de télésanté la plus souvent répertoriée dans les revues systématiques, tant pour les troubles dépressifs, les troubles anxieux troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress, les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments, les troubles liés à une substance et troubles addictifs ainsi que pour le spectre de la schizophrénie et les autres troubles psychotiques.

La téléconsultation et la télésurveillance sont également des modalités régulièrement répertoriées dans la littérature, où elles sont souvent employées en combinaison ou avec d'autres modalités, notamment pour traiter les troubles bipolaires et apparentés ainsi que le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques. Enfin, la télééducation n'est pas une modalité qui a été étudiée dans la littérature en combinaison avec d'autres modalités et pour les différentes trajectoires de soins en psychiatrie.

Limites de la revue de la portée

Le présent travail est limité par des contraintes de temps et certains choix méthodologiques, notamment : le type des documents retenus, la période couverte de deux ans pour la littérature, la sélection indépendante par deux évaluateurs sur seulement 10 % des études, la sélection finale par une seule personne, l'absence d'appréciation formelle de la qualité de la preuve et la synthèse descriptive des données sans avoir procédé à une méta-analyse. Aussi, l'état des connaissances ne couvre pas les aspects économiques associés à l'utilisation des soins virtuels.

La majorité des revues systématiques retenues agrègent ou considèrent sans distinction les données provenant d'études primaires menées dans divers contextes de soins, avec différents types de comparateurs, pour diverses situations cliniques et avec l'utilisation de différents outils technologiques. Les résultats des revues systématiques portent en général sur des données à court terme. Le long terme dans ces études se limite souvent à 6 ou 12 mois. Très peu de revues ont comparé une thérapie de groupe par intervention virtuelle à une thérapie en face-à-face, et certaines revues ont plutôt omis de distinguer le contexte individuel ou de groupe. Aussi, dans les revues en psychiatrie, il y a généralement une sous-représentation de la diversité culturelle, ce qui limite la généralisation des données à tous les groupes ethniques, notamment aux Autochtones.

Même si 58 % des revues retenues dans cet état des connaissances contenaient des méta-analyses, la majorité des résultats d'intérêt sont présentés de manière qualitative en raison de l'hétérogénéité des paramètres évalués. Lorsqu'il y a des méta-analyses, l'hétérogénéité des études et interventions, le petit nombre d'études comparées ou de participants et la faible qualité des études sont souvent énumérés dans les limites.

En outre, cette revue de la portée n'a pas repéré de revue systématique traitant de l'utilisation de modalités de soins virtuels pour le soutien au travail interdisciplinaire. Comme la stratégie de recherche de littérature portait sur la psychiatrie et qu'un des

critères d'inclusion était une clientèle suivie en soins spécialisés, il est possible que des revues systématiques pertinentes pour le soutien au travail interdisciplinaire n'aient pas été retenues parce qu'elles traitaient de soins de première ligne.

Plusieurs revues systématiques ont comparé l'effet de différents niveaux de soutien (guidée vs non guidé) lors d'intervention de soins virtuels. Cet aspect important, qui est lié à l'enjeu organisationnel du manque de ressources humaines, va au-delà des objectifs de cet état des connaissances et n'a pas été analysé en détail. Les taux d'adhésion à l'intervention numérique, calculés de multiples façons, souvent seulement rapportés pour le groupe d'intervention virtuelle, ne sont généralement pas comparables entre les revues et extrêmement variables.

Par ailleurs, des biais de sélection peuvent exister, puisqu'on peut supposer que les patients qui acceptent de participer aux études sont naturellement plus enclins à utiliser des instruments technologiques. De plus, des incitatifs financiers ont été employés, notamment pour la participation à quelques études sur la schizophrénie. Des biais de confusion sont présents surtout dans les trajectoires *de santé mentale générale* et *divers troubles de santé mentale*, puisque les études dans ces catégories regroupent des participants aux caractéristiques très variées. Ce type de biais est inhérent à toutes revues systématiques, car les populations de différentes études sont rarement parfaitement identiques. Aussi, de nombreuses études contenaient des sujets qui étaient très majoritairement féminins, bien que l'incidence des pathologies en cause ne soit pas nécessairement plus élevée chez la femme. Des biais de mesure des résultats sont souvent présents, en téléintervention surtout, puisqu'il est impossible de réaliser une étude avec un traitement psychiatrique à l'aveugle, autant pour les participants que pour les prestataires de soins.

Pour ce qui est des guides de pratique clinique et autres documents d'orientation, la période de recherche a été étendue sur cinq ans, puisque ces documents ne sont pas produits annuellement et que la période de deux ans fixée pour la sélection des revues systématiques était trop limitative dans le cas des guides. En outre, plusieurs guides de pratique ont été exclus, car ils étaient orientés vers l'implantation de la télépsychiatrie, résultat qui ne faisait pas partie de ceux ciblés par les questions d'évaluation définies pour ce projet.

En conclusion, la synthèse actuelle des données probantes a permis de faire le portrait des trajectoires de soins et des modalités de soins virtuels employées en psychiatrie, mais de nouvelles études de bonne qualité (devis, taille, durée) seront nécessaires pour bien cerner toutes les trajectoires de soins qui ont le potentiel d'être soutenues et optimisées par l'usage de modalités de soins virtuels en psychiatrie. En raison de la nature rapide des travaux et du type de revue réalisée, l'évaluation de la qualité méthodologique des documents inclus n'a pas été réalisée. Ainsi, le présent travail ne peut avancer avec certitude que l'utilisation des soins virtuels peut soutenir ou optimiser les trajectoires de soins, ni déterminer si les modalités de soins virtuels permettent de maintenir ou d'optimiser les pratiques cliniques et la qualité des soins et services au sein des trajectoires de soins comparativement aux soins usuels.

CONSTATS

Cette revue de la portée a permis de formuler les constats suivants au regard de l'usage des modalités de soins virtuels dans le domaine de la psychiatrie afin de maintenir ou d'optimiser les trajectoires de soins pour soutenir les pratiques cliniques et l'offre de soins et services aux patients.

CONSTATS GÉNÉRAUX

- La majorité des interventions de soins virtuels répertoriées dans les différentes trajectoires de soins se présentent selon plusieurs modalités combinées – **téléintervention, téléconsultation, télésurveillance**, etc.
- L'emploi de la thérapie cognitivo-comportementale par **téléintervention** ou par Internet (iTCC) est la modalité de soins virtuels la plus souvent étudiée dans les revues systématiques et les guides de pratique recensés.
- Plusieurs auteurs de revues retenues concluent que des études supplémentaires de bonne qualité (devis, taille, durée) seront nécessaires.

CONSTATS SUR LES TRAJECTOIRES DE SOINS ET MODALITÉS DE SOINS VIRTUELS

Des trajectoires de soins virtuels rapportées comme étant cliniquement efficaces

- Le soutien thérapeutique et le traitement par la **téléintervention** (psychothérapie) pour les personnes atteintes de troubles dépressifs, d'anxiété sociale, de trouble panique avec ou sans agoraphobie ou de stress post-traumatique.
- Le suivi par la **téléconsultation** pour les conditions suivantes :
 - troubles dépressifs;
 - troubles bipolaires et apparentés (patients euthymiques) via l'autoévaluation de l'humeur à l'aide d'une application mobile.

Des trajectoires de soins virtuels rapportées comme ayant une potentielle efficacité clinique à confirmer par de futures données probantes

- Le diagnostic par la **téléconsultation** des troubles dépressifs à l'aide d'une version numérique de l'outil PHQ-9.
- Le soutien thérapeutique et le traitement par la **téléintervention** dans les conditions cliniques suivantes :
 - troubles bipolaires et apparentés, via le téléphone intelligent;
 - troubles d'hyperphagie boulimique, par l'iTCC guidée;
 - troubles liés à une substance et troubles addictifs (patients toxicomanes).

- Le suivi par la **téléconsultation** pour les personnes qui présentent les conditions cliniques suivantes :
 - spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques; plusieurs outils de soins virtuels prometteurs sont en cours de développement, dont la messagerie texte SMS;
 - troubles liés à une substance et troubles addictifs (patients toxicomanes).
- Le monitoring des conditions cliniques suivantes par la **télésurveillance** :
 - spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques via la messagerie texte SMS pour soutenir le traitement clinique;
 - trouble bipolaire : via des outils technologiques, dont le téléphone intelligent, permettant la combinaison de multiples données échantillonnées.

Des trajectoires de soins virtuels rapportées comme ayant une potentielle efficacité organisationnelle à confirmer par de futures données probantes

- Une réduction potentielle du nombre des rendez-vous manqués et de la consommation des soins de santé avec la **téléintervention** et la **téléconsultation** pour les troubles dépressifs en comparaison avec les soins en personne.
- La **téléintervention** et la **télésurveillance** pourraient fournir des données objectives servant de soutien important à la prise de décision clinique et permettre l'autogestion aux patients atteints de maladies mentales graves pour prévenir la chronicité de leur maladie.
- La **téléintervention** a semblé potentiellement efficace pour améliorer la rétention des patients toxicomanes dans le système de santé.

Des avantages possibles des soins virtuels pour des populations spécifiques ou dans certains milieux ou contextes particuliers

- Chez des personnes de plus de 50 ans, les soins virtuels ont semblé réduire les symptômes courants des troubles mentaux et les problèmes psychosociaux;
- Pour les populations judiciairisées, les soins virtuels ont semblé apporter une réduction des symptômes psychiatriques et favoriser de meilleures stratégies d'adaptation;
- En contexte de pandémie, la transition de la prestation des services de santé mentale du face-à-face aux soins virtuels a semblé répondre aux attentes des patients et des professionnels de la santé.

Des modalités de soins virtuels dans les trajectoires de soins rapportées comme ayant des retombées positives sur l'accès équitable aux soins

- Par la **téléintervention** pour les patients :
 - atteints d'anxiété sociale, qui évitent souvent de demander de l'aide compte tenu de leur condition;

- atteints du syndrome de stress post-traumatique, qui peuvent être victimes de stigmatisation.
- Par la **télésurveillance** pour les patients :
 - atteints de schizophrénie et des autres troubles psychotiques et qui sont économiquement défavorisés;
 - atteints de troubles de santé mentale et qui sont confrontés à des obstacles géographiques ou qui vivent dans des régions mal desservies;
 - vivant dans des établissements de soins de longue durée.

Une satisfaction rapportée par les usagers et les prestataires de soins de santé

- Pour la **téléintervention** destinée aux usagers atteints :
 - de troubles dépressifs, la satisfaction a semblé généralement plus élevée ou équivalente à celle liée aux soins en personne;
 - de troubles anxieux, la satisfaction a semblé plus élevée, mais avec une préférence pour la communication avec le soutien d'un professionnel en comparaison avec une intervention de soins virtuels non guidée.
- Pour la **télésurveillance** des usagers atteints de troubles du spectre de la schizophrénie, le niveau satisfaction et l'acceptabilité ont semblé élevés.
- En ce qui concerne les **prestataires de soins**, l'attitude et l'expérience ont semblé globalement positives à l'égard des soins virtuels pour différents types de services, lieux de soins et populations.

Peu de résultats sur la sécurité des soins virtuels

- Pour les troubles anxieux, entre 0 et 5 % des participants auraient signalé un impact négatif des traitements reçus via la **téléintervention**.
- L'innocuité de toute la gamme de nouvelles technologies pour traiter les troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques n'est pas pleinement assurée. Même si aucun préjudice significatif n'a semblé associé aux interventions par messagerie texte, la thérapie par avatar pourrait, par exemple, entraîner une augmentation de l'anxiété.
- La confidentialité demeure un enjeu préoccupant lors de la **téléconsultation sans patient**, surtout pour les petites communautés rurales.

Peu de guides de pratique clinique publiés sur les soins virtuels en psychiatrie

- Tous les guides retenus portaient sur l'iTCC dans les cas de trouble de stress post-traumatique, d'anxiété sociale ou de troubles de santé mentale en général.

RÉFÉRENCES

- Aali G, Kariotis T, Shokrane F. Avatar Therapy for people with schizophrenia or related disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;5:CD011898.
- APA. Best Practices in Videoconferencing-Based Telemental Health. États-Unis : The American Psychiatric Association and The American Telemedicine Association; 2018.
- Arksey H et O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology* 2005;8(1):19-32.
- Basit SA, Mathews N, Kunik ME. Telemedicine interventions for medication adherence in mental illness: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2020;62:28-36.
- Batastini AB, Paprzycki P, Jones ACT, MacLean N. Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. *Clin Psychol Rev* 2021;83:101944.
- Best MW. CIHR knowledge synthesis: examining the efficacy of evidence-based psychosocial interventions for schizophrenia-spectrum disorders delivered through virtual care Tip Research Lab. Toronto : University of Toronto; 2020. Disponible à : <https://cihrirsc.gc.ca/e/documents/Best-Initial-Knowledge-Synthesis-2020-06-22.pdf>.
- CADTH. Telehealth and Mobile Services for Substance Use Disorder: Clinical effectiveness, Cost-Effectiveness and Guidelines. Ottawa : Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2020. Janvier 2020.
- Castro A, Gili M, Ricci-Cabello I, Roca M, Gilbody S, Perez-Ara MA, *et al.* Effectiveness and adherence of telephone-administered psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2020;260:514-26.
- Chan EC, Sun Y, Aitchison KJ, Sivapalan S. Mobile App-Based Self-Report Questionnaires for the Assessment and Monitoring of Bipolar Disorder: Systematic Review. *JMIR Form Res* 2021;5(1):e13770.
- Chan M, Jiang Y, Lee CYC, Ramachandran HJ, Teo JYC, Seah CWA, *et al.* Effectiveness of eHealth-based cognitive behavioural therapy on depression: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* 2022;20:20.
- Chivilgina O, Wangmo T, Elger BS, Heinrich T, Jotterand F. mHealth for schizophrenia spectrum disorders management: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry* 2020;66(7):642-65.
- Christ C, Schouten MJ, Blankers M, van Schaik DJ, Beekman AT, Wisman MA, *et al.* Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Adolescents and Young Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res* 2020;22(9):e17831.
- CIUSSS de l'Estrie-CHUS. POLITIQUE DE TÉLÉSANTÉ. Direction de la coordination de la mission universitaire; 2021.

- CIUSSS NIM. La gestion par trajectoire de soins et de services. Guide théorique et pratique. Québec : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de- l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM); 2019.
- CMQ. Télémedecine- glossaire: Concepts et définitions [site Web]. Collège des médecins du Québec (CMQ); 2021. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2021-12-13-fr-glossaire-concepts-et-definitions.pdf?t=1675279071085>.
- Connolly SL, Miller CJ, Lindsay JA, Bauer MS. A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing. *Clinical Psychology: Science and Practice* Vol 27(2), 2020, ArtID e12311 2020;27(2)
- Cox KL, Allida SM, Hackett ML. Text messages to reduce depressive symptoms: Do they work and what makes them effective? A systematic review. *Health Education Journal* 2021;80(3):253-71.
- D'Arcey J, Collaton J, Kozloff N, Voineskos AN, Kidd SA, Foussias G. The Use of Text Messaging to Improve Clinical Engagement for Individuals With Psychosis: Systematic Review. *JMIR Ment Health* 2020;7(4):e16993.
- Domhardt M, Letsch J, Kybelka J, Koenigbauer J, Doeblner P, Baumeister H. Are Internet- and mobile-based interventions effective in adults with diagnosed panic disorder and/or agoraphobia? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2020;276:169-82.
- Dworschak C, Heim E, Maercker A. Efficacy of internet-based interventions for common mental disorder symptoms and psychosocial problems in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Internet Interv* 2022;27:100498.
- Dwyer A, de Almeida Neto A, Estival D, Li W, Lam-Cassettari C, Antoniou M. Suitability of Text-Based Communications for the Delivery of Psychological Therapeutic Services to Rural and Remote Communities: Scoping Review. *JMIR Ment Health* 2021;8(2):e19478.
- Echelard JF. Use of Telemedicine in Depression Care by Physicians: Scoping Review. *JMIR Form Res* 2021;5(7):e29159.
- Efron G et Wootton BM. Remote cognitive behavioral therapy for panic disorder: A meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2021;79:102385.
- Esfandiari N, Mazaheri MA, Akbari-Zardkhaneh S, Sadeghi-Firoozabadi V, Cheraghi M. Internet-Delivered Versus Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Prev Med* 2021;12:153.
- Fernandez E, Woldgabreal Y, Day A, Pham T, Gleich B, Aboujaoude E. Live psychotherapy by video versus in-person: A meta-analysis of efficacy and its relationship to types and targets of treatment. *Clin* 2021;28(6):1535-49.
- Gan DZQ, McGillivray L, Han J, Christensen H, Torok M. Effect of Engagement With Digital Interventions on Mental Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front* 2021;3:764079.

- Gega L, Jankovic D, Saramago P, Marshall D, Dawson S, Brabyn S, *et al.* Digital interventions in mental health: evidence syntheses and economic modelling. *Health Technol Assess* 2022;26(1):1-182.
- Giovanetti AK, Punt SEW, Nelson EL, Ilardi SS. Teletherapy Versus In-Person Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Telemed J E Health* 2022;10:10.
- Guaiana G, Mastrangelo J, Hendriks S, Barbui C. A Systematic Review of the Use of Telepsychiatry in Depression. *Community Ment Health J* 2021;57(1):93-100.
- Guo S, Deng W, Wang H, Liu J, Liu X, Yang X, *et al.* The efficacy of internet-based cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin* 2021;28(3):656-68.
- Jameel L, Valmaggia L, Barnes G, Cella M. mHealth technology to assess, monitor and treat daily functioning difficulties in people with severe mental illness: A systematic review. *J Psychiatr Res* 2021;145:35-49.
- Jones C, Miguel-Cruz A, Smith-MacDonald L, Cruikshank E, Baghoori D, Kaur Chohan A, *et al.* Virtual Trauma-Focused Therapy for Military Members, Veterans, and Public Safety Personnel With Posttraumatic Stress Injury: Systematic Scoping Review. *JMIR Mhealth Uhealth* 2020;8(9):e22079.
- Kerst A, Zielasek J, Gaebel W. Smartphone applications for depression: a systematic literature review and a survey of health care professionals' attitudes towards their use in clinical practice. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2020;270(2):139-52.
- Kim S *et al.* Screening for depression in mobile devices using patient health questionnaire-9 (Phq-9) data: A diagnostic meta-analysis via machine learning methods. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2021;17:3415-30.
- Köhnen M, Kriston L, Harter M, Baumeister H, Liebherz S. Effectiveness and acceptance of technology-based psychological interventions for the acute treatment of unipolar depression: Systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 2021;23(6) (no pagination)
- Leach R, Carreiro S, Shaffer PM, Gaba A, Smelson D. Digital Health Interventions for Mental Health, Substance Use, and Co-occurring Disorders in the Criminal Justice Population: A Scoping Review. *Front Psychiatr* 2021;12:794785.
- Li H, Glecia A, Kent-Wilkinson A, Leidl D, Kleib M, Risling T. Transition of Mental Health Service Delivery to Telepsychiatry in Response to COVID-19: A Literature Review. *Psychiatr Q* 2021;08:08.
- Lindegaard T, Berg M, Andersson G. Efficacy of Internet-Delivered Psychodynamic Therapy: Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychodyn* 2020;48(4):437-54.
- Liu JY, Xu KK, Zhu GL, Zhang QQ, Li XM. Effects of smartphone-based interventions and monitoring on bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *World j* 2020;10(11):272-85.
- Matsumoto K, Hamatani S, Shimizu E. Effectiveness of Videoconference-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Psychiatric Disorders: Systematic and Meta-Analytic Review. *J Med Internet Res* 2021;23(12):e31293.

- Mazziotti R et Rutigliano G. Tele-Mental Health for Reaching Out to Patients in a Time of Pandemic: Provider Survey and Meta-analysis of Patient Satisfaction. *JMIR Ment Health* 2021;8(7):e26187.
- McClellan MJ, Osbaldiston R, Wu R, Yeager R, Monroe AD, McQueen T, Dunlap MH. The effectiveness of telepsychology with veterans: A meta-analysis of services delivered by videoconference and phone. *Psychological Services* 2021;No Pagination Specified.
- Moghim E, Davis C, Rotondi M. The Efficacy of eHealth Interventions for the Treatment of Adults Diagnosed With Full or Subthreshold Binge Eating Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res* 2021;23(7):e17874.
- Molina R, Porrás-Segovia A, Ruiz M, Baca-García E. eHealth tools for assessing psychomotor activity in schizophrenia: a systematic review. *Rev Bras Psiquiatr* 2020;43(1):102-7.
- Moshe I, Terhorst Y, Philippi P, Domhardt M, Cuijpers P, Cristea I, *et al.* Digital interventions for the treatment of depression: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 2021;147(8):749-86.
- Musiat P, Johnson C, Atkinson M, Wilksch S, Wade T. Impact of guidance on intervention adherence in computerised interventions for mental health problems: a meta-analysis. *Psychol Med* 2022;52(2):229-40.
- NICE. Post-traumatic stress disorder -NICE guideline. United Kingdom : National Institute for Health and Care Excellence; 2018. 5 décembre 2018. Disponible à : www.nice.org.uk/guidance/ng116 (consulté le 3 octobre 2022).
- O'Keefe M, White K, Jennings JC. Asynchronous telepsychiatry: A systematic review. *J Telemed Telecare* 2021;27(3):137-45.
- OntarioHealth. Internet-delivered cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder or acute stress disorder: recommendation. Toronto 2021 : Juin 2021. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/evidence-to-improve-care/health-technology-assessment/reviews-and-recommendations/internet-delivered-cbt-for-ptsd-or-asd>.
- Ortiz A, Maslej MM, Husain MI, Daskalakis ZJ, Mulsant BH. Apps and gaps in bipolar disorder: A systematic review on electronic monitoring for episode prediction. *J Affect Disord* 2021;295:1190-200.
- Pang Y, Zhang X, Gao R, Xu L, Shen M, Shi H, *et al.* Efficacy of web-based self-management interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry* 2021;21(1):398.
- Polak M, Tanzer NK, Bauernhofer K, Andersson G. Disorder-specific internet-based cognitive-behavioral therapy in treating panic disorder, comorbid symptoms and improving quality of life: A meta-analytic evaluation of randomized controlled trials. *Internet Interv* 2021;24:100364.

- Reins JA, Buntrock C, Zimmermann J, Grund S, Harrer M, Lehr D, *et al.* Efficacy and Moderators of Internet-Based Interventions in Adults with Subthreshold Depression: An Individual Participant Data Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychother Psychosom* 2021;90(2):94-106.
- Saccaro LF, Amatori G, Cappelli A, Mazziotti R, Dell'Osso L, Rutigliano G. Portable technologies for digital phenotyping of bipolar disorder: A systematic review. *J Affect Disord* 2021;295:323-38.
- Saramago P, Gega L, Marshall D, Nikolaidis GF, Jankovic D, Melton H, *et al.* Digital Interventions for Generalized Anxiety Disorder (GAD): Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Front Psychiatr* 2021;12:726222.
- Schwarz J, Barkas A, Blease C, Collins L, Hagglund M, Markham S, Hochwarter S. Sharing Clinical Notes and Electronic Health Records With People Affected by Mental Health Conditions: Scoping Review. *JMIR Ment Health* 2021;8(12):e34170.
- Shaw J, Jamieson T, Agarwal P, Griffin B, Wong I, Bhatia RS. Virtual care policy recommendations for patient-centred primary care: findings of a consensus policy dialogue using a nominal group technique. *J Telemed Telecare* 2018;24(9):608-15.
- Simmonds-Buckley M, Bennion MR, Kellett S, Millings A, Hardy GE, Moore RK. Acceptability and Effectiveness of NHS-Recommended e-Therapies for Depression, Anxiety, and Stress: Meta-Analysis. *J Med Internet Res* 2020;22(10):e17049.
- Simon N, Robertson L, Lewis C, Roberts NP, Bethell A, Dawson S, Bisson JI. Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;5:CD011710.
- Stech EP, Lim J, Upton EL, Newby JM. Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behav Ther* 2020;49(4):270-93.
- Sunjaya AP, Chris A, Novianti D. Efficacy, patient-doctor relationship, costs and benefits of utilizing telepsychiatry for the management of post-traumatic stress disorder (PTSD): a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother* 2020;42(1):102-10.
- Thompson EM, Destree L, Albertella L, Fontenelle LF. Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Systematic Review and Meta-Analysis for Mental Health Outcomes. *Behav* 2021;52(2):492-507.
- Toombs E, Kowatch KR, Dalicandro L, McConkey S, Hopkins C, Mushquash CJ. A systematic review of electronic mental health interventions for Indigenous youth: Results and recommendations. *J Telemed Telecare* 2021;27(9):539-52.
- van Loenen I, Scholten W, Muntingh A, Smit J, Batelaan N. The Effectiveness of Virtual Reality Exposure-Based Cognitive Behavioral Therapy for Severe Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive Disorder, and Posttraumatic Stress Disorder: Meta-analysis. *J Med Internet Res* 2022;24(2):e26736.

- van Lotringen CM, Jeken L, Westerhof GJ, Ten Klooster PM, Kelders SM, Noordzij ML. Responsible Relations: A Systematic Scoping Review of the Therapeutic Alliance in Text-Based Digital Psychotherapy. *Front* 2021;3:689750.
- Warnock-Parkes E, Wild J, Thew GR, Kerr A, Grey N, Stott R, *et al.* Treating social anxiety disorder remotely with cognitive therapy. *Cogn Behav Therap* 2020;13:e30.
- Zhou Y, Bai Z, Wu W, Fan Z, Wu C, Li L, Li S. Impacts of Internet-Based Interventions for Veterans With PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol* 2021;12:711652.

