

Utilisation cliniquement approprié des soins virtuels pour les troubles de l'alimentation

Document de référence des lignes
directrices

OCTOBRE 2023

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| À propos de ce document | 4 |
| Public visé..... | 4 |
| Contexte et justification..... | 4 |
| Développement des lignes directrices..... | 5 |
| Concepts et définitions clés | 6 |
| Utilisation cliniquement appropriée des soins virtuels..... | 6 |
| Soins virtuels..... | 7 |
| Groupes virtuels..... | 7 |
| Modèles de soins hybrides..... | 7 |
| Considérations générales | 8 |
| Contexte et considérations pour les professionnels de la santé..... | 8 |
| Contexte et considérations pour les personnes avec des troubles de l'alimentation..... | 8 |
| Considérations pour les peuples autochtones..... | 10 |
| Considérations relatives à l'équité, à la diversité et à l'inclusion..... | 10 |
| Risques potentiels dans un contexte virtuel..... | 11 |
| Attrition, abandons et observance du traitement..... | 11 |
| Vie privée et confidentialité..... | 12 |
| Risques potentiels pour la sécurité des patients dans un contexte virtuel..... | 12 |
| Statut médical..... | 12 |
| Psychothérapie fondée sur des données probantes dans le contexte des soins virtuels..... | 13 |
| Considérations relatives à la prestation virtuelle d'une thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles de l'alimentation..... | 13 |
| Considérations relatives à la prestation virtuelle d'un traitement familial..... | 14 |
| Autres protocoles de psychothérapie..... | 14 |
| Traitement ambulatoire intensif virtuel..... | 15 |
| Évaluation de la pertinence des soins virtuels..... | 15 |
| Conseils/recommandations | 16 |
| 1. Planification des soins virtuels pour les troubles de l'alimentation | 16 |
| A. Connaissances et capacités des professionnels de la santé..... | 16 |
| B. Considérations pour les personnes avec des troubles de l'alimentation, les familles et les soignants..... | 16 |
| C. Considérations sur les cas où les soins en personne peuvent être les plus appropriés..... | 16 |
| D. Éclairer la méthode de prestation des soins..... | 17 |
| 2. Fournir des soins virtuels pour les troubles de l'alimentation | 17 |
| A. Évaluation et gestion continues des risques potentiels..... | 17 |
| B. Évaluation continue de l'offre de soins virtuels..... | 18 |
| C. Documenter les rencontres de soins virtuels..... | 18 |
| Références | 19 |

| | |
|---|-----------|
| Engagement des partenaires | 22 |
| Remerciements | 22 |
| Ressources additionnelles | 24 |

Le présent document vise à fournir des conseils sur l'utilisation des soins virtuels dans le cadre de la pratique clinique. Les médecins souhaitant se renseigner sur la facturation des services de soins virtuels au Régime d'assurance-santé de l'Ontario sont priés de consulter la Loi sur l'assurance-santé et les règlements afférents, y compris la liste des prestations pour les services médicaux, ou de communiquer avec le ministère de la Santé.

À propos de ce document

Ce document a été élaboré pour soutenir la prise de décision des professionnels de la santé quant à l'utilisation des modalités de soins virtuels (téléphone, vidéoconférence) pour les personnes de tous âges avec des troubles de l'alimentation. Ce document s'aligne sur la norme de qualité [Troubles de l'alimentation : Soins pour les personnes de tous âges](#) et peut être référencé conjointement avec la norme de qualité.¹

Ces lignes directrices sont spécifiques à la prise de décision concernant la prestation de soins virtuels pour les troubles de l'alimentation. Elles complètent – plutôt que ne remplacent – toutes les lois, réglementations et normes de pratique des ordres de réglementation, ainsi que les politiques, les directives gouvernementales et les lignes directrices en matière de santé publique.

Ces lignes directrices devront peut-être être adaptées pour répondre aux besoins uniques des personnes recevant des soins, des familles ou des soignants, ainsi qu'à ceux des organisations ou à d'autres conditions locales. D'autres mises à jour pourraient être publiées à mesure que la recherche et les données cliniques se développent et que la stratégie à long terme de l'Ontario en matière de soins de santé virtuels évolue.

Public visé

Ces lignes directrices ont été conçues à l'intention des professionnels de la santé qui s'occupent de personnes avec des troubles de l'alimentation et de symptômes associés, notamment les diététistes, les infirmières et infirmiers praticiens, les médecins, les psychiatres, les psychologues, les psychothérapeutes et les travailleurs sociaux.

Elles peuvent également s'appliquer à d'autres personnes prodiguant des soins, telles que les praticiens de soins traditionnels, les guérisseurs, les personnes âgées* et les travailleurs de soutien par les pairs.

Ces conseils s'appliquent à tous les groupes d'âge.

Contexte et justification

Tout au long de la pandémie de la COVID-19, la prestation de soins virtuels pour les troubles de l'alimentation s'est considérablement développée et a élargi la manière dont les personnes reçoivent des soins et dont les professionnels de la santé les dispensent. Malgré la disponibilité de traitements de haute qualité fondés sur des données probantes pour les troubles de l'alimentation, l'accès à des soins appropriés en temps opportun peut s'avérer difficile dans l'ensemble de l'Ontario.¹ Les raisons en sont notamment la disponibilité des ressources au niveau local, l'accessibilité des différents types de psychothérapie et les différents degrés de soutien de la famille et des soignants dont disposent les

*Ces lignes directrices sont destinées à être utilisées lorsqu'elles sont pertinentes au contexte dans lequel les soins sont prodigués. Pour les soins aux peuples autochtones, des considérations supplémentaires pourraient s'avérer nécessaires pour tenir compte de la relationalité, de la spiritualité et de l'autodétermination.

personnes avec des troubles de l'alimentation.¹ Les soins virtuels peuvent améliorer l'accès aux soins pour les personnes qui sont confrontées à des obstacles en termes de géographie, de coûts de transport, de mobilité ou de capacité à s'absenter du travail ou de l'école. Des rapports anecdotiques recueillis auprès des membres du groupe d'experts suggèrent que le recours à la vidéoconférence peut également offrir l'avantage de permettre aux professionnels de la santé d'avoir un aperçu de l'environnement familial d'une personne.

Le ministère de la Santé de l'Ontario a financé l'élaboration de lignes directrices sur la pertinence clinique pour soutenir la prise de décision des professionnels de la santé concernant l'utilisation des modalités de soins virtuels dans le traitement des troubles de l'alimentation, en raison de l'absence de lignes directrices au niveau provincial.

Développement des lignes directrices

Le groupe d'experts des lignes directrices pour l'utilisation cliniquement appropriée des soins virtuels, troubles de l'alimentation (« groupe d'experts ») a été établi pour éclairer l'élaboration de ces lignes directrices. Le groupe d'experts comprenait à la fois des personnes ayant une expérience vécue des troubles de l'alimentation et des professionnels de la santé ayant une expérience de la prestation de soins à des personnes de tous âges avec des troubles de l'alimentation, ainsi que des familles et des soignants, en milieu hospitalier et communautaire.