ANNEXE A

Stratégie de repérage de l'information scientifique

Tableau A-1 Bases de données bibliographiques

MEDLINE (Ovid)	
Date du repérage : 14 février 2022	
Limites : 2017- ; anglais, français	
1	*Cognitive Behavioral Therapy/ OR *Cognitive Dysfunction/ OR *Dementia/ OR *Mental Disorders/ OR *Mental Health/ OR *Psychiatry/
2	(CBT OR ((cognition OR cognitive) ADJ2 (psychotherap* OR therap* OR treatment*))).ti,kf
3	(amnesic OR ((cognition OR cognitive OR mental OR neurocognitive) ADJ (decline OR defect* OR deficit OR deterioration OR disabilit* OR disorder* OR impairment*)) OR overinclusion OR response interference).ti,kf
4	(dementia OR demention OR paranoia OR paranoid OR paranoidism OR psychose* OR psychosis OR psychotic OR psychoticism OR schizoaffective disorder* OR schizophreniform disorder* OR schizophrenia OR schizophrenic).ti,kf
5	((((behavior* OR behaviour*) ADJ disorder*) OR insanity OR (mental ADJ (abnormalit* OR change OR confusion OR defect* OR disease* OR disorder* OR disturbance OR illness OR insufficienc* OR symptom*)) OR mentally ill OR neurodevelopmental disorder* OR (neuropsychiatric ADJ (disease* OR disorder*)) OR ((psychiatric OR psychic OR psychologic OR psychological) ADJ (diagnosis OR disease* OR disorder* OR disturbance OR illness OR symptom* OR syndrome))).ti,kf
6	((mental OR psychic) ADJ (care OR condition OR factor OR health OR help OR hygiene OR service OR state OR status)).ti,kf
7	(psychiatrist* OR psychiatry).ti,kf
8	((psychiatric OR psychological) ADJ2 (condition* OR therap* OR treatment*)).ti,kf
9	OR/1-8
10	*Anxiety/ OR *Bipolar Disorder/ OR *Depression/ OR *Mood Disorders/ OR *Panic Disorder/ OR *Stress Disorders, Post-Traumatic/ OR *Substance-Related Disorders/
11	((((affective OR mood) ADJ (disorder* OR disturbance* OR illness)) OR angst OR anxiety OR anxious* OR (bipolar ADJ2 (disorder* OR illness)) OR chemical dependenc* OR depressive OR depression OR ((drug OR substance) ADJ (abuse OR addict* OR dependenc* OR facilitation OR habituation OR related disorder* OR "use disorder" OR "use disorders")) OR hypervigilance OR manic disorder* OR nevousness OR moral injury OR obsessional OR (panic ADJ (attack* OR disorder*)) OR physical dependenc* OR ((post-traumatic OR posttraumatic) ADJ (neuros* OR stress OR syndrome)) OR PTSD OR toxicomani*).ti,kf
12	OR/10-11
13	9 OR 12
14	*Hotlines/ OR *Internet/ OR *Mobile Applications/ OR *Smartphone/ OR *Telecommunications/ OR *Telemedicine/ OR *Telephone/ OR *Text Messaging/ OR *Remote Consultation/ OR *Videoconferencing/
15	(application OR applications OR app OR apps OR broadcasting OR computer based OR cyber space OR cyberspace OR dataphone* OR (digital ADJ (assistance OR care OR data OR health OR sample*)) OR distance OR distant site OR e-consultation* OR e-health OR e-mail OR e-mails OR e-visit OR e-visits OR econsultation* OR ehealth OR electronic hub OR email OR emails OR evisit OR evisits OR home*based OR hotline* OR internet OR internet*based OR iPad OR iPhone OR (long distance ADJ (consultation* OR supervision*)) OR m-health OR mhealth OR mobile health OR online OR patient portal OR phone* OR radiological imag* OR (remote ADJ (assessment* OR care OR clinician* OR consultation* OR monitoring OR therap* OR treatment*)) OR remotely delivered OR short message service OR smart device* OR smart*phone* OR smartphone* OR smart phone* OR SMS OR tablet device OR tele-assistance* OR tele-care* OR tele-communication* OR tele-conference* OR tele-consultation* OR tele-consulting OR tele-diagnosis OR tele-education OR tele-homecare OR tele-health OR tele-healthcare OR tele-imaging OR tele-medicine OR tele-mentoring OR tele-monitoring OR tele-rehabilitation* OR teleassistance* OR telecare* OR telecommunication* OR teleconference* OR teleconsultation* OR teleconsulting OR telediagnosis OR teleeducation OR telehomecare OR telehealth OR telehealthcare OR teleimaging OR telemedicine OR

	telementoring OR telemonitoring OR telephone* OR telerehabilitation* OR text messag* OR texting OR video-based OR video-conferenc* OR videobased OR videoconferenc* OR video consultation* OR (virtual ADJ (care OR consultation* OR visit*)) OR web-based OR webbased OR web care OR wireless monitoring system OR world wide web).ti,kf
16	OR/14-15
17	Therapy, Computer-Assisted/
18	((computer assisted) ADJ3 (therap* OR treatment*)).ti,kf
19	OR/17-18
20	("telemedicine journal & e health" OR "journal of telemedicine & telecare").jn
21	16 OR 19 OR 20
22	*Self Care/
23	(selfcare OR selfmanagement OR selftreatment OR (self ADJ (care OR directed OR management OR nurturance OR treatment*))).ti,kf
24	OR/22-23
25	21 OR 24
26	13 AND 25
27	("online CBT" OR online psychological therap* OR online psychological treatment* OR tele-mental health OR telemental health OR tele-psychiatry OR telepsychiatry).ti,kf
28	OR/26-27
29	exp Algorithms/ OR exp Clinical Protocols/ OR exp Consensus/ OR exp Consensus Development Conference/ OR exp Consensus Development Conferences as Topic/ OR exp Critical Pathways/ OR exp Guideline/ OR exp Guidelines as Topic/ OR Health Planning Guidelines/ OR Clinical Conference.pt OR (guideline* OR guide line* OR CPG OR CPGs OR guidance OR practical guide* OR (best ADJ3 practice*) OR (evidence ADJ2 (base* OR report* OR synthes* OR research OR practice* OR best)) OR consensus OR algorithm* OR (clinical ADJ2 (path OR paths OR pathway* OR protocol*)) OR ((critical OR clinical) ADJ2 (path OR paths OR pathway*)) OR recommendation* OR committee opinion* OR policy statement* OR position statement* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR ((standard OR standards) ADJ2 (care* OR practice*)) OR (gold ADJ2 standard*)).ti,ab,kw
30	Meta-Analysis.pt OR exp Meta-Analysis as Topic/ OR Systematic Review/ OR exp Technology Assessment, Biomedical/ OR (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta-review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of reviews OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR ((quantitative OR methodologic* OR integrativ*) ADJ (review* OR overview* OR synthes*)) OR umbrella review* OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal* OR technology reassessment*).ti,ab,kw OR (review.mp AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,kw)
31	(Case Reports OR Comment OR Editorial OR Letter).pt OR (case report* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*).ti
32	(29 OR 30) NOT 31
33	28 AND 32
34	28 OR 33

Embase (Ovid)	
Date du repérage : 14 février 2022	
Limites : 2017- ; anglais, français; Embase	
1	*Cognitive Behavioral Therapy/ OR *Cognitive Defect/ OR *Cognitive Therapy/ OR *Dementia/ OR *Mental Disease/ OR *Mental Health/ OR *Psychiatry/
2	(CBT OR ((cognition OR cognitive) ADJ2 (psychotherap* OR therap* OR treatment*))).ti,kw
3	(amnesic OR ((cognition OR cognitive OR mental OR neurocognitive) ADJ (decline OR defect* OR deficit OR deterioration OR disabilit* OR disorder* OR impairment*)) OR overinclusion OR response interference).ti,kw

4	(dementia OR demention OR paranoia OR paranoid OR paranoidism OR psychose* OR psychosis OR psychotic OR psychoticism OR schizoaffective disorder* OR schizophreniform disorder* OR schizophrenia OR schizophrenic).ti,kw
5	((behavior* OR behaviour*) ADJ disorder*) OR insanity OR (mental ADJ (abnormalit* OR change OR confusion OR defect* OR disease* OR disorder* OR disturbance OR illness OR insufficienc* OR symptom*)) OR mentally ill OR neurodevelopmental disorder* OR (neuropsychiatric ADJ (disease* OR disorder*)) OR ((psychiatric OR psychic OR psychologic OR psychological) ADJ (diagnosis OR disease* OR disorder* OR disturbance OR illness OR symptom* OR syndrome)).ti,kw
6	((mental OR psychic) ADJ (care OR condition OR factor OR health OR help OR hygiene OR service OR state OR status)).ti,kw
7	(psychiatrist* OR psychiatry).ti,kw
8	((psychiatric OR psychological) ADJ2 (condition* OR therap* OR treatment*)).ti,kw
9	OR/1-8
10	*Anxiety/ OR *Bipolar Disorder/ OR *Depression/ OR *Drug Dependence/ OR *Mood Disorder/ OR *Panic/ OR *PostTraumatic Stress Disorder/
11	((affective OR mood) ADJ (disorder* OR disturbance* OR illness)) OR angst OR anxiety OR anxious* OR (bipolar ADJ2 (disorder* OR illness)) OR chemical dependenc* OR depressive OR depression OR ((drug OR substance) ADJ (abuse OR addict* OR dependenc* OR facilitation OR habituation OR related disorder* OR "use disorder" OR "use disorders")) OR hypervigilance OR manic disorder* OR nevousness OR moral injury OR obsessional OR (panic ADJ (attack* OR disorder*)) OR physical dependenc* OR ((post-traumatic OR posttraumatic) ADJ (neuros* OR stress OR syndrome)) OR PTSD OR toxicomani*).ti,kw
12	OR/10-11
13	9 OR 12
14	*Hotline/ OR *Internet/ OR *Mobile Application/ OR *Smartphone/ OR *Telecommunication/ OR *Telemedicine/ OR *Telephone/ OR *Text Messaging/ OR *Teleconsultation/ OR *Videoconferencing/
15	(application OR applications OR app OR apps OR broadcasting OR computer based OR cyber space OR cyberspace OR dataphone* OR (digital ADJ (assistance OR care OR data OR health OR sample*)) OR distance OR distant site OR e-consultation* OR e-health OR e-mail OR e-mails OR e-visit OR e-visits OR econsultation* OR ehealth OR electronic hub OR email OR emails OR evisit OR evisits OR home*based OR hotline* OR internet OR internet*based OR iPad OR iPhone OR (long distance ADJ (consultation* OR supervision*)) OR m-health OR mhealth OR mobile health OR online OR patient portal OR phone* OR radiological imag* OR (remote ADJ (assessment* OR care OR clinician* OR consultation* OR monitoring OR therap* OR treatment*)) OR remotely delivered OR short message service OR smart device* OR smart*phone* OR smartphone* OR smart phone* OR SMS OR tablet device OR tele-assistance* OR tele-care* OR tele-communication* OR tele-conference* OR tele-consultation* OR tele-consulting OR tele-diagnosis OR tele-education OR tele-homecare OR tele-health OR tele-healthcare OR tele-imaging OR tele-medicine OR tele-mentoring OR tele-monitoring OR tele-rehabilitation* OR teleassistance* OR telecare* OR telecommunication* OR teleconference* OR teleconsultation* OR teleconsulting OR telediagnosis OR teleeducation OR telehomecare OR telehealth OR telehealthcare OR teleimaging OR telemedicine OR telementoring OR telemonitoring OR telephone* OR telerehabilitation* OR text messag* OR texting OR video-based OR video-conferenc* OR videobased OR videoconferenc* OR video consultation* OR (virtual ADJ (care OR consultation* OR visit*)) OR web-based OR webbased OR web care OR wireless monitoring system OR world wide web).ti,kw
16	OR/14-15
17	*Computer Assisted Therapy/
18	((computer assisted) ADJ3 (therap* OR treatment*)).ti,kw
19	OR/17-18
20	16 OR 19
21	*Self Care/
22	(selfcare OR selfmanagement OR selftreatment OR (self ADJ (care OR directed OR management OR nurturance OR treatment*))).ti,kw
23	OR/21-22
24	20 OR 23
25	13 AND 24

26	("online CBT" OR online psychological therap* OR online psychological treatment* OR tele-mental health OR telemental health OR tele-psychiatry OR telepsychiatry).ti,kw
27	OR/25-26
28	Algorithm/ OR Clinical Pathway/ OR Clinical Protocol/ OR Consensus/ OR Consensus Development/ OR Health Care Planning/ OR exp Practice Guideline/ OR (algorithm* OR best evidence OR (best ADJ3 practice*) OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (critical ADJ3 pathway*) OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR recommendation* OR standard*).ti,kw
29	Biomedical Technology Assessment/ OR Meta Analysis/ OR "Meta Analysis (topic)"/ OR Systematic Review/ OR "Systematic Review (topic)"/ OR (HTA OR HTAs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence synthesis OR evidence syntheses OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR research evidence* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR umbrella review*).ti,kw OR (review.tw. AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,kw)
30	Case Report/ OR Editorial/ OR Letter/ OR (case report* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*).ti
31	(28 OR 29) NOT 30
32	27 AND 31
33	27 OR 32

EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews	
Date du repérage : 14 février 2022	
Limites : 2017- ; anglais, français	
1	(CBT OR ((cognition OR cognitive) ADJ2 (psychotherap* OR therap* OR treatment*))).ti,kw
2	(amnesic OR ((cognition OR cognitive OR mental OR neurocognitive) ADJ (decline OR defect* OR deficit OR deterioration OR disabilit* OR disorder* OR impairment*)) OR overinclusion OR response interference).ti,kw
3	(dementia OR demention OR paranoia OR paranoid OR paranoidism OR psychose* OR psychosis OR psychotic OR psychoticism OR schizoaffective disorder* OR schizophreniform disorder* OR schizophrenia OR schizophrenic).ti,kw
4	((((behavior* OR behaviour*) ADJ disorder*) OR insanity OR (mental ADJ (abnormalit* OR change OR confusion OR defect* OR disease* OR disorder* OR disturbance OR illness OR insufficienc* OR symptom*)) OR mentally ill OR neurodevelopmental disorder* OR (neuropsychiatric ADJ (disease* OR disorder*)) OR ((psychiatric OR psychic OR psychological OR psychological) ADJ (diagnosis OR disease* OR disorder* OR disturbance OR illness OR symptom* OR syndrome))).ti,kw
5	((mental OR psychic) ADJ (care OR condition OR factor OR health OR help OR hygiene OR service OR state OR status)).ti,kw
6	(psychiatrist* OR psychiatry).ti,kw
7	((psychiatric OR psychological) ADJ2 (condition* OR therap* OR treatment*)).ti,kw
8	((((affective OR mood) ADJ (disorder* OR disturbance* OR illness)) OR angst OR anxiety OR anxious* OR (bipolar ADJ2 (disorder* OR illness)) OR chemical dependenc* OR depressive OR depression OR ((drug OR substance) ADJ (abuse OR addict* OR dependenc* OR facilitation OR habituation OR related disorder* OR "use disorder" OR "use disorders"))) OR hypervigilance OR manic disorder* OR nevousness OR moral injury OR obsessional OR (panic ADJ (attack* OR disorder*)) OR physical dependenc* OR ((post-traumatic OR posttraumatic) ADJ (neuros* OR stress OR syndrome)) OR PTSD OR toxicomani*).ti,kw
9	OR/1-8
10	(application OR applications OR app OR apps OR broadcasting OR computer based OR cyber space OR cyberspace OR dataphone* OR (digital ADJ (assistance OR care OR data OR health OR sample*)) OR distance OR distant site OR e-consultation* OR e-health OR e-mail OR e-mails OR e-visit OR e-visits OR econsultation* OR ehealth OR electronic hub OR email OR emails OR evisit OR evisits OR home*based OR hotline* OR internet OR internet*based OR iPad OR iPhone OR (long distance ADJ (consultation* OR

	supervision*)) OR m-health OR mhealth OR mobile health OR online OR patient portal OR phone* OR radiological imag* OR (remote ADJ (assessment* OR care OR clinician* OR consultation* OR monitoring OR therap* OR treatment*)) OR remotely delivered OR short message service OR smart device* OR smart*phone* OR smartphone* OR smart phone* OR SMS OR tablet device OR tele-assistance* OR tele-care* OR tele-communication* OR tele-conference* OR tele-consultation* OR tele-consulting OR tele-diagnosis OR tele-education OR tele-homecare OR tele-health OR tele-healthcare OR tele-imaging OR tele-medicine OR tele-mentoring OR tele-monitoring OR tele-rehabilitation* OR teleassistance* OR telecare* OR telecommunication* OR teleconference* OR teleconsultation* OR teleconsulting OR telediagnosis OR teleeducation OR telehomecare OR telehealth OR telehealthcare OR teleimaging OR telemedicine OR telementoring OR telemonitoring OR telephone* OR telerehabilitation* OR text messag* OR texting OR video-based OR video-conferenc* OR videobased OR videoconferenc* OR video consultation* OR (virtual ADJ (care OR consultation* OR visit*)) OR web-based OR webbased OR web care OR wireless monitoring system OR world wide web).ti,kw
11	((computer assisted) ADJ3 (therap* OR treatment*)),ti,kw
12	(selfcare OR selfmanagement OR selftreatment OR (self ADJ (care OR directed OR management OR nurturance OR treatment*))).ti,kw
13	OR/10-12
14	9 AND 13
15	("online CBT" OR online psychological therap* OR online psychological treatment* OR tele-mental health OR telemental health OR tele-psychiatry OR telepsychiatry).ti,kw
16	OR/14-15

PsycInfo (Ovid)	
Date du repérage : 14 février 2022	
Limites : 2017- ; anglais, français	
1	*Cognitive Behavior Therapy/ OR *Cognitive Impairment/ OR *Dementia/ OR *Mental Disorders/ OR *Mental Health/ OR *Psychiatry/
2	(CBT OR ((cognition OR cognitive) ADJ2 (psychotherap* OR therap* OR treatment*))).ti,id
3	(amnesic OR ((cognition OR cognitive OR mental OR neurocognitive) ADJ (decline OR defect* OR deficit OR deterioration OR disabilit* OR disorder* OR impairment*)) OR overinclusion OR response interference).ti,id
4	(dementia OR demention OR paranoia OR paranoid OR paranoidism OR psychose* OR psychosis OR psychotic OR psychoticism OR schizoaffective disorder* OR schizophreniform disorder* OR schizophrenia OR schizophrenic).ti,id
5	((((behavior* OR behaviour*) ADJ disorder*) OR insanity OR (mental ADJ (abnormalit* OR change OR confusion OR defect* OR disease* OR disorder* OR disturbance OR illness OR insufficienc* OR symptom*)) OR mentally ill OR neurodevelopmental disorder* OR (neuropsychiatric ADJ (disease* OR disorder*)) OR ((psychiatric OR psychic OR psychologic OR psychological) ADJ (diagnosis OR disease* OR disorder* OR disturbance OR illness OR symptom* OR syndrome))).ti,id
6	((mental OR psychic) ADJ (care OR condition OR factor OR health OR help OR hygiene OR service OR state OR status)).ti,id
7	(psychiatrist* OR psychiatry).ti,id
8	((psychiatric OR psychological) ADJ2 (condition* OR therap* OR treatment*)).ti,id
9	OR/1-8
10	*Anxiety/ OR *Bipolar Disorder/ OR *Depression (emotion)/ OR *Major Depression/ OR *Affective Disorders/ OR *Panic Disorder/ OR *Posttraumatic Stress Disorder/ OR *Substance Use Disorder/
11	((((affective OR mood) ADJ (disorder* OR disturbance* OR illness)) OR angst OR anxiety OR anxious* OR (bipolar ADJ2 (disorder* OR illness)) OR chemical dependenc* OR depressive OR depression OR ((drug OR substance) ADJ (abuse OR addict* OR dependenc* OR facilitation OR habituation OR related disorder* OR "use disorder" OR "use disorders")) OR hypervigilance OR manic disorder* OR nevousness OR moral injury OR obsessional OR (panic ADJ (attack* OR disorder*)) OR physical dependenc* OR ((post-traumatic OR posttraumatic) ADJ (neuros* OR stress OR syndrome)) OR PTSD OR toxicomani*).ti,id
12	OR/10-11
13	9 OR 12

14	*Hot Line Services/ OR *Internet/ OR *Mobile Applications/ OR *Smartphones/ OR *Telecommunications Media/ OR *Telemedicine/ OR *Telephone Systems/ OR *Text Messaging/ OR *Videoconferencing/
15	(application OR applications OR app OR apps OR broadcasting OR computer based OR cyber space OR cyberspace OR dataphone* OR (digital ADJ (assistance OR care OR data OR health OR sample*)) OR distance OR distant site OR e-consultation* OR e-health OR e-mail OR e-mails OR e-visit OR e-visits OR econsultation* OR ehealth OR electronic hub OR email OR emails OR evisit OR evisits OR home*based OR hotline* OR internet OR internet*based OR iPad OR iPhone OR (long distance ADJ (consultation* OR supervision*)) OR m-health OR mhealth OR mobile health OR online OR patient portal OR phone* OR radiological imag* OR (remote ADJ (assessment* OR care OR clinician* OR consultation* OR monitoring OR therap* OR treatment*)) OR remotely delivered OR short message service OR smart device* OR smart*phone* OR smartphone* OR smart phone* OR SMS OR tablet device OR tele-assistance* OR tele-care* OR tele-communication* OR tele-conference* OR tele-consultation* OR tele-consulting OR tele-diagnosis OR tele-education OR tele-homecare OR tele-health OR tele-healthcare OR tele-imaging OR tele-medicine OR tele-mentoring OR tele-monitoring OR tele-rehabilitation* OR teleassistance* OR telecare* OR telecommunication* OR teleconference* OR teleconsultation* OR teleconsulting OR telediagnosis OR teleeducation OR telehomecare OR telehealth OR telehealthcare OR teleimaging OR telemedicine OR telementoring OR telemonitoring OR telephone* OR telerehabilitation* OR text messag* OR texting OR video-based OR video-conferenc* OR videobased OR videoconferenc* OR video consultation* OR (virtual ADJ (care OR consultation* OR visit*)) OR web-based OR webbased OR web care OR wireless monitoring system OR world wide web).ti,id
16	OR/14-15
17	*Computer Assisted Therapy/
18	((computer assisted) ADJ3 (therap* OR treatment*)),ti,id
19	OR/17-18
20	*Self Care/
21	(selfcare OR selfmanagement OR selftreatment OR (self ADJ (care OR directed OR management OR nurturance OR treatment*)))ti,id
22	OR/20-21
23	16 OR 19 OR 22
24	13 AND 23
25	*Telepsychiatry/
26	("online CBT" OR online psychological therap* OR online psychological treatment* OR tele-mental health OR telemental health OR tele-psychiatry OR telepsychiatry).ti,id
27	OR/25-26
28	24 OR 27
29	Algorithms/ OR Best Practices/ OR Evidence Based Practice/
30	(guideline* OR guide line* OR CPG OR CPGs OR guidance OR practical guide* OR (best ADJ3 practice*) OR (evidence ADJ2 (base* OR report* OR synthes* OR research OR practice* OR best)) OR consensus OR algorithm* OR (clinical ADJ2 (path OR paths OR pathway* OR protocol*)) OR ((critical OR clinical) ADJ2 (path OR paths OR pathway*)) OR recommendation* OR committee opinion* OR policy statement* OR position statement* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR ((standard OR standards) ADJ2 (care* OR practice*)) OR (gold ADJ2 standard*)),ti,id
31	Literature Review/ OR Meta-Analysis/ OR Systematic Review/
32	(meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta-review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of reviews OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR ((quantitative OR methodologic* OR integrativ*) ADJ (review* OR overview* OR synthes*)) OR umbrella review* OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal* OR technology reassessment*).ti,id OR (review.mp AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,id)
33	Case Report/ OR (case report* OR comment* OR reply OR replies OR editorial* OR letter*).ti,id
34	(29 OR 30 OR 31 OR 32) NOT 33
35	28 AND 34
36	28 OR 35

Stratégie de repérage de la littérature grise - psychiatrie

Limites : 2017 – 2022

Sites Web d'organisations qui sont susceptibles de publier des rapports d'ETMIS, des revues systématiques ou des guides de pratique, des lignes directrices ou des énoncés de positions sur les soins virtuels en psychiatrie

Tableau A-2 Sites internet et pages consultées

Organisation	Pays/Province	URL
Agence canadienne des médicaments et technologies en santé (ACMTS)	Canada/Québec	https://www.cadth.ca/fr
Association des médecins psychiatres du Québec	Canada/Québec	https://ampq.org/
Association des psychiatres du Canada	Canada/Québec	https://www.cpa-apc.org/news-policy-advocacy/advocacy-policy/position-papers-statements/
Canada Health Infoway	Canada/Ontario	https://www.infoway-inforoute.ca/en/?qclid=Cj0KCQiA-oqdBhDfARIsAO0TrGFod9KTDPRVGhUCZgTgX1BDbqkP8-6oKVacq-6iFSyUYnFKbnR3oPQaAmaFEALw_wcB
Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA)	Canada	https://www.caddra.ca/fr/ressources-en-telemedecine/
CISSSOFIL	Canada/Québec	https://cisssofil.ca/econsult-quebec-en-chiffre-plus-de-trois-ans-plus-tard/#~:text=Qu'est%2Dce%20eConsult%20Qu%20C3%A9bec.par%20le%20m%20C3%A9decin%20de%20famille
CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Canada/Québec	https://www.santeestrie.qc.ca/soins-services/pour-tous/telesante-soins-en-ligne
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Canada/Québec	https://ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca/enseignement-et-recherche/evaluation-des-technologies-et-des-modes-d'intervention-en-sante-et-services-sociaux/
eConsultQuébec	Canada/Québec	http://econsultquebec.ca/
Health Quality Ontario	Canada/Ontario	https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Canada/Québec	https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/conseil-numerique/
Réseau québécois de la télésanté	Canada/Québec	https://telesantequebec.ca/ https://telesantechum.ca/ https://www.telesantechudequebec.ca/ https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/telesante https://cusm.ca/information-pour-les-professionnels-de-la-sante/telesante
American College of Physicians (ACP)	États-Unis	https://www.acponline.org/
American Medical Association (AMA)	États-Unis	https://www.ama-assn.org/

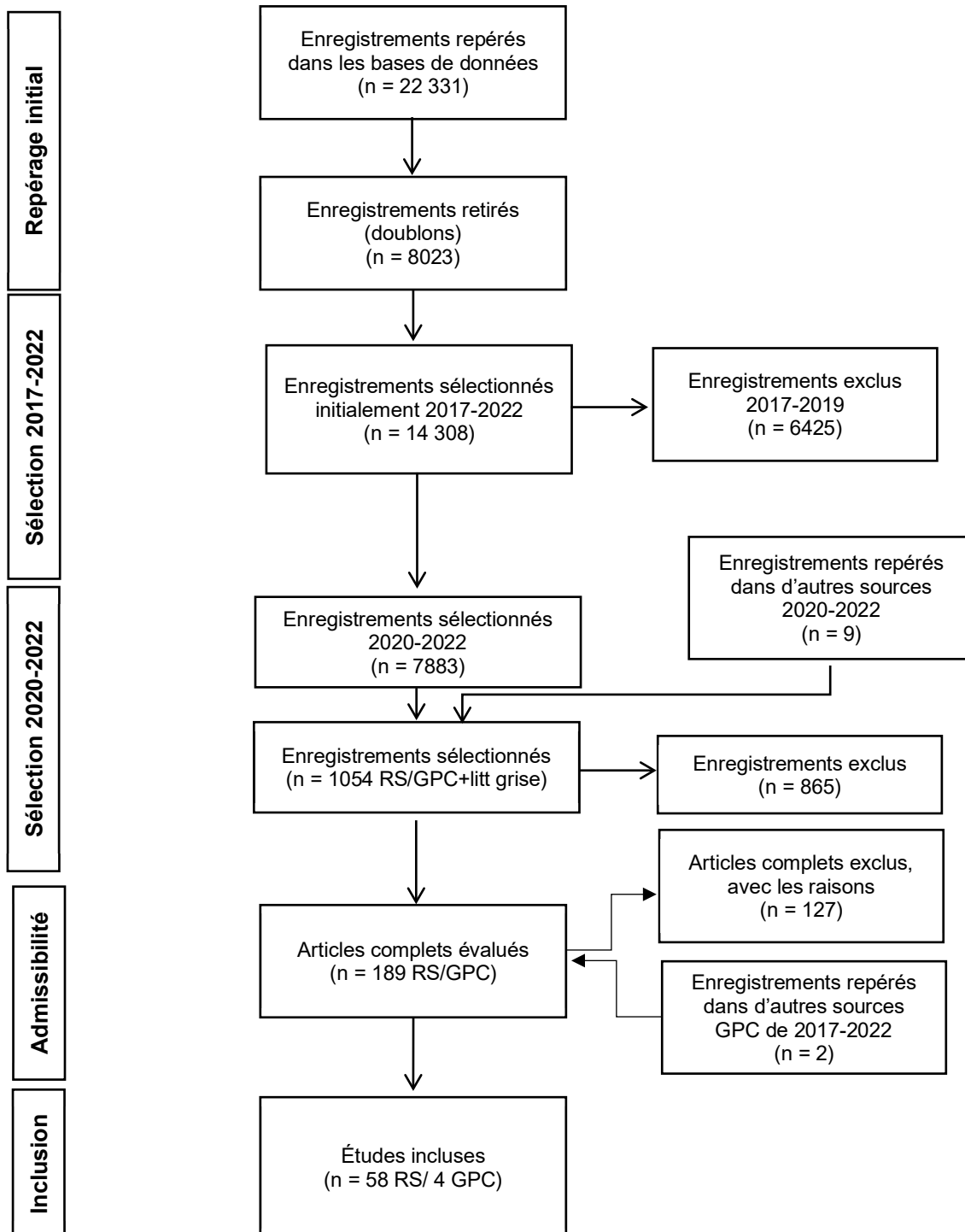
Organisation	Pays/Province	URL
American Psychiatric Association	États-Unis	https://www.psychiatry.org/
American Telemedicine Association	États-Unis	https://www.americantelemed.org/
Centers for disease control and prevention (CDC)	États-Unis	https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/telehealth.html
Haute Autorité de Santé (HAS), France	Europe/France	https://www.has-sante.fr/
National Health Service (NHS)	Europe/Royaume-Uni	https://www.england.nhs.uk/
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	Europe/Royaume-Uni	https://www.nice.org.uk/
Australian College of Rural and Remote Medicine (ACRRM)	Océanie/Australie	https://www.acrrm.org.au/
Australian Department of Health (MBS Online)	Océanie/Australie	http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Home
Australian Telehealth Society (ATHS)	Océanie/Australie	http://www.aths.org.au/

ANNEXE B

Processus de sélection des études

Figure B-1 Diagramme de flux

Années incluses dans le repérage : 1^{er} janvier 2017 au 14 février 2022



ANNEXE C

Documents exclus et raison d'exclusion

Tableau C-1 Revues systématiques exclues en psychiatrie

#	Auteur, titre, référence	Raison d'exclusion
1	Allott, K. <i>et al.</i> Compensatory Interventions for Cognitive Impairments in Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Schizophrenia Bulletin</i> , Volume 46, Issue 4, July 2020, Pages 869–883	Intervention: pas de soins virtuels
2	Alneyadi, M. <i>et al.</i> Biofeedback-Based Connected Mental Health Interventions for Anxiety: Systematic Literature Review. <i>JMIR Mhealth Uhealth</i> 2021;9(4):e26038	Intervention: soins virtuels sans l'implication de professionnels
3	Antosik-Wojcinska, A. Z. <i>et al.</i> Smartphone as a monitoring tool for bipolar disorder: a systematic review including data analysis, machine learning algorithms and predictive modelling. <i>Int J Med Inform.</i> 2020 Jun;138:104131	Intervention: soins virtuels sans l'implication de professionnels
4	Appleton, R. <i>et al.</i> Implementation, Adoption, and Perceptions of Telemental Health During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review. <i>J Med Internet Res</i> 2021;23(12):e31746	Résultats orientés sur l'implantation et COVID-19
5	Bahadoor, R. <i>et al.</i> Inventory and Analysis of Controlled Trials of Mobile Phone Applications Targeting Substance Use Disorders: A Systematic Review. <i>Front Psychiatry.</i> 2021 Feb 22;12:622394.	Intervention: pas de soins virtuels
6	Barbeito, S. <i>et al.</i> A systematic review of online interventions for families of patients with severe mental disorders. <i>J Affect Disord.</i> Volume 263 , 15 February 2020, Pages 147-15	Population : pas suivi en psychiatrie
7	Benoit, J. <i>et al.</i> Systematic Review of Digital Phenotyping and Machine Learning in Psychosis Spectrum Illnesses. <i>Harv Rev Psychiatry.</i> Sep/Oct 2020;28(5):296-304	Intervention: soins virtuels sans l'implication de professionnels (contexte de recherche)
8	Binng, D. <i>et al.</i> Distance Assessment for Detecting Cognitive Impairment in Older Adults: A Systematic Review of Psychometric Evidence. <i>Dement Geriatr Cogn Disord</i> 2020;49:456–470	Population : démence, pas clientèle suivie en psychiatrie
9	Bisso, E. <i>et al.</i> Immersive Virtual Reality Applications in Schizophrenia Spectrum Therapy: A Systematic Review. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> 2020, 17, 6111.	Inclus dans une revue plus récente
10	Boydston, Chelsea D. <i>et al.</i> Harnessing virtual reality for disaster mental health: A systematic review. <i>Translational Issues in Psychological Science</i> , 7(3), 315-331.	Intervention: soins virtuels sans l'implication de professionnels
11	Brown, A. and O'Connor, S. Mobile health applications for people with dementia: a systematic review and synthesis of qualitative studies. <i>Inform Health Soc Care.</i> 2020 Oct 1;45(4):343-359	Population : démence, pas clientèle suivie en psychiatrie
12	Büscher, R. <i>et al.</i> Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy to Reduce Suicidal Ideation: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>JAMA Netw Open.</i> 2020;3(4):e203933.	Intervention: soins virtuels sans l'implication de professionnels
13	Carneiro, L. <i>et al.</i> Web-based exercise interventions for patients with depressive and anxiety disorders: a systematic review of randomized controlled trials. <i>Braz J Psychiatry.</i> 2021 Nov 24;S1516-44462021005029201	Population : pas suivi en psychiatrie
14	Carreiro, S. <i>et al.</i> Current reporting of usability and impact of mHealth interventions for substance use disorder: A systematic review. <i>Drug Alcohol Depend.</i> 2020 Oct 1;215:108201.	Population : pas suivi en psychiatrie Intervention: soins virtuels sans l'implication de professionnels

#	Auteur, titre, référence	Raison d'exclusion
15	Chan A.H.Y. <i>et al.</i> User perceptions of mobile digital apps for mental health: Acceptability and usability - An integrative review. <i>J Psychiatr Ment Health Nurs.</i> 2022 Feb;29(1):147-168.	Population : pas suivie en psychiatrie Intervention: soins virtuels sans l'implication de professionnels
16	Classen B. <i>et al.</i> An Integrative Review of Contemporary Perspectives on Videoconference-Based Therapy-Prioritising Indigenous and Ethnic Minority Populations in the Global South. <i>J Technol Behav Sci.</i> 2021 Apr 21;1-14.	Type de publication: intergrative review avec 15 revues/43 document
17	Currie, C. L. <i>et al.</i> Effectiveness of Live Health Professional-Led Group eHealth Interventions for Adult Mental Health: Systematic Review of Randomized Controlled Trials <i>J Med Internet Res.</i> 2022 Jan 11;24(1):e27939	Population: pas suivie en psychiatrie avec trouble de santé mentale et beaucoup de maladies chroniques associées.
18	Datta, S. S. <i>et al.</i> Psychological interventions for psychosis in adolescents. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2020 Jul 3;7(7):CD009533	Intervention : pas soins virtuels
19	Davies, F. <i>et al.</i> Implementing Web-Based Therapy in Routine Mental Health Care: Systematic Review of Health Professionals' Perspectives. <i>J Med Internet Res.</i> 2020 Jul 23;22(7):e17362.	Population et résultats: patients avec cancer, pas suivis en psychiatrie; psychologue et travailleurs sociaux surtout : focus barrière et facilitant
20	Dawson, A. Z. <i>et al.</i> Telehealth and indigenous populations around the world: a systematic review on current modalities for physical and mental health. <i>Mhealth.</i> 2020 Jul 5;6:30. doi: 10.21037/mhealth.2019.12.03	Population : pas clairement de psychiatre impliqué-pas clairement maladie mentale diagnostiquée
21	De Angel, V. <i>et al.</i> Digital health tools for the passive monitoring of depression: a systematic review of methods. <i>NPJ Digit Med.</i> 2022 Jan 11;5(1):3.	Résultats d'intérêt: pas de résultats recherchés
22	Dequanter, S. <i>et al.</i> The Effectiveness of e-Health Solutions for Aging With Cognitive Impairment: A Systematic Review. <i>Gerontologist.</i> 2021 Sep 13;61(7):e373-e394.	Population : démence, pas clientèle suivie en psychiatrie
23	Domhardt, M. <i>et al.</i> Internet- and mobile-based interventions for mental and somatic conditions in children and adolescents: A systematic review of meta-analyses <i>Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.</i> 2020 Jan;48(1):33-46.	Population : mixte, mais surtout enfant-adolescent
24	Dortepe, Z. U. and Duman, Z.C. Examination of Telemental Health Practices in Caregivers of Children and Adolescents with Mental Illnesses: A Systematic Review. <i>Issues Ment Health Nurs.</i> 2022 Jan 12;1-13.	Population et intervention : pas patients suivis en psychiatrie et intervention psychosociale avec parents
25	Eilert, N. <i>et al.</i> The effectiveness of Internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: An updated systematic review and meta-analysis. <i>Depress Anxiety.</i> 2021 Feb;38(2):196-219.	Population: pas suivie en psychiatrie
26	Elbaz, S. <i>et al.</i> A Systematic Review of Telemedicine for Older Adults With Dementia During COVID-19: An Alternative to In-person Health Services? <i>Front Neurol.</i> 2021 Dec 14;12:761965	Population : Démence, pas clientèle suivie en psychiatrie
27	Elliott, E. <i>et al.</i> Accuracy of Telephone-Based Cognitive Screening Tests: Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Curr Alzheimer Res.</i> 2020;17(5):460-471	Population : Démence, pas clientèle suivie en psychiatrie
28	Feng, Y. Y. <i>et al.</i> Psychological or educational eHealth interventions on depression, anxiety or stress following preterm birth: a systematic review. <i>J Reprod Infant Psychol.</i> 2021 Apr;39(2):140-152.	Intervention: autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
29	Ferreira-Brito, F. <i>et al.</i> Are Video Games Effective to Promote Cognition and Everyday Functional Capacity in Mild Cognitive Impairment/Dementia Patients? A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Population : Démence, pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention: autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
30	Finley, B. A. <i>et al.</i> Advanced Practice Registered Nurses Using Synchronous Telepsychiatry: An Integrative Systematic	Population : satisfaction infirmières praticiennes en psychiatrie: transférable au QC?

#	Auteur, titre, référence	Raison d'exclusion
	Review. J Am Psychiatr Nurses Assoc. Jul-Aug 2021;27(4):271-282	
31	Furukawa, T. A. <i>et al.</i> Dismantling, optimising, and personalising internet cognitive behavioural therapy for depression: a systematic review and component network meta-analysis using individual participant data. <i>Lancet Psychiatry</i> . 2021 Jun;8(6):500-511	Résultats d'intérêt : Aspect technologique
32	Gillam, J. <i>et al.</i> Implementation of eHealth to Support Assessment and Decision-making for Residents With Dementia in Long-term Care: Systematic Review. <i>J Med Internet Res</i> . 2022 Feb 3;24(2):e29837.	Population : Démence, pas clientèle suivie en psychiatrie
33	Goh, Y. S. <i>et al.</i> Effects of online stigma-reduction programme for people experiencing mental health conditions: A systematic review and meta-analysis <i>Int J Ment Health Nurs</i> . 2021 Oct;30(5):1040-1056.	Population: pas patients suivis en psychiatrie
34	Goreis, A. <i>et al.</i> Efficacy of Self-Management Smartphone-Based Apps for Post-traumatic Stress Disorder Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Front Neurosci</i> . 2020 Jan 24;14:3	Intervention: autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
35	Gual-Montolio, P. <i>et al.</i> How are information and communication technologies supporting routine outcome monitoring and measurement-based care in psychotherapy? A systematic review. <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2020 May 2;17(9):3170.	Intervention: pas soins virtuels
36	Haderlein, T.P. Efficacy of technology-based eating disorder treatment: A meta-analysis. <i>Current Psychology : A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues</i> , 2022; 41(1), 174–184.	Intervention: autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
37	Hadjistavropoulos, H. D. <i>et al.</i> A systematic review of internet-delivered cognitive behavior therapy for alcohol misuse: study characteristics, program content and outcomes. <i>Cogn Behav Ther</i> . 2020 Jul;49(4):327-346.	Population: pas patients suivis en psychiatrie ? Intervention: autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
38	Hanach, N. <i>et al.</i> The effectiveness of telemedicine interventions, delivered exclusively during the postnatal period, on postpartum depression in mothers without history or existing mental disorders: A systematic review and meta-analysis. <i>Midwifery</i> . 2021 Mar;94:102906.	Population: pas clientèle suivie en psychiatrie
39	Hoppen, L. M. <i>et al.</i> Low intensity technology-delivered cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. <i>BMC Psychiatry</i> . 2021 Jun 30;21(1):322	Population: pas clientèle suivie en psychiatrie? Intervention: autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
40	Hrynyschyn, R. and Dockweiler, C. Effectiveness of Smartphone-Based Cognitive Behavioral Therapy Among Patients With Major Depression: Systematic Review of Health Implications	Intervention: autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
41	Hunter, M. B. <i>et al.</i> Reliability of Telephone and Videoconference Methods of Cognitive Assessment in Older Adults with and without Dementia. <i>J Alzheimers Dis</i> . 2021;81(4):1625-1647.	Population : Démence, pas clientèle suivie en psychiatrie
42	Hussain-Shamsy, N. <i>et al.</i> Mobile Health for Perinatal Depression and Anxiety: Scoping Review. <i>J Med Internet Res</i> . 2020 Apr 13;22(4):e17011.	Population: pas clientèle suivie en psychiatrie? Résultats d'intérêt : focus sur implantation
43	Jung, A. R. <i>et al.</i> Cognitive Intervention Using Information and Communication Technology for Older Adults with Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2021 Nov 2;18(21):11535.	Population : Démence, pas clientèle suivie en psychiatrie
44	Kane, H. <i>et al.</i> Opportunities and Challenges for Professionals in Psychiatry and Mental Health Care Using	Population : focus COVID-19 Résultats d'intérêt : focus sur barrières-

#	Auteur, titre, référence	Raison d'exclusion
	Digital Technologies During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review . JMIR Hum Factors. 2022 Feb 4;9(1):e30359.	facilitants l'implantation
45	Karyotaki, E. <i>et al.</i> Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Network Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2021 Apr 1;78(4):361-371.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie
46	Kazemi, D. M. <i>et al.</i> Systematic Review of Smartphone Apps as a mHealth Intervention to Address Substance Abuse in Adolescents and Adults. J Addict Nurs. 2021 Jul-Sep 01;32(3):E23.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie
47	Kazemi, D. M. <i>et al.</i> Effectiveness of eHealth Technology-Based Interventions in Reducing Substance Misuse Among Older Adults: A Systematic Review J Gerontol Nurs. 2021 Oct;47(10):23-29. doi: 10.3928/00989134-20210908-04	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie
48	Kohnen, M. <i>et al.</i> Evidence on Technology-Based Psychological Interventions in Diagnosed Depression: Systematic Review JMIR Ment Health. 2021 Feb 10;8(2):e21700.	Résultats d'intérêt: pas de résultats recherchés
49	Krzyzaniak, N. <i>et al.</i> The effectiveness of telehealth versus face-to-face interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis J Telemed Telecare. 2021 Dec 3;1357633X211053738.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie
50	Lee, A. R. <i>et al.</i> Exploring the Role of Web-Based Interventions in the Self-management of Dementia: Systematic Review and Narrative Synthesis J Med Internet Res. 2021 Jul 26;23(7):e26551	Population : Démence, pas clientèle suivie en psychiatrie
51	Leech, T. <i>et al.</i> Mental health apps for adolescents and young adults: A systematic review of randomised controlled trials Children and Youth Services Review, Volume 127, August 2021, 106073	Intervention: autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
52	Lenferink, L. I. M. <i>et al.</i> PTSD treatment in times of COVID-19: A systematic review of the effects of online EMDR. Psychiatry Res. 2020 Nov;293:113438.	Population : Psychologie? Pas clientèle suivie en psychiatrie
53	Liverpool, S. <i>et al.</i> Engaging Children and Young People in Digital Mental Health Interventions: Systematic Review of Modes of Delivery, Facilitators, and Barriers. J Med Internet Res. 2020 Jun 23;22(6):e16317.	Résultats d'intérêt : focus sur barrières-facilitants l'implantation
54	Ma, L. <i>et al.</i> Meta-analytic review of online guided self-help interventions for depressive symptoms among college students. Internet Interv. 2021 Jul 8;25:100427.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention: autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
55	McCall, H. C. <i>et al.</i> Exploring the Role of Persuasive Design in Unguided Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety Among Adults: Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression J Med Internet Res. 2021 Apr 29;23(4):e26939.	Population : Psychologie? Pas clientèle suivie en psychiatrie
56	McCleery, J. <i>et al.</i> Diagnostic test accuracy of telehealth assessment for dementia and mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Jul 20;7(7):CD013786	Population : Démence, pas clientèle suivie en psychiatrie
57	Melbye, S. <i>et al.</i> Smartphone-Based Self-Monitoring, Treatment, and Automatically Generated Data in Children, Adolescents, and Young Adults With Psychiatric Disorders: Systematic Review. JMIR Ment Health. 2020 Oct 29;7(10):e17453.	Intervention: majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
58	Melia, R. <i>et al.</i> Mobile Health Technology Interventions for Suicide Prevention: Systematic Review. JMIR Mhealth Uhealth. 2020 Jan 15;8(1):e12516	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie

#	Auteur, titre, référence	Raison d'exclusion
59	Melton, H. <i>et al.</i> Interventions for adults with a history of complex traumatic events: the INCITE mixed-methods systematic review. <i>Health Technol Assess.</i> 2020 Sep;24(43):1-312.	Intervention: pas soins virtuels
60	Miniati, M. <i>et al.</i> Telephone-delivered Interpersonal Psychotherapy: a systematic review. <i>CNS Spectr.</i> 2021 Oct 18;1-13.	Population : beaucoup de patients avec maladie primaire non santé mentale (cancer HIV, maladie cardiaque, etc.)
61	Moehead, A. <i>et al.</i> A Web-Based Dementia Education Program and its Application to an Australian Web-Based Dementia Care Competency and Training Network: Integrative Systematic Review. <i>J Med Internet Res.</i> 2020 Jan 22;22(1):e16808	Population : Démence, pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention: pas soins virtuels
62	Molloy, A. and Anderson, P. L. Engagement with mobile health interventions for depression: A systematic review <i>Internet Interv.</i> 2021 Sep 11;26:100454	Résultats d'intérêt : focus sur l'implantation
63	Moon, S. J. <i>et al.</i> Mobile device applications and treatment of autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis of effectiveness. <i>Arch Dis Child.</i> 2020 May;105(5):458-462.	Population : clientèle pédiatrique seulement-
64	Mor, S. <i>et al.</i> Internet- and mobile-based interventions for the treatment of specific phobia: A systematic review and preliminary meta-analysis. <i>Internet Interv.</i> 2021 Sep 30;26:100462. doi: 10.1016/j.invent.2021.100462. eCollection 2021 Dec	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention: autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
65	Mu, T. Y. <i>et al.</i> Internet-based interventions for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis <i>Nurs Open.</i> 2021 May;8(3):1125-1134.	Population: Dépression postpartum, pas clientèle suivie en psychiatrie
66	Neal, D. <i>et al.</i> Can Use of Digital Technologies by People with Dementia Improve Self-Management and Social Participation? A Systematic Review of Effect Studies. <i>J Clin Med.</i> 2021 Feb 5;10(4):604. doi: 10.3390/jcm10040604	Population : Démence, pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention :autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
67	Oliveira, C. <i>et al.</i> Effectiveness of Mobile App-Based Psychological Interventions for College Students: A Systematic Review of the Literature <i>Front Psychol.</i> 2021 May 11;12:647606. doi: 10.3389/fpsyg.2021.647606. eCollection 2021	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention :autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
68	Ottaviani, A. C. <i>et al.</i> Usability and acceptability of internet-based interventions for family carers of people living with dementia: systematic review. <i>Aging Ment Health.</i> 2021 Sep 11;1-11.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie
69	Pang, S. H. <i>et al.</i> Online memory training intervention for early-stage dementia: A systematic review and meta-analysis . <i>J Adv Nurs.</i> 2021 Mar;77(3):1141-1154	Population : démence, pas clientèle suivie en psychiatrie
70	Patel, S. <i>et al.</i> The Acceptability and Usability of Digital Health Interventions for Adults With Depression, Anxiety, and Somatoform Disorders: Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis <i>J Med Internet Res.</i> 2020 Jul 6;22(7):e16228.	Résultats d'intérêt: pas de résultats recherchés
71	Patoz, M. C. <i>et al.</i> Patients' adherence to smartphone apps in the management of bipolar disorder: a systematic review <i>Int J Bipolar Disord.</i> 2021 Jun 3;9(1):19.	Intervention :majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
72	Planas, R. and Yuguero, O. Technological prescription: evaluation of the effectiveness of mobile applications to improve depression and anxiety. <i>Systematic review Inform Health Soc Care.</i> 2021 Sep 2;46(3):273-290	Intervention :majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
73	Rismawan, W. <i>et al.</i> Usability, Acceptability, and Adherence Rates of Mobile Application Interventions for Prevention or Treatment of Depression: A Systematic Review <i>J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.</i> 2021 Feb 1;59(2):41-47	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie

#	Auteur, titre, référence	Raison d'exclusion
74	Roman, M. <i>et al.</i> The efficiency of online cognitive-behavioral therapy for postpartum depressive symptomatology: a systematic review and meta-analysis <i>Women Health</i> . 2020 Jan;60(1):99-112.	Population : dépression post-partum, pas clientèle suivie en psychiatrie
75	Ruiz, M. <i>et al.</i> Winning The Game Against Depression: A Systematic Review of Video Games for the Treatment of Depressive Disorders <i>Curr Psychiatry Rep</i> . 2022 Jan;24(1):23-35.	Intervention : autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
76	Ruiz-Cosignani, D. <i>et al.</i> Adaptation models, barriers, and facilitators for cultural safety in telepsychiatry: A systematic scoping review <i>J Telemed Telecare</i> . 2022 Jan 6;1357633X211069664	Résultats d'intérêt: pas de résultats recherchés
77	Sagoe, D. <i>et al.</i> Internet-based treatment of gambling problems: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <i>J Behav Addict</i> . 2021 Sep 17;10(3):546-565	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie
78	Sekhon, H. <i>et al.</i> Telemedicine and the rural dementia population: A systematic review. <i>Maturitas</i> . 2021 Jan;143:105-114	Population : démence, pas clientèle suivie en psychiatrie
79	Serrano-Ripoll, M. J. <i>et al.</i> Impact of Smartphone App-Based Psychological Interventions for Reducing Depressive Symptoms in People With Depression: Systematic Literature Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials <i>JMIR Mhealth Uhealth</i> . 2022 Jan 27;10(1):e29621.	Intervention : majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
80	Sharma, G. and Devan, K. The effectiveness of telepsychiatry: thematic review. <i>BJPsych Bull</i> . 2021 Dec 17;1-8. doi: 10.1192/bjb.2021.115.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Type de publication: revue thématique
81	Silang, K. <i>et al.</i> eHealth Interventions to Treat Substance Use in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2021 Sep 22;18(19):9952	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie
82	Six, S. G. <i>et al.</i> Examining the Effectiveness of Gamification in Mental Health Apps for Depression: Systematic Review and Meta-analysis. <i>JMIR Ment Health</i> . 2021 Nov 29;8(11):e32199.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention : majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
83	Sommers-Spijkerman, M. <i>et al.</i> New Evidence in the Booming Field of Online Mindfulness: An Updated Meta-analysis of Randomized Controlled Trials . <i>JMIR Ment Health</i> . 2021 Jul 19;8(7):e28168.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention : majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
84	Spanhel, K. <i>et al.</i> Cultural adaptation of internet- and mobile-based interventions for mental disorders: a systematic review <i>NPJ Digit Med</i> . 2021 Aug 25;4(1):128.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie
85	Staiger, P. K. <i>et al.</i> Mobile Apps to Reduce Tobacco, Alcohol, and Illicit Drug Use: Systematic Review of the First Decade <i>J Med Internet Res</i> . 2020 Nov 24;22(11):e17156.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention : majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
86	Stefanopoulou, E. <i>et al.</i> Are digital interventions effective in reducing suicidal ideation and self-harm? A systematic review <i>J Ment Health</i> . 2020 Apr;29(2):207-216.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention : majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
87	Steubl, L. <i>et al.</i> Mechanisms of change in Internet- and mobile-based interventions for PTSD: a systematic review and meta-analysis <i>Eur J Psychotraumatol</i> . 2021 Feb 19;12(1):1879551	Intervention : majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
88	Tatar, O. <i>et al.</i> A systematic review of technology-based psychotherapeutic interventions for decreasing cannabis use in patients with psychosis <i>Psychiatry Res</i> . 2020 Jun;288:112940.	Population : majorité de la clientèle suivie en psychologie pas psychiatrie

#	Auteur, titre, référence	Raison d'exclusion
89	Thongseiratch, T. <i>et al.</i> Online parent programs for children's behavioral problems: a meta-analytic review. <i>Eur Child Adolesc Psychiatry</i> . 2020 Nov;29(11):1555-1568.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention : majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
90	Tokgoz, P. <i>et al.</i> Digital Health Interventions in Prevention, Relapse, and Therapy of Mild and Moderate Depression: Scoping Review <i>JMIR Ment Health</i> . 2021 Apr 16;8(4):e26268.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention : majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
91	Torous, J <i>et al.</i> Dropout rates in clinical trials of smartphone apps for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis <i>J Affect Disord</i> . 2020 Feb 15;263:413-419	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention : majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
92	Turan, N and Cetintas, S. A systematic review of the effectiveness, content, and usage patterns of mobile mental health interventions on smartphone platforms for anxiety symptoms <i>Journal of Evidence-Based Psychotherapies</i> , Vol. 21, No. 2, September 2021, 61-80.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention : majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
93	Twomey, C. <i>et al.</i> Effectiveness of a tailored, integrative Internet intervention (depexis) for depression: Updated meta-analysis <i>PLoS One</i> . 2020 Jan 30;15(1):e0228100.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention : majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
94	Valentine, A. Z. <i>et al.</i> A systematic review evaluating the implementation of technologies to assess, monitor and treat neurodevelopmental disorders: A map of the current evidence <i>Clin Psychol Rev</i> . 2020 Aug;80:101870	Population : majorité d'enfant et pas clientèle suivie en psychiatrie
95	Valentine, A. Z. <i>et al.</i> Implementation of Telehealth Services to Assess, Monitor, and Treat Neurodevelopmental Disorders: Systematic Review <i>J Med Internet Res</i> . 2021 Jan 20;23(1):e22619	Population : parent d'enfant avec trouble et pas clientèle suivie en psychiatrie
96	Vitger, T. <i>et al.</i> Digital Shared Decision-Making Interventions in Mental Healthcare: A Systematic Review and Meta-Analysis <i>Front Psychiatry</i> . 2021 Sep 6;12:691251.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention : majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
97	Watt, J. A. <i>et al.</i> Diagnostic accuracy of virtual cognitive assessment and testing: Systematic review and meta-analysis <i>J Am Geriatr Soc</i> . 2021 Jun;69(6):1429-1440.	Population et résultats: clientèle non suivie en psychiatrie; et focus barrière et facilitant
98	Wehmann, E. <i>et al.</i> Therapeutic Alliance in Technology-Based Interventions for the Treatment of Depression: Systematic Review <i>J Med Internet Res</i> . 2020 Jun 11;22(6):e17195	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie
99	Wu, A. <i>et al.</i> Smartphone apps for depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis of techniques to increase engagement <i>NPJ Digit Med</i> . 2021 Feb 11;4(1):20.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention : majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
100	Xiang, X. <i>et al.</i> Internet-delivered cognitive behavioral therapies for late-life depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis <i>Aging Ment Health</i> . 2020 Aug;24(8):1196-1206	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie
101	Yi, J. S. <i>et al.</i> Telemedicine and Dementia Care: A Systematic Review of Barriers and Facilitators <i>J Am Med Dir Assoc</i> . 2021 Jul;22(7):1396-1402.e18.	Population et résultats: démence, clientèle non suivie en psychiatrie; et focus barrière et facilitant
102	Yogeswaran, V. and El Morr, C. Effectiveness of online mindfulness interventions on medical students' mental health: a systematic review. <i>BMC Public Health</i> . 2021 Dec 18;21(1):229	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention : majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels
103	Yu, T. <i>et al.</i> Effectiveness of internet-based cognitive behavioral therapy for suicide: a systematic review and meta-analysis of RCTs <i>Psychol Health Med</i> . 2021 Jun 2;1-18.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie Intervention : majorité d'autogestion des soins sans l'intervention de professionnels

#	Auteur, titre, référence	Raison d'exclusion
104	Zhao, L. <i>et al.</i> Effectiveness of Telehealth Interventions for Women With Postpartum Depression: Systematic Review and Meta-analysis JMIR Mhealth Uhealth. 2021 Oct 7;9(10):e32544.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie
105	Zhou, C. <i>et al.</i> The effectiveness of mHealth interventions on postpartum depression: A systematic review and meta-analysis J Telemed Telecare. 2022 Feb;28(2):83-95.	Population : pas clientèle suivie en psychiatrie
106	Zhou, X. <i>et al.</i> Are online mental health interventions for youth effective? A systematic review J Telemed Telecare. 2021 Dec;27(10):638-666.	Population : majorité de la clientèle pas suivie en psychiatrie
107	Zhu, A. <i>et al.</i> Tele-Health Intervention for Carers of Dementia Patients-A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Front Aging Neurosci. 2021 Feb 10;13:612404.	Population : majorité de la clientèle pas suivie en psychiatrie

Tableau C-2 Guides de pratique clinique, littérature grise et autres documents d'encadrement exclus en psychiatrie

#	Auteur, titre, référence	Raison d'exclusion
1	Akouamba, B, S. <i>et al.</i> Les autosoins pour la santé mentale : définition du concept des autosoins. Réponse Rapide. Montréal, 2021. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMIS-SS)	Intervention : limité aux définitions de concepts
2	Bosse Chartier G. <i>et al.</i> Frame Trade-Offs: On Some Therapeutic Implications of Telepsychiatry. Harv Rev Psychiatry. 2021 Sep-Oct 01;29(5):337-339.	Type de publication: pas RS et suggestion plus que recommandation
3	CADTH. Virtual Health Care for Adults with Schizophrenia and/or Psychosis: Clinical Effectiveness and Guidelines. Ottawa: CADTH; 2020,Sept. (CADTH rapid response report: reference list).	Liste de référence seulement
4	Cheng, V.W.S. <i>et al.</i> Recommendations for Designing Health Information Technologies for Mental Health Drawn From Self-Determination Theory and Co-design With Culturally Diverse Populations: Template Analysis J Med Internet Res. 2021 Feb 10;23(2):e23502	Population: non suivi en psychiatrie, pour santé mentale en général
5	DeLuca, J.S. <i>et al.</i> Telepsychotherapy with youth at clinical high risk for psychosis: Clinical issues and best practices during the COVID-19 pandemic. J Psychother Integr. 2020 Jun;30(2):304-331.	Population et type de publication : non suivi en psychiatrie, recommandations dans un contexte de Covid-19
6	de Siqueira Rotenberg, L. <i>et al.</i> Psychological therapies and psychoeducational recommendations for bipolar disorder treatment during COVID-19 pandemic. Bipolar Disord. 2020 Sep;22(6):644-646	Type de publication : recommandation dans un contexte de Covid-19-basées sur une littérature restreinte (5 références 2015-2020)
7	Geddes, M.R. <i>et al.</i> Remote cognitive and behavioral assessment: Report of the Alzheimer Society of Canada Task Force on dementia care best practices for COVID-19. Alzheimers Dement (Amst). 2020 Sep 22;12(1):e12111	Population: non suivi en psychiatrie (Alzheimer et démence exclus); meilleures pratiques en contexte COVID-19
8	Hanafi S <i>et al.</i> COVID-19 and Canadian Psychiatry. position statement- La COVID-19 et la psychiatrie au Canada. Déclaration de principe. Can J Psychiatry. 2021 Sep;66(9):832-841	Intervention : ligne directrice covid-19, mais pas télésanté
9	Jauhar, S. <i>et al.</i> Early intervention in psychosis during the COVID-19 pandemic: Maudsley recommendations. Eur Neuropsychopharmacol . 2021 Jun;47:130-135.	Intervention : focus sur le 'early intervention' pas sur le soins virtuel, dans le contexte de Covid-19

#	Auteur, titre, référence	Raison d'exclusion
10	Kahane, K. <i>et al.</i> The digital health app policy landscape: Regulatory gaps and choices through the lens of mental health. <i>J Ment Health Policy Econ.</i> 2021 Sep 1;24(3):101-108	Intervention : pas recommandation d'intérêt sur les soins virtuels
11	Marcantoni, W <i>et al.</i> Guide pour le maintien des interventions liées à la santé mentale dans un contexte de pandémie: Mettre l'accent sur la télésanté. Montréal, Québec 2020. Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Type de publication : guide-lignes directrices Covid-19-basées sur une littérature restreinte
12	Martinez R.G. <i>et al.</i> Recommendations for Building Telemental Health Relationships with Youth: A Systematic Review and Resource for Clinicians. <i>Implement Sci.</i> 2016 Aug 1;11 Suppl 2(Suppl 2):100	Population: enfant et adolescent
13	McCord, C. <i>et al.</i> A consolidated model for telepsychology practice. <i>J Clin Psychol.</i> 2020 Jun;76(6):1060-1082. doi: 10.1002/jclp.22954	Type de publication : recommandations basées sur 5 GPC de 2011-2015
14	Ontario Health. Internet-delivered cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder or acute stress disorder: a health technology assessment. <i>Ont Health Technol Assess Ser.</i> 2021 Jun 1;21(9):1-120	Type de publication: revue de revue
15	Peros, O.M. <i>et al.</i> Conducting Exposure-Based Groups via Telehealth for Adolescents and Young Adults With Social Anxiety Disorder. <i>Cogn Behav Pract.</i> 2021 Nov;28(4):679-689.	Population: non suivie en psychiatrie, mais souffrant de troubles d'anxiété social exacerbés par la COVID-19.
16	Puspitasari, A. J. <i>et al.</i> Rapid Adoption and Implementation of Telehealth Group Psychotherapy During COVID 19: Practical Strategies and Recommendations. <i>Cogn Behav Pract.</i> 2021 Nov;28(4):492-506.	Population et résultats: guide d'implantation rapide de psychothérapie en contexte Covid-19-
17	Smith K <i>et al.</i> COVID-19 and Telepsychiatry: Development of Evidence-Based Guidance for Clinicians. <i>JMIR Ment Health</i> 2020;7(8):e21108	Résultats : orientés sur l'implantation et COVID-19
18	Sockalingam, S. <i>et al.</i> The Role of Tele-Education in Advancing Mental Health Quality of Care: A Content Analysis of Project ECHO Recommendations. <i>Telemed J E Health.</i> 2021 Aug;27(8):939-946.	Intervention : recommandations basées sur un modèle de télééducation bien précis-Project ECHO (Project Extension for Community Healthcare Outcomes)
19	Waller, G. <i>et al.</i> Cognitive-behavioral therapy in the time of coronavirus: Clinician tips for working with eating disorders via telehealth when face-to-face meetings are not possible. <i>Int J Eat Disord.</i> 2020 Jul;53(7):1132-1141.	Population et type de publication : pas de recommandations basées sur des preuves scientifiques, mais plutôt sur l'expérience des cliniciens en contexte de pandémie de Covid-19

ANNEXE D

Données d'extraction des documents retenus en psychiatrie

Tableau D-1 Extraction des revues systématiques sur les troubles dépressifs

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Castro <i>et al.</i> , 2020]	Effectiveness and adherence of telephone-administered psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis	10 ECR n=1392-Adult participants, more female/ <i>different ethnics</i> groups, veterans, etc	RSMA To evaluate the effectiveness of telephone-administered psychotherapy for depression in adults when compared to control conditions or other active treatments, and to determine adherence to telephone-administered psychotherapy	Telephone-administered psychotherapy Telephone Waiting-list control, treatment as usual) or an active treatment (psychological or pharmacological)	Telephone-administered psychotherapy = beneficial effects on depression severity compared to control conditions ((standardized mean difference [SMD]= -0.85 (95% CI -1.56 to -0.15)). Compared to active comparators: non-significant small effect size (SMD= -0.18 (95% CI -0.45 to 0.09)), in favour of telephone-administered psychotherapy. Total weighted mean adherence: 73%. <u>Conclusion:</u> telephone-delivered psychotherapy may be an effective strategy to reduce depression symptoms compared to control conditions and shows an adequate treatment adherence.	Small sample size of the studies. Not possible to determine long term post intervention effect due to variation in time points in the follow-up. High risk of "bias in the measurement of the outcome" for nearly all studies because it is impossible to blind participants. High heterogeneity.
[Chan <i>et al.</i> , 2022]	Effectiveness of eHealth-based cognitive behavioural therapy on depression: A systematic review and meta-analysis.	15 -7 ECR n=1772 participants /1001 intervention-771 controls (14-174 per study)/Adults male & female/ avg. age: 28,8-48,9, dx confirmed	RSMA What is the effectiveness of eHealth CBT on depression and anxiety severity; and quality of life (QoL) in adults with clinically diagnosed depression? 2. What is the adherence and attrition rates observed in eHealth CBT on	eHealth-based cognitive behavioural therapy Computer, smartphone, telephone Passive comparators (usual care, waitlist control group or no intervention) or active comparators (other interventions that did not include any eHealth attention control conditions)	Compared to passive comparators, eHealth cognitive behavioural therapy = statistically significant effect on depression (d = -0.62, 95% CI: -0.96 to -0.28, p = .0003) and anxiety severity (d = -0.65, 95% CI: -1.10 to -0.21, p = .004) but not for quality of life (d = 0.30, 95% CI: -0.09 to 0.07, p = .13). Compared to active comparators -statistically significant effect on depression (d = -0.31, 95% CI: -0.55 to -0.07, p = .01) and anxiety severity (d = -0.50, 95% CI: -0.81 to -0.19, p = .002), but not for quality of life (d = 0.22, 95% CI: -0.04 to 0.48, p = .10). Weighted average of 54% (range: 46%–68%) of participants completed all lessons across the four studies. One study = no significant difference between the amount of treatment	Only English-language studies. Evidence quality downgraded due to substantial heterogeneity and high risk of bias across the included studies. Analyses limited to immediate post-intervention assessment and not assess long-term benefits of eHealth CBT.

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
			adults with clinically diagnosed depression?		completed and the change in depression score. For one study : adherence = the number of finished modules per those prescribed- average percentage of 77.2% in tailored internet-based CBT (iCBT) and 80.7% in standardised iCBT. <u>Conclusion:</u> eHealth cognitive behavioural therapy = effectiveness in reducing depression and anxiety severity, but not quality of life. Weighted averages for adherence and attrition rates = low. Further research : required to culturally adapt CBT interventions and explore the long-term benefits of eHealth cognitive behavioural therapy	
[Echelard, 2021]	Use of Telemedicine in Depression Care by Physicians: Scoping Review.	28 -8 ECR n=1452 participants (1 to 309/per study)/avg.135 pts/per study; Male &Femal, <i>different ethnics</i> groups, veterans	Scoping review To evaluate the extent and nature of the existing literature on the use of telemedicine for the care of depression by physicians. To examine the effects and perceptions regarding this virtual care and determine how it compares to traditional in-person care	Telemedicine videoconference, telephone Not all: TAU, face to face, or without comparator	In all applicable studies, telepsychiatry tended to = at least as well as in-person care regarding improvement in depression severity, quality of life. Most telemedicine programs- by psychiatrists. In all applicable studies, telepsychiatry tended to =at least as well as in-person care regarding functioning, cost-effectiveness, and most other perceptions and variables. Cultural sensitivity and collaborative care = part of the design of some telemedicine programs. Telepsychiatry tended to = at least as well as in-person care regarding patient satisfaction. <u>Conclusion:</u> Results suggest that telemedicine tends to be at least as effective for depression care compared with in-person care, and it may be more cost-effective. Patient satisfaction tends to be high and perceptions tend to be favorable	Definitions of telepsychiatry may differ. Not searching the gray literature: influenced the results. Choice to include a case study may be criticized, as the study population consists of only 1 patient. Generalizability of the findings may be limited for certain locations, medical specialties, patient subsets, and other clinical environment characteristics not represented among the included articles.
[Guaiana et al., 2021]	A Systematic Review of the Use of Telepsychiatry in Depression.	14 ECR n=1528 participants /Adults/ <i>different ethnics</i> groups: hispanic	RS To explore the literature on the use of televideo to diagnose and treat MDD, particularly acceptability and patient satisfaction,	Telepsychiatry Televideo All studies with comparators: in person, TAU, telemedicine same room	Vast majority of the studies looking at efficacy, = efficacy of treatments has been the same for in-person and telepsychiatry care or the telepsychiatry group showed better response to treatment. One study could not reject the null hypothesis that telepsychiatry = no worse than in-person care. <u>Conclusion:</u> satisfaction = either equivalent to face-to-face or significantly higher for all of the groups that included televideo as the intervention. Both control and	There is little RCT data, and what exists often uses a collaborative treatment model. Many studies consisted solely of U.S. Veterans and have limited generalizability. Further research needed to directly compare psychiatrist assessment over televideo

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
			efficacy, and costeffectiveness		intervention groups for MDD tended to experience relief from depressive symptoms, with the differences between them being either insignificant, or actually in favor of the televideo. would be important to conduct more studies similar to Ruskin <i>et al.</i> (2004) on a larger scale that directly compares the same type of psychiatric care delivered in-person or over televideo.	versus in-person and determine if particular patient subgroups benefit more from televideo or in-person intervention. They all used different means of evaluating patient satisfaction that were difficult to compare, and many of them lacked specific data on standard deviations at baseline and the end of treatment
[Kerst <i>et al.</i> , 2020]	Smartphone applications for depression: a systematic literature review and a survey of health care professionals' attitudes towards their use in clinical practice	12 -3 ECR n=24 to 626 participants for 8 studies + SR/ 57 participants +professionals for survey.	Scoping review To examine the available evidence on the effectiveness of apps for depression and to explore the attitudes of health care professionals towards their use in practice.	Smartphone applications Smartphone Contrôle actif majoritaire et 2 ECR vs liste d'attente	All trials reported a decline in depressive symptoms after the intervention periods. Adherence rates : between 70% up to 94% Two studies - lower rates between 22% and 35% of participants adhering during the intervention period. Survey participants: openness towards therapeutic app but very little knowledge and experience in the field. Patients: In 3 of the studies, high participant satisfaction as well as acceptability of the mobile interventions. <u>Conclusion:</u> Apps : appear to be a promising self-management tool for reducing depressive symptoms and seem to be acceptable for both app users and professionals. Overall, survey respondents' attitudes towards app use in the treatment of depression were quite positive. Therapeutic benefits of apps - seen especially in their application in combination with other treatment methods and for mild-to-moderate levels of depression.	Literature English or German language only. Number of included studies in the review = small and the quality varied widely. Low generalizability. Apps that were used varied and it is not yet clear which components of the interventions are effective and which mode or frequency of use is most beneficial for adherence and outcomes. Level of evidence = very heterogeneous.
[Kim et Lee, 2021]	Screening for Depression in Mobile Devices Using Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Data: A Diagnostic Meta-Analysis via Machine Learning Methods.	4 N=1099 patients for meta-analysis	RSMA To perform a bivariate meta-analysis to obtain pooled estimates of specificity and sensitivity for PHQ-9 depression diagnosis	Mobile Devices smartphone, mobile sensor Previous studies (intra and inter study variation)	First diagnostic meta-analysis to reveal the efficacy of depression screening when used with a computer-based mobile device and PHQ-9. PHQ-9 has diagnostic properties for major depressive disorder. PHQ-9 computer version: diagnostic reliability and effectiveness methods = identical to offline methods and with smartphones. Diagnosing depression by collecting depressive data from individuals =18 years of age in a mobile environment is	Studies on utility of PHQ-9 in DSM-V should be conducted as this questionnaire is based on DSM-IV. There are few studies that use machine learning algorithm techniques

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
					<p>more meaningful than diagnosing depression in primary care or clinical care settings. Through various machine learning algorithm techniques, it was possible to confirm that PHQ-9 depression screening in mobiles = effective diagnostic tool when integrated into a diagnostic meta-analysis. <u>Conclusion:</u> PHQ-9= an effective diagnostic tool in mobile assessments</p>	
[Köhnen <i>et al.</i> , 2021]	Effectiveness and acceptance of technology-based psychological interventions for the acute treatment of unipolar depression: a systematic review and meta analysis	78 ECR n= 13,180 participants with a dx, ranging from 14 to 1089 per study/mean age of participants was 45.15 (SD 12.01) years, and two-thirds (8029/11981,67.01%) were female.	RSMA to investigate the effectiveness and acceptance of technology-based psychological interventions (TBIs) in people with diagnosed depression with particular focus on application formats (stand-alone interventions, blended treatments, collaborative and/or stepped care interventions).	Technology-Based Psychological Interventions Internet (55/101, 54.5%), telephone (12/101, 11.9%), offline computer programs (8/101, 7.9%), and videoconferencing tools (3/101, 3.0%) TAU, waitlist control	<p>No significant difference posttreatment or long-term depression severity (2 months to 12 month) between TBI and f2f interventions. No statistically significant difference in dropout rates between interventions. Depression severity at posttreatment, with considerable heterogeneity (SMD -0.44, 95% CI -0.73 to -0.15; $I^2=86\%$; 95% PI -1.48 to 0.60, and in the long term (6 months to 12 months) = statistically significantly lower in the TBI condition. Data on dropout rates: either not usable or missing. Depression severity: significantly lower at posttreatment in the TBI group than in the attention placebo group (online psychoeducation, discussion forum, etc) with substantial heterogeneity (SMD -0.51, 95% CI -0.73 to -0.30; $I^2=66\%$; 95% PI -1.22 to 0.20). Follow-up depression severity: significantly lower in the TBI group (1 month to 12 months). Dropout rates: not differ statistically significantly between groups. Depression severity: significantly lower at posttreatment in the TBI group compared to waitlist controls, with substantial heterogeneity (SMD -1.01, 95% CI -1.23 to -0.79; $I^2=73\%$; 95% PI -1.91 to -0.11). Follow-up depression severity: significantly lower in the TBI group, with considerable heterogeneity (2 months to 8 months). Dropout rates: not differ between groups. <u>Conclusion:</u> TBIs as stand-alone interventions, blended treatments, or in collaborative care trials yield mostly beneficial effects in people with diagnosed depression</p>	Most common source of risk of bias: nonblinding of participants and personnel, followed by selective reporting. Although some information on dropouts or treatment adherence is addressed by most RCTs in this field, a comprehensive assessment of TBI acceptance: only partially possible, since data on dropouts were either missing or not usable (eg, data: only provided for one arm) or meta-analytic calculations: not possible (when no dropouts occurred in both study arms).