Le groupe d'experts s'est référé aux données disponibles relatives à la santé mentale, aux preuves tirées de la littérature et à leurs propres expériences pour parvenir à un consensus sur les concepts et les lignes directrices inclus dans ce document. Les membres ont participé à 5 réunions et ont répondu à 5 enquêtes post-réunion.

Santé Ontario a mené une revue de la littérature pour mieux comprendre le rôle des soins virtuels dans les troubles de l'alimentation, en extrayant des données de la littérature évaluée par des pairs et de la littérature grise. Un associé de recherche principal de Santé Ontario et des membres de l'équipe chargée du contenu des lignes directrices ont examiné les titres et les résumés et ont travaillé ensemble pour décider des études à inclure. Au total, 36 études de résultats ont été incluses, dont 19 essais contrôlés randomisés.

Les essais contrôlés randomisés ont tous rapporté que les interventions de soins virtuels (c'est-à-dire la psychothérapie virtuelle comprenant la thérapie cognitivo-comportementale [TCC], l'auto-assistance guidée virtuelle et une application d'auto-surveillance sur téléphone intelligent) étaient efficaces pour améliorer certains aspects de l'expérience des patients, notamment l'accès aux soins et la satisfaction des patients.² Les résultats positifs comprenaient des réductions significatives des symptômes des troubles de l'alimentation³, un changement global dans la psychopathologie des troubles de l'alimentation⁴, l'acceptabilité par les patients⁵, la satisfaction des patients et la capacité à atteindre les personnes mal desservies.⁶ De plus, les interventions de soins virtuels étaient associées à un degré d'amélioration plus élevé des résultats que la liste d'attente ou les soins habituels (par exemple, référence à des services de consultation, évaluation uniquement).^{3,4}

Concepts et définitions clés

Ces lignes directrices portent sur l'utilisation cliniquement appropriée des soins virtuels pour les troubles de l'alimentation et sur la prise de décision concernant l'utilisation des soins virtuels par rapport aux soins en personne. La littérature propose plusieurs définitions de la pertinence clinique, mais toutes soulignent l'importance de l'équité, des soins fondés sur des données probantes, de l'utilisation des ressources, de l'expertise clinique et de l'approche centrée sur la personne.⁷

Plusieurs ordres de réglementation confient la prise de décision concernant l'utilisation cliniquement appropriée des soins virtuels au jugement des professionnels de la santé.⁸ Les facteurs qui peuvent influencer la pertinence clinique des soins virtuels pour une personne avec un trouble de l'alimentation comprennent l'accès de la personne à la technologie et à la bande passante Internet et ses connaissances en matière de santé numérique, ses préférences personnelles (et celles des membres de sa famille ou de ses soignants, le cas échéant), la sécurité culturelle perçue de la modalité de soins virtuels proposée et le confort qu'elle procure, ses valeurs (et celles des membres de sa famille ou de ses soignants, le cas échéant), l'accès aux soutiens locaux, ainsi que le contexte clinique.⁹

Utilisation cliniquement appropriée des soins virtuels

La définition de *l'utilisation cliniquement appropriée des soins virtuels* utilisée dans ces lignes directrices et convenue par le groupe d'experts a été adaptée du document de référence intitulé *Utilisation cliniquement appropriée des soins virtuels dans les soins primaires*⁸ :

Les soins virtuels cliniquement appropriés pour les troubles de l'alimentation sont sûrs,[†] opportuns, inclusifs, équitables, confidentiels, fondés sur des données probantes,[‡] et centrés sur la personne/la famille.[§] Ils sont fournis dans le cadre de la pratique du professionnel de la santé, dans un environnement ou selon des modalités qui permettent une évaluation clinique

[†] *Sûr* fait référence à assurer la sécurité de la personne recevant les soins et du professionnel de la santé pendant les rencontres de soins virtuels en minimisant les dommages évitables, ainsi qu'en garantissant que les soins virtuels fournis sont culturellement sûrs et accessibles aux personnes issues de populations marginalisées, tout en respectant les normes nécessaires en matière de sécurité, de confidentialité et de sûreté.¹¹

[‡] « La pratique fondée sur des données probantes implique l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données de recherche disponibles pour éclairer chaque étape de la prise de décision clinique et de la prestation de services. »¹² Cela implique que les professionnels de la santé associent leurs connaissances des meilleures recherches disponibles à leur expérience clinique, aux données et aux commentaires obtenus auprès de chaque personne dans le contexte des caractéristiques individuelles, des antécédents culturels et des préférences, avec la participation des membres de la famille ou des soignants si nécessaire.¹²

[§] Les soins centrés sur la personne sont une évolution des soins centrés sur le patient, un changement qui signale au système l'importance profonde d'être traité comme une personne d'abord et ensuite comme un patient. L'utilisation du terme *personne* plutôt que *patient* permet également d'inclure intentionnellement les membres de la famille et les soignants et de reconnaître qu'une personne fait souvent l'expérience du système de soins de santé avec un réseau de soutien.⁸

appropriée de l'état présenté et/ou un traitement fondé sur des données probantes de l'affection en cause.

Soins virtuels

La définition des *soins virtuels* utilisée dans ces lignes directrices et convenue par le groupe d'experts a été adaptée du document de référence intitulé *Utilisation cliniquement appropriée des soins virtuels dans les soins primaires*⁸ :

Les soins virtuels pour les troubles de l'alimentation sont définis comme une interaction clinique entre une personne avec un trouble de l'alimentation (et les membres de sa famille ou ses soignants, le cas échéant) et un ou plusieurs membres de son équipe soignante, se produisant lorsqu'une personne avec un trouble de l'alimentation et/ou un ou plusieurs membres de son équipe soignante ne se trouvent pas physiquement au même endroit, mais utilisent toute forme de communication ou de technologie de l'information dans le but de faciliter la qualité, l'accès et l'efficacité des soins.

Les modalités de soins virtuels incluses dans ces lignes directrices sont le téléphone et la vidéoconférence.

Bien que d'autres modalités (par exemple, des applications d'auto-assistance guidée sur téléphone intelligent, une messagerie sécurisée) existent et puissent constituer des outils complémentaires utiles, elles n'entrent pas dans le champ d'application des présentes lignes directrices.

Groupes virtuels

Les soins virtuels peuvent être dispensés à un groupe d'individus; c'est ce que l'on appelle un « groupe virtuel ». Les considérations particulières relatives à la protection de la vie privée dans ce contexte peuvent inclure l'obligation pour les membres de signer une entente de confidentialité pour le traitement de groupe, la garantie de la confidentialité de l'emplacement de chaque individu, le port d'écouteurs, l'assurance que les écrans d'ordinateur ou les moniteurs des membres du groupe font face à un mur (pour garantir la confidentialité des autres membres du groupe), et la capacité de rester en place pendant toute la durée de chaque séance.