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Moshe <i>et al.</i> , 2021]	Digital Interventions for the Treatment of Depression: A Meta-Analytic Review	83 ECR n=15530 participants of a mean age 41.3 (9.7), 6% children and adolescent, with depressive symptoms validated self- or clinician-rated depression scales. adult populations (k = 79, 95%). Mean age across all studies was M = 41.33 (SD = 9.68). Women were represented more frequently (M = 69.5%, SD =15.3%). Mainly focused on individuals with mild to moderate depression symptom severity (recoded PHQ-9:M = 12.91, SD = 2.95).	RSMA Are Digital Interventions Effective in Reducing Depressive Symptoms? What is the Role of Human Guidance in Influencing Outcomes? Are Digital Interventions Effective 'Beyond the Lab' in Routine Care Settings?	Digital intervention smartphone-based apps and computer- and Internet-based Inactive control condition (i.e., waitlist control or no treatment) or active comparison condition (TAU, attention control, face to-face psychotherapy)	Significant medium overall effect size of digital interventions compared with all control conditions (g = .52). Subgroup analyses = significant differences between interventions and different control conditions (WLC: g = .70; attention: g = .36; TAU: g = .31), significantly higher effect sizes in interventions that involved human therapeutic guidance (g = .63) compared with self-help interventions (g = .34), and significantly lower effect sizes for effectiveness trials (g = .30) compared with efficacy trials (g = .59). Medium pooled effect size superiority of digital interventions across all control conditions (g = .52) with benefits sustained at follow-up. No significant difference in percentage of completers when comparing guided interventions with unguided interventions (β= 22.31%, 95% CI [9.26%, 53.86%], p = .141) and interventions with technical guidance versus unguided interventions (b = 9.03%, 95% CI [18.44%, 36.50%], p = .467). <u>Conclusion:</u> evidence for the efficacy and effectiveness of digital interventions for the treatment of depression for a variety of populations. Superiority of digital interventions compared with treatment-as-usual in clinical settings when accompanied by human guidance. no studies directly compared digital interventions with pharmacotherapy: such comparisons = critical if digital interventions be considered as part of the care pathway in clinical settings.	Overall heterogeneity was very high (I ² =84%) with the predictors "control type" (active vs. passive) and "study setting" (effectiveness vs. efficacy) Two major sources of between-study variance explaining 22.4% and 13.5% of the between-study variance, respectively. As studies with negative or inconclusive results are less likely to be published this may have led to an overestimation of effect sizes. Generalizability to these continents: Europe Australia, USA. The operationalization of control conditions (e.g., WLC and TAU) may have differed between studies, causing 'methodological heterogeneity' when pooling effect sizes. Effect sizes found in the current meta-analysis varied greatly with respect to different forms of interventions (with larger effect sizes in interventions with a human support component), degree of standardization (with larger effect sizes in highly controlled efficacy studies), and populations (with insufficient evidence of efficacy for children and adolescents).

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Pang <i>et al.</i> , 2021]	Efficacy of web-based self-management interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials	18 ECR n=3055 participants with depression diagnosed by a physician based on DSM-IV, ICD-10, or assessed by any well-validated depression scales.	RSMA To assess the effectiveness of self management through the internet in reducing depressive symptoms.	Web-based self-management Internet: websites, programs, and interactive games waiting list group, TAU group, and an online psychoeducation group	Web based self-management intervention = positive effect on the reduction of depressive symptoms when compared with the control group. CBT alone group and the CBT combined with other theoretical frameworks group = statistically significant improvements in depressive symptoms. Differences among these subgroups = statistically significant (p = 0.01). Group communicating with the therapist = statistically significant improvement in depressive symptoms. Group not communicating with the therapist and the group communicating with the virtual healthcare provider = not exhibit a statistically significant improvement in depressive symptoms. Adherence between 21,51%-100%. <u>Conclusion:</u> Web based self-management could significantly improve depression when compared with control groups. The longer the intervention lasted: the better the improvement in depression. Treatment via the internet: associated with challenges such as failure to ensure the patients' adherence to the treatment, high rate of loss of follow-up, failure to determine the long-term effects of intervention, and the impact of individual depression severity on the effectiveness of the intervention.	Literature: English language only. Patients with mild, moderate, and severe depression : included and interventions: based on various theories, which might have led to the high heterogeneity of the results. Differences in the control group included in the meta-analysis. Psychotherapy = long-term rehabilitation process, and the short-term effects may not be significant. The intervention time = short, and no long-term follow-up
[Reins <i>et al.</i> , 2021]	Efficacy and Moderators of Internet-Based Interventions in Adults with Subthreshold Depression: An Individual Participant Data Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.	7 ECR n=2,186 cases (1,088 in the IGs, and 1,098 in the CGs, 18-82 y, assessed with a standardized diagnostic categorical assessment, either via interview or self-administered questionnaire. Female (58.6%); average age of 44 years (SD = 11.6), 3 studies with	RSMA To conduct an individual participant data meta-analysis to determine differences between intervention and control groups (IG, CG) in depressive symptom severity (DSS), treatment response, close to symptom-free	Internet-Based intervention Internet, web Alls: online psychoeducation, TAU, wait list	Internet-based interventions = lower DSS, greater treatment response and close to symptom-free status at posttreatment assessment, FU1 and FU2, and a reduced risk of depression onset within 12 months compared with control conditions. Moderator analyses = higher DSS and older age associated with statistically significantly greater short-term treatment effects. Guided interventions = better effects compared to unguided interventions: barely reached statistical significance. <u>Conclusion:</u> evidence for Internet-based interventions to be a suitable low-threshold intervention to treat individuals with SD and to reduce the incidence of MDD. Internet-based	English, German, Spanish or Dutch literature only. Two thirds of participants were at least highly educated. Generalizability of results might be limited to participants with high educational levels. The estimate of the slope variance at FU2 is very large and so are the standard errors for the fixed effects in that model. 2 of the included studies were with depressed diabetic patients. DSS :

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
		major depressive disorder (MDD)	status, symptom deterioration and MDD onset as well as moderators of intervention outcomes		interventions resulted in lower DSS, greater treatment response and close to symptom-free status at posttreatment assessment, FU1 and FU2, and a reduced risk of depression onset within 12 months compared with control conditions. Higher DSS and older age =associated with statistically significantly greater short-term treatment effects. Found the risk for deterioration decreased by 35% in the IG compared to the CG.	only assessed with self-report instruments.

Sigles et abréviations: avg.: average; CBT: cognitive-behavioral therapy; CGs : control groups; DSM: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux; DSS : depressive symptom severity; ECR : essai clinique randomisé; FU: follow-up; iCBT: Internet cognitive-behavioral therapy; ICD-10: International Classification of Diseases 10th; IGs : intervention groups; MDD : major depressive disorder; nbre: nombre; PHQ-9: Patient health questionnaire-9 items; RCT: randomized clinical trial; RSMA: revue systématique avec méta-analyse; SMD: standardized mean difference; SR: systematic review; TAU : treatment as usual; TBI : technology-based interventions; WLC: wait-list control.

Tableau D-2 Extrait des revues systématiques sur les troubles anxieux

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Domhardt <i>et al.</i> , 2020]	Are Internet- and mobile-based interventions effective in adults with diagnosed panic disorder and/or agoraphobia? A systematic review and meta-analysis	16 -14 ECR n=1015 adults with dx of panic disorder and/or agoraphobia, avg. age=37,87; 68% Female (21-111 patients/study)	RSMA To find out if IMIs effective in adults with diagnosed panic disorder (PD) and/or agoraphobia (A), and which moderators of treatment effectiveness can be identified	Internet- and mobile-based interventions (IMIs) PC, tablet or smartphone 1) no treatment, 2) waitlist (WL) control, 3) active treatments (AT), such as an alternative IMI or face-to-face interventions, and 4) attention control (AC) or psychological placebo conditions	IMI vs. WL: Six studies reported effects of the intervention on agoraphobia symptom severity. Differences= significant in all but one study, all favouring intervention groups. IMI vs. AT: meta-analysis on studies that compared the IMI to active control conditions= non-significant pooled effect at the end of treatment. Two of four studies provided follow-up data, indicating no significant differences. Response rates based on agoraphobia-specific measures in 3 of 16 studies ranged from 67% to 81%. At follow-up only one study: response rate of 67% at 12-month follow up. IMI vs. WL: Five studies in the IMI vs. waitlist comparison reported effects on general anxiety symptoms, aside from panic and agoraphobia. Differences = significant in 3 of 5 studies, favouring the intervention. In two studies: no significant differences. IMI vs. IMI: Five of seven studies in the IMI vs. IMI comparison = data on anxiety symptoms. Four studies: not find a significant difference between the IMIs, while one found a significant effect size favouring the iCBT with scheduled support. Three studies provided follow-up data: only one = significant effect size favouring the iCBT with scheduled support. IMI vs. WL: Eight of nine studies in the IMI vs. waitlist comparison = effects on depression symptom severity. Differences between groups = significant in five, and non-significant in 3 IMI vs. IMI: Six of seven studies in the IMI vs. IMI comparison reported data on depression symptoms. One study = significant difference favouring the intervention with additional support provided by psychologists over the IMI with guidance from general practitioners. Other studies = no significant effects. Difference between the guided vs. the unguided IMI = not show at post-treatment but = statistically significant at	Tests for publication bias = not feasible due to the limited number of trials per comparison, and the risk of bias assessment = some methodological shortcomings. Methodological quality of included studies: frail on average. Samples investigated in eligible studies differed regarding PD/A severity, and in terms of the presence and severity of comorbid pathologies. Results regarding change in agoraphobia, anxiety and depression symptom severity should be interpreted with caution, because unclear how many participants fulfilled diagnostic criteria for these comorbidities, and the sample sizes = small. Participants: predominantly self-referred- it might be that these persons differed from those patients utilising conventional face to-face psychotherapies in certain aspects. Generalizability of the findings might be further reduced, since most of included trials conducted in Australia (k=8; 50%) and Sweden (k=6; 37.5%)

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
					<p>one and six month follow up. IMI vs. AT: 4 of the five studies in the IMI vs. AT comparison reported on depressive symptom severity as outcome. One found the iCBT to be superior to the face-to-face CBT at post-treatment. No significant differences in the follow up measurements. Number of participants that completed the interventions = extracted from all 16 studies. On average, 79% of the participants completed the interventions (range: 50% to 95%)- participants completed on average 77% of the offered modules (range: 44% to 100%).</p> <p><u>Conclusion:</u> IMIs = more effective in reducing symptoms of panic disorder and agoraphobia than waitlist-conditions in adults with a diagnosis of PD/A. IMIs might represent an alternative treatment for PD/A, which entail the potential to extend the reach of evidence-based treatments given their particular features and advantages (flexibility and anonymity in conduct, independence from space and time). IMIs : comparably effective than active controls, whereas upcoming research must substantiate these finding in trials specifically designed to establish the non-inferiority compared to well-established face-to-face treatments like CBT. Forthcoming studies need to gather crucial information on possible adverse events and deterioration rates in IMIs for PD/A.</p>	
[Efron et Wootton, 2021].	Remote cognitive behavioral therapy for panic disorder: A meta-analysis.	21 -14 ECR n=1604 adultes, mean age 31.9-43,9, 71% Female, avg. (59-100%) panic disorder	RSMA The aim of this study was to examine the efficacy of Remote cognitive behavioral therapy (RCBT) for PD using a meta-analytic approach	Remote cognitive behavioral therapy Internet-videoconferencing, telephone, Internet-bibliotherapy Control conditions included both active (i.e., therapist-delivered CBT and applied relaxation	Trial type : not moderate treatment outcome from pre-treatment to post-treatment or pre-treatment to follow up. Pooled between-group mean effect size = large across all remote treatments at post-treatment (k = 16; g = 0.82; 95 % CI: 0.44–1.20). High level of heterogeneity across studies (I ² = 83.74). Remote CBT (RCBT) for PD = effective with large within-group effect sizes seen from pre-treatment to post-treatment and between-group differences = also large in size at post-treatment on measures of PD symptoms.	Only include published research- higher chance that studies will null findings could have been omitted. Many moderators could not be examined for the long-term effect due to small sample sizes. Many of the studies = samples with majority female, and others = low quality. high levels of heterogeneity and

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
				CBT) and passive (i.e., waitlist and information) control groups	Each type of remote treatment examined in the present study (internet-delivered CBT (ICBT), videoconference-delivered CBT (VCBT) and bibliotherapy-delivered CBT (BCBT))= similar effect sizes at post-treatment on measure of PD symptomatology with no significant differences in outcomes across treatment type. Treatment intensity also not moderate treatment outcome indicating that outcomes on measures of PD symptoms= similar for low intensity treatments and high intensity treatments. <u>Conclusion:</u> RCBT for PD = efficacious treatment approach. First to demonstrate that different remote treatment approaches =similar outcomes, such as low intensity and high intensity interventions. This highlights that remote treatments may be able to be disseminated based on treatment preference, and highlights the potential for an entirely remote stepped care approach to treatment for PD. Suggest that RCBT protocols may be able to omit breathing retraining without deleterious effects on outcome.	potential for publication bias across some analyses
[Esfandiari et al., 2021]	Internet-Delivered Versus Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis.	8 ECR n=537 (47 à 126 pts/study): n=348 iCBT/ 316 ftf, 12 to 65 years. self-referral and clinical recruitment for anxiety disorders	RSMA The research question is whether the impact of face-to-face vs. internet-based CBT for anxiety disorders is the same or not	Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy Internet Ftf CBT (individual (4) or group (4))	Both internet-based and face-to-face CBT= equally effective in treating five different anxiety disorders. Meta-analysis = dropouts not systematically favor one treatment format over the other. Pooled between-group effect size in the three studies targeting social anxiety disorder: $g = 0.04$ (95% CI: [18-20]-0.19 to 0.27) in line with the notion of equivalent effect. Pooled between-group effect size in the two studies targeting panic disorder: $g = -0.17$ (95% CI: -0.48 [14,21] to 0.14), which = nonsignificant effect in favor of ICBT. Pooled between-group effect size in one study targeting fear of public speaking: $g = 0.25$ (95% CI: -0.16 to 0.67) in favor of ftf treatment; but given the smaller size of the face-to-face group: not significant. <u>Conclusion:</u> ICBT and ftf CBT = equally effective in treating social anxiety disorder,	English literature only. Number of studies = too small to reach conclusion with confidence. Possible problem with heterogeneity. Compared ICBT to face-to-face therapy regardless of whether it was delivered in an individual or a group setting

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
					adolescent anxiety, panic disorder, spider phobia, and fear of public speaking.	
[Gega <i>et al.</i> , 2022]	Digital interventions in mental health: evidence syntheses and economic modelling	20 ECR n=2350 participants. Mixed populations of patients with generalised anxiety disorder (GAD) and those with other conditions were included when clinical outcomes were reported separately for the subsample of participants with GAD.	RSMA-ETS Evaluate and summarise published economic studies about digital interventions (DI) across different technologies, therapies, comparators and mental health conditions; synthesise clinical evidence about digital interventions for an exemplar mental health condition; construct an economic model for the same exemplar mental health condition using the previously synthesised clinical evidence; and consult with stakeholders about how they understand and assess the value	Digital interventions Technology platforms (computer, smatphone, and vrtual reality, software-based) Face-to-face therapy and medication waiting lists or usual care	Rresults= inconclusive as to whether or not digital interventions are better than no intervention or than nontherapeutic active controls, or whether or not they confer any benefit over and above group therapy. One of the network meta-analyses included a study comparing a digital intervention with medication; based on this study: medication = lower anxiety scores at follow-up relative to all other interventions and controls. Medication also ranked first in terms of its likelihood of being most effective, which considered the uncertainty in relative effect estimates. Supported digital interventions = not necessarily 'better' than unsupported (pure self-help) digital interventions. <u>Conclusion:</u> Digital interventions may offer good value for money as an alternative to 'doing nothing' or 'doing something non-therapeutic' (e.g. monitoring or having a general discussion), but their added value compared with medication, face-to-face therapy and printed manuals = uncertain. Clinical outcomes rather than intervention costs drive 'value for money'. Very wide confidence intervals: results = inconclusive as to whether or not digital interventions are better than no intervention or than nontherapeutic active controls, or whether or not they confer any benefit over and above group therapy. Supported digital interventions: not necessarily 'better' than unsupported (pure self-help) digital interventions.	Substantial uncertainty around effect estimates of digital interventions compared with alternatives. Uncertainty driven by the small number of studies informing most comparisons, the small samples in some of these studies and the studies' high risk of bias. A lack of data limits the extent to which conclusions can be drawn regarding particular conditions

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
			of digital interventions			
[Guo <i>et al.</i> , 2021].	The efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis.	20 ECR n=1743 adults 18 to 79 years (avg. 34.27 years) with social anxiety disorder (SAD)	RSMA we examined the efficacy of ICBT for treating clinical populations with SAD, as well as the dose-response relationship and the dropout rate. We also explored the differences between ICBT and CBT in the treatment of patients with SAD and compared the effects of ICBT and ICBT plus other therapies.	Internet-based cognitive behavioural therapy Internet Wait-list control (11), CBT and ICBT plus other therapies, mixt control	ICBT = significant positive effect on patients with SAD compared with the control groups (g = -0.55). Subgroup analysis : ICBT and CBT had an equal effect on treating patients with SAD (g = -0.18). No difference between ICBT and ICBT plus other therapies in the treatment of patients with SAD (g = -0.07). Effect size of ICBT on patients with SAD maintained at the 6-month follow-up (g = -0.08) and at the 12-month follow-up (g = -0.17). Main analysis of the 20 RCTs = ICBT had a moderate positive effect on patients with SAD (g = -0.55), with no indication of a publication bias. Conclusion: ICBT can significantly reduce SAD symptoms and ICBT and face-to-face CBT produce equivalent effects. The effect of ICBT plus other therapies = almost equal to the effect of ICBT alone. ICBT had a long-term efficacy for patients with SAD.	Most common risk factors for bias: not blinding the participants and personnel.
[Polak <i>et al.</i> , 2021]	Disorder-specific internet-based cognitive-behavioral therapy in treating panic disorder, comorbid symptoms and improving quality of life: A meta-analytic evaluation of randomized controlled trials.	13 ECR n=1214 adults with panic disorder	RSMA To investigate the change in panic and agoraphobia symptoms in a sample of clinical panic disorder with or without agoraphobia sufferers. Moreover, this study will assess changes in	Internet-based cognitive-behavioral therapy Computer or mobile-based, video call, e-mail, telephone	No statistically significant differences between Guided self-help (Gsh) iCBT and various active CBT interventions in reducing PD/A symptoms at both post-test (g = 0.015, k = 10) and follow-up (g = -0.113, k = 6) levels. Also, comorbid anxiety and depression = reduced equivalently at post-test (g = 0.004, k = 6) and follow-up (g = 0.004, k = 6). Quality of life : equally improved at post-test (g = -0.100, k = 5) and follow-up (g = 0.074, k = 2). When compared to inactive controls: large effect sizes in PD/A (g = -0.892, k = 9) and comorbid anxiety and depression (g = -0.723, k = 9) symptoms, and moderate change in	Literature only in English language. Low number of RCT included, with small sample sizes. Number of Self-help iCBT interventions included. Significant heterogeneity in the data set of Gsh iCBT compared to active controls when investigating changes in the comorbid anxiety and depression at follow-up levels.

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
			secondary and tertiary symptoms, namely, comorbid anxiety and depression symptoms and improvements in quality of life, at post-test and follow-up levels		quality of life (g = - 0.484, k = 3) at post-test. No difference between Gsh iCBT and Self-help (Sh) iCBT in PD/A (g = - 0.025, k = 3) and comorbid anxiety and depression (g = - 0.025, k = 3) at post-test. No significant differences in both iCBT and active controls, as well as between Gsh iCBT and Sh iCBT in the adherence to the treatment program, defined as percentage of completed modules. <u>Conclusion:</u> Additional to PD/A symptoms, this study establishes Gsh iCBT as an overall effective treatment for comorbid anxiety and depression symptoms when compared to inactive controls, and equally effective when compared to active controls with CBT elements. More RCTs investigating Sh iCBT for PD/A are needed to establish an overall efficacy in primary symptoms, secondary comorbid symptoms and improvements in quality of life, as well as to establish the overall clinical significance, initial uptake, adherence and attrition rates in samples treated with this intervention.	
[Saramago et al., 2021]	Digital Interventions for Generalized Anxiety Disorder (GAD): Systematic Review and Network Meta-Analysis	21 ECR n=2547 participants with symptoms or risk of GAD within mental health populations or within the general population; we define this as a certified diagnosis using a standardized diagnostic interview or a score above an accepted cut-off for diagnosable GAD (which may include sub-threshold scores) in	RSMA The review had four objectives: 1. Categorize the DIs and comparator arms into groups that could be pooled together. 2. Compare the pooled outcomes of DIs with the pooled outcomes of non-digital interventions, medication, nontherapeutic controls, and no intervention for	Digital interventions Software-based therapeutic activities accessed via technology platforms, such as the internet, virtual reality (VR), mobile phones. Control (C) was a non-therapeutic activity that was not expected to make a clinical difference to the condition; this could be a psychological placebo, an "attention control," or a change in usual care introduced by the research team to keep	Pooled outcomes = antidepressant medication and group therapy had a higher probability than digital interventions of being the "best" intervention. Due to very wide confidence intervals, our Network Meta-Analysis (NMA) results = inconclusive as to whether DIs for GAD were better than no intervention or non-therapeutic active controls, or whether they confer an additional benefit to standard therapy. Supported digital interventions: not necessarily "better" than unsupported (pure self-help) ones. Design, content, technology platform or type of reinforcement offered in lieu of personal support in unsupported DIs may be important and account for some of the variability in outcomes. <u>Conclusion:</u> Due to very wide confidence intervals, network meta-analysis = inconclusive as to whether digital interventions are better than no intervention and non-therapeutic active controls, or	Small number of studies for most comparisons, small sample sizes used in some of these studies and their high risk of bias across the evidence base, all limiting confidence in any observed differences in anxiety scores between intervention, comparators, and control arms. Insufficient reporting of details about "non-therapeutic controls" and waiting list in some studies. Majority of RCTs have either a short timeframe for follow-up (up to 12 weeks), or the control group already crossed to the intervention

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
		standardized questionnaires;	GAD symptoms. 3. Compare the pooled outcomes of different types of DIs. 4. Identify limitations and gaps in the existing research on DIs for GAD.	participants safe and minimize attrition	whether they confer an additional benefit to standard therapy. Future research: needs to compare digital interventions with one-to-one therapy and with manualized non-digital self-help and to include antidepressant medication as a treatment comparator and effect modifier.	at the point of a longer follow-up (up to 2 years), which undermines the original randomisation.
[Stech <i>et al.</i> , 2020]	Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: a systematic review and meta-analysis	27 -9 ECR n=2590 adults over the age of 18 years, with symptoms of panic disorder (according to validated self-report or clinician-rated scales) and/or a diagnosis of panic disorder (PD) based on the DSM or ICD criteria. Majority of female.	RSMA To examine the efficacy of iCBT compared to control conditions and face-to-face CBT on panic and agoraphobia symptoms; to examine the effects of iCBT on panic and agoraphobia symptoms from pre- to post-treatment, and pre-treatment to follow-up; to describe the components included in various iCBT programs for PD, and estimate the proportion of participants who are introduced to exposure; and to investigate the impact of potential moderators of treatment effect including study context (efficacy	Internet-delivered cognitive behavioral therapy Internet WLC, information control, TAU, psychological treatment placebo, ftf CBT, or alternative internet-delivered or ftf psychological therapies	Large within-group improvements in panic severity between pre- to post treatment ($g = 1.16$). Results from the nine RCTs comparing iCBT with waitlist or information control conditions=large mean between-group differences for panic severity ($g = 1.22$), and results from three RCTs : iCBT = similar results to face-to-face CBT in reducing panic severity. Findings = comparable with the effect sizes found in previous reviews of iCBT. Although large effects of iCBT on panic and agoraphobia symptoms found, there was significant variation in the effect sizes across studies. Only five studies described data on symptom worsening or other adverse effects. Three studies reported no participants experienced symptoms worsening at post-treatment; one reported 2.6% of participants who received iCBT experienced symptom worsening; and the last stated that 5% of participants reported a negative impact of treatment reviews. Significant difference in effect sizes depending on the degree of clinician support provided : not found. Out of 27 studies, 19 (70%) reported data on adherence. Most studies ($n = 13$) reported the mean number of completed modules: difficult to compare across studies due to variability in the total number of modules included in iCBT programs. Many studies ($n = 11$) reported the percentage of participants who completed the entire iCBT program: these values were highly variably between studies, ranging from 8% to	English literature only. No search for unpublished studies or grey literature. Quality of RCTs varied and heterogeneity = high. Within-group effect sizes: should be interpreted with caution since these analyses do not control for confounding variables such as spontaneous remission, placebo effects or regression to the mean. Quality of many RCTs = unclear after assessing bias risk, primarily due to the lack of trial pre-registration and/or published protocols.

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
			versus effectiveness), program length, degree of therapist support and inclusion of arousal reduction techniques.		84%. <u>Conclusion</u> : evidence that iCBT for panic is not only efficacious, but also effective in usual care settings. First meta-analysis to provide evidence that iCBT = large effects on agoraphobia symptoms and outperforms control groups in reducing agoraphobia severity. Clinician-guided iCBT = appropriate for use in routine care settings and may be an effective avenue for increasing the availability of evidence-based interventions for panic disorder and agoraphobia within the community.	

Sigles et abréviations: AT: active treatment; avg. average; and bCBT: bibliotherapy-delivered; C: control; CBT : cognitive behavioural therapy; DI: digital intervention; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ECR : essai clinique randomisé; ETS: évaluation des technologies de la Santé; ftf : face-to-face; GAD: generalized anxiety disorder; Gsh: guided self-help; iCBT : Internet-based cognitive behavioural therapy; ICD: International Classification of Diseases; lml: internet and mobile interventions; NMA: network meta-analyse;; nbre: nombre; PC: personal computer; PD: panic disorder; PD/A: panic disorder and/or agoraphobia; rCBT : remote cognitive behavioural therapy; RS: revue systématique; RSMA: revue systématique avec méta-analyse; SAD: social anxiety disorder; Sh: self-help; TAU : treatment as usual; vCBT : videoconference-delivered CBT; VR: virtual reality; WLC: Waiting list control.

Tableau D-3 Extrait des revues systématiques sur les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Jones <i>et al.</i> , 2020]	Virtual Trauma-Focused Therapy for Military Members, Veterans, and Public Safety Personnel With Posttraumatic Stress Injury: Systematic Scoping Review	38 -29 ECR n=3578 military member, veteran, and public safety personnel (PSP); with diagnosis of Posttraumatic Stress disorder (PTSD) and/or a trauma-related mental health disorder; 79,3% male	Scoping review This study aims to evaluate the scope and quality of peer-reviewed literature on psychotherapeutic digital health interventions delivered remotely to military members, veterans, and PSP and synthesize the knowledge of needs, gaps, barriers to, and facilitators for virtual assessment of and virtual interventions for posttraumatic stress injury	Virtual Trauma-Focused Therapy Videoconferencing, text, app-based, virtual reality, or telephone communication In-person delivery	Majority of studies included = digital health as effective as in-person delivery of psychotherapeutic interventions (prolonged exposure therapy (PE), cognitive processing therapy (CPT), behavioral activation [BA] and therapeutic exposure [BA-TE]) at clinically and statistically significantly reducing PTSD and depressive symptomatology among military members and veterans with mental health challenges. Digital health engagement: not rated by clients as inferior to in-person therapy when it came to building a relationship with their clinician. Results regarding adherence to therapy and dropout: varied throughout the studies: modality of therapy delivery (digital health or in-person) = not appear to be a predictor of adherence or dropout. Recommendations from all studies in a table. <u>Conclusion</u> : Despite some promising evidence: health care organizations and mental health clinicians should continue to proceed cautiously with remote delivery of psychotherapeutic trauma therapies: much research is still needed to address the digital divide among trauma-affected military members, veterans, and/or PSP. Evidence for the effectiveness of digital delivery of PE, CPT, and BA-TE on military members, veterans, and PSP = rated level 1a, whereas evidence for CBT = conflicting. Delivery; for some, it may increase access, reduce stigma, and facilitate engagement with mental health clinicians Digital health delivery of these therapies can be as effective as in-person.	Quality of the evidence of the studies included = variable. Some studies may have included a selection bias by including participants who were already accepting of the idea of remote delivery of services. The review specifically selected articles focusing on military members, veterans, and/or PSP who had a primary diagnosis of PTSD or a stress-related mental health disorder. There are limits to aggregate data.
[McClellan <i>et al.</i> , 2021]	The effectiveness of telepsychology with veterans: A meta-analysis of services delivered by videoconference and phone.	27 -18 ECR n=2648 vétérans (1667 tx/981 C) posttraumatic stress disorder (PTSD)	RSMA to determine the effectiveness of telepsychology delivered therapy with veterans	Telepsychology visio, telephone pre et post test data/ waiting list	Telepsychology = comparable to FTF therapy for veterans dealing with a variety of psychological conditions. Pre–post comparisons suggest that videoconferencing-based telepsychology = moderate-to-strong effect sizes and telephone-based telepsychology = moderate effect sizes for the two psychological conditions studied most frequently (e.g., trauma and depression). In general, videoconferencing- and telephone-based	Studies with longitudinal data were limited.

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
					telepsychology : practically equivalent to and FTF-delivered therapies. The effect sizes comparing telepsychology to FTF therapies= generally weak, indicating that there is little difference in the two modalities. <u>Conclusion</u> : services delivered by telepsychology = moderate-to-strong effect of reducing symptoms of PTSD and depression in veterans	
[Simon <i>et al.</i> , 2021]	Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults	13 ECR n=808,aged over 16 years at least 70% of the participants met the diagnostic criteria for PTSD, according to the Diagnostic and Statistical Manual (DSM) or the International Classification of Diseases (ICD).	RSMA (Cochrane) In adults with PTSD, we tried to find out if I-C/BT: – was more elective than no therapy (wait list);– was as elective as psychological therapies delivered by a therapist;– was more elective than other psychological therapies delivered online; or– was more elective than education about the condition delivered online, at reducing symptoms of PTSD, and improving quality of life; or – was cost elective, compared to face-to-face therapy?	Internet-based cognitive and behavioural therapies (iCBT) Web, Internet Wait-list, TAU	Very low-certainty evidence based on one small study suggested : face-to-face non-CBT may be more elective than iCBT at reducing PTSD symptoms post-treatment (MD 10.90, 95% CI 6.57 to 15.23; studies = 1, participants = 40). No evidence of a difference in dropout rates between treatments (RR 2.49, 95% CI 0.91 to 6.77; studies = 1, participants = 40; very low-certainty evidence). Very low-certainty evidence showed that, compared with wait list, iCBT may be associated with a clinically important reduction in PTSD post-treatment (SMD –0.61, 95% CI –0.93 to –0.29; studies = 10, participants = 608). No evidence of a difference in dropout rates between the iCBT and wait list groups (RR 1.25, 95% CI 0.97 to 1.60; studies = 9, participants = 634; low-certainty evidence). iCBT : no more effective than wait list at reducing the risk of a diagnosis of PTSD after treatment (RR 0.53, 95% CI 0.28 to 1.00; studies = 1, participants = 62; very low-certainty evidence). I-C/BT may be associated with a clinically important reduction in symptoms of depression post-treatment (SMD –0.51, 95% CI –0.97 to –0.06; studies = 7, participants = 473; very low-certainty evidence). Very low-certainty evidence also suggested that I-C/BT may be associated with a clinically important reduction in symptoms of anxiety post-treatment (SMD –0.61,95% CI –0.89 to –0.33; studies = 5, participants = 345). No evidence of a difference in PTSD symptoms post-treatment between the I-C/BT and I-non-C/BT groups (SMD –0.08, 95% CI–0.52 to 0.35; studies = 2, participants = 82; very low-certainty evidence). No evidence of a difference between dropout rates from the I-C/BT and I-non-C/BT groups (RR 2.14,	Extent of therapist support varied considerably across the interventions. Substantial heterogeneity among studies.

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
					95% CI 0.97 to 4.73; studies = 2, participants = 132; IP = 0%; very low-certainty evidence). Two studies = no evidence of a difference in post-treatment depressive symptoms between the I-C/BT and I-non-C/BT groups (SMD-0.12, 95% CI -0.78 to 0.54; studies = 2, participants = 84; very low-certainty evidence). Two studies = no evidence of a difference in post-treatment symptoms of anxiety between the I-C/BT and I-non-C/BT groups (SMD 0.08, 95% CI -0.78 to 0.95; studies = 2, participants = 74; very low-certainty evidence). <u>Conclusion</u> : some beneficial effects of I-C/BT for PTSD. Certainty of the evidence = very low due to the small number of included trials. Analyses including 10 studies = I-C/BT more elective than no therapy (waiting list), at reducing PTSD: certainty of the evidence = very low, which means very little confidence in this finding. – Analyses including two studies = no difference between I-C/BT and another type of psychological therapy delivered online (certainty of the evidence was very low). – One study = face-to-face non-CBT more elective than I-C/BT but, baseline levels of PTSD symptoms not controlled for and certainty of this evidence = very low. No studies using standardised or validated measures of acceptability to tell whether people who received I-C/BT felt it an acceptable treatment– no studies reported the cost-effectiveness of I-C/BT	
[Sunjaya <i>et al.</i> , 2020]	Efficacy, patient-doctor relationship, costs and benefits of utilizing telepsychiatry for the management of posttraumatic stress disorder (PTSD): a systematic review.	15 -12 ECR n=991(15 to 241 patients) with PTSD	RS To introduce and evaluate the potential contribution of telepsychiatry to the management of PTSD based on published literature	Telepsychiatry video conferencing, web- and application-based, e-mail Face-to-face, placebo, TAU, etc	Fourteen of the studies evaluated documented that the effectiveness of telepsychiatry =similar to that of face-to-face therapy, with varying levels of improvements. Even when different PTSD inventories (e.g., PTSD Scale, the World Health Organization Quality of Life instrument-Abbreviated version, the Beck Depression Inventory, etc.) were used to compare therapy results, telepsychiatry = significantly better outcomes compared to the control groups. Telepsychiatry : able to manage PTSD regardless of the triggering event and has been tested on patients with PTSD caused by war (veterans), natural disasters, post-partum, and other types of	Studies included: based on published reports and take into account that studies reporting positive results are more readily accepted for publication as compared with studies reporting negative results. Different PTSD inventories were used to compare therapy results. Most studies published so far are from developed nations.

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
					<p>traumas. In one RCT, at 3 months post-telepsychiatry for 10 weeks, 77% of the patients still reported improvements in their PTSD severity, with good patient satisfaction and an average doctor-patient interaction of fewer than 200 minutes. In another RCT involving PTSD patients and using a fully Internet-based module, without any direct doctor-patient interaction= significant improvement in depression and anxiety as well as in post-therapy quality of life, persisting even 1-year post-therapy. One study = similar improvement in symptoms remaining for one-year post-therapy. On study = improvement of symptoms remained even at 18 months post-therapy. Telepsychiatry can improve not only the management of PTSD, but also screening and early diagnosis, as currently implemented by the Department of Veteran Affairs in the United States, and also for post-disaster areas, such as in Pakistan. On average, therapeutic time with telepsychiatry = shorter compared to face-to-face therapy. The use of telepsychiatry in managing PTSD= comparable effectiveness and similar patient satisfaction as well as quality of doctor patient relationship when compared with face-to-face therapy. Improving accessibility and efficiency remains one of the main reasons for utilizing telepsychiatry. <u>Conclusion</u>: Various studies have pointed to telepsychiatry as an effective and efficient way to manage PTSD. Quality of care given by telepsychiatry, both through video conferencing and web- and application-based= comparable to that of face-to-face therapy. Patient satisfaction and quality of doctor-patient relationship : remain high, with therapeutic time comparable to that of face-to-face therapy.</p>	

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Zhou <i>et al.</i> , 2021]	Impacts of Internet-Based Interventions for Veterans With PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis	6 ECR n=622 veterans or military with PTSD. The average age of the participants in the studies was 38.88. The mean age of the participants was under 50 (range 36.2–48). More than half the veterans were male in the majority of the studies (range 81.25–100%), except for one study in which all participants were female.	RSMA This study aimed to (1) examine the effects of Internet-Based Interventions (IBI) on veterans' PTSD outcomes and (2) distinguish between the elements of IBI that play an important role for veterans with PTSD.	Internet-Based Interventions Visioconferencing TAU, in person, web-based supportive tx, and no tx, civilian women	First meta-analysis to include RCT studies-targeted at reducing the symptoms of PTSD of veterans using IBI. Beneficial effects of IBI on the overall PTSD outcome (-0.29; 95% CI -0.48 to -0.11, p < 0.01). IBI based on cognitive behavioral therapy (CBT) with peer support: effective for PTSD outcomes (-0.36; 95% CI -0.61 to -0.11, p < 0.01). Subgroup analysis: scores of PTSD outcome measured by a PCL (PTSD Checklist) decreased to an average score of 0.38 (95% CI -0.60 to -0.15, p = 0.001). Intervention = positive effect on the PTSD outcome on veterans with comorbid psychological disorders (-0.30; 95% CI -0.61 to -0.11, p < 0.01). <u>Conclusion</u> : IBI has been proved as a positive modality to reduce PTSD symptoms among veterans. Focus on IBI with CBT with peer support for veterans, specific instruments for veterans' PTSD, and veterans with comorbid depression and anxiety	Lack of grey literature and limitation of language = selection bias. Literature: common problem of lacking research details and quality reports. Only six studies with a Western population included = cultural bias. Five of the six studies = small sample size ≤100, varying degrees of psychological disorders were represented as comorbidities in five studies. In one study, veterans struggled with hazardous alcohol use in addition to PTSD

Sigles: BA: behavioral activation; C: control; CBT : cognitive behavioural therapy; CPT : cognitive processing therapy; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ECR : essai clinique randomisé; ftf : face-to-face; IBI: Internet-Based Interventions; ICD: International Classification of Diseases; iCBT : internet-based cognitive behavioural therapy;; nbre: nombre; PE: prolonged exposure therapy; PSP: public safety personal; PTSD: post-traumatic stress disorder; RS: revue systématique; RSMA: revue systématique avec méta-analyse; RCT: randomized clinical trial; TAU : treatment as usual; TE: therapeutic exposure; tx: treatment

Tableau D-4 Extrait des revues systématiques sur le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Aali <i>et al.</i> , 2020]	Avatar Therapy for people with schizophrenia or related disorders.	3 ECR n=195 (19 to 150, but only one study included over 100 participants)/ (14-75 years) any gender or ethnicity with schizophrenia or related disorders	RS (Cochrane) To examine the effects of Avatar Therapy for people with schizophrenia or related disorders	Avatar therapy Computer-generated audio-visual character TAU and supportive counselling	Currently, certainty about any mental state evidence is very low – but there are very few data to have any degree of certainty over. There were very few data from one small short-term trial: possible small positive effect for Avatar Therapy (participants = 19). High levels of uncertainty about any finding related to quality of life except for one small trial. Very low-certainty evidence for quality of life – and no clear difference between groups. No clear difference between treatment groups (Avatar vs TAU) for rehospitalization (RD 0.00, 95% CI –0.20 to 0.20; studies = 1; participants = 19; low-certainty evidence. No clear difference between Avatar Therapy and treatment as usual for number of participants with anxiety after their first session of treatment and low certainty for this finding. Less evidence of a positive effect than of a suggestion of the Avatar Therapy being unacceptable and causing anxiety. Avatar Therapy compared to supportive counselling (all short-term) for schizophrenia or related disorders: study= small proportion of participants leaving early (about 20%), over a long period of time- balanced between groups (moderate-certainty evidence). <u>Conclusion:</u> For policy makers: no clear evidence for encouraging Avatar Therapy as a treatment for people with schizophrenia. For people with schizophrenia no clear evidence for – or against – using Avatar Therapy as a treatment for people with serious mental illness. Intervention is still an experimental treatment: unable, at the moment, to provide adequate evidence to inform clinicians about the value of Avatar Therapy for people with schizophrenia. Suggestions of positive effects, considerable risk of bias and uncertainty: just as great a risk of Avatar Therapy causing problems to people.	Reliability of the evidence for the three included studies: very low to low. All data: limited to six weeks' treatment and one week' follow-up and, in some cases: data not usable. All the reported data are just for the short-term period of trials, and it is apparent that more studies with medium- to long-term periods are need to be able to estimate the rate of Avatar Therapy's effectiveness.

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Best, 2020]	CIHR knowledge synthesis: examining the efficacy of evidence-based psychosocial interventions for schizophrenia-spectrum disorders delivered through virtual care.	25- 5 ECR n=N/A > 50% participants were diagnosed with a schizophrenia-spectrum disorders	Littérature grise-knowledge synthesis The objectives of the current knowledge synthesis were to: 1) Determine which evidence-based interventions for schizophrenia-spectrum disorders have been empirically examined for virtual delivery 2) For any interventions that have been studied for virtual delivery, determine the efficacy of virtual delivery through meta-analysis	Virtual care App-based (teletherapy, online therapy), computer Inactive and active control	Virtual delivery of cognitive remediation = moderate effects on neurocognition (g = 0.35) and functioning (g = 0.33) (7 included studies). Virtual delivery of cognitive behavioural therapy = moderate effects on symptoms (g = 0.39) and small effects on functioning (g = 0.18) when examining change from pre- to post- treatment among four included studies. <u>Conclusion:</u> Insufficient research examining evidence-based interventions for schizophrenia-spectrum disorders delivered through virtual care. Only cognitive remediation, cognitive behavioural therapy, and family psychoeducation = more than two studies examining virtual delivery. Preliminary studies: virtual delivery options = feasible and acceptable. Urgent need for larger clinical trials to evaluate the efficacy of these interventions through virtual care.	Lack of empirical research on virtual delivery of evidence-based interventions for schizophrenia. Insufficient studies of family psychoeducation with equivalent outcome measures to assess quantitatively. Further research required to determine how to make remote delivery most effective. Small number of studies that met inclusion criteria: fixed effects meta-analysis conducted.
[Chivilgina et al., 2020]	mHealth for schizophrenia spectrum disorders management: A systematic review	111 - 10 ECR n= N/A few details, schizophrenia spectrum disorders	RS To provide an overview of the range of available mobile technologies for people with schizophrenia and related conditions along with the technology's reported capabilities and limitations, and efficacy of mHealth	mHealth Smartphones apps, tablets, laptops and other devices For some study only; placebo-controlled trial	Evidence on efficacy of the technologies= weak. Majority of mobile technology (58%, n = 37) claimed they provide personal data safety. One third from the remaining devices not use secure servers or data encryption as patients' measures: downloaded directly from handheld devices to a PC. <u>Conclusion:</u> Particular attention should be paid to the ethical issues associated with their use and to their suitability for people with schizophrenia spectrum disorder. To avoid stigmatization and a wrong perception of these technologies, educating public about their nature and use = crucial. Before their broad acceptance, it is essential to obtain more data about mHealth's impact on the care of patients and clinical practice.	Several studies = very small proportion of the sample who experience psychosis, but still included them into the scope. Only information available in English and German. Scarcity of high-quality research studies on MHealth applications for schizophrenia spectrum and related psychotic disorders. Unknown efficacy of long-term follow-up.

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
			interventions based on the data from articles.			
[D'Arcey <i>et al.</i> , 2020]	The Use of Text Messaging to Improve Clinical Engagement for Individuals With Psychosis: Systematic Review.	15 -8 ECR n=17 to 1139 patients per studies/ 18-68 years, with schizophrenia spectrum disorders and/or psychosis	RS to examine studies investigating SMS text messaging strategies to improve clinical engagement in individuals with psychosis	Text Messaging interventions SMS text messaging Only 8/15 studies	SMS text messaging = low-cost, practical method of improving engagement in the treatment of psychosis: efficacy may vary by symptomology and personal characteristics. Using SMS text messaging for medication reminders= significant positive effect on both attitudes about medication and medication adherence, with the potential to have lasting effects. 1)Although positive and significant findings: moderate effect sizes based on small samples, with some trials reporting nonsignificant changes or significant changes for only the subgroups of the study sample. 2) Most studies not investigate effects after the termination of the intervention, highlighting a need for additional longitudinal follow-up studies. Satisfaction (70%-90%) and ease of use (80%-98%) from user. No significant harm associated with SMS text messaging interventions. Clear advantage of SMS text messaging over mobile apps is cell phone versus smartphone ownership, and concerns around the exclusion of economically disadvantaged populations. <u>Conclusion:</u> Potential of SMS text messaging to be used as an adjunct platform to support clinical treatment as a means of improved engagement. SMS text messaging = extremely well tolerated, safe, and accepted among individuals with psychosis, testifying to its potential to not only improve engagement in care but also to extend care beyond the clinic. SMS text messaging stands to offer a pragmatic solution to boost clinical engagement and provide an alternative avenue to access treatment.	English language literature only. Scarcity of effectiveness trials and novelty of digital strategies in the treatment of psychosis. Time-limited with small sample sizes using convenience sampling and, in some cases, with underpowered analyses. RCT: none of the included trials = double-blinded and many failed to use a concealed assignment. Some trials= underpowered. Heterogeneous outcomes. Included studies showed inconsistent methods of measurement across medication adherence, often relying on self-report, and the calculation of attendance rates= unclear. Some participants received compensation.

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Molina <i>et al.</i> , 2020]	eHealth tools for assessing psychomotor activity in schizophrenia: a systematic review.	15 n~1000 adult participants (n=11 à 148 participants/study) diagnosed with schizophrenia. Most studies recruited stable patients with no recent psychopathological decompensations, while a few included patients who were at high risk or who had been admitted to acute inpatient psychiatric units	RS To systematically review the existing evidence about eHealth tools To assess psychomotor activity in patients diagnosed with schizophrenia	eHealth tools Smartphones, mobile apps, wearable devices, computer software and Video analysis software 50 % with case-controls	eHealth devices accurately assessed psychomotor activity. Abnormal increases in psychomotor activity= correlated with acute presentations, while lower activity = associated with relapses, deterioration, and negative symptoms. eHealth devices= well accepted. <u>Conclusion:</u> eHealth tools = generally accurate assessment. Abnormalities in psychomotor activity helped differentiate between different subtypes of schizophrenia.	Language-restricted to Spanish or English literature. Potential bias: samples predominantly consisted of stable patients, since they are more likely to participate and the use of incentives, i.e. monetary or other rewards for participating in studies and engaging with the devices

Sigles: ECR : essai clinique randomisé; CIHR : Canadian Institutes of Health Research; N/A : not available; nbre: nombre; PC: personal computer; RCT: randomized clinical trial; RS: revue systématique; SMS: *Short Message System*; TAU : treatment as usual.

Tableau D-5 Extrait des revues systématiques sur les troubles bipolaires et apparentés

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Chan <i>et al.</i> , 2021]	Mobile App–Based Self-Report Questionnaires for the Assessment and Monitoring of Bipolar Disorder: Systematic Review.	13 n>900 participants. Intervention group with bipolar disorder (BD)	RS To determine the feasibility and validity of mobile app–based self-report questionnaires.	Mobile App–Based Self-Report Questionnaires Mobile apps With or without comparison to a traditional form of symptom monitoring	Varying levels of adherence: 42% to 95%, in measures administered once or twice daily, with all but 1 study that used once-daily administration having adherence rates >70%. Two studies = high dropout rates. In 1 study, participants asked to complete a 6-item assessment 10 times daily, with 59 /113 (52.2%) of participants dropping out across all 3 study groups. Other study reported that 70/201 (34.8%) participants dropped out during the first month: higher than the percentage of participants dropping out in another study using a similar mobile app. 4 papers assessed the concurrent validity of mobile app–based self-report tools: all 4 =statistically significant association between mood ratings collected via self-report using a mobile app and clinical assessment using the HDRS or MADRS. 3 studies= statistically significant association between mood ratings collected via self-report using a mobile app and clinical assessment using the YMRS. The fourth study : not observe a statistically significant relationship. <u>Conclusion:</u> mobile app–based self-report tools = valid in the assessment of symptoms of mania and depression in euthymic patients with BD. Data on the range and variability of symptoms collected using a mobile app differ between patients with BD and healthy controls and significantly associated with other clinically important measures. Unclear at this time whether these tools can be used to detect acute episodes of mania or depression in patients with BD. Patients with BD show good adherence to self-report assessments administered daily for the duration of the study periods evaluated	Only English studies from peer-reviewed journals.

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Liu <i>et al.</i> , 2020]	Effects of smartphone-based interventions and monitoring on bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis.	10 -7 ECR n=1154 participants with a dx of BD. Mean age 16 to 59 years (median, 38 years)	RSMA To compare the effect of smartphone-based interventions and monitoring with control methods in treating patients with BD	Smartphone-based interventions and monitoring Smartphone, website, smartphone-based apps Control methods or baseline	Analysis of the between-group study = smartphone-based interventions had positive effects in reducing manic (g= -0.19, 95%CI: -0.33 to -0.04, P = 0.01) and depressive (g = -0.28, 95%CI: -0.55 to -0.01, P< 0.05) symptoms. Within-group analysis: smartphone-based interventions significantly reduced manic (g = 0.17, 95%CI: 0.04 to 0.30, P < 0.01) and depressive (g =0.48, 95%CI: 0.18 to 0.78) symptoms compared to the baseline. Smartphone-based monitoring systems significantly reduced manic (g = 0.27, 95%CI: 0.02 to 0.51, P < 0.05) but not depressive symptoms. Subgroup analysis: interventions with psychoeducation = effective for depressive (g = -0.62,95%CI: -0.81 to -0.43, P < 0.01) and manic (g = -0.24, 95%CI: -0.43 to -0.06, P = 0.01) symptoms compared to the controlled conditions, while the interventions without psychoeducation did not (P > 0.05). The contacts between therapists and patients that contributed to the implementation of psychological therapy reduced depression symptoms (g = -0.47, 95%CI: -0.75 to -0.18, P = 0.01). Conclusion: Smartphone-based interventions= effective in reducing manic and depressive symptoms and the smartphone-based monitoring systems only worked for participants with manic but not depressive symptoms. Smartphone-based intervention and monitoring: have the potential to enhance the methods of treatment with its characteristics of low expenditure and highly-convenience in addition to available medications and psychological interventions.	Literature in English language only. 2 studies considered to have a high risk of bias because of inadequate blinding of participants and personnel. Absolute number of available applications =unknown, and the applications are frequently updated. Only three eligible articles regarding smartphone-based monitoring patterns: not sufficient to provide definitive results
[Ortiz <i>et al.</i> , 2021]	Apps and gaps in bipolar disorder: A systematic review on electronic monitoring for episode prediction	17 -2 ECR n=average of 43 participants /studies (range: 6 -146); adult patients with a diagnosis of BD	RS To determine whether e-monitoring is ready to be deployed in a clinical setting to monitor the symptomatic trajectory of patients with BD -	Electronic (e-) monitoring Smartphone Only RCT and case control study had control group	15 observational studies = e-monitoring to predict clinical changes or onset of mood episodes. The largest of these studies (N = 146) used e-monitoring and mood stability to predict mood episodes: about 30% of mood episodes were detected in advance with a positive predictive value for the onset of a depressive vs. a manic episode of less than 10%. Associations between smartphone features and rating scales: suggest that self-rated energy, speed of thoughts, impulsivity, and positive or negative mood are	Quality of data = variable. In all studies, sample sizes = small, with an average of 43 participants (range: 6 - 146); and short length of follow-up (mean = 5.9 months; SD=6.1 months; range: 2 weeks to 24 months). Results = heterogeneous. More than half of the smartphones

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
			i.e., to detect clinically significant changes in symptoms or predict the onset of mood episodes		negative predictors of sleep time at night. Two RCTs from the same group of Danish investigators compared the outcomes of adult patients with BD randomized to e-monitoring plus traditional measurement-based care (i.e., clinical monitoring with rating scales) or traditional measurement-based care. First RCT outcomes = worse in the e-monitoring group than in the comparison group: participants in the e-monitoring group experienced more depressive symptoms than in the control group, adherence for intervention: 55,7%-82,8%. Second RCT= no effect of e-monitoring on depressive or manic symptoms. <u>Conclusion:</u> Analysis of associations between smartphone-derived features and rating scales provides some insight into the potential contributions of predictive modeling of clinical outcomes in BD. For instance, keyboard accelerometer displacement = positive predictor of both manic and depressive symptoms. Similarly, distance travelled = negative predictor of mania. Fewer studies examined subjective predictors of mood symptoms, but onset of depressive symptoms predicted by lower self-rated mood or energy (self-rating scales not significantly predict the onset of manic or hypomanic symptoms). E-monitoring and machine learning allow to gather and analyze a large volume of objective data (e.g., sleep, activity) and subjective data (e.g., mood, energy) in real time. These data alone can be used to predict clinical trajectory and outcomes. Combining these densely sampled data with clinical context capturing individual variability may lead to clinically actionable predictions.	provided by the study: this approach is problematic because participants are likely to continue to use their own smartphones. Study smartphones may not capture the participants' data (e.g., activity level) adequately. Individual variability not considered as a potential predictor, even though it might be one of the most important factors in individualized risk estimation
[Saccaro <i>et al.</i> , 2021]	Portable technologies for digital phenotyping of bipolar disorder: A systematic review	62- 2 ECR n=2325; 724 healthy controls (HC).Participants of the study were adult patients (i.e. 18 years old or older) with a diagnosis of BD according to	RS To review of the evidence about the use of portable digital devices for the identification of BD, BD types and BD mood states and for symptom	Portable digital devices Smartphone apps, wearable sensors, electrocardiography (ECG), electrodermal reactivity (EDR)), audio and/or visual recordings, and	2/10 studies not use a smartphone app to record mood self-assessments, but strictly comparable technologies, such as SMS text or email messaging, which considered homogeneous. Significant association between smartphone-based and clinician-based assessment, as regards positive, depression and anxiety symptoms but not negative symptoms. Machine learning algorithms: possible to correctly classify BD, borderline personality disorder (BPD) and Healthy Control	Studies= small sample sizes and marked heterogeneity. Evidence of overfitting and unclear generalizability of results, and heterogeneity of measures and outcomes. None of the included studies validated their findings in external

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
		DSM or ICD criteria.	assessment	multimodal tools Gold standard psychiatric assessments	(HC) with accuracy higher than 70%. Good performances obtained in mood score predictions. 7 studies: results combining active and passive acquisition of smartphone data from BD patients. Excellent performances obtained by a cross-validated Bayesian classifier, which accomplished detection of mood state changes with 96% precision and 94% recall. Mood state recognition= lower accuracy (80%). Latest technological advances allow to create sensors that, albeit small and portable, can acquire high-tech data (n= 15 studies). Although studies often include a limited number of subjects, Heart Rate Variability (HRV) data could differentiate between mood states with remarkable performances (accuracy > 70%). No studies using HRV measures to distinguish BD patients from HC. Feeding activity data to random forest or neural network models yielded very good classification performances, with accuracy and precision of 80% or higher. 17 papers analysed audiovisual recordings: significant speech differences between BD and HC and between mood states. Speech features and symptom severity scores: only weakly correlated. Accuracy ranged from 60 to 72%, and unweighted average recall (UAR) from 45 to 65%. 3 studies that used analytical models originating from a combination of technologies to diagnose and/or monitor BD: did not seem to boost mood state classification performance. <u>Conclusion</u> : Field of digital technologies applied to BD tracking is expanding fast. Now possible to collect real-time data about patients' mood, physical activity, social activity, physiological and speech changes with high granularity. AI based models were developed that could deliver important support in clinical decision-making.	datasets. Other sources of heterogeneity: diagnostic criteria for the included patients and type of statistical analysis conducted, reporting of missing data. Diagnostic criteria: not always specified: sometimes based on the ICD-10 employing the schedules for clinical assessments in neuropsychiatry (SCAN) or on DSM-IV criteria through semi-structured interviews. Selection bias may exist: safe to assume that participants that agree to take part in the studies are naturally more prone to employ technological instruments

Sigles: AI: artificial intelligence; BD: bipolar disorder; BPD: borderline personality disorder; Dx: diagnostic; HC: healthy control; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; dx: diagnostic; ECG: electrocardiography, ECR : essai clinique randomisé; EDR: electrodermal reactivity; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; HRV: Heart Rate Variability; ICD: International Classification of Diseases; MADRS. Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; nbre: nombre; RCT: randomized clinical trial; RS: revue systématique; RSMA: revue systématique avec méta-analyse; SMS: *Short Message System*; UAR: unweighted average recall; YMRS: young mania rating scale.