Modèles de soins hybrides

Le recours aux soins virtuels et aux soins en personne, connu sous le nom de « modèle de soins hybride », a été décrit dans la littérature.^{12,13} Le recours à des modèles de soins hybrides peut être particulièrement pertinent dans le contexte de la prestation de soins aux personnes avec des troubles de l'alimentation, compte tenu de la nécessité d'aborder à la fois les soins médicaux et les soins de santé mentale.^{1,10} Une étude sur les perspectives des cliniciens pédiatriques spécialisés dans les troubles de l'alimentation sur les soins virtuels au Canada a révélé que 88 % des participants s'attendent à ce que la vidéoconférence joue un rôle permanent dans l'avenir des soins aux personnes avec des troubles de l'alimentation.¹²

Selon le contexte clinique et les préférences des personnes avec des troubles de l'alimentation, certains aspects des soins peuvent nécessiter des visites en personne, tandis que d'autres peuvent être dispensés virtuellement. Par exemple, si certains aspects d'une évaluation complète de la santé mentale et physique peuvent nécessiter une visite en personne (par exemple, les tests de laboratoire), d'autres peuvent être effectués virtuellement (par exemple, les antécédents familiaux).

En ce qui concerne les préférences, certaines personnes peuvent être à l'aise pour mesurer leur poids à domicile avec le soutien d'un professionnel de la santé par vidéoconférence, alors que d'autres ne le sont pas (voir également p. 12, « Considérations relatives à la prestation virtuelle d'une thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles de l'alimentation »).

Des données supplémentaires sont nécessaires pour acquérir une compréhension plus approfondie du rôle à long terme et de la mise en œuvre réussie des modèles virtuels et hybrides de prise en charge des troubles de l'alimentation.

Considérations générales

Contexte et considérations pour les professionnels de la santé

Il est primordial que les professionnels de la santé tiennent compte de leurs compétences en matière de prestation de soins virtuels. Ces compétences comprennent la capacité d'établir une relation thérapeutique, de prodiguer des soins culturellement sûrs, des compétences techniques et la connaissance de la manière d'effectuer des interventions fondées sur des données probantes en utilisant des modalités virtuelles.¹⁴ Il est également important que les professionnels de la santé reconnaissent les impacts potentiels de l'utilisation de la technologie sur la relation thérapeutique, la confidentialité, ainsi que sur la vie privée et la sécurité de la personne avec un trouble de l'alimentation.¹¹

Considérations des préférences, besoins et valeurs des personnes avec des troubles de l'alimentation

Chaque personne avec un trouble de l'alimentation est unique et la compréhension de l'utilisation des modalités de soins virtuels, l'accès à ces modalités (et aux options de soins en personne), les préférences quant à leur utilisation et la capacité à les utiliser efficacement varient d'une personne à l'autre.^{1,8} Lors de la détermination de l'aptitude d'une personne à recevoir des soins virtuels, le professionnel de la santé prend en compte et discute avec la personne de ses besoins et préférences cliniques, psychosociaux, socio-économiques, culturels et sociaux.^{9,14} Se renseigner sur les valeurs, les préférences et les croyances de la personne, discuter et envisager une collaboration avec les ressources communautaires et, le cas échéant, avec les praticiens de soins traditionnels, les guérisseurs ou les aînés peut contribuer à renforcer la sécurité culturelle et la relation thérapeutique.^{9,14}

La figure 1 répertorie certains des avantages potentiels des modalités de soins virtuels et en personne à prendre en compte au moment de déterminer quelle modalité serait la plus adaptée à une personne avec un trouble de l'alimentation. La figure 2 répertorie certaines des limites ou défis potentiels de ces modalités.