Tableau D-6 Extrait des revues systématiques sur les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Moghimi et al., 2021]	The Efficacy of eHealth Interventions for the Treatment of Adults Diagnosed With Full or Subthreshold Binge Eating Disorder: Systematic Review and Meta-analysis	3 ECR n=298 participants (35,1-40,2 avg./study), adults diagnosed with full or subthreshold Binge Eating Disorder (BED), all the studies recruited female participants, except 1 that sampled 96.4% (134/139) females.	RSMA To evaluate the efficacy of eHealth interventions specifically for the treatment of binge eating disorder (characterized by compulsive overconsumption of food, in a relatively short period, and without compensatory behaviors such as purging or fasting).	eHealth Interventions Internet Wait list or without tx	All interventions = forms of internet-based guided cognitive behavioral therapy and when compared with waitlist controls, individuals enrolled in eHealth interventions experienced a reduction in objective binge episodes (standardized mean difference [SMD] -0.77, 95% CI -1.38 to -0.16) and eating disorder psychopathology (SMD -0.71, 95% CI -1.20 to -0.22), which included shape (SMD -0.61, 95% CI -1.01 to -0.22) and weight concerns (SMD -0.91, 95% CI -1.33 to -0.48). No significant difference in BMI between the eHealth interventions and controls (SMD -0.01, 95% CI -0.40 to 0.39). <u>Conclusion</u> : Preliminary evidence that eHealth treatments, and more specifically internet-based guided CBT treatments= appropriate treatment avenues for BED.	Literature: English only. Limited number of studies and the limited participant pool. Method of BED diagnosis varied among the studies with varying degrees of therapist contact. Low level of generalizability (majority of participants= middle-aged women overweight or obese). Heterogeneity: quite high. Treatment protocols and duration: quite different

Sigles et abréviations: Avg.: average; BED: Binge Eating Disorder, BMI: body mass index; CBT: cognitive behavioral therapy; ECR : essai clinique randomisé; nbre: nombre; RSMA: revue systématique avec méta-analyse; SMD; standardized mean difference; tx: treatment.

Tableau D-7 Extraction des revues systématiques sur les troubles liés à une substance et troubles addictifs

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue Objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[CADTH, 2020]	Telehealth and Mobile Services for Substance Use Disorder: Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness and Guidelines	10 n>5000 adult participants	Revue rapide What is the clinical effectiveness of telehealth-delivered interventions and mobile (moveable) services in the management of substance use disorder? What is the cost-effectiveness of telehealth-delivered interventions and mobile (moveable) services in the management of substance use disorder? What are the evidence-based guidelines regarding telehealth-delivered interventions and mobile (moveable) services?	Telehealth and Mobile Services Mobile services, text messaging Without tx, TAU, in-person	Demonstration that telehealth or mobile health interventions improved treatment retention, adherence, and relapse prevention in patients with substance use. One study : no significant difference in treatment retention, abstinence, and substance use between telepsychiatry and in person treatment. Another study: no significant difference in mental illness and substance use compared to standard care. 2 non-randomized studies assessed mobile harm reduction units administering hepatitis C virus (HCV) treatment to persons using or injecting drugs: HCV reinfection = higher in those who injected drugs in the past months, and HCV seroconversion (i.e. HCV infection)- not associated with methadone status. <u>Conclusion:</u> HCV treatment = efficacious preventing HCV reinfection in persons who use drugs attending low threshold mobile harm reduction units. No relevant economic evaluations or evidence-based guidelines identified regarding telehealth-delivered interventions and mobile (moveable) services in the management of substance use disorder.	Literature search: 2015-2020 and English language only

Sigles: HCV: hepatitis C virus; nbre: nombre; TAU: treatment as usual; tx: treatment.

Tableau D-8 Extrait des revues systématiques sur la santé mentale en général

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue et objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Connolly <i>et al.</i> , 2020]	A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing	38 -2 ECR n>3000 participants. 15 studies involved the treatment of child and adolescent patients (39%), 10 included military personnel/ veterans (26%), and 3 included indigenous populations (8%). 28 studies specified the locations at which patients received TMH-V care, including hospitals and clinics (21/28, 75%), within their homes (5/28, 18%), or in other locations, including schools, youth centers, crisis homes, or community centers (4/28, 14%).	RS This systematic review examined providers' attitudes toward TMH-V through the lens of the unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT). The UTAUT (Venkatesh, Morris, Davis, & Davis, 2003) is a comprehensive framework that identifies four primary constructs underlying individuals' acceptance of a technological innovation: performance expectancy, effort expectancy, social influence, and facilitating conditions.	Telemental health Videoconferencing User vs nonuser providers	Overall attitudes toward TMH-V = largely positive: providers = satisfied with TMH-V and favorable toward its use describing it as important and an acceptable mode of treatment delivery. Positive opinions observed across types of services provided, location of TMH-V care, and patient populations. Perception of usefulness = most important factor in determining intention to use TMH-V based on questionnaire data. A minority of psychiatrists (4/11) reported being satisfied providing medication management through TMH-V in one study. Difficulties detecting nonverbal cues: fidgeting or crying, poor hygiene, signs of intoxication, trouble maintaining eye contact and disruptions to conversation flow. Compared to those with no experience, users had more positive attitudes toward TMH-V and expressed more confidence regarding their ability to provide care through TMH-V. Majority = positive sentiments increase with experience. <u>Conclusion:</u> Providers' attitudes toward TMH-V = positive overall, despite the acknowledgment of multiple drawbacks to its use. Suggests that relative advantages of TMH-V in certain circumstances, such as increasing access to care where services are limited, may outweigh its various disadvantages from the provider perspective. Gaining experience conducting TMH-V sessions with patients may lessen perceived drawbacks of use and foster the development of strategies and workarounds to improve care delivery.	Literature: English language only. Risk of publication bias. Possible that the providers who opted to complete TMH-V surveys or participate in TMH-V intervention protocols may be categorically different from providers who opted out. Detection bias = inevitable in this context, given that the main outcomes of this review are providers' attitudes toward using TMH-V, preventing any sort of blinding regarding treatment condition when considering outcomes
[Dworschak <i>et al.</i> , 2022]	Efficacy of internet-based interventions for common mental disorder symptoms and psychosocial problems in older adults: A systematic review and meta-analysis.	11 -10 ECR n=1365, n=40 to 433 participants/study; ≥50 years, 50-93 years, female in majority, depression, anxiety, PTSD, stress	RSMA To summarize narratively and empirically the existing literature on the efficacy of internet-based interventions for	Internet-based interventions Internet- and mobile-based Wait list control condition, another active intervention, a placebo	Internet-delivered psychological interventions might be an effective alternative for the treatment of both common mental disorder symptoms. Any significant effect of the level of guidance on overall symptom severity. Any significant effect of the treatment approach (CBT vs. other) on overall symptom severity. No significant effect of internet-based psychological interventions on anxiety	Studies conducted in western countries. Short term effects only. Variability in follow-up time points: only assess effects of internet-based psychological interventions at post-assessment. Interpreted results with

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue et objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
			the treatment of common mental disorder symptoms and psychosocial problems (loneliness, stress) in older individuals.	condition, a minimally active condition	symptom severity in older adults. Treatment satisfaction: predominantly rated positively. <u>Conclusion</u> : Internet-delivered treatments might be a feasible and promising approach for improving common mental disorder symptoms and psychosocial problems in older individuals. Potential to bridge the current treatment gap in mental health care among this age cohort. Given GPs key role as "gate keepers" to mental health care: important that they are aware of existing effective internet-based interventions and know where to refer their patients to increase the accessibility of evidence-based psychological treatment among this age cohort.	caution: not able to test for publication bias due to the limited number, high heterogeneity of studies. Generalizability to older adults might be curtailed, as an age cut-off criterion of 50 years or above (instead of 60/65 years or older).3/7 studies included participants younger than 60 years of age.
[Li <i>et al.</i> , 2021]	Transition of Mental Health Service Delivery to Telepsychiatry in Response to COVID-19: A Literature Review	8 n=7655 (4316 patients+3307 healthcare providers+32 parents)	RS To review the literature on the transition of mental health service delivery to telepsychiatry during COVID-19	Telepsychiatry Visio, telephone For some vs without severe mental illness	From April to September of 2020, the average of monthly scheduled appointments increased to 1,168 (17.8%) with no-show rates decreased to a range of 5.5–8.5%, leading to a 26.2% increase in completed visits. One study investigated whether there group differences between patients with severe mental illness (SMI) and non-SMI in converting face-to-face therapy to teletherapy, and between new patients with SMI and non-SMI starting therapy via telehealth during COVID-19: no difference between SMI and non-SMI groups in conversion rates - older patients with SMI : significantly decreased conversion rate. Majority of patients and healthcare providers rated the transition as "met expectations" or "better than expected" despite some concerns and negative views. <u>Conclusion</u> : Transition of mental health service delivery from face-to-face to telepsychiatry during COVID-19 met the expectations of most patients and healthcare providers. Telepsychiatry can be an effective way to deliver mental health services during COVID-19 and in the foreseeable future.	Literature: English-language only published between January 2020 and January 2021 (covid-19 focus). Paucity of studies available (n=8): limited ability to discuss the topic from a broader perspective. Incomplete methodology description for study selection-extraction.

Sigles: CBT: cognitive behavioral therapy; COVID-19: Coronavirus disease caused by the SARS-CoV-2 virus; ECR: essai clinique randomisé; GPs: general practitioners; nbre: nombre; PTSD post-traumatic stress disorder; RS: revue systématique; RSMA: revue systématique avec méta-analyse; SMI: severe mental illness; TMH-V: telemental health via videoconferencing; UTAUT: unified theory of acceptance and use of technology.

Tableau D-9 Extraction des revues systématiques sur divers troubles de santé mental confondus

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue et objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Basit <i>et al.</i> , 2020]	Telemedicine interventions for medication adherence in mental illness: A systematic review.	17 ECR n=4021 (29 à 962 participants)/ Adults, depression, bipolar disorder, or schizophrenia	RS To assess the evidence for telemedicine interventions for pharmacologic adherence in persons with depression, bipolar disorder, or schizophrenia	Telemedicine Interventions Telephone, text messaging, monitoring devices, and videoconferencing TAU (non telemedicine) and/or active controls (telemedicine)	Medication adherence: majority of the low- and medium-intensity studies = positive, while less than half of the high-intensity studies = positive. <u>Conclusion:</u> Telemonitoring may be useful to gain a better understanding of patients' adherence initially and could be discontinued if patients demonstrate adherence over a certain period. Most studies included patients with serious mental illness (schizophrenia and bipolar disorder) and telehealth interventions in this population = remarkable for often being effective, despite imperfect patient engagement and utilization	More than 50% of studies= low quality. Some negative studies with smaller sample sizes may have been underpowered.
[Batastini <i>et al.</i> , 2021]	Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice.	57 n=4336 for outcome, avg. 38 years/ n=332 for evaluation avg. 50.3 years, Adult + children	RSMA To answer the basic question of whether videoconference therapy (VCT) is better, worse, or relatively equivalent to in-person mental health services	Videoconferencing technologies Videoconferencing Face-to-face	Aggregate between-Group Comparison: overall effect size for the estimated model = not statistically significant, Hedges' g = - 0.02, 95% CIs [- 0.12, 0.94], (SE= 0.06), p = .788, indicating no statistically significant aggregate difference between outcomes associated with videoconference-delivered interventions and those associated with in-person interventions. Estimated total heterogeneity or $\tau^2 = 0.09$ (SE = 0.03). Statistically significant amount of heterogeneity observed in the model, $Q(42) = 160.41$, $p < .001$. Assessments conducted using VCT : not appear to lead to differential decisions compared to those conducted in-person across 83 individual outcomes and 332 clients/ examinees. Support the use of VCT as a viable alternative to in-person service delivery of mental healthcare but: several limitations. <u>Conclusion:</u> No statistically significant aggregate difference between outcomes associated with videoconference-delivered interventions and those associated with in-person interventions.	Research designs: varied widely. Few studies compared VCT to an in-person comparison group. Generalizability of findings: limited. High risk of bias

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue et objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Christ <i>et al.</i> , 2020]	Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Adolescents and Young Adults: Systematic Review and Meta-Analysis.	70 n=19 to 257/study, avg. 92,75; Adolescents +adults (12-25 years)	RSMA To perform an up-to-date comprehensive systematic review and meta-analysis of the effectiveness of cCBT in treating anxiety and depression in adolescents and young adults compared with active treatment and passive controls. We aimed to examine posttreatment and follow-up effects and explore the moderators of treatment effects	Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy Computer, web, telephone Face-to-face CBT ou TAU (active treatment) and passive controls (waiting list/no tx ou info control)	Compared with passive controls, cCBT =small to medium posttreatment pooled effect sizes on depressive symptoms (g=0.51, 95% CI 0.30-0.72, number needed to treat [NNT]=3.55) and anxiety symptoms (g=0.44, 95% CI 0.23-0.65, NNT=4.10). cCBT = effects similar to those of active treatment controls regarding anxiety symptoms (g=0.04, 95% CI -0.23 to 0.31). For depressive symptoms: nonsignificant pooled effect size favored active treatment controls (g=-0.70, 95% CI -1.51 to 0.11, P=.09). Heterogeneity I2=very high (90.63%). No moderators of treatment effects identified. At long-term follow-up, cCBT = small pooled effect size regarding depressive symptoms compared with passive controls (g=0.27, 95% CI 0.09-0.45, NNT=6.58). No other follow-up effects; however, power = limited owing to the small number of studies. <u>Conclusion:</u> Robust evidence for the effectiveness of cCBT in the treatment of anxiety and depressive disorders in adolescents and young adults compared with passive controls, with small to medium posttreatment effect sizes. Effects of cCBT = similar to those of active treatment controls in reducing anxiety symptoms. Results = unclear for depressive symptoms (high heterogeneity and small number of studies comparing cCBT with active treatment controls). Need for more methodologically high-quality research in this population.	Literature: English abstract available only. High risk of bias owing to self-report measures and/or inappropriate handling of missing data. Limited number of studies in the meta-analyses, especially about short-term and long-term follow-up effect where the power= limited. Heterogeneity= considerable in most analyses. Almost all studies conducted in high-income countries. Most studies in young adults: conducted among university students.
[Cox <i>et al.</i> , 2021]	Text messages to reduce depressive symptoms: Do they work and what makes them effective? A systematic review	7 ECR n=1918/ ≥18 years/ avg. age 22-58 year/ male & female	RSMA To quantify the effects of text messaging interventions to reduce depressive symptoms and identify variables that might influence the effectiveness of the intervention	Text messaging interventions Texto Usual care or an attention control	Borderline statistically significant reduction in depressive symptom scores between the text messaging intervention and control groups (standardised mean difference [SMD], -0.27; 95% confidence interval [CI], -0.54 to 0.00; p = .00) favouring intervention at the end. <u>Conclusion:</u> Text messaging has potential to reduce depressive symptoms.	High risk of bias for all studies; judgement for performance bias, high risk for incomplete outcome data, small number of included trials and participants = wide CIs Overall rating of 'very low' quality of evidence in the summary of findings.

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue et objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Dwyer <i>et al.</i> , 2021].	Suitability of Text-Based Communications for the Delivery of Psychological Therapeutic Services to Rural and Remote Communities: Scoping Review.	70 -5 ECR n>1000/ 8-72 years/ more female	Scoping review To determine whether text-based counseling services have the potential to circumvent the barriers faced by clients in rural and remote communities using technology and whether text-based communications, in particular, can be used to identify individuals at risk of psychological distress or self-harm	E-mental health Text-based communication (SMS text message, mobile phone apps, or internet chats) Telephone intervention, TAU, waiting list	Text-based counseling services and interventions = effective in treating a variety of mental health conditions. Text-based counseling produces desirable outcomes for a range of mental health conditions for clients willing to engage with this delivery model. <u>Conclusion</u> : Reason to be optimistic regarding the potential for text-based interventions: contribute to addressing the mental health needs of underserved populations. Clear need for intensified research into the extent to which text-based counseling (and predictive models using modern computational linguistics tools) may help deliver mental health treatments to underserved groups such as regional communities, identify at-risk individuals for targeted intervention, and predict progress during treatment.	Literature: English only. Requires a level of technology literacy: present a barrier for some clients to engage with such e-mental health services. No generalizability possible.
[Fernandez <i>et al.</i> , 2021]	Live psychotherapy by video versus in-person: A meta-analysis of efficacy and its relationship to types and targets of treatment	68 n=5245, anxiety, depression, posttraumatic stress disorder (PTSD), obsessive compulsive disorder (OCD), eating disorders, and other miscellaneous psychological difficulties	RSMA pre-post changes within video psychotherapy were evaluated as were outcome differences between VDP versus in-person psychotherapy (IPP) or other comparison groups	Video-delivered psychotherapy (VDP) Internet, computer, laptop, tablet, smartphone In-person psychotherapy	Pre-post effect size of VDP: large and highly significant, $g = +0.99$ 95% CI [0.67–0.31]. VDP= significantly better outcome than wait list controls ($g = 0.77$) but negligible in difference from IPP. Within-groups heterogeneity of effect sizes: reduced after subgrouping studies by treatment target, of which anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder (PTSD) (each with $k > 5$) had effect sizes nearing 1.00. Disaggregating within-groups studies by therapy type: effect size = 1.34 for CBT and 0.66 for non-CBT. Adjusted for possible publication bias: overall effect size of VDP within groups: $g = 0.54$. About treatment target, VDP advantage: particularly pronounced when the target = depression ($g = 1.29$), anxiety ($g = 0.99$), or PTSD ($g = 1.00$). Pre-post improvement during VDP: more pronounced when the treatment = CBT ($g = 1.34$) as compared with non-CBT approaches such as psychodynamic therapy, counselling, and psycho education ($g = 0.66$). <u>Conclusion</u> : Substantial and significant improvement occurs from pre- to post-phases of VDP: but differing negligibly from IPP treatment outcome. VDP improvement: most pronounced	Few of the studies analysed actually asked participants about their preferred mode of therapy delivery and the reasons for their preference. Few of the studies actually queried therapists about their preference (crucial determinant of the ultimate success of this new intervention).

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue et objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
					when CBT used, and when anxiety, depression, or PTSD are targeted, and remains strong though attenuated by publication bias	
[Gan <i>et al.</i> , 2021]	Effect of Engagement With Digital Interventions on Mental Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis	35 ECR n=8110 tot /4484 patients (22 to 542/ study), 11,0-58,4 years, 85,7% adults; only 5,3 to 100% of female; median 68.8% female; anxiety (10 studies, 28.6%), depression, (nine studies, 25.7%), and psychological distress/recovery (nine studies, 25.7%).	RSMA the primary purpose of this meta-analysis is to examine the relationship between level of engagement and change in mental health outcomes in the context of digital mental health interventions	Digital mental health interventions (DMHI) Smartphone, tablet, and computer (85,7%) Between-group and correlational designs; comparisons between (i) level of assistance with engagement (guided or unguided interventions), (ii) user mental health severity (diagnosed or non-diagnosed), and (iii) primary mental health target (depressive- or anxiety-related symptoms).	Six studies evaluating guided interventions (N=423) = significant moderate positive association between engagement and post-intervention mental health outcomes ($r = 0.30$, 95% CI [0.20, 0.38], $Z=6.13$, $p<0.001$). Overall mean pooled correlation for the meta-analysis of nine studies evaluating unguided interventions (N = 674)= small, significant positive association between engagement and post-intervention mental health outcomes ($r = 0.23$, 95% CI [0.16, 0.31], $Z = 6.07$, $p < 0.001$). Overall mean pooled correlation for the meta-analysis of self-report symptom measures (N = 1,056)= significant positive association between engagement and post-intervention mental health outcomes ($r = 0.24$, 95% CI [0.17, 0.32], $Z = 6.29$, $p < 0.001$). Overall mean pooled correlation for the meta-analysis of 6 studies with participants who fulfilled criteria for a psychiatric diagnosis (N=530)= significant positive association between engagement and post intervention mental health outcomes ($r=0.28$, 95% CI [0.19,0.36], $Z=6.03$, $p<0.001$. 5 studies with anxiety-related symptoms as the primary outcome and 6 studies with depressive symptoms as the primary outcome= significant positive association between engagement and post-intervention mental health outcomes. <u>Conclusion:</u> First meta-analytic evidence: the more that users engage with digital interventions the greater the improvements in mental health symptoms.	Literature= English only. Included studies differed in many ways (target population, digital mental health interventions employed, and types of mental health conditions examined). Differences in the statistical approaches employed by studies: how they quantified the engagement-outcome relationship.
[Giovanetti <i>et al.</i> , 2022]	Teletherapy versus In-Person Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.	11 ECR N= 1,494 participants, with 745 receiving video-based intervention and 749 assigned to in-person. Total sample sizes of the	RSMA To examine the comparative efficacy of in-person and video-delivered psychotherapy in reducing depressive symptoms by	Teletherapy Video In-person services	Video based psychotherapy= roughly comparable in efficacy with in-person psychotherapy for reducing depressive symptoms ($g = 0.04$, 95% confidence interval [CI]=-0.12 to 0.20), $p = 0.60$, $I^2 = 5\%$). Attrition rates between the two conditions: not significantly different (odds ratio = 1.07, 95% CI = [0.78 to 1.49], $p = 0.63$, $I^2 = 25\%$). No significant subgroup differences in either efficacy ($p = 0.38$) or attrition ($p = 0.94$). <u>Conclusion:</u>	Literature: English language only. Relatively modest number of high-quality studies. 6/11 index studies involved home-based telehealth, 4 focused on video-based services delivered to a site (such as a clinic), and 1

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue et objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
		individual studies ranged from 26 to 265 participants/ Adults with posttraumatic stress disorder (k = 5), depression (k = 3), bulimia nervosa (k=1), insomnia (k1), and a combination of mood and anxiety disorders (k=1)	extracting and meta-analyzing effect sizes from head-to-head RCTs		Video-based teletherapy may be a feasible and effective alternative to in person services for reducing depressive symptoms. No evidence at all that video-based psychotherapy is inferior to in-person psychotherapy in the reduction of depressive symptoms. No significant difference in the rate of attrition between the two treatment delivery modalities.	included patient treated at either venue: outcome differences between these distinct telehealth delivery settings remain unknown.
[Jameel <i>et al.</i> , 2021]	mHealth technology to assess, monitor and treat daily functioning difficulties in people with severe mental illness: A systematic review	38 -4 ECR n=2262 (7 to 277) over the age of 18. Some did not specify this. Most studies reported a mean age, ranging from 26 to 49 years old though, six studies did not provide this information. F majority for BD + male for schizo. Caucasian majority when reported.	RS This systematic review aims to, 1) synthesise the evidence base for applying and using mHealth to support functional recovery in people with SMI 2) evaluate the acceptability and feasibility of mHealth assessment, monitoring and interventions targeting daily functioning problems in people with SMI, 3) assess the methodological quality of the available evidence, and 4) identify future directions for research.	m Health technology Smartphones, personal digital assistants, wearables, and tablets (mobile* cellphone or cell phone or app* or wearable* or wristband or watch or sensor or wireless* or portable) Not all; TAU, wait list, healthy control	mHealth: widely found to be acceptable and feasible. Preliminary findings suggesting it can support functional recovery by augmenting an intervention, simplifying the assessment, increasing monitoring frequency and/or providing more detailed information. Some studies: data obtained from self-assessment and monitoring via mHealth devices had good comparability with standardised tools. 7 studies: mHealth data = able to support the differentiation of participants and mental health states to a good degree of accuracy. Active assessment and monitoring used in the early stages of illness: could help to empower people with SMI to engage in self-management and prevent chronicity. Passive assessment: may allow the clinician and patient to gain insights from daily life, with minimal effort on the participant's behalf. Passive data collection can be used for long periods of time, collect information frequently and with greater precision. <u>Conclusion:</u> emerging evidence base to support the use of mHealth technology in the assessment, monitoring and intervention of daily functioning in people with SMI.	Literature: English only. Study quality: assessed using the rigorous EPHPP tool developed primarily to assess intervention's efficacy studies and- less apt for effectiveness studies. Missing or incomplete data (e.g., demographic data, how diagnosis was specified) could have affected the generalisability of the results.

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue et objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
[Leach <i>et al.</i> , 2021]	Digital Health Interventions for Mental Health, Substance Use, and Co-occurring Disorders in the Criminal Justice Population: A Scoping	19 -5 ECR n>2500 participants. Adults of a variety of criminal justice settings. Except 1 study (13-19 years), majority male with addiction (8), mental health (11)	Scoping review To evaluate efficacy data for Digital health interventions (DHI) to expand treatment for Substance use disorder (SUD), mental health disorders (MHD), and co-occurring mental health and substance use disorders for justice involved populations: (1) Describe trends involving DHIs for MHD, SUD, or co-occurring disorders studied in criminal justice settings; and (2) review available evidence for the impact of Digital Health Interventions (DHIs) on criminal justice-, substance-, and mental health-related outcomes	Digital Health Interventions Telephone, visio, computer, Web, e-mail, text TAU	Positive results with high acceptability with patients/staff and improvement in psychiatric symptoms and improved coping strategies. One study: equivocal results, no difference between the DHI telepsychiatry evaluation when compared to traditional face to face evaluation (may be taken as a positive result to demonstrate non-inferiority of the DHI). A single study reported less favorable outcomes when using a DHI (telepsychiatry) compared to face-to-face evaluations. Feasibility and acceptability= high. Studies that measured substance and mental health-related outcomes reported equivocal or positive results. For the incarcerated population: majority of the studies reported positive results with high acceptability with patients/staff and improvement in psychiatric symptoms and improved coping strategies. For the community supervisions populations: results = largely positive with high acceptability and/or perceived usefulness and improvement in clinical outcomes, including increased treatment engagement, decreased substance use. One study= high satisfaction, and comparable clinical results when compared to treatment as usual, but DHI (telepsychiatry) group = decreased therapeutic alliance over time. <u>Conclusion:</u> Literature on DHIs for criminal justice involved populations diagnosed with SUD, MHD and co-occurring disorders is limited, and largely focuses on telehealth or eHealth..	Literature: English language only. Literature on DHIs in SUD, MHD and co-occurring disorders in the criminal justice population = limited despite the population prevalence and need for additional treatment options. Limited data on mHealth approaches. Published literature may overestimate effectiveness due to positive publication bias. Populations and outcomes studied varied widely: comparisons = difficult to make.
[Lindegaard <i>et al.</i> , 2020]	Efficacy of Internet-Delivered Psychodynamic Therapy: Systematic Review and Meta-Analysis.	7 ECR n=1080 (528 tx+552 C), 24-664/ study; depression and/or, anxiety disorders	RSMA To test the efficacy of internet-delivered psychodynamic therapy (IPDT)	Internet-Delivered Psychodynamic Therapy Web-based platform, internet platform, e-mail Active control (psychotherapeutic interventions that are clearly intended	Small effects found favoring IPDT compared to inactive control conditions for main outcomes (g = 0.44), depression (g = 0.46), anxiety (g = 0.20), and quality of life (g = 0.40). Significant heterogeneity between studies for main outcomes and depression. Within-group effects ranged from Hedges's g = 0.32–0.99. Effects of IPDT: maintained or increased at follow-up. <u>Conclusion:</u> IPDT is more efficacious than inactive control conditions, with small effect sizes in favor of IPDT with regard to main outcomes, depression,	Literature: English only. Small number of eligible studies.

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue et objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
				to be therapeutic and that are based on a coherent rationale/ inactive controls (waiting list or unstructured support groups)	anxiety, and quality of life.Effects of IPDT seem to be maintained or increase at follow-up.	
[Matsumoto <i>et al.</i> , 2021]	Effectiveness of Videoconference-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Psychiatric Disorders: Systematic and Meta-Analytic Review.	16 ECR n=1745 (27 to 343 participants per study; adultes with depressive symptoms, chronic pain, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and hypochondriasis	RSMA To evaluate the effectiveness of Videoconference-Delivered Cognitive Behavioral Therapy (VCBT) for psychiatric disorders through a systematic and meta-analytic review.	Videoconference-Delivered Cognitive Behavioral Therapy Videoconference TAU, attention control, wait-list control, and other minimal supports	Pooled effect size (Hedge g) post treatment of -0.49 (95% CI -0.68 to -0.29 , $P<.001$), indicating that VCBT = significantly more effective than the control conditions for clients with psychiatric disorders. In the 10 studies on depressive symptoms, the effect size (Hedge g) = medium, at -0.46 (95% CI -0.60 to -0.32 , $P<.001$). In the study targeting obsessive-compulsive disorder, the effect size (Hedge g) = -2.37 (95% CI -3.58 to -1.17 , $P<.001$). In the study targeting hypochondriasis, the effect size (Hedge g) = -0.65 (95% CI -1.05 to -0.25 , $P=.001$). <u>Conclusion:</u> Effectiveness of VCBT. Limited number of studies on specific psychiatric and somatic conditions. More studies are needed to draw firm conclusions, but VCBT is a promising treatment for future use	Literature: English only. 2 RCTs at high risk of bias. High heterogeneity. Broad definition of CBT, inconsistent control criteria= not possible to assess the exact effectiveness of VCBT. Long-term effectiveness of VCBT not analyzed.
[Mazziotti et Rutigliano, 2021]	Tele-Mental Health for Reaching Out to Patients in a Time of Pandemic: Provider Survey and Meta-analysis of Patient Satisfaction	29 -24 ECR n=2143 patients (n=1039 telemental health and n=1104 ftf - Avg. 74 patients/study (12-254), 34% female, mean age 39,4 years. Dx for mental health disease, depression or anxiety disorders (n=11), posttraumatic stress disorder (n=6), alcohol or substance use disorders (n=3), and attention deficit hyperactivity disorder	RSMA+sondage To present state-of-the-art tele-mental health research, to survey mental health providers about care delivery during the pandemic, and to assess patient satisfaction with tele-mental health.	Tele-Mental Health Video-based teleconferencing, telephone- or web-based interventions Face-to face	Providers' global attitude = skeptical. Only 21.3% of respondents (37/174) thought that telemental health = as valid, accurate and effective as face-to-face; 66.1% (115/174) =not positive about the ability to establish a good doctor-patient relationship. Most (132/174, 75.9%) =not believe that telemental health could reduce the barrier of stigma. Less than 50% of respondents felt somewhat or very much trained and satisfied with telemental health. No significant difference in satisfaction between telemental health and face-to-face ($P=.985$). <u>Conclusion:</u> Data still inconclusive. Telemental health patients may develop lower levels of therapeutic alliance, resulting in worse continuity of care. No significant difference in satisfaction between telemental health and face-to-face detected.	Studies: English only. Evidence for the use of telemental health= robust but concentrated in a few countries. Selection bias (eligible participants who did not have access to computer and internet connection). High risk of bias for 9 studies, some concerns for 14, and low risk for 6: (high attrition rates, which led to small, underpowered sample sizes). Satisfaction scores available just for the fraction of patients who remained in treatment. Dissatisfaction with

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue et objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
		or disruptive disorders (n=2).				treatment = responsible for participants dropping out of the studies and becoming unavailable for satisfaction assessment.
[Musiat <i>et al.</i> , 2022]	Impact of guidance on intervention adherence in computerised interventions for mental health problems: a meta-analysis	22 ECR n=5176 participants/3946 for meta-analysis: 1967 unguided/1979 guided. For n = 14 studies individuals were required to meet diagnostic criteria for a mental disorder to be eligible for the study. Majority: 30 and 50 years of age; depression (41%), anxiety, bipolar disorders	RSMA To investigate and quantify the impact of the guidance on adherence to web-based interventions for the prevention and treatment of mental health conditions	Computerised interventions, Web-based interventions, online programmes Computer (Internet) or smartphone/guidance by phone call, email, visio, f-t-f (-text message, online chat) At least two intervention groups (guided/unguided)	Guidance significantly increases the average amount of intervention completion [g = 0.29, 95% confidence interval (CI) 0.18–0.40] and the proportion of intervention completers [log odds ratio (OR) = 0.50, 95% CI 0.34–0.66] with small effects. Full completion rates: 12% higher in guided intervention groups on average. <u>Conclusion:</u> Guidance in web-based mental health interventions: increase adherence. More research required to better understand the specific mechanisms between guidance, adherence and outcomes	Literature: English only. Considerable heterogeneity for: interventions used, guidance formats, and recruitment strategies. Narrow inclusion criteria: potentially limiting the generalisability of the findings to other settings or cultural contexts (10 studies from Australia). Remains unclear whether guidance such as automated feedback, reminders, or pure technical support has the same effect on adherence as observed in the included studies.
[O'Keefe <i>et al.</i> , 2021]	Asynchronous telepsychiatry: A systematic review.	11 -2 ECR n= N/A Participant with anxiety, depression, substance abuse, post-traumatic stress disorder symptoms.	RS To identify the prevalence of Asynchronous telepsychiatry (ATP) research according to the telehealth domains established by the NQF as guidelines to develop and evaluate impactful telemedicine, including Access to Care, Effectiveness,	Telepsychiatry Text message, web technologies Synchrone vs asynchrone or pre/post test	Articles sorted into effectiveness domain suggest that asynchronous telepsychiatry (ATP): improve depression outcomes, adherence rates, and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms, and that ATP technologies are effective for diagnosis and scheduling activities. Patients/families (5 studies) report improved overall satisfaction with the delivery of their care, satisfaction with the care meeting their expectations, and satisfaction with the time it took clinicians to return a phone call. Care team member experience (4 studies) = initial satisfaction of staff with technology use and workflow. Access to Care (4 studies): results suggested ATP improved access to psychiatric services for patients facing geographic barriers and patients in long-term care settings.	Literature: English only. and written in the United States after 2000. Validity of conclusions drawn based solely on these few studies.

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue et objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
			Experience, and Financial Impact and Cost		<u>Conclusion:</u> ATP: effective from a clinical, systems, and operational perspective, and improves the experience of care for both patients and providers.	
[Schwarz <i>et al.</i> , 2021]	Sharing Clinical Notes and Electronic Health Records With People Affected by Mental Health Conditions: Scoping Review	31 -1 ECR n=41 participants (>18 years); a third of all research was conducted in Veterans Affairs Mental Health posttraumatic stress disorder (PTSD), bipolar disorder, psychotic spectrum disorder, personality disorder, substance use disorder, and major depressive disorder. Participants were involved in the process of sharing EHRs or were affected by mental health conditions	Scoping review To map available evidence on patient-accessible Electronic health records (PAEHRs) in mental health care (MHC). We seek to relate findings with research from other health contexts, to compare different stakeholders' perspectives, expectations, actual experiences with PAEHRs, and identify potential research gaps.	Electronic health records / digital sharing Web-based technologies Comparison With Non-MHC Settings	Positive experiences in all studies and negative experiences in fewer papers and consistently on a smaller scale. Health care professionals: concerns outweigh the benefits of sharing EHRs, including an increased clinical burden owing to more documentation efforts and possible harm triggered by reading the notes. Service users (SUs): mainly positive experiences with PAEHRs, such as increased trust in their clinician, health literacy, and empowerment. Negative experiences: related to inaccurate notes, disrespectful language use, or uncovering of undiscussed diagnoses. <u>Conclusion:</u> Limited corpus of evidence on sharing EHRs or clinical notes with people affected by mental health conditions. Clear predominance of positive experiences among SUs, who in turn face an excessive amount of perceived burden and fears on the part of the HCPs—an aspect that requires a closer look. Cannot concluded that restricting PAEHRs makes sense for certain groups of SUs	One-third of the included studies (8/31) = carried out in Veterans Affairs Mental Health settings, and half of these studies (4/8) selected American veterans as participants. Other studies examined PAEHR implementations in which only selected SUs granted access to their EHR. Some authors contributed up to 10/25 included studies, which increased the risk of not being able to replicate the findings. Possible conflict of interest with the use of OpenNotes.
[Simmonds-Buckley <i>et al.</i> , 2020]	Acceptability and Effectiveness of NHS-Recommended e-Therapies for Depression, Anxiety, and Stress: Meta-Analysis	24 – 24 ECR n>7075 participants/ Mean ages across the samples ranged from 20 to 45 years (mean 35.71, SD 7.76). Depression, Anxiety, and Stress	RSMA To conduct a meta-analytic review of the gold standard evidence of the acceptability and clinical effectiveness of e-therapies recommended for use in the National Health Service (NHS) in the United Kingdom	e-Therapies Website or app Any control condition, comprising a waitlist or no treatment, placebo or attention-control activity, or TAU.	Depression, anxiety, and stress outcomes for e-therapies: superior to controls (depression: standardized mean difference [SMD] 0.38, 95% CI 0.24 to 0.52, N=7075; anxiety and stress: SMD 0.43, 95% CI 0.24 to 0.63, n=4863), and small effects maintained at follow-up. Average dropout rates for e-therapies (31%, SD 17.35): significantly higher than those of controls (17%, SD 13.31). <u>Conclusion:</u> e-therapies have been found to be efficacious as low intensity (LI) psychological interventions that produce small beneficial effects for adults with depression, anxiety, and stress compared with controls.	Literature: Only English language. GRADE approach: highlighted issues with inconsistency across results, treatment comparisons, and some imprecision- meta-analytic comparisons of moderate-to-low quality. Generalizability of results: less applicable for different approaches to mental health delivery vs NICE guidelines (UK). Methodological weaknesses: bias. Lack of

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue et objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
						formal screening and selection of articles by a second reviewer. Small number of trials.
[Thompson <i>et al.</i> , 2021]	Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Systematic Review and Meta-Analysis for Mental Health Outcomes	25 -25 ECR n=4,839 participants (iACT = 2,384; Control = 2455; 76% female) with a mean age of was 39.98 (SD = 12.36) with diagnosed psychiatric disorders; major depression, social anxiety disorder, panic disorder, generalized anxiety disorder, eating disorders	RSMA In any adult population, what is the effect of iACT on anxiety, depression, quality of life, and psychological flexibility, compared to alternative or no treatment? to report engagement with iACT, measured by the average percentage of modules/sessions completed by participants	Internet-based acceptance and commitment therapy (iACT) Website TAU or no treatment (waiting list n-17)	iACT demonstrate small significant effects for depression, anxiety, quality of life and psychological flexibility compared to controls. Effect sizes for iACT (g = 0.24-0.38) = generally lower when compared to the most recent review of face-to-face ACT. Improvements in all outcomes = consistently maintained at follow-up with similar long-term effects as face-to-face ACT. Participants engaged in approximately 75.77% of modules or sessions of the iACT programs, demonstrating high engagement despite the online nature of the interventions. iACT = small significant effects on depression (g = 0.38) compared to controls: consistent with previous meta-analyses on iACT and third-wave therapies. Small significant effect of iACT on anxiety: in line with a recent review. Effects of iACT on anxiety seem to be maintained over time. Quality of life tends to improve after face-to-face treatment and this was supported also in iACT, which demonstrated small but significant effects on quality of life, similar to face-to-face ACT (g = 0.25). Conclusion: iACT = effective in improving and maintaining mental health outcomes across diverse populations, but limited evidence of reliable, clinically significant effects.	Literature: English only. Some moderator analyses lacked adequate power to detect meaningful differences, and some may not be upheld with the addition of more studies. Very uneven dispersion of studies across subgroups. Most studies comparing iACT to waitlist controls as opposed to alternative treatments which increase risk of performance bias. Conclusions based on empirically studied internet interventions : may not be representative of the efficacy of industry-developed iACT websites readily available.
[Toombs <i>et al.</i> , 2021]	A systematic review of electronic mental health interventions for Indigenous youth: Results and recommendations	10 -2 ECR n>2000 participants. 12-35 years; substance abuse, suicide. Most of the included studies evaluated novel eHealth interventions developed specifically for Indigenous youth	RS Understanding outcomes of electronic health interventions for mental health concerns among Indigenous people	Electronic mental health interventions Teleconferencing technology, mobile app, web app, texto, Website waitlisted control group for 1 ECR and Maori vs non-Maori for 1 ECR	Positive community or individual response to eHealth interventions from service providers or service users. When using teleconferencing with multiple practitioners, confidentiality had to be considered and monitored more carefully given the small size of many rural and remote communities. More difficult to share symptom or behavioural information in these settings without indirectly identifying individuals and breaking client confidentiality. 7 recommendations: Community consultation and incorporation of community knowledge- Identify, document, and evaluate	Literature: English only. 10 studies varied significantly based on modality used to deliver content, intervention content and skills, targeted symptoms, and research methodology. Included cultural content varied between communities and countries, with interventions including

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue et objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
		(n=7). American Indian, Mental health service providers and an Elder who work with Aboriginal and Torres Strait Islander people in rural and remote areas in Australia; Aboriginal communities in Australia; Indigenous youth, living in Vancouver; Maori university students; Urban American Indian, Frontline mental health workers in Nunavut			programme structure, content and adaptations- Provide technology used to complete intervention- Facilitate clear communication of content- Tailor content to meet youth needs and community context- Use of congruent in-person and eHealth strategies- Use of a transdiagnostic psychological approaches. <u>Conclusion:</u> eHealth services for Indigenous youth= promising interventions for mental health care. More information is required to determine if such services are the best solution to address specific mental health concerns. Further research regarding cost-effectiveness, youth preferences, effectiveness of the interventions to address mental health needs for the targeted population is required before specific recommendations regarding intervention use can be made	cultural knowledge. Designs used varied significantly: not possible to compare outcomes across studies. 5 different technologies used to deliver content, making it challenging to discern effectiveness, and thus determine how best to utilise clinician and client resources in the most effective way. Many studies = small study designs, with limited sample sizes.
[van Loenen <i>et al.</i> , 2022]	The Effectiveness of Virtual Reality Exposure-Based Cognitive Behavioral Therapy for Severe Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive Disorder, and Posttraumatic Stress Disorder: Meta-analysis	16 -16 ECR n=817 (10 to 162: 12/16, 75% of the studies had <25 participants in each arm);adults with dx Severe Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive Disorder, and Posttraumatic Stress Disorder	RSMA Examine the efficacy of Virtual Reality Exposure-Based Cognitive Behavioral Therapy (VRE-CBT) on anxiety severity compared with (1) waitlist and (2) CBT at posttest and follow-up measurements (if available). Our secondary objectives are to examine whether efficacy differs according to the type of anxiety disorder, type of recruitment, and type of VRE-CBT (virtual reality exposure [VRE] with	Virtual Reality Exposure-Based Cognitive Behavioral Therapy- Virtual Reality - Internet Waiting list or CBT	Mean effect size of VRE-CBT compared with waitlist (nco=10): medium and significant, favoring VRE-CBT (Hedges g=-0.490,95% CI -0.82 to -0.16; P=.003). Mean effect size of VRE-CBT compared with CBT (nco=13) : small and nonsignificant, favoring CBT (Hedges g=0.083, 95% CI -0.13 to 0.30; P=.45). Dropout rates between VRE-CBT and CBT (nco=10): no significant difference (odds ratio 0.79, 95% CI 0.49-1.27; P=.32). Use of the VR simulators can cause simulator sickness: need appropriate training, supervision, and technical support. <u>Conclusion:</u> VRE-CBT = as effective as CBT in the treatment of more severe formal anxiety disorders. Better reporting of quality in VRE-CBT RCTs needed before conclusions can be drawn on the effect of quality on effect sizes.	Limited number of trials per diagnosis (none on OCD and only 1/16, 6% on GAD) and per method of recruitment (only 1/16, 6% recruited in the community) and few studies with follow-up outcome data (5/16, 31%). Subgroup analyses: type of anxiety disorder = significant moderator in the waitlist comparison, but no conclusions can be drawn from this result (high heterogeneity within the subgroups). Sense of presence or other indicators of interaction: not investigate, although presence may influence the effectiveness of VRE-CBT. 3 studies (3/45, 7%) excluded because of missing data for analyses

Auteur	Titre	Nbre d'études incluses-nbre ECR Nbre de participants et caractéristiques	Type de revue et objectif	Intervention (terme utilisé) Technologie Groupe comparateur	Résultats et conclusion	Limites
			or without regular CBT).			despite efforts to acquire these data by contacting the authors. Studies limited in number and in quality of reporting.
[van Lotringen <i>et al.</i> , 2021]	Responsible Relations: A Systematic Scoping Review of the Therapeutic Alliance in Text-Based Digital Psychotherap	23 -11 ECR n=13 to 223/ study. Majority of participants were female, with the exception of one study. The weighted average age across the studies was 37.4 years anxiety symptoms or disorders (n = 9) , depression (n = 8), posttraumatic stress disorder (PTSD) or PTSD related symptoms (n = 6), obsessive-compulsive disorder (n = 2), binge-eating disorder (n = 1), preterm labor stress (n = 1), and chronic tinnitus (n = 1).	Scoping review To give a comprehensive overview of the nature and extent of current research evidence on the therapeutic alliance in text-based digital psychotherapy.	Text-Based Digital Psychotherapy Internet (iCBT)+feedback par e-mail, integrated messaging functions (chat) Face-to-face, pre/post treatment eval.	Measurements with the working alliance inventory (WAI) or WAI-short form = good therapeutic alliance with a weighted mean score of 5.66 (on a scale of 1 to 7) and a weighted standard deviation of 0.84. Relations between the therapeutic alliance and treatment outcomes: mostly positive, with many studies reporting significant associations (n = 8 out of 10) or significant effects of the therapeutic alliance on treatment outcomes (n = 5 out of 6). <u>Conclusion:</u> High levels of therapeutic alliance in text-based digital psychotherapy, comparable to those reported for face-to-face treatment. Establishment of a good therapeutic relationships seems to be possible independent of the medium (digital text-based or face-to-face). Majority of the included studies show significant and positive relations between the therapeutic alliance and primary or secondary outcome measurements, such as a strong relationship with client satisfaction. Positive relationship between therapeutic alliance and treatment outcomes indicates that the type of alliance that emerges in text-based digital psychotherapy is indeed beneficial to the therapeutic work.	Choice for a scoping review made with the aim for a broad coverage of the topic but did not appraise the methodological quality of the reviewed articles. Included interventions = mostly web-based: possible that some studies that included other forms of digital text-based psychotherapy, such as via text-messaging or via apps missed. If measurements of the working alliance was not in the abstract= not included in this review. Authors of the studies often originate from the same research groups (Germany and Sweden): shows that research interest in this topic not yet widespread.

Sigles et abréviations: ACT: Acceptance and Commitment therapy; ATP: Asynchronous telepsychiatry; avg.: average; BD: bipolar disorder; C: control; CBT: Cognitive Behavioral Therapy; cCBT: computer-based Cognitive Behavioral Therapy; CI: confidence interval; DHI: digital health intervention; DMHI : Digital mental health interventions; dx: diagnostic; ECR: essai clinique randomisé; EHR: Electronic Health Records; EPHPP: *Effective Public Health Practice Project*; ftf: face-to-face; HCP: health care professional; iACT: Internet-Based Acceptance and Commitment therapy; IPDT: internet-delivered psychodynamic therapy; IPP: in person psychotherapy; N/A: not available; MHC: Mental Health Conditions; MHD: mental health disorder; nbre: nombre; NHS: National Health Service in the United Kingdom; OCD: obsessive compulsive disorder; PAEHRs: patient-accessible Electronic health records; PTSD post-traumatic stress disorder; RCT: randomized clinical trial; RS: revue systématique; RSMA: revue systématique avec méta-analyse; SMD: standardized mean difference; SMI: severe mental illness; SMS: *Short Message System*; SUD: substance use disorder; SUs: Service users; TAU: treatment as usual; tx: treatment; VCBT: Videoconference-Delivered Cognitive Behavioral Therapy; VCT: Videoconference therapy; VRE-CBT: Virtual Reality Exposure-Based Cognitive Behavioral Therapy; VDP: video-delivered psychotherapy; WAI: working alliance inventory.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca