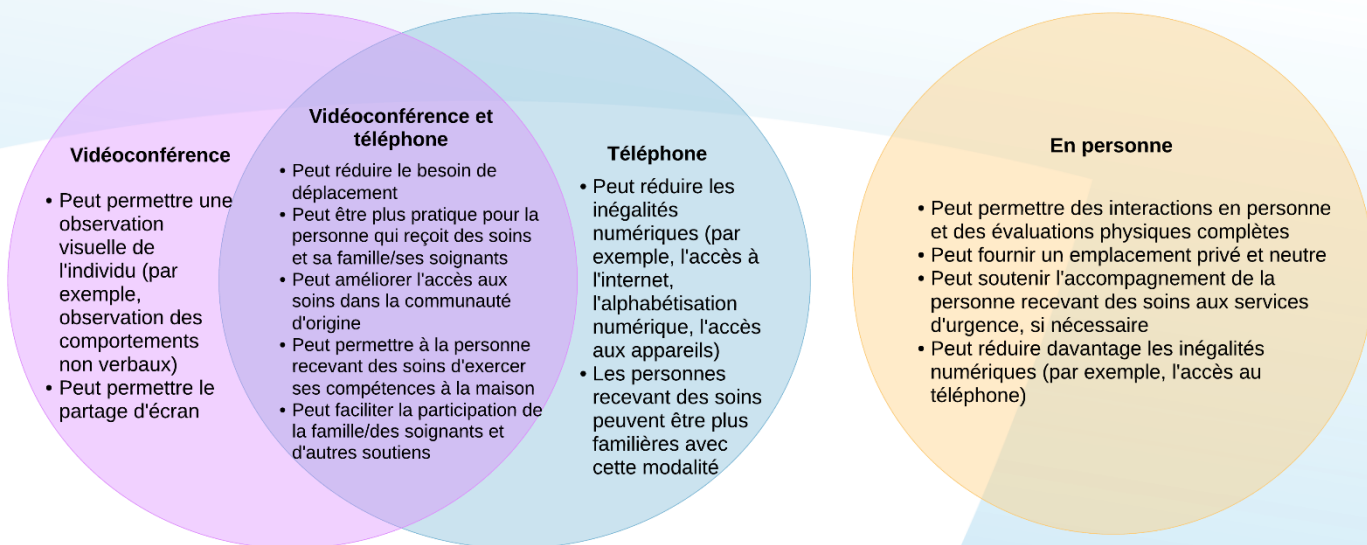


Figure 1. Avantages potentiels des modalités de soins virtuels et en personne

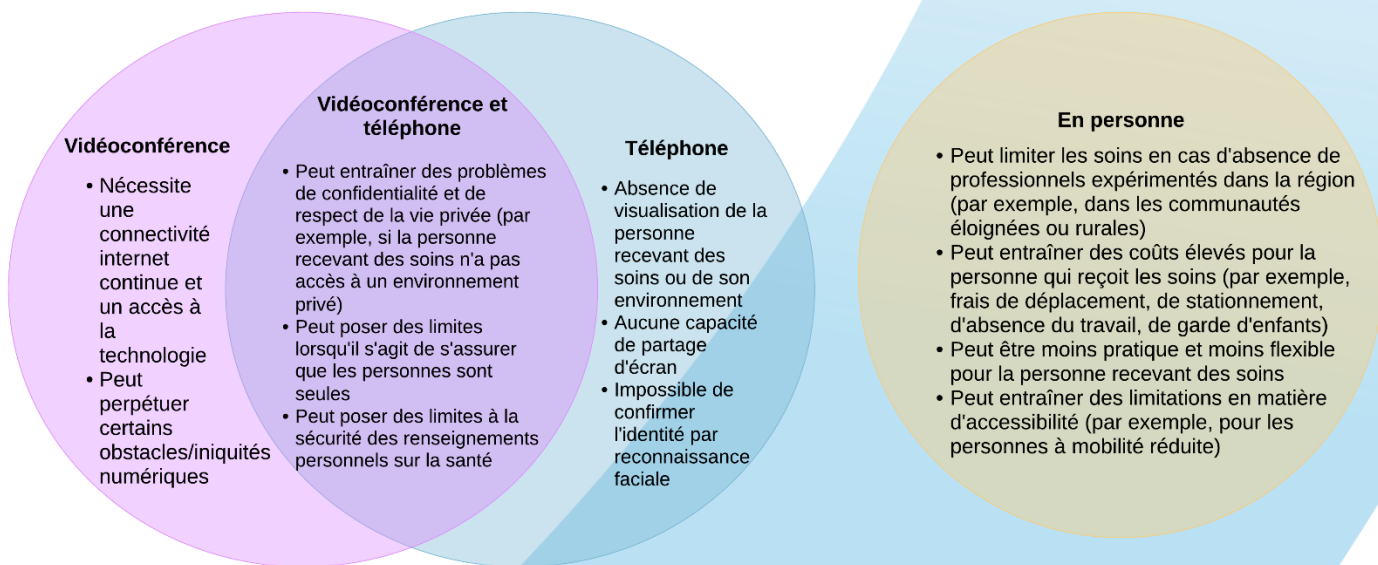


Figure 2. Limites ou défis potentiels des modalités de soins virtuels et en personne

Considérations pour les peuples autochtones

Les peuples et communautés des Premières Nations, des Métis et des Inuits sont distincts et reconnus constitutionnellement au Canada, chacun ayant ses propres traditions, croyances, pratiques culturelles, structures politiques, langues et histoires. La prestation de soins virtuels pour les troubles de l'alimentation aux Autochtones, aux Premières nations, aux Métis, aux Inuits et aux Autochtones en milieu urbain nécessite une prise de conscience des forces uniques de ces communautés, tout en reconnaissant les contextes culturels, historiques et constitutionnels qui affectent les communautés et les individus autochtones. En ce qui concerne les troubles de l'alimentation, cela peut se traduire par une discussion avec la personne concernée sur sa définition de la santé, du bien-être et de l'image corporelle, ainsi que sur la signification culturelle de la nourriture.^{14,15}

Il est reconnu que de nombreuses considérations doivent être prises en compte lors de la planification et de la fourniture de soins virtuels aux populations des Premières Nations, des Métis, des Inuits et des Autochtones en milieu urbain, y compris, mais sans s'y limiter, les suivantes :

- Défis de connectivité et d'infrastructure
- Accessibilité culturelle
- Croyances culturelles et religieuses
- Alphabétisation numérique et équité numérique
- Expériences de racisme systémique, de discrimination, de stéréotypes et de préjugés
- Logement et sécurité
- Barrières linguistiques et de communication (par exemple, traduction)
- Pauvreté, obstacles financiers et autres facteurs socio-économiques
- Vie privée et confidentialité

Des données supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les lacunes et les besoins des populations autochtones en ce qui concerne la recherche et l'accès aux soins pour les troubles de l'alimentation.

Considérations relatives à l'équité, à la diversité et à l'inclusion

Lors de la planification et de la prestation de soins virtuels pour les troubles de l'alimentation, de nombreux aspects doivent être pris en compte pour les membres des populations défavorisées sur le plan de l'équité et les populations généralement mal desservies en matière de traitement des troubles de l'alimentation. Cela inclut les personnes noires ou de couleur, ou les membres d'autres populations racialisées; les personnes qui s'identifient comme bispirituelles, lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transgenres, queer ou en questionnement, intersexuelles, asexuelles ou ayant une autre orientation sexuelle ou identité de genre (2SLGBTQIA+); les personnes vivant avec un handicap; les personnes atteintes de neurodiversité; les personnes âgées; et d'autres.

Les considérations potentielles à prendre en compte comprennent, sans s'y limiter, les éléments suivants :

- Accès aux soins de santé
- Âge
- Influences culturelles et religieuses
- Alphabétisation numérique et équité numérique
- Éducation
- Expériences de racisme systémique et d'autres formes de discrimination
- Obstacles financiers, pauvreté et autres facteurs socio-économiques, y compris l'accès à la technologie
- Logement et sécurité
- Connectivité Internet
- Langue (par exemple, francophone)
- Niveau de confiance envers les professionnels de la santé
- Hypothèses et préjugés personnels (par exemple, biais de poids)
- Vie privée et confidentialité

Des données supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les lacunes et les besoins des populations méritant l'équité et inadéquatement desservies en ce qui concerne la recherche et l'accès aux soins pour les troubles de l'alimentation.

Risques potentiels dans un contexte virtuel

Un examen de la portée de 2023 s'est penché sur les événements indésirables, les risques et les stratégies d'atténuation lors de la prestation de services de santé mentale virtuels.¹⁶ Les risques uniques dans un contexte virtuel identifiés dans cet examen comprenaient l'attrition, l'abandon et l'adhésion au traitement, ainsi que la protection de la vie privée et la confidentialité. Les risques peuvent survenir en raison de divers facteurs, notamment « l'état de santé, les soins de santé mentale eux-mêmes, ou les risques peuvent être dus à la modalité (c'est-à-dire unique en raison des soins virtuels) ou à une combinaison de ceux-ci ». ¹⁶ L'examen a conclu que les modalités virtuelles constituent un moyen sûr de fournir des soins de santé mentale, même pour les patients ou clients à risque élevé.¹⁶ Bien que les soins virtuels présentent des considérations supplémentaires pour la gestion de la sécurité et des risques potentiels, ils sont largement alignés sur les pratiques habituelles dans les soins en personne.¹⁶

Attrition, abandons et observance du traitement

L'attrition et les abandons ont été cités comme des sujets de préoccupation dans la prestation de soins de santé mentale virtuels.¹² Une étude menée en Ontario a révélé que, comparativement aux groupes en personne, les taux de participation des groupes de vidéoconférence pour les troubles

anxieux et connexes étaient légèrement plus élevés dans certains cas, « l'amélioration fonctionnelle et les taux d'abandon du traitement étant comparables d'un format de prestation à l'autre ». ¹⁷ En outre, il a été suggéré que les soins virtuels pourraient être plus pratiques que les soins en personne pour certaines personnes, ce qui pourrait améliorer l'observance du programme de traitement. ¹⁷

Vie privée et confidentialité

Le respect de la vie privée et la confidentialité sont des considérations importantes dans la prestation de soins virtuels, notamment en veillant à ce que les personnes recevant des soins aient accès à un site sûr et privé pour leurs séances de soins virtuels. Les mesures visant à garantir la confidentialité peuvent inclure l'utilisation d'écouteurs, d'appareils protégés par mot de passe et d'une connexion Internet fiable. Il est important d'obtenir le consentement et de s'assurer que le professionnel de la santé et la personne qui reçoit des soins sont conscients des risques en matière de confidentialité qui s'appliquent à la modalité spécifique de soins virtuels utilisée, car les risques peuvent varier selon la modalité. ^{18,19}

Risques potentiels pour les personnes recevant des soins dans un contexte virtuel

La sécurité pour les personnes recevant des soins dans un contexte virtuel englobe l'objectif de minimiser les dommages évitables pour les personnes recevant des soins et pour les professionnels de la santé lors des rencontres de soins virtuels. Il est également important que les offres de soins virtuels soient culturellement sûres et accessibles aux personnes issues de populations marginalisées, tout en respectant les normes requises en matière de sécurité, de respect de la vie privée et de sûreté. ¹⁰

L'évaluation et la gestion appropriées des risques d'automutilation et de suicide constituent un élément important des soins des troubles de l'alimentation, qu'ils soient prodigués en personne ou virtuellement. ¹⁶ Lors de la prestation de soins virtuels, il peut être nécessaire de s'assurer qu'un plan est en place concernant la manière de procéder en cas de problèmes techniques. Les personnes avec des troubles de l'alimentation sont informées des situations dans lesquelles les autorités locales d'urgence pourraient devoir être contactées. ¹⁴ Savoir où la personne avec un trouble de l'alimentation est située au cours d'une séance de soins virtuels peut s'avérer utile pour la planification d'une urgence si nécessaire. La connaissance des lois et de la législation applicables (par exemple, l'obligation d'appeler les services de protection de l'enfance, quand appeler la police) et des ressources locales les plus proches capables de gérer les urgences ou les situations de crise (par exemple, poste de soins infirmiers, services d'urgence, lignes d'écoute, hôpitaux) sont également des considérations importantes. ²⁰

Statut médical

Les soins virtuels pour les troubles de l'alimentation peuvent varier en fonction des circonstances uniques de chaque personne en raison des différences et des complexités des troubles de l'alimentation, y compris le potentiel de changements dans l'état de santé, la nécessité d'une surveillance physique étroite, la présence de comorbidités, ainsi que les préférences individuelles. ¹² Lorsqu'il existe des préoccupations quant à l'instabilité médicale, selon le contexte clinique, un

modèle hybride de soins peut être envisagé (par exemple, psychothérapie virtuelle et surveillance médicale en personne), alors que dans d'autres cas, il peut être plus approprié de mener tous les aspects de la prise en charge en personne.

Psychothérapie fondée sur des données probantes dans le contexte des soins virtuels

La norme de qualité relative aux troubles de l'alimentation souligne l'importance des psychothérapies fondées sur des données probantes pour les troubles de l'alimentation et décrit le suivi médical pendant la psychothérapie comme « une composante importante des soins pour les personnes avec des troubles de l'alimentation ». ¹ Il est reconnu que l'accès à la psychothérapie fondée sur des données probantes en Ontario peut être difficile en raison de la disponibilité limitée des programmes offrant de tels traitements, de la forte demande et des longues listes d'attente, ainsi que du coût élevé associé à la psychothérapie dans le secteur privé. ¹

Les deux sections suivantes donnent un aperçu des considérations que les membres du groupe d'experts ont jugé cruciales à prendre en compte lors de la prestation virtuelle de protocoles de traitement fondés sur des données probantes. Il convient de noter que la discussion du groupe d'experts s'est concentrée exclusivement sur la thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles de l'alimentation (TCC-TA) et le traitement familial (TF) afin de s'aligner sur les traitements identifiés dans la norme de qualité relative aux troubles de l'alimentation comme étant les traitements de première ligne actuels. ¹

Considérations relatives à la prestation virtuelle d'une thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles de l'alimentation

- Les préférences, les valeurs, les perspectives, la culture et le contexte de la personne avec un trouble de l'alimentation (et ceux des membres de sa famille ou de ses soignants, le cas échéant) sont pris en compte lors du choix des soins en personne ou virtuels
- Les soins virtuels peuvent permettre au professionnel de la santé et à la personne avec un trouble de l'alimentation d'examiner les dossiers d'autosurveillance conjointement (par exemple, par le biais du partage d'écran ou de la messagerie sécurisée). Toutefois, si des difficultés techniques empêchent cet examen collaboratif, les soins en personne sont encouragés
- Les soins virtuels peuvent permettre une pesée collaborative (par exemple, lorsque la personne avec un trouble de l'alimentation tourne sa caméra vers la balance). Le professionnel de la santé est encouragé à prendre en compte la pertinence clinique, le contexte clinique, les obstacles potentiels à l'accès et les préférences de la personne avec un trouble de l'alimentation en ce qui a trait à la pesée collaborative. Le professionnel de la santé travaille avec la personne qui reçoit les soins pour élaborer un plan de pesée collaborative virtuelle qui répond aux besoins de la personne. ²¹ Si des obstacles à l'accès ou d'autres défis sont identifiés (par exemple, la personne recevant les soins ne se sent pas à l'aise avec une balance à domicile), le professionnel de la santé

est encouragé à résoudre les problèmes de manière créative avec la personne recevant les soins ou à envisager d'offrir des soins en personne

Considérations relatives à la prestation virtuelle d'un traitement familial

- Les préférences, les valeurs, les perspectives, la culture et le contexte de la personne avec un trouble de l'alimentation (et ceux des membres de sa famille ou de ses soignants, le cas échéant) sont pris en compte lors du choix des soins en personne ou virtuels
- Des dispositions sont prises pour que la personne avec un trouble de l'alimentation puisse rencontrer le professionnel de la santé individuellement dans un cadre privé. Dans le cadre de cet arrangement, diverses questions sont prises en compte, telles que l'accès de la personne à un environnement privé, les facteurs environnementaux qui pourraient être source de distraction et tout antécédent de violence. La sûreté de la famille et de l'environnement familial pour les rencontres virtuelles doit être assurée tout au long des séances de traitement²⁰
- Les membres de la famille ou les soignants peuvent être encouragés à rejoindre les séances à partir du même appareil pour les parties des séances consacrées à la famille
- Si le patient avec un trouble de l'alimentation est un enfant ou un adolescent, les parents ou les soignants peuvent intervenir pour peser l'enfant ou l'adolescent lorsque cela est jugé nécessaire.
- Les parents ou les soignants d'un enfant ou d'un adolescent avec un trouble de l'alimentation sont informés du risque de falsification du poids et de la manière de l'aborder lors de la prise de poids à domicile²⁰
- La vidéoconférence pour les repas en famille peut être une composante appropriée de la TF virtuelle et peut permettre au professionnel de la santé de mieux comprendre le contexte de l'environnement familial

Autres protocoles de psychothérapie

Il existe d'autres protocoles de psychothérapie pour les troubles de l'alimentation, mais leur efficacité repose sur des niveaux de preuve différents.¹ Par exemple, la norme de qualité pour les troubles de l'alimentation identifie la thérapie interpersonnelle (TIP) pour les adultes avec une hyperphagie boulimique, tout en mentionnant le faible niveau de preuve de la TIP pour la boulimie nerveuse.¹ Une étude récente a fourni des preuves préliminaires de l'efficacité de la prestation virtuelle de la TIP et de la TCC pour la dépression.²² Les protocoles supplémentaires identifiés dans la norme de qualité, dont l'efficacité est étayée par des niveaux de preuve variables, comprennent la thérapie psychodynamique focale (TPF), la thérapie Maudsley pour les adultes avec une anorexie mentale (MANTRA) et la prise en charge clinique de soutien spécialisée (SSCM) pour l'anorexie mentale; la TIP, la thérapie cognitive et affective intégrative (TCAI) et la thérapie des schémas pour la boulimie; et la thérapie stratégique brève, la thérapie comportementale dialectique (TCD) et la thérapie des schémas pour les troubles de l'hyperphagie boulimique.¹

Des données supplémentaires sont nécessaires sur l'utilisation de modalités virtuelles dans la prestation d'autres protocoles de psychothérapie pour le traitement des troubles de l'alimentation.²³

Traitement ambulatoire intensif virtuel

Quelques recherches préliminaires ont été menées sur les traitements ambulatoires intensifs virtuels pour les troubles de l'alimentation.^{18,19,23,24} Bien que ces études fournissent des preuves préliminaires sur l'efficacité de la prestation virtuelle de certains traitements intensifs et leur potentiel en tant qu'alternatives viables au traitement en personne, des preuves supplémentaires sont nécessaires.

Évaluation de la pertinence des soins virtuels

Le contexte des soins peut changer avec le temps et une réévaluation continue de l'adéquation des soins virtuels peut être nécessaire. Certains changements pouvant nécessiter l'adoption d'un modèle de soins hybrides ou en personne peuvent inclure :

- Aggravation de la maladie qui entraîne la nécessité d'un niveau de soins plus élevé
- Interférence des défis techniques ou autres défis contextuels avec la capacité de prodiguer efficacement des soins virtuellement
- Développement de difficultés avec l'alliance thérapeutique
- Nécessité que la prise de poids soit effectuée en présence d'un professionnel de la santé
- La préférence pour les soins virtuels de la personne avec un trouble de l'alimentation (ou des membres de sa famille ou de ses soignants, le cas échéant) change (par exemple, la personne se sent mal à l'aise ou en détresse lorsqu'elle reçoit des soins virtuels)
- Présence de risques en matière de confidentialité ou de vie privée
- L'autosurveillance n'est plus réalisable
- Préoccupations en matière de sécurité qui suggèrent que les soins virtuels ne sont plus appropriés

Conseils/recommandations

Les lignes directrices suivantes ont été examinées, discutées et approuvées par le groupe d'experts et sont à jour au 12 juin 2023.

Ces lignes directrices supposent que la norme des soins fournis dans le cadre des soins virtuels pour les troubles de l'alimentation ne devrait pas être différente de celle des soins en personne.²⁵ Toutes les références aux soins virtuels pour les troubles de l'alimentation se rapportent à des soins cliniquement appropriés qui sont sûrs, opportuns, inclusifs, équitables, privés, confidentiels, fondés sur des données probantes et centrés sur la personne, avec la participation de la famille ou des soignants, le cas échéant.

1. Planification des soins virtuels pour les troubles de l'alimentation

A. Connaissances et capacités des professionnels de la santé

1. Avant de proposer des soins virtuels pour les troubles de l'alimentation, le professionnel de la santé évalue ses compétences et sa capacité à prodiguer des soins virtuels⁹
2. Le professionnel de la santé se tient informé des nouvelles données probantes liées à la modalité de soins virtuels utilisée ou envisagée dans son contexte clinique particulier, en tenant compte des avantages, des limites et des défis potentiels des autres modalités de soins, y compris les soins virtuels et en personne

B. Considérations des préférences, besoins et valeurs des personnes avec des troubles de l'alimentation et de leurs familles ou soignants

1. Lorsqu'il détermine la pertinence des soins virtuels pour une personne avec un trouble de l'alimentation, le professionnel de la santé prend en compte les valeurs, les préférences et les croyances de la personne et en discute avec elle, ainsi qu'avec sa famille ou ses soignants, le cas échéant

C. Considérations sur les cas où les soins en personne peuvent être les plus appropriés

1. Compte tenu des composantes médicales des évaluations complètes et des complications possibles liées aux troubles de l'alimentation, les soins virtuels sont combinés à des évaluations médicales ou physiques en personne et à des suivis lorsque cela est indiqué
2. Lors de l'évaluation de la stabilité médicale d'une personne avec un trouble de l'alimentation, l'évaluation physique est effectuée en personne si possible
3. En cas de préoccupations concernant l'instabilité médicale et/ou la sécurité, un suivi médical en personne peut constituer l'option la plus appropriée, de même qu'un traitement en personne

D. Éclairer la méthode de prestation des soins

1. Le professionnel de la santé tient compte du contexte clinique, des obstacles potentiels à l'accès et des préférences de la personne avec un trouble de l'alimentation (et de celles des membres de sa famille ou de ses soignants, le cas échéant) lorsqu'il décide de fournir des soins virtuels ou en personne (voir figure 1)
2. Pour les soins virtuels des troubles de l'alimentation, la vidéoconférence est généralement la modalité recommandée, notamment pour la première visite ou la première évaluation. Toutefois, la modalité téléphonique peut également être appropriée (par exemple, si la personne dispose d'un accès limité à Internet, mais qu'elle est autrement apte à recevoir des soins virtuels)
3. Le professionnel de la santé est encouragé à évaluer l'utilité, la faisabilité et l'efficacité des soins virtuels pour la personne avec un trouble de l'alimentation dans le contexte des problèmes de santé physique, de mésusage de substances ou d'autres problèmes de santé mentale comorbides qui peuvent être présents
4. Une approche continue des soins fondés sur des données probantes est essentielle, quelle que soit la modalité. Si des soins fondés sur des données probantes ne sont pas possibles par le biais de modalités virtuelles, les soins en personne sont envisagés
5. Le professionnel de la santé discute avec la personne avec un trouble de l'alimentation (et avec les membres de sa famille ou ses soignants, le cas échéant) des considérations relatives à la vie privée et à la confidentialité dans le cadre de la modalité virtuelle utilisée et des mesures qui peuvent être prises pour garantir la vie privée et la confidentialité
6. Lorsque les soins en personne constituent l'option de soins la plus appropriée, mais qu'ils ne sont pas facilement disponibles ou accessibles (par exemple, en raison de longues listes d'attente), les soins virtuels, s'ils sont disponibles et pratiques, peuvent constituer une alternative appropriée à l'absence de soins

2. Fournir des soins virtuels pour les troubles de l'alimentation

A. Évaluation et gestion continues des risques potentiels

1. Le professionnel de la santé évalue et gère régulièrement, au mieux de ses capacités, les risques potentiels en matière de sécurité, de vie privée et de confidentialité liés à la prestation de soins virtuels
2. Avant d'entamer une séance virtuelle, le professionnel de santé et la personne avec un trouble de l'alimentation discutent des difficultés techniques potentielles et établissent un plan sur la manière de procéder en cas d'interruption de la séance

3. Le professionnel de santé connaît les ressources d'urgence ou de crise les plus proches de la personne avec un trouble de l'alimentation, et cette dernière est informée des types de situations dans lesquelles les autorités d'urgence peuvent devoir être contactées
4. Au début d'une séance de soins virtuels, le professionnel de santé confirme l'emplacement de la personne avec un trouble de l'alimentation et les coordonnées de la personne à contacter en cas d'urgence

B. Évaluation continue de l'offre de soins virtuels

1. Comme pour l'évaluation continue de l'adéquation et de l'efficacité des soins en personne, le professionnel de santé évalue dans quelle mesure l'utilisation de l'offre de soins virtuels répond aux besoins de la personne avec un trouble de l'alimentation et si ces soins entraînent les résultats escomptés, et le professionnel de santé en discute avec la personne
2. Le professionnel de la santé discute de la modalité de soins virtuels avec la personne avec un trouble de l'alimentation au cours de la relation thérapeutique ou du plan de soins et aborde tout changement de préférence, le cas échéant, car les préférences peuvent évoluer avec le temps⁸
3. Le professionnel de la santé est conscient que le contexte des soins peut évoluer avec le temps et qu'un tel changement peut entraîner une réévaluation de la pertinence des soins virtuels

C. Documenter les rencontres de soins virtuels

1. Le professionnel de la santé documente ses rencontres de soins virtuels conformément à la législation et aux normes de pratique applicables
2. Les considérations relatives à la documentation dans le contexte des soins virtuels peuvent inclure le référencement de la technologie utilisée, l'emplacement de la personne avec un trouble de l'alimentation pendant les séances et les discussions sur le respect de la vie privée et de la confidentialité

Références

1. Santé Ontario. Troubles de l'alimentation : soins pour les personnes de tous âges [Internet]. Toronto (ON) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité en août 2023]. Disponible depuis : [hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-eating-disorders-quality-standard-en.pdf](https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-eating-disorders-quality-standard-en.pdf)
2. Santé Ontario. (2022). Soins virtuels pour les patients avec des troubles de l'alimentation. Rapport inédit.
3. Green MA, Kroska A, Herrick A, Bryant B, Sage E, Miles L, et al. Essai préliminaire d'une intervention en ligne sur les troubles de l'alimentation basée sur la dissonance. *Eat Behav.* 2018;31:88-98.
4. Fitzsimmons-Craft EE, Taylor CB, Graham AK, Sadeh-Sharvit S, Balantekin KN, Eichen DM, et al. Efficacité d'une intervention d'auto-assistance guidée par thérapie cognitivo-comportementale numérique pour les troubles de l'alimentation chez les étudiantes : essai clinique randomisé en grappes. *JAMA Network Open.* 2020;3(8):e2015633.
5. Neumayr C, Voderholzer U, Tregarthen J, Schlegl S. Améliorer le suivi grâce à la technologie pour l'anorexie mentale après un traitement hospitalier intensif : un essai pilote contrôlé randomisé avec une application pour téléphone intelligent guidée par un thérapeute. *Int J Eat Disord.* 2019;52(10):1191-1201.
6. Rohrbach PJ, Dingemans AE, Spinhoven P, Van Ginkel JR, Fokkema M, Wilderjans, et al. Efficacité d'un programme d'auto-assistance en ligne, d'un soutien expert-patient et de leur combinaison pour les troubles de l'alimentation : résultats d'un essai contrôlé randomisé. *Int J Eat Disord.* 2022;55(10):1361-73.
7. Robertson-Preidler J, Biller-Andorno N, Johnson TJ. Que sont les soins appropriés? Une revue intégrative des thèmes émergents dans la littérature. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):452.
8. Santé Ontario. Document de référence : Utilisation cliniquement appropriée des soins virtuels dans les soins primaires [Internet]. Toronto (ON) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2022 [cité en août 2023]. Disponible depuis : [ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2022-11/ClinicallyAppropriateUseVirtualCarePrimaryCare.pdf](https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2022-11/ClinicallyAppropriateUseVirtualCarePrimaryCare.pdf)
9. Lo B, Strudwick G, Mah L, Mushquash CJ, McKenzie K, Khenti A, et al. Modalités efficaces de soins virtuels pour la prestation de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances au Canada. Résumés scientifiques de la Table consultative scientifique de l'Ontario sur la COVID-19. 2022;3(66). Disponible sur : <https://doi.org/10.47326/ocsat.2022.03.66.1.0>
10. Follwell EJ, Chunduri S, Samuelson-Kiraly C, Watters N, Mitchell JI. Le Réseau de soins de santé mentale de qualité : une feuille de route pour améliorer la qualité des soins de santé mentale au Canada. *Forum de gestion de la santé.* 2021;34(2):100-106.
11. Dozois DJA, Mikail SF, Alden LE, Bieling PJ, Bourgon G, Clark DA, et al. Groupe de travail présidentiel de l'ACP sur la pratique factuelle des traitements psychologiques. *Psychologie canadienne.* 2014;55(3):153-60.
12. Novack K, Dufour R, Picard L, Taddeo D, Nadeau PO, Katzman DK, et al. Programmes canadiens sur les troubles de l'alimentation pédiatriques et soins virtuels pendant la pandémie de la COVID-19 : une approche à méthodes mixtes pour comprendre les points de vue des cliniciens. *Ann Gen Psychiatry.* 2023;22(1):16.

13. Hughes MC, Gorman JM, Ren Y, Khalid S, Clayton C. Accroître l'accès aux soins de santé mentale en milieu rural grâce à des soins hybrides incluant la télépsychiatrie. *J Rural Mental Health*. 2019;43(1):30-37.
14. Crawford A, Bahadur A, Botsford S, Carr R, Dalfen A, Darani S, et al. Manuel de soins virtuels du Département de psychiatrie pour les résidents et les professeurs [Internet]. Toronto (ON) : Département de psychiatrie de l'Université de Toronto; 2021 [cité en août 2023]. Disponible depuis : psychiatry.utoronto.ca/sites/default/files/inline-files/Virtual%20Care%20Handbook%20July%202020%202021%20Final%20%281%29.pdf
15. Alani-Verjee T, Braunberger P, Bobinski T, Mushquash C. Perspectives des aînés des Premières Nations du nord-ouest de l'Ontario en matière de santé, d'image corporelle et de troubles de l'alimentation. *J Indigenous Wellbeing : Te Mauri-Pimatisiwin*. 2017;2(1):76-96.
16. Martiniuk A, Toepfer A, Lane-Brown A. Un examen des risques, des effets indésirables et des stratégies d'atténuation lors de la prestation de services de santé mentale par télésanté. *J Mental Health*. 3 mars 2023; 1-24.
17. Milosevic I, Cameron DH, Milanovic M, McCabe RE, Rowa K. Thérapie cognitivo-comportementale de groupe en face-à-face ou par vidéoconférence pour l'anxiété et les troubles associés : une comparaison préliminaire. *Revue canadienne de psychiatrie*. 2022;67(5):391-402.
18. Levinson CA, Spoor SP, Keshishian AC, Pruitt A. Résultats pilotes d'un programme de télésanté multidisciplinaire contre un programme ambulatoire intensif en personne pour les troubles de l'alimentation pendant et avant la pandémie de la COVID-19. *Int J Eat Disord*. 2021;54(9):1672-79.
19. Steiger H, Booij L, Crescenzi O, Oliverio S, Singer I, Thaler L., et al. Thérapie en personne ou thérapie virtuelle dans le traitement ambulatoire des troubles de l'alimentation : une étude inspirée de la COVID-19. *Int J Eat Disord*. 2022;55(1):145-50.
20. Couturier J, Pellegrini D, Miller C, Bhatnagar N, Boachie A, Bourret K, et al. La pandémie de la COVID-19 et les troubles de l'alimentation chez les enfants, les adolescents et les adultes émergents : recommandations en matière de soins virtuels du groupe de consensus canadien pendant la COVID-19 et au-delà. *J Eat Disord*. 2021;9(1):1-40.
21. Waller G, Mountford VA. Pesée des patients dans le cadre de la thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles de l'alimentation : comment, quand et pourquoi. *Behav Res Ther*. 2015;70:1-10.
22. Swartz HA, Bylsma LM, Fournier JC, Girard JM, Spotts C, Cohn JF, et al. Essai randomisé de brève psychothérapie interpersonnelle et de thérapie cognitivo-comportementale pour la dépression, dispensées à la fois en personne et par télésanté. *J Affect Disord*. 2023;333:543-52.
23. Ortiz AML, Cusack CE, Billman MG, Essayli JH. Symptômes de base et résultats du traitement chez les jeunes adultes dans le cadre d'une hospitalisation partielle virtuelle ou en personne et d'un programme ambulatoire intensif pour les troubles de l'alimentation. *Int J Eat Disord*. 2023;56(8):1644-49.
24. Van Huysse JL, Prohaska N, Miller C, Jary J, Sturza J, Etsell K, et al. Résultats du traitement des troubles de l'alimentation chez les adolescents d'un programme hospitalier partiel en personne par rapport à un programme ambulatoire intensif virtuel. *Int J Eat Disord*. 2023;56(1):192-202.

25. Dermer M. Manuel de soins virtuels [Internet]. Ottawa (ON) : Association médicale canadienne, Collège des médecins de famille du Canada, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2021 [cité en août 2023]. Disponible depuis : cma.ca/sites/default/files/pdf/Virtual-Care-Playbook_mar2020_E.pdf

Engagement des partenaires

Santé Ontario a organisé une ou plusieurs réunions avec les groupes suivants au cours de l'élaboration des lignes directrices pour l'utilisation cliniquement appropriée des soins virtuels pour les troubles de l'alimentation :

- Dépendances et santé mentale Ontario
- Association canadienne pour la santé mentale, Ontario
- Troubles de l'alimentation Ontario
- Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
- Carrefours bien-être pour les jeunes

Remerciements

Ces lignes directrices n'auraient pas pu être élaborées sans le temps et l'engagement des personnes impliquées, tant internes qu'externes à Santé Ontario. Les personnes et groupes suivants ont joué un rôle clé dans l'élaboration de ces lignes directrices.

Conseils pour l'utilisation cliniquement appropriée des soins virtuels pour les troubles de l'alimentation, groupe d'experts

- Michele Laliberte, PhD, CPsych, conseil
- Jennifer Couturier, MD, FRCPC
- Marla Engelberg, PhD, CPsych
- Debra K. Katzman, MD, FRCPC
- Danielle MacDonald, PhD, CPsych
- Amber Scott, conseillère en expérience vécue
- Karen Trollope-Kumar, MD, PhD, CCFP
- Kathryn Trottier, PhD, CPsych

Membres de l'équipe de Santé Ontario impliqués dans l'élaboration de ces lignes directrices

- Tamara Do Amaral (membre de l'équipe de contenu)
- Danyal Martin
- Steve Mathew
- Harman Mundi
- Jocelyn Pang

- Ciara Parsons
- Karolina Perraud
- Simran Sharma
- Kathryn Trottier
- Karen Waite (membre de l'équipe de contenu)
- Rhonda Wilson

Ressources additionnelles

- [Boîte à outils de soins virtuels pour le changement par les cliniciens](#) (Inforoute Santé du Canada et Excellence des soins de santé Canada, 2022)
- [Engagement culturellement sécuritaire : Qu'est-ce qui compte pour les patients partenaires autochtones? Guide compagnon](#) (Conseil de la sécurité et de la qualité des patients de la Colombie-Britannique, 2022)
- [Améliorer l'accès équitable aux soins virtuels au Canada : Recommandations fondées sur des principes en matière d'équité](#) (Gouvernement du Canada, 2021)
- [Programme de vérification des visites virtuelles](#) (Santé Ontario, 2021)
- [Manuel de soins virtuels pour les résidents et les professeurs](#) (Département de psychiatrie de l'Université de Toronto, 2021)