

## RÉSUMÉ DE PREUVES PERTINENTES

# Les programmes et services numériques pour la santé : obstacles à l'équité et stratégies d'équité

Date de publication : octobre 2023

### Messages clés

- Pendant la pandémie de COVID-19, des services numériques pour la santé ont été lancés rapidement dans tout le Canada comme moyen adaptable et peu contraignant d'améliorer l'accès aux services de santé et de réduire les inégalités.
- Bien que la santé numérique soit considérée comme un moyen pratique, souple et efficace de fournir des services de santé, des leçons importantes ont été tirées de sa mise en œuvre et de son expansion récentes. Les données dont nous disposons révèlent qu'elle n'est pas forcément adaptée à toutes les populations et qu'elle peut, par conséquent, aggraver les inégalités en matière de santé pour les populations qui sont historiquement et systématiquement exclues du système de santé.
- Les obstacles à l'équité dans les services numériques pour la santé ont été divisés en fonction des quatre niveaux du cadre d'équité des services numériques pour la santé (*Framework for Digital Health Equity*) (individuel, interpersonnel, communautaire et sociétal), ce qui permet de souligner que l'accès à la technologie, l'infrastructure et des facteurs de conception fondés sur l'équité peuvent faciliter ou, au contraire, limiter considérablement l'accès aux soins virtuels.
- Les recommandations visant à réduire les obstacles à l'équité dans les services numériques pour la santé relèvent de plusieurs de ces niveaux mais se concentrent sur les niveaux communautaire et sociétal. Elles comprennent les suivantes : créer des mécanismes inclusifs pour faire participer les membres de la collectivité et des partenaires à la conception de services numériques pour la santé qui soient adaptés à la culture; renforcer les compétences des fournisseurs de soins de santé en prestation équitable de services virtuels; faire appel à des navigateurs technologiques qui sont déjà en contact avec des communautés marginalisées pour lutter contre la méfiance; élaborer des politiques et stratégies visant à permettre l'accès équitable et peu coûteux à des services à haut débit et à l'infrastructure numérique pour la santé.
- Étant donné que des aspects multiples influent sur l'accès aux services numériques pour la santé, les planificateurs, fournisseurs et dirigeants du système de santé devraient envisager l'incidence de facteurs externes et contextuels, comme l'accessibilité et l'abordabilité de l'infrastructure numérique pour la santé, et intégrer dans la conception et la mise en œuvre de services numériques pour la santé des facteurs relatifs à l'équité.

## Enjeu et objet de la recherche

Les programmes et services numériques pour la santé connaissent au Canada une croissance rapide qui a été accélérée par la transition vers de nouveaux modes de prestation de soins pendant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)<sup>1</sup>. En 2019, les soins virtuels comptaient de 2 à 11 % des services que les particuliers recevaient au Canada. Un an plus tard, cette proportion s'est accrue considérablement; la population canadienne recevait virtuellement de 24 à 42 % de ses services de santé<sup>2</sup>.

La multiplication des services de santé et la prolifération des informations sur la santé fondées sur la technologie se reflètent dans les investissements fédéraux, provinciaux et régionaux dans la santé numérique, dont certains ont eu lieu avant la pandémie de COVID-19. En 2019, l'Ontario a annoncé sa stratégie *Priorité au numérique pour la santé* pour « soutenir un système de santé plus moderne et centré sur le patient, qui met en avant les soins virtuels<sup>3</sup> ». Dans le cadre du Programme de soins virtuels de l'Ontario financé par les deniers publics, 1,4 million de consultations ont eu lieu en 2019-2020. À la fin de 2022, plus de 81 millions de consultations virtuelles avaient eu lieu avec plus de 10,9 millions de patients depuis le début de la pandémie, grâce au financement provincial et aux codes temporaires de facturation de soins virtuels à l'Assurance-santé de l'Ontario<sup>4</sup>.

La santé numérique visait à fournir un accès rapide, sûr et économique à l'information et aux soins, en particulier pendant la pandémie de COVID-19, lorsqu'il n'était pas possible d'offrir des services en personne<sup>5</sup>. Le recours aux technologies numériques s'est étendu à différents aspects des programmes de santé publique<sup>6</sup> et a même donné lieu à une nouvelle spécialité, la « promotion de la santé numérique<sup>7</sup> ». Le virage vers les services numériques a eu des conséquences positives pour les populations vivant en milieu rural ou éloigné, les personnes ayant à assumer des frais de déplacement élevés ou qui sont dépourvues de moyens de transport fiable et les personnes en milieu de travail précaire<sup>8</sup>. Malgré ses objectifs, la mise en œuvre de services numériques pour la santé a également jeté un éclairage sur des inégalités en santé existantes et nouvelles dans de nombreux territoires de compétence, y compris l'Ontario, lesquelles comportent des répercussions qui vont au-delà de la pandémie<sup>9</sup>.

La recherche empirique révèle un fossé de plus en plus large quant à l'accès aux services de santé virtuels et à leurs avantages<sup>10</sup>. Pour les communautés historiquement marginalisées et mal desservies par le système de santé, notamment les personnes vivant dans la pauvreté, les personnes en situation d'itinérance et les communautés autochtones et racialisées, les solutions numériques peuvent renforcer les obstacles aux soins qui existent déjà<sup>11</sup>. Cette situation suscite des inquiétudes croissantes au sujet des groupes exclus de manière systémique et souligne l'urgence au Canada de réduire la fracture numérique<sup>12</sup>, c'est-à-dire « l'écart entre les régions qui ont accès aux technologies modernes de l'information et de la communication et celles qui n'y ont pas accès ou qui y ont un accès limité<sup>13</sup> ».

Les inégalités sur le plan de l'accès à la technologie et à Internet ont poussé des organismes internationaux tels que les Nations Unies à considérer l'accès à Internet comme étant essentiel pour promouvoir les droits de la personne<sup>14</sup>. L'accès à des outils numériques et à Internet est considéré de plus en plus comme un déterminant social de la santé, car il a une grande incidence sur l'accès aux services de santé et aux services sociaux et économiques. Certains affirment que la littératie numérique et l'accès à Internet représentent des déterminants sociaux de la santé d'une importance capitale, car ils influent sur tous les autres déterminants de la santé. Par exemple, de plus en plus, les demandes de logement, d'emploi et d'autres services sociaux (domaines qui influent à leur tour sur la santé) ne peuvent être présentées que sur Internet<sup>15</sup>.

Alors que le secteur de la santé publique continue de tirer des enseignements de la pandémie de COVID-19 et de s'en rétablir, le présent résumé de preuves pertinentes vise à recenser les défis à relever et à formuler des recommandations pour soutenir la planification et la mise en œuvre équitables d'interventions numériques pour la santé. À cette fin, il tente de répondre à la question suivante : *Quelles sont les stratégies visant à parvenir à l'équité dans les services numériques pour la santé et les obstacles qui s'y opposent, compte tenu des leçons tirées de la pandémie de COVID-19?*

## Note sur la terminologie

Dans le présent document, nous examinons l'incidence sur l'équité de la santé numérique, c'est-à-dire une « fonctionnalité distincte de la technologie numérique employée en vue d'atteindre des objectifs en matière de santé au moyen d'applications numériques et de systèmes de communication de l'information, y compris des moyens de communication tels que les textos<sup>16</sup> ». La santé numérique comprend le spectre des soins virtuels, c'est-à-dire « toute interaction entre patients, entre personnes qui participent à leurs soins ou entre membres de ces 2 groupes ayant lieu à distance, utilisant une forme de technologie de l'information ou des communications et visant à améliorer ou à optimiser la qualité et l'efficacité des soins aux patients », y compris la télémédecine et la télésanté<sup>2</sup>.

L'équité en matière de santé est obtenue lorsque tous (personnes, groupes et communautés) ont une possibilité équitable d'atteindre leur plein potentiel de santé. Pour parvenir à l'équité en matière de santé, il faut réduire les différences inutiles et évitables qui sont inéquitables et injustes. Ces inégalités sont souvent attribuables à des facteurs sociaux, économiques et environnementaux, y compris des facteurs socialement construits comme le statut social, le sexe, la sexualité et la racialisation<sup>17</sup>. Ainsi, l'équité en matière de santé numérique est reconnue comme étant la possibilité juste et équitable pour tous de tirer profit des informations, connaissances et pratiques liées à l'élaboration et à l'utilisation des technologies numériques pour améliorer la santé<sup>18</sup>.

## Méthodologie

Pour explorer la base de données probantes, les Services de bibliothèque de Santé publique Ontario (SPO) ont contribué à la sélection de termes et de stratégies de recherche dans la documentation évaluée par un comité de lecture et la documentation parallèle. Les Services de bibliothèque ont procédé à la recherche dans la documentation évaluée par un comité de lecture le 15 mai 2023 afin de recenser des articles publiés de 2020 à 2023 dans cinq bases de données bibliographiques : Ovid MEDLINE, PsychINFO, Global Health, CINAHL et SocINDEX.

La recherche dans la documentation parallèle a été effectuée le 24 mai 2023 au moyen des moteurs de recherche suivants : le moteur de recherche des bureaux de santé publique de l'Ontario, le moteur de recherche des ministères et organismes de santé du Canada, le moteur de recherche des ressources internationales en matière de santé publique et Google Canada. Sur la recommandation des Services de bibliothèque, les 100 premiers résultats ont été examinés (pour chaque chaîne de recherche), étant donné que la pertinence diminue après les 50 à 100 premiers résultats. La stratégie de recherche détaillée, y compris les termes de recherche utilisés pour la documentation évaluée par un comité de lecture et la documentation parallèle, est disponible sur demande.

Les articles pouvaient être inclus s'ils traitaient de la santé numérique pendant la pandémie de COVID-19, s'ils portaient sur des milieux de santé publique, s'ils avaient trait au rétablissement de la COVID-19, s'ils étaient publiés en anglais et, pour accroître la pertinence et l'applicabilité des résultats, s'ils avaient été publiés au Canada ou aux États-Unis. Deux évaluateurs ont examiné indépendamment les titres et les résumés des articles évalués par un comité de lecture. Les évaluateurs se sont réunis pour discuter des divergences éventuelles et parvenir à un consensus. Ils sont parvenus à un accord ferme (>80 %) lors de la sélection des titres et des résumés. Un seul évaluateur a récupéré le texte intégral des articles à des fins d'examen et d'extraction des données. Compte tenu des contraintes de temps et de ressources, la qualité des articles retenus n'a pas été évaluée.

Les études qui n'étaient pas liées à la pratique de la santé publique (p. ex., soins cliniques, soins primaires, soins à domicile ou en milieu communautaire, gestion des soins, etc.) et les articles ou rapports qui présentaient des réflexions ou des exposés théoriques sans stratégies applicables ou exploitables (p. ex., les commentaires) ont été exclus.

Les obstacles à l'équité dans les services numériques pour la santé et les stratégies visant à améliorer cette équité ont été divisés en fonction des quatre niveaux du cadre d'équité des services numériques pour la santé (*Framework for Digital Health Equity*, « cadre d'équité ») : individuel, interpersonnel, communautaire et sociétal<sup>19</sup>. Ce cadre souligne que les déterminants de la santé numérique ne sont pas exhaustifs et n'existent pas en vase clos; ils fonctionnent de manière cumulative ou interactive. Il considère l'environnement numérique comme l'un des six domaines qui influent sur les résultats en matière de santé, en plus des mécanismes biologiques, des facteurs comportementaux, du milieu naturel et du cadre bâti, de l'environnement socioculturel et du système de santé<sup>19</sup>.

## Principales constatations

### Résultats de la recherche

La recherche a permis de recenser 661 articles, dont 133 ont été retenus après sélection des titres et des résumés. Après vérification du texte intégral, 16 documents évalués par un comité de lecture ont été inclus dans le présent résumé de preuves pertinentes (14 documents ont été relevés à l'issue de la recherche dans les documents évalués par un comité de lecture, et deux autres documents évalués par un comité de lecture ont été découverts lors de la recherche dans la documentation parallèle). Sur les 16 documents inclus, il y avait une analyse systématique<sup>5</sup>, deux revues narratives<sup>20,21</sup>, deux études de cas exploratoires<sup>22,23</sup>, deux évaluations<sup>24,25</sup> et neuf études primaires<sup>26-35</sup>.

Les résultats de la recherche dans la documentation parallèle comprenaient des lignes directrices, des normes et des évaluations en matière de stratégies numériques pour la santé, produites par des organisations gouvernementales à différents niveaux, ainsi que par des organismes de santé publique. Soulignons que la plupart des publications parallèles s'appliquent davantage aux milieux de soins primaires et ne présentent qu'un intérêt limité pour le secteur de la santé publique. Au total, 11 publications parallèles dont les résultats sont transposables dans le domaine de la santé publique ont été incluses dans la présente synthèse. Ces documents comprennent une évaluation<sup>36</sup>, deux mises à jour de programme<sup>37,38</sup>, six rapports<sup>8,39-42</sup>, un cadre de politique<sup>43</sup> et un mémoire scientifique<sup>44</sup>.

Les conclusions sont divisées en trois grandes catégories : 1) les enseignements tirés de l'incidence sur l'équité des services numériques pour la santé; 2) les obstacles à l'accès aux services numériques pour la santé; 3) les stratégies d'accès aux services numériques pour la santé. Les données probantes sur les obstacles et les stratégies sont ensuite classées selon les quatre niveaux du cadre d'équité pour décrire les influences individuelles, interpersonnelles, communautaires et sociétales.

# Leçons apprises : incidences des services numériques pour la santé sur l'équité

L'un des thèmes prédominants dans la documentation réside dans l'incidence sur l'équité en matière de santé de l'utilisation de programmes et de services numériques pour la santé pendant la pandémie de COVID-19 et les conséquences éventuelles de leur utilisation pendant le rétablissement à la suite de la pandémie<sup>5,8,23-26,29,32,33,44</sup>.

## Incidences positives sur l'équité en matière de santé

Six documents soulignent que le passage aux services numériques a eu des effets positifs pour les personnes qui rencontrent généralement des obstacles sur le plan de l'accès aux soins<sup>22,24,28,32,33,42</sup>. Il s'agit notamment des personnes qui ont des problèmes de transport, y compris les populations à faible revenu<sup>42</sup>, les populations rurales<sup>28</sup> et les personnes âgées qui habitent loin des points de service en personne et qui sont confinées à la maison en raison de limitations physiques<sup>24</sup>, les personnes ayant des problèmes de mobilité ou des problèmes de santé chronique qui rendent les déplacements difficiles et coûteux<sup>33</sup> et les nouveaux arrivants qui ont de la difficulté à obtenir un moyen de transport fiable, qui doivent se déplacer sur de longues distances, qui n'ont pas de permis de conduire et qui doivent payer des frais de déplacement<sup>22,32</sup>.

Une étude exploratoire visant à comprendre les perceptions des réfugiés ayant accédé à des services virtuels de santé mentale a révélé qu'ils économisaient du temps et des ressources et qu'ils n'avaient pas à parcourir de longues distances pour se rendre à leurs rendez-vous, en particulier ceux qui habitaient loin des services et devaient emprunter les transports en commun et assumer des coûts plus élevés<sup>22</sup>. Ces résultats concordent avec l'étude transversale menée par Weith et ses collègues auprès de fournisseurs de soins aux réfugiés, dont 69 % ont indiqué que l'accès au transport était « meilleur » ou « bien meilleur » pour les services de télésanté mentale que pour les services en personne<sup>32</sup>.

Des documents soulignent aussi que la santé virtuelle contribue à surmonter les difficultés financières liées à l'accès aux soins en personne<sup>33,42</sup>. Par exemple, une étude transversale des centres de santé communautaire de l'Ontario montre que les visites virtuelles permettent aux patients de réaliser des économies, en particulier ceux qui doivent payer le transport ou le stationnement ou faire garder leurs enfants, ou ceux qui ont un horaire de travail fixe et qui doivent prendre congé pour les visites<sup>33</sup>. Une étude mentionne que les services virtuels présentent un avantage particulier pour les personnes qui s'occupent de jeunes enfants et qui, autrement, devraient les faire garder<sup>22</sup>.

## Incidence sur l'équité en matière de santé dans diverses populations

Bien que la santé numérique soit considérée comme un moyen pratique, souple et efficace de fournir des services de santé<sup>5</sup>, dix documents soulignent la grande diversité des incidences des services de santé virtuels sur les populations en quête d'équité<sup>5,8,23-26,29,32,33,44</sup>. Plusieurs documents expliquent que les services de santé virtuels ne conviennent pas à toutes les populations en raison d'obstacles à l'accès, tels qu'un accès limité ou inexistant à la technologie, ou d'obstacles financiers. C'est le cas notamment des personnes âgées, vivant dans la pauvreté ou à faible revenu<sup>5,8,23,33,44</sup>, des groupes racialisés<sup>8,23,24,26,29,32,33,44</sup>, des nouveaux arrivants<sup>24,25,33</sup> et des personnes en situation de précarité de logement ou d'itinérance<sup>23,33</sup>. Dans le cas des groupes marginalisés, ces obstacles découlent de déterminants structurels plus larges de la santé, notamment de politiques, structures et pratiques injustes, qu'elles soient historiques ou actuelles.

D'après une étude systématique réalisée par Hatef et coll. (2023), les personnes ayant eu recours à la télésanté pendant la pandémie de COVID-19 étaient plus susceptibles d'être jeunes ou d'âge moyen, d'être des femmes, d'être de race blanche, d'avoir un statut socio-économique plus élevé et de vivre en milieu urbain, ce qui donne à penser que la télésanté peut améliorer l'accès aux soins uniquement pour les personnes qui y ont déjà accès<sup>5</sup>. Les populations âgées, racialisées et de faible statut socio-économique qui dépendent exclusivement des services de santé virtuels pourraient subir des préjudices indésirables sur le plan de l'équité se traduisant par des diagnostics manqués ou retardés en raison de l'absence de visites en personne pendant la pandémie<sup>5</sup>.

## Populations racialisées et autochtones

Dix documents soulignent les inégalités raciales dans l'accès aux services de santé virtuels<sup>23,24,26,29,32,33,30,8,38,44</sup>, particulièrement chez les populations noires<sup>26,30,38,44</sup> et autochtones<sup>23,44</sup> et d'autres populations racialisées<sup>23,33,44</sup>, ce qui témoigne de la nécessité de prendre résolument en compte la situation, les besoins et les préférences des personnes et des communautés lors de la conception de services numériques pour la santé<sup>44</sup>. L'étude *Digital Divide* de Mapping Toronto sur la fracture numérique, menée en 2021, a montré que 42 % des familles noires s'inquiètent du coût des services Internet, les quartiers où la proportion de Noirs est la plus élevée faisant état de taux de connectivité Internet inférieurs à ceux des autres quartiers de Toronto<sup>38</sup>. Un résumé de preuves pertinentes sur les services virtuels de santé mentale pendant la pandémie souligne que les populations noires et d'autres populations racialisées sont touchées de manière disproportionnée par des déterminants sociaux et structurels de la santé, notamment le racisme systémique et l'insécurité en matière d'alimentation et de logement, ce qui a une incidence supplémentaire sur l'accès aux services virtuels<sup>44</sup>.

Pour les populations autochtones, les obstacles à l'accès aux services virtuels sont liés aux effets historiques et de longue date du colonialisme et du racisme, y compris les conséquences des pratiques historiques préjudiciables<sup>41</sup>. L'étude transversale de Shahid et de ses collègues (2023) examine si et comment les services sociaux et de santé ont pris en compte l'équité en matière de santé lors de la mise en œuvre des soins virtuels pendant la pandémie et constate que les croyances culturelles au sujet du bien-être et des soins ne se transposent pas souvent dans des contextes virtuels. Cela donne à penser que l'absence de visites en personne pendant la pandémie a réduit la possibilité de rencontres adaptées à la culture des patients<sup>23</sup>.

## Populations rurales et éloignées

Quatre documents mettent en évidence des inégalités touchant les collectivités rurales et éloignées en ce qui concerne l'accès aux services de santé virtuels<sup>26,28,33,36</sup>; ainsi, les populations urbaines ont eu davantage recours aux services de santé virtuels que les populations rurales pendant la pandémie<sup>26,28,33,36</sup>. Une étude transversale a montré que les cliniques urbaines étaient plus nombreuses que les cliniques rurales à avoir recours aux services de santé virtuels pour les soins contraceptifs, y compris les conseils en matière de contraception, la contraception d'urgence et le traitement des infections transmissibles sexuellement<sup>28</sup>. En outre, une évaluation d'un programme d'équité en matière de santé numérique destiné aux familles à faible revenu et aux personnes âgées dans le Nord de l'Ontario a révélé un écart entre les personnes ayant accès aux technologies de l'information et de la communication et celles n'y ayant pas accès; cet écart découlait des coûts élevés de la technologie et de la connectivité Internet limitée dans la région<sup>36</sup>.

## Nouveaux arrivants et réfugiés

Cinq documents mentionnent que les nouveaux arrivants et les réfugiés ont eu du mal à utiliser les services virtuels pendant la pandémie<sup>5,22,23,32,33</sup>, ce qui a donné lieu à l'interruption des soins ou à des visites abrégées. Ces effets inévitables sur l'accès aux soins virtuels ont été d'autant plus marqués chez les personnes dont la langue maternelle n'était pas l'anglais<sup>5,23,25,29,34</sup>. Une étude transversale visant à comprendre le point de vue des praticiens sur les obstacles à l'accès aux services de santé mentale virtuels et sur les avantages de ces services pour les réfugiés et les demandeurs d'asile aux États-Unis a révélé que ces derniers étaient confrontés à des obstacles complexes et multiples entravant leur accès aux services virtuels de santé mentale, notamment des difficultés technologiques, des limitations en matière de protection de la vie privée, des problèmes de communication interculturelle et l'absence de services d'interprétation<sup>32</sup>. Environ 24 % des fournisseurs de services aux réfugiés ont déclaré que les barrières linguistiques étaient « pires » ou « bien pires » pour les services virtuels que pour les services en personne<sup>32</sup>.

## Personnes âgées

On a estimé que les personnes âgées, qui forment une population vulnérable, étaient confrontées à des obstacles liés à l'accès aux services de santé virtuels en raison de leur manque d'aisance dans l'utilisation des technologies et de leur faible niveau de littératie numérique en matière de santé<sup>5,23,24,26,41,42</sup>. Une étude transversale portant sur les tendances en matière d'accès aux services virtuels avant et après la pandémie de COVID-19 dans des communautés rurales de l'Alabama a révélé que si l'accès à la télésanté a augmenté chez les personnes de tous les groupes d'âge après la pandémie, cette hausse a été plus marquée chez celles des groupes d'âge les plus jeunes<sup>26</sup>. Les inégalités dans l'accès aux services virtuels touchent tous les groupes de personnes âgées. Une évaluation d'un programme virtuel de prévention des chutes a révélé que les programmes fournis à distance ne rejoignaient pas suffisamment les nouveaux arrivants âgés et les communautés racialisées, les personnes dont la langue maternelle n'est pas l'anglais et les personnes ayant un handicap, comme un handicap sensoriel, y compris une déficience visuelle<sup>24</sup>.

## Note sur l'intersectionnalité

Les particuliers et les communautés ne sont pas unidimensionnels, mais plutôt complexes et hétérogènes. C'est pourquoi il faut adopter une approche intersectionnelle pour comprendre les inégalités quant à l'accès aux services de santé virtuels et à leur utilisation<sup>21,44</sup>. Définie par Kimberlé Williams Crenshaw, théoricienne juridique critique, l'approche intersectionnelle reconnaît que les identités et les formes d'oppression se croisent pour produire des expériences uniques et souvent imprévisibles, car une forme d'oppression peut être façonnée par une autre et, à son tour, l'influencer<sup>45</sup>.

Seuls deux documents explorent les obstacles à l'équité en matière d'accès aux services de santé virtuels selon une perspective intersectionnelle<sup>21,44</sup>. L'analyse narrative de Husain et de ses collègues (2022) cherche à comprendre comment les diverses formes de désavantage, en particulier l'âge avancé, le statut socio-économique inférieur et la maîtrise limitée de l'anglais, sont conceptualisées dans la documentation. S'appuyant sur la théorie de l'intersectionnalité, les auteurs soulignent que « l'identité et l'expérience vécue de chaque personne sont uniques et multiples et que ces personnes utilisent (ou non) les services numériques en fonction de leur propre identité et de leur situation particulière, plutôt qu'en tant que membres d'une catégorie précise comme les demandeurs d'asile, les Noirs ou les personnes âgées ». Ils ont constaté que la plupart des études (93 %) relevaient des inégalités numériques précises, mais que les solutions ne tenaient généralement pas compte de toute l'incidence des multiples niveaux de désavantages qui se combinent et se répercutent sur les inégalités en matière de santé numérique<sup>21</sup>.

# Obstacles à l'accès aux services numériques pour la santé

Le cadre d'équité divise les obstacles à l'accès aux services numériques pour la santé en quatre niveaux distincts, décrits ci-dessous. Les inégalités sont le produit de facteurs sociaux, économiques et structurels complexes, et de ce fait, les obstacles ci-dessous n'existent pas en vase clos et peuvent être rencontrés à de multiples niveaux qui se renforcent mutuellement<sup>19</sup>.

## Obstacles au niveau individuel

Selon le cadre d'équité, les déterminants de l'utilisation des services numériques pour la santé au niveau individuel comprennent la littératie numérique, l'auto-efficacité numérique, l'accès à la technologie et les attitudes à l'égard de l'utilisation de ces services<sup>19</sup>. Au total, neuf documents soulignent les obstacles à l'accès aux programmes et services numériques pour la santé au niveau individuel<sup>5,20,23,25,29,32-34</sup>.

La littératie numérique désigne les compétences et les aptitudes nécessaires à l'accès au numérique, y compris la compréhension du langage, des logiciels et du matériel requis pour maîtriser la technologie<sup>19</sup>. Une faible littératie numérique est mentionnée comme un obstacle à l'accès aux services numériques pour la santé dans un certain nombre de documents<sup>20,23,25,29,33</sup>, lesquels proposent des solutions à l'échelle du système pour éliminer ces obstacles. D'après les conclusions d'une consultation sur la santé numérique menée par le gouvernement du Canada, 46 % de la population canadienne possède des compétences en littératie numérique qui sont insuffisantes pour tirer pleinement parti des services numériques pour la santé<sup>8</sup>. Ces conclusions font état d'une connaissance limitée des outils et ressources en santé numérique, d'aptitudes techniques limitées pour l'utilisation de la technologie ou d'un accès limité aux outils permettant de se renseigner sur les renseignements sur la santé qui sont partagés<sup>8</sup>.

L'accès à la technologie décrit l'équipement technologique nécessaire dont dispose une personne. Huit documents mentionnent que l'accès aux appareils, aux forfaits et à une connexion Internet fiable, ainsi que leur coût, constituent des obstacles majeurs à l'accès aux services numériques pour la santé<sup>5,20,22,24,25,32,34,42</sup>. Pour les personnes vivant dans la pauvreté ou à faible revenu<sup>42</sup>, les personnes ayant un emploi précaire, les nouveaux arrivants et les réfugiés<sup>32</sup> ainsi que les personnes en situation d'itinérance<sup>22</sup>, l'accès se révèle particulièrement difficile.

Les attitudes à l'égard de l'utilisation désignent le désir et la volonté d'une personne d'utiliser les outils numériques, la confiance qu'elle leur accorde et sa conviction quant à sa capacité à les utiliser<sup>46</sup>. Dans un certain nombre de documents, la protection de la vie privée apparaît comme une préoccupation majeure en ce qui concerne l'accès aux services numériques pour la santé, d'où une certaine hésitation à participer à des séances virtuelles ou à recevoir des soins virtuels<sup>24,29,33,34</sup>, que l'on constate particulièrement chez les personnes vivant dans un logement surpeuplé ou en situation d'itinérance<sup>29</sup>. Selon une étude, les soins virtuels présentent des contraintes encore plus importantes en matière de vie privée et de confidentialité pour les personnes à risque de violence conjugale et celles qui occupent un logement partagé<sup>33</sup>. Une autre étude a montré que l'absence d'intimité causée par le manque d'espace, le nombre de personnes occupant le logement ou les préjugés associés à la santé mentale sont des facteurs beaucoup plus fréquents chez les clients réfugiés que chez les clients non réfugiés<sup>24</sup>.

La confiance, y compris les préoccupations relatives à la vie privée, à la sécurité et à la surveillance, est un facteur déterminant pour l'accès aux soins virtuels, en particulier pour les personnes et les populations qui ont subi par le passé et subissent toujours des préjudices de la part du système de santé<sup>19</sup>. Ces populations comprennent, sans s'y limiter, les communautés autochtones et noires et les autres communautés racialisées, en raison des répercussions durables du colonialisme et du racisme systémique<sup>44</sup>. La méfiance est apparue comme un obstacle à l'accès aux interventions numériques pour la santé parmi les populations « sans papiers », qui craignent que toute information recueillie par le biais des plateformes numériques pour la santé les expose à un risque d'expulsion<sup>25</sup>.

Ce constat s'applique non seulement aux soins virtuels mais aussi aux applications mobiles. Une évaluation de l'outil numérique de notification de l'exposition à la COVID-19 de l'État de Washington, « WA Notify », a révélé que pour les personnes présentant des taux disproportionnés d'exposition à la COVID-19, la sécurité, la protection de la vie privée et les fausses informations constituaient des sujets d'inquiétude. Ces facteurs, ainsi que la méfiance à l'égard du gouvernement (82 % des participants), des entreprises technologiques (59 %) et des organismes de santé publique (53 %), ont été mentionnés comme des obstacles à l'adoption de tels outils dans les communautés sous-représentées<sup>25</sup>. Cette peur d'adopter ces outils s'explique par le contexte historique des relations entre les communautés, les gouvernements et les organismes de santé publique<sup>25</sup>.

L'auto-efficacité numérique, c'est-à-dire la croyance d'une personne en sa propre capacité à utiliser efficacement et sans effort les technologies de l'information, est un facteur prédictif de l'accès à ces technologies et de leur maîtrise<sup>19</sup>. Elle est mentionnée dans quatre documents<sup>24,26,25,34</sup>, y compris l'évaluation de « WA Notify », laquelle conclut que l'un des deux principaux obstacles influant sur l'accès, l'adoption et l'utilisation au sein des groupes marginalisés était un manque de confiance dans l'utilisation d'un outil numérique à des fins de communication en matière de santé<sup>25</sup>. L'auto-efficacité numérique est considérée comme plus difficile pour les populations plus âgées, qui ne connaissent peut-être pas aussi bien la technologie<sup>24,26</sup>.

## Obstacles au niveau interpersonnel

Les déterminants interpersonnels de l'équité en matière de santé numérique décrivent les facteurs relationnels qui relient les individus aux technologies numériques pour la santé et les uns aux autres, et comprennent les relations patient-fournisseur, les préjugés technologiques implicites et l'interdépendance<sup>19</sup>.

Sept documents<sup>5,23,24,27,29,33,42</sup> soulignent l'incidence des relations patient-fournisseur, en décrivant les transformations interpersonnelles complexes induites par les technologies numériques, qui peuvent corriger ou exacerber les déséquilibres de pouvoir dans les relations<sup>19</sup>. Pour les populations marginalisées, la relation patient-fournisseur peut avoir une incidence sur d'autres dimensions de la qualité des soins, notamment la méfiance et une communication de mauvaise qualité<sup>19</sup>. Une analyse systématique a révélé que l'un des principaux obstacles à long terme à la télésanté était le manque de communication entre les fournisseurs de soins et les patients<sup>5</sup>. En outre, les services par téléphone ou par vidéo ne présentent pas le même niveau de qualité que les services en personne en raison de la difficulté à établir des relations et de l'absence relative d'autres formes de communication, notamment le langage corporel ou l'expression de soi<sup>23,27,29,33</sup>.

En particulier, une étude menée auprès de personnes de couleur à faible revenu dans le New Jersey a montré que ces personnes avaient du mal à expliquer leurs symptômes et à établir un lien émotionnel par le biais de la télésanté, ce qui diminuait leur confiance dans l'exactitude des diagnostics et dans les traitements reçus. Certains ont souligné l'absence d'empathie ou de lien émotionnel lors de la réception d'un diagnostic par le biais de la télésanté<sup>29</sup>. Ces difficultés étaient encore plus marquées chez les nouveaux arrivants, lorsque la personne et le fournisseur ne parlaient pas la même langue, malgré la présence d'un interprète<sup>29</sup>. Dans les centres de santé communautaire de l'Ontario, cette lacune est imputable à l'impossibilité d'observer les réactions des patients aux renseignements fournis et au fait que l'on se fonde uniquement sur les descriptions fournies par les patients<sup>33</sup>.

L'interdépendance désigne la dépendance de deux personnes ou plus (membres de la famille, soignants ou amis) l'une envers l'autre pour ce qui est des compétences numériques, de l'accès et de l'équipement nécessaire à l'utilisation d'outils numériques<sup>19</sup>. Une évaluation a mis en évidence une fracture technologique fondée sur l'âge et le sexe dans les communautés de nouveaux arrivants et de réfugiés, en soulignant que ce sont généralement les hommes ou les personnes qui gagnent le plus d'argent au sein de la famille qui possèdent un téléphone portable. Si l'interdépendance peut être considérée comme un mécanisme d'adaptation positif et donner lieu à un capital social positif dans de nombreux contextes<sup>46</sup>, elle peut aussi avoir une incidence liée au pouvoir sur l'accès des nouvelles arrivantes aux outils et services numériques pour la santé<sup>25</sup>.

## Obstacles au niveau communautaire

Les déterminants communautaires de l'accès aux services numériques pour la santé comprennent l'infrastructure communautaire, l'infrastructure du système de santé, les normes technologiques communautaires et les partenaires communautaires<sup>19</sup>. Cinq documents font état d'obstacles communautaires aux soins virtuels<sup>23,24,29,32,41</sup>.

L'infrastructure communautaire comprend l'accès aux réseaux cellulaires sans fil et à haut débit et la qualité de cet accès; quatre documents mentionnent que l'abordabilité<sup>19</sup> constitue un obstacle<sup>23,24,29,32</sup>. Une étude exploratoire menée auprès de fournisseurs de services sociaux et de santé de l'Ontario a révélé que l'efficacité des soins virtuels était étroitement liée à l'infrastructure et à l'accès aux appareils et au réseau. Il s'agit d'un défi auquel sont confrontés les utilisateurs de services qui n'ont pas accès à Internet, à un téléphone cellulaire ou à des appareils numériques avec un forfait de minutes ou de données suffisant<sup>23</sup>. Ce fossé en matière d'accès était le plus évident pour les personnes vivant dans des collectivités rurales et éloignées<sup>24</sup>, les personnes à faible revenu, y compris les personnes âgées à revenu fixe, et les personnes en situation d'itinérance<sup>23</sup>. Les fournisseurs de services aux réfugiés ont déclaré que les difficultés liées à la technologie (92 %) et à la connectivité Internet (90 %) étaient soit « plutôt » ou « très » problématiques pour leurs clients<sup>32</sup>.

L'infrastructure du système de santé comprend l'accès communautaire à des systèmes de santé dotés de capacités numériques avancées, notamment des systèmes de dossiers médicaux électroniques, des portails et d'autres outils de télésanté<sup>19</sup>. Une infrastructure électronique limitée et l'intégration de logiciels de télésanté dans les DME sont mentionnées comme des obstacles à la prestation de services virtuels par les organisations<sup>28</sup>. Les différences entre les systèmes de santé sur le plan des ressources et des technologies peuvent conduire à une mauvaise harmonisation des interventions en matière de santé numérique, ce qui se traduit par des inégalités pour les personnes vivant dans des endroits où les ressources sont limitées<sup>41</sup>. En outre, les problèmes de connectivité ne touchent pas seulement les patients; les fournisseurs ont également rencontré des problèmes d'accès à Internet et des problèmes de connectivité pour les rendez-vous et programmes virtuels pendant la pandémie<sup>23,24</sup>.

Durant la pandémie, de nombreuses organisations ont dû faire face à des priorités concurrentes, y compris des contraintes persistantes en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé (p. ex., pénuries et réaffectations de personnel), ce qui s'est répercuté sur la capacité à assurer l'adoption d'approches équitables en matière de soins virtuels<sup>23,28</sup>. L'évaluation d'un programme de prévention des chutes fourni à distance souligne le fait qu'il faut du temps et des ressources supplémentaires pour envoyer de la documentation aux participants, répondre aux besoins en matière de nouvelles technologies, obtenir des licences pour l'utilisation des plateformes à distance et disposer de personnel en attente au cas où les participants à la séance à distance se trouveraient dans une situation d'urgence<sup>24</sup>.

Enfin, le rôle des normes technologiques de la communauté, y compris les préférences de la communauté à l'égard d'outils particuliers ou de solutions de haute technologie par opposition à des solutions de faible technicité et des partenaires communautaires, est essentiel pour l'accès aux services numériques pour la santé et leur adoption<sup>19</sup>. Un manque de promotion des services et programmes virtuels fait en sorte qu'il est plus difficile de rejoindre les utilisateurs, particulièrement les nouveaux arrivants ou les personnes qui ne reçoivent pas déjà des services de santé ou d'établissement ou des services sociaux<sup>22,23</sup>. Dans l'ensemble, la plupart des documents ne mentionnent pas les normes technologiques communautaires ou les partenaires communautaires comme étant des obstacles aux soins virtuels, mais les considèrent plutôt comme étant recommandés.

## Obstacles au niveau sociétal

Les déterminants sociétaux comprennent la politique technologique, les normes en matière de données et de conception, les normes et idéologies sociales et les biais algorithmiques. La politique technologique désigne les politiques fédérales, provinciales et locales qui soutiennent les options, le développement et l'innovation en matière de technologies de la santé, ainsi que la sécurité. Les normes de données sont créées et tenues à jour par des organisations professionnelles, tandis que les normes de conception reflètent l'accessibilité pour les personnes handicapées et celles qui ont une faible littératie numérique en matière de santé<sup>19</sup>.

Selon quatre documents, la législation, les politiques et la réglementation constituent des obstacles à l'accès aux services numériques pour la santé<sup>21,23,28,41</sup>. Le rapport de l'équipe spéciale sur l'accès équitable aux soins virtuels (2021) souligne que les normes réglementaires qui soutiennent les services de soins virtuels sont propres à chaque territoire de compétence et ne sont pas harmonisées ni à jour. L'incohérence des politiques entraîne une variation dans la prestation des services et dans la rémunération des fournisseurs selon la province ou le territoire et peut donner lieu à une distribution inéquitable de la prestation des services au pays<sup>41</sup>. Par exemple, une étude sur les soins contraceptifs dispensés par télésanté dans des centres de santé ruraux et urbains pendant la pandémie a révélé que les difficultés de financement de la télésanté constituaient un obstacle stratégique à la mise en œuvre des services<sup>28</sup>.

## Stratégies d'intégration de l'équité dans les programmes et services numériques pour la santé

Plusieurs études font état de stratégies visant à promouvoir l'équité en matière de santé par le biais de programmes et de services numériques pour la santé<sup>20,21,29</sup>, lesquelles ont été réparties parmi les quatre niveaux du cadre d'équité et sont décrites ci-dessous.

## Stratégies au niveau individuel

Six documents proposent des stratégies visant les facteurs individuels qui ont une incidence sur l'adoption de la santé numérique et l'accès à celle-ci, notamment la littératie en santé numérique, l'auto-efficacité numérique, l'accès à la technologie et les attitudes à l'égard de l'utilisation de la technologie<sup>20-22,28,29,34</sup>. Le cadre d'équité souligne que les interventions visant à aplanir les inégalités sur le plan de la santé numérique font souvent l'objet d'une « erreur d'attribution fondamentale », c'est-à-dire qu'elles surestiment l'incidence de facteurs individuels et sous-estiment les facteurs contextuels et situationnels<sup>19</sup>. Pour s'attaquer véritablement aux causes profondes des inégalités et appuyer le plus efficacement possible les communautés confrontées à la marginalisation, les interventions doivent cibler les déterminants en amont, aux niveaux communautaire et sociétal<sup>19</sup>.

La création de mécanismes inclusifs permettant aux membres de la communauté ayant un accès limité aux services numériques de contribuer à la planification et à la fourniture de soins virtuels est mentionnée comme un moyen de rehausser la littératie numérique en matière de santé et l'auto-efficacité numérique, et de répondre aux besoins des collectivités où l'on n'investit pas suffisamment<sup>20,29,34</sup>. La revue narrative de Shaw et coll. (2022) recommande de créer des comités consultatifs communautaires qui représentent les points de vue et la diversité des populations sous-représentées, de collaborer avec des partenaires de confiance qui encadrent les communautés racialisées ou de mener des recherches participatives en milieu communautaire afin d'assurer une véritable participation<sup>20</sup>. Une autre étude narrative recommande de faire participer les personnes marginalisées non seulement à la conception conjointe, mais aussi à l'intendance des données<sup>21</sup>.

Parmi les autres aspects à prendre en compte, mentionnons l'offre de programmes personnalisés de renforcement des capacités et d'information aux collectivités historiquement mal desservies par les programmes numériques pour la santé, afin de les sensibiliser davantage aux services numériques pour la santé et aux technologies de la santé<sup>21,28,29</sup>. L'un des moyens d'améliorer l'accès consiste à proposer des cours de technologie aux patients et à veiller à ce que les applications de télésanté soient conviviales et abordables<sup>29</sup>.

On a souligné l'importance de l'évaluation des besoins et de la mise en œuvre de soins virtuels axés sur la personne pour lever les obstacles liés à l'accès à l'équipement technologique<sup>20-22</sup>. Les fournisseurs de services de santé devraient évaluer la pertinence de la prestation de services virtuels en fonction de la personne qui accède aux soins, compte tenu des différences entre les expériences<sup>18,33</sup>. Il s'agit notamment de prévoir une combinaison de visites en personne et de visites virtuelles et de privilégier les visites par téléphone (plutôt que par vidéo) pour les personnes qui ont accès à un téléphone mais ne disposent pas d'un appareil ou d'une connexion Internet qui permettrait une visite par vidéo<sup>8,20</sup>. Parmi les autres aspects envisagés, mentionnons l'offre de différentes options, comme des services à haute ou à faible technologie, et l'exploration de technologies qui complètent ou simulent les interactions en personne au cours des consultations sur le Web<sup>21</sup>. Un autre moyen d'améliorer l'accès de certaines personnes consiste à déterminer les appareils et équipements qui sont adaptés à leurs besoins<sup>23</sup>.

Il est également recommandé de fournir un soutien financier et des ressources, notamment des appareils, des programmes de prêt d'appareils et des subventions aux personnes qui bénéficieraient de la santé numérique mais qui n'ont pas accès à l'équipement ou à des forfaits de données<sup>21,22,29,36</sup>. On a indiqué que des organismes locaux et des partenaires communautaires pouvaient fournir ces soutiens et faciliter l'accès<sup>22</sup>. Par exemple, le projet *Closing the Digital Divide in Timiskaming* des Services de santé du Timiskaming visait à aplanir les inégalités par la fourniture de technologies et de connectivité Internet aux familles à faible revenu et aux personnes âgées éprouvant des difficultés d'accès dans le Nord-Est de l'Ontario. Ce programme a permis de réduire la fracture numérique et la gravité des problèmes d'accès au cours de la pandémie de COVID-19. Selon les utilisateurs et les partenaires d'aiguillage, les appareils ont aidé les clients à accéder à des informations en ligne sur la santé et le bien-être, ainsi qu'à l'apprentissage en ligne. Cependant, l'accès à des services Internet abordables et de qualité demeure problématique dans les collectivités rurales et isolées<sup>36</sup>.

## Stratégie au niveau interpersonnel

Les déterminants interpersonnels comprennent la relation entre le fournisseur de services de santé et la personne qui accède aux soins, ainsi que les préjugés technologiques implicites des fournisseurs de services de santé et des systèmes de santé concernant la volonté des personnes d'accéder aux soins<sup>19</sup>. Cinq documents soulignent l'importance des liens sociaux et des relations interpersonnelles pour se sensibiliser aux services virtuels et faciliter l'accès à ces services<sup>21,22,25,33</sup>. Par exemple, dans une étude exploratoire sur les services virtuels de santé mentale pour les nouveaux arrivants et les réfugiés, les nouveaux arrivants et leurs fournisseurs ont souligné que les réseaux informels et officiels étaient essentiels pour assurer la sensibilisation aux services virtuels. Il s'agit notamment de s'appuyer sur les amis, la famille, les parrains et les fournisseurs de services de santé pour savoir où et comment accéder aux services virtuels<sup>22</sup>.

Établir des liens avant de participer à une visite virtuelle est un facteur clé pour renforcer la confiance et améliorer ainsi l'utilisation des services numériques pour la santé, les personnes préférant les visites virtuelles auprès de fournisseurs avec lesquels elles ont déjà établi une relation de confiance<sup>21,25,33,38</sup>. Dans le cadre d'une étude transversale, plus de deux tiers des patients ont souligné que l'existence d'une relation de longue date influait beaucoup sur leur volonté de recevoir des soins virtuels et les mettait à l'aise<sup>33</sup>.

Selon les conclusions d'une évaluation d'un outil de notification numérique, il est recommandé de faire appel à des navigateurs technologiques et à des messagers de confiance, notamment des dirigeants communautaires, qui sont connus, crédibles et déjà engagés auprès des communautés confrontées à la marginalisation, afin de lever les obstacles liés à la méfiance et à l'aversion<sup>25</sup>. La mobilisation de travailleurs communautaires en santé a également été évoquée comme un moyen d'établir un meilleur contact avec les personnes qui subissent des inégalités<sup>21</sup>. En ce qui concerne la télésanté, l'élaboration et l'évaluation de protocoles de communication en matière de santé fondés sur des données probantes peuvent donner lieu à une expérience axée sur le patient ou améliorer cette expérience<sup>21</sup> et favoriser ainsi la communication virtuelle entre patient et fournisseur.

En outre, selon certains documents, la mise sur pied de services culturellement et linguistiquement adaptés qui répondent aux besoins, aux préférences et aux valeurs des communautés confrontées à la marginalisation, notamment sur le plan du contexte, de la langue et de la lutte contre la stigmatisation, est une méthode qui permet de renforcer la confiance dans les services numériques pour la santé et d'en améliorer la pertinence<sup>20-22,34,44,8,23,30</sup>. Les mesures visant à assurer la pérennité des services virtuels nécessitent une compréhension approfondie de leurs conséquences éventuelles pour les membres des communautés structurellement marginalisées, notamment les communautés racialisées et autochtones, dont l'accès aux soins virtuels a été et continue d'être précaire.

Il s'agit d'intégrer et de prendre en compte les perspectives autochtones en matière de santé et de bien-être dans le cadre des services virtuels, ainsi que de concevoir et de mettre en œuvre conjointement des pratiques adaptées à la culture afin de relever les défis particuliers auxquels sont confrontés les Autochtones, notamment la méfiance, qui résulte des répercussions historiques et persistantes de la colonisation<sup>23</sup>. Dans un cadre autre que celui de la santé autochtone, un exemple de sécurité culturelle est le programme DREAM, un modèle de services virtuels de santé communautaire pour la prévention du diabète chez les immigrants d'Asie du Sud. Les responsables du programme ont constaté que l'inclusion de séances virtuelles d'alimentation saine pendant le mois du ramadan et de programmes de danse adaptés à la culture pour encourager l'exercice physique était fructueuse<sup>34</sup>.

Parmi les autres recommandations figurant dans la documentation, mentionnons l'amélioration de la traduction et de la communication pour les personnes dont la langue maternelle n'est pas l'anglais, y compris la fourniture de services d'interprétation, la traduction de documents pertinents et de textes adaptés, ainsi que l'élaboration de documents d'information et d'orientation inclusifs et pertinents pour les personnes vivant dans des situations de vulnérabilité, afin de favoriser l'accès<sup>8,21,25</sup>. Pour faire en sorte que les documents et les graphiques de sensibilisation à la santé publique soient plus lisibles et plus compréhensibles, il y a lieu d'élaborer des documents simplifiés, adaptés à la culture et facilement accessibles, qui conviennent à toutes les communautés<sup>23</sup>.

## Stratégies au niveau communautaire

Six documents contiennent des recommandations au niveau communautaire, notamment en ce qui concerne l'infrastructure communautaire, l'infrastructure des services de santé, les normes technologiques communautaires et les partenaires communautaires. La mobilisation de partenaires communautaires et l'établissement de rapports avec des organismes communautaires facilitent la conception de la prestation de services de santé virtuels et garantissent une participation plus soutenue des divers utilisateurs, y compris des groupes marginalisés<sup>20,21,23,32,44</sup>.

Les partenaires communautaires, notamment les bibliothèques, les programmes de formation à la littératie numérique et les travailleurs en santé communautaire, contribuent beaucoup au système local d'équité numérique et à d'autres systèmes sociaux qui cherchent à améliorer l'accès<sup>19</sup>. Mentionnons comme exemple la création de partenariats avec des organismes locaux en vue d'aménager des espaces dotés d'un accès public à Internet ou d'appareils gratuits dans les communautés marginalisées sur le plan socio-économique ou incapables d'accéder à des services en privé<sup>20,21,32</sup>. L'étude de Husain et de ses collègues (2022) recommande d'installer des cabines vidéo gratuites, réservables et insonorisées dans les centres communautaires, les bibliothèques ou les cabinets de médecins afin de préserver l'intimité, et d'affecter du personnel disponible au soutien technique<sup>21</sup>. En outre, l'établissement de partenariats avec les communautés locales lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des processus et des politiques peut faire correspondre les décisions en matière de santé virtuelle aux besoins et perspectives de la communauté<sup>44</sup>.

Des partenaires communautaires ont également été désignés pour améliorer la promotion des services de santé virtuels afin de mieux rejoindre les personnes historiquement et systématiquement exclues<sup>22</sup>. Une étude transversale visant à comprendre les défis et les expériences liés à l'équité en matière de santé lors de la mise en œuvre de soins virtuels dans le contexte de la pandémie de COVID-19 en Ontario a révélé que si de nombreuses organisations traduisaient les documents destinés aux personnes non anglophones, la traduction ne garantissait pas nécessairement un accès équitable aux ressources virtuelles si les personnes ignoraient l'existence de ces ressources traduites<sup>23</sup>. Mobiliser des travailleurs communautaires en santé pourrait constituer un moyen de sensibiliser les gens à l'existence des services virtuels et d'accroître la portée de ces derniers<sup>21</sup>.

Selon trois documents, fournir un soutien technologique, y compris une assistance aux personnes souhaitant recourir aux soins virtuels, est une stratégie qui permet d'assurer une utilisation équitable des services et d'améliorer la qualité des soins<sup>20,27,47</sup>. Pour soutenir les personnes qui recourent aux soins virtuels pour la première fois, il a été proposé d'intégrer des intermédiaires de soutien ou des navigateurs de soins dans les programmes virtuels. Ce modèle a été utilisé avec succès à l'hôpital Women's College de Toronto, au Canada, où des membres du personnel ayant des connaissances en technologie ou en équité ont été chargés de favoriser l'adoption des services virtuels<sup>20</sup>. Les organisations peuvent également recruter du personnel pour ce rôle d'intermédiaire et pour contribuer à l'établissement de partenariats d'équité avec des organismes communautaires, des bibliothèques publiques et d'autres organismes afin de mettre en place des programmes de soutien<sup>20</sup>.

Enfin, l'investissement dans le renforcement des compétences des fournisseurs de soins de santé a été mentionné comme un moyen efficace de veiller à ce que la prestation de services virtuels repose sur des principes d'équité en matière de santé, de lutte contre l'oppression et de lutte contre le racisme, et à ce que l'équité en matière de santé soit reconnue comme une priorité à long terme<sup>20</sup>. Sept documents soulignent l'importance d'offrir de la formation professionnelle aux fournisseurs et aux organisations afin d'améliorer leur compréhension des plateformes virtuelles, des obstacles à l'accès aux soins virtuels, de l'adaptation des services aux communautés marginalisées ou des stratégies de lutte contre les inégalités<sup>20,21,23,28,32,33,44</sup>.

On a souligné que ce renforcement des capacités ne devrait pas se limiter à la navigation sur les plateformes virtuelles et à l'adaptation aux soins virtuels<sup>33</sup>, mais qu'il devrait être axé sur le rôle de l'équité dans l'accès aux soins<sup>21,23</sup> et sur la promotion de l'humilité culturelle<sup>32</sup>. Les fournisseurs de services de santé mentale peuvent recevoir une formation afin de fournir des soins virtuels qui sont comparables aux soins en personne<sup>44</sup>. Cela comprend l'élaboration de programmes d'études et d'évaluations qui peuvent être intégrés dans la formation actuelle des fournisseurs de soins de santé et tenir compte des inégalités sur le plan de la prestation des services virtuels<sup>44</sup>. En outre, trois documents font état d'une stratégie consistant à simplifier les processus employés dans le cadre des soins numériques, y compris le flux de travaux<sup>20,25,28</sup>.

## Stratégies au niveau sociétal

En plus du rôle que jouent les fournisseurs et des organisations dans la lutte contre les inégalités sur le plan de la fourniture des soins virtuels, des recommandations aux niveaux sociétal et structurel ont été relevées dans l'ensemble des documents inclus. Les déterminants sociétaux comprennent les politiques d'adoption des technologies, les normes en matière de données et de conception, et les politiques relatives à l'accès à Internet à haut débit. Du point de vue de l'accessibilité, trois documents soulignent la nécessité pour les organisations d'élaborer des normes de conception inclusives, axées sur l'accessibilité et l'expérience des patients, de comprendre comment les services et applications de santé virtuelle sont interopérables avec les technologies d'assistance essentielles (p. ex., les systèmes de synthèse vocale ou les lecteurs d'écran), et d'établir des stratégies visant à garantir l'accessibilité des informations et des ressources dans divers formats<sup>20,21,25</sup>.

Des recommandations ont été formulées pour simplifier l'utilisation des services numériques pour la santé, en particulier pour les personnes non logées ou mal logées, en situation de pauvreté, ayant des revenus précaires et à faible niveau de scolarité. L'adoption de lignes directrices en matière de conception qui tiennent compte d'un large éventail de niveaux de littératie, comme les lignes directrices de l'UNESCO sur la conception de solutions inclusives et l'acquisition de compétences numériques (*UNESCO Guidelines on Designing Inclusive Solutions and Developing Digital Skills*), peut constituer un point de départ pour améliorer la convivialité des services virtuels pour la santé<sup>20</sup>.

Quatre documents mentionnent l'élaboration d'initiatives internes d'amélioration de la qualité, telles que la collecte de données sociodémographiques sur les utilisateurs des services de soins virtuels, afin d'obtenir des indications sur l'accès et les résultats en matière d'équité<sup>8,20,21,40</sup>. Un document de l'Institut canadien d'information sur la santé (2022) souligne qu'il est important de recueillir des renseignements sur les groupes confrontés à la discrimination et à des obstacles dans les systèmes de soins virtuels, y compris les Autochtones et les membres de groupes racialisés, pour déterminer qui recourt aux soins virtuels et qui n'y a pas accès<sup>40</sup>. De plus, les activités de mesure et de diffusion d'information sur la sécurité culturelle permettent de s'assurer que le système de santé et les fournisseurs de soins prodiguent des soins virtuels équitables et respectueux de la culture<sup>40</sup>. Les systèmes de santé et les gouvernements ont également un rôle à jouer en investissant dans la formation et en plaidant pour l'intégration complète de pratiques d'équité, d'inclusion, de diversité et de lutte contre le racisme dans la formation initiale des fournisseurs et des gestionnaires de soins de santé<sup>23</sup>.

Quatre documents recommandent aux gouvernements d'élaborer des politiques et des stratégies afin d'améliorer l'accès aux infrastructures nécessaires pour que toutes les populations puissent bénéficier équitablement des soins virtuels<sup>8,20,21,28</sup>. Il s'agit notamment d'accroître les investissements dans les services Internet à haut débit et l'accessibilité d'appareils numériques pour les personnes qui n'y ont pas accès. Une étude narrative recommande aux gouvernements d'assurer le financement de projets visant à garantir un accès équitable à la télésanté et de mettre en place des mécanismes de paiement ciblés pour rembourser les fournisseurs qui aident leurs clients à s'adapter à la télésanté par vidéo<sup>21</sup>. La mise en place des infrastructures nécessaires aux populations racialisées dans les zones urbaines et dans les régions rurales, isolées et nordiques, y compris dans les communautés des Premières Nations, est considérée comme un moyen important pour les gouvernements de veiller à ce que les groupes marginalisés aient accès à des infrastructures abordables et accessibles<sup>44</sup>.

En réponse aux appels à l'amélioration de l'accès à Internet à haut débit et de l'équité numérique, nombre d'autorités locales et provinciales ont lancé des programmes visant à combler le fossé numérique<sup>4,5,6,39</sup>, y compris le gouvernement de l'Ontario, qui s'est engagé à investir 4 milliards de dollars afin que les foyers de toutes les régions de la province disposent d'un accès à haut débit à Internet. Il s'agit là de l'investissement le plus important à ce titre jamais réalisé dans n'importe quelle province, par n'importe quel gouvernement<sup>39</sup>. Au palier local, on trouve dans la documentation parallèle des exemples comme le programme ConnectTO de la ville de Toronto, qui vise à étendre activement l'accès public gratuit au Wi-Fi dans les quartiers de Toronto, dans les centres communautaires, les stades, les succursales de la bibliothèque publique de Toronto, les stations de métro et pour les résidents de 22 tours d'habitation dans certains quartiers prioritaires<sup>36</sup>. En outre, la ville de Toronto est en train d'élaborer une politique d'équité numérique qui définira une stratégie visant à remédier aux inégalités sur le plan de l'accès à la technologie et à Internet<sup>12</sup>.

Au palier fédéral, un cadre stratégique sur les soins virtuels de Santé Canada établit cinq piliers relatifs aux politiques pour permettre l'adoption des soins virtuels à long terme. Ces piliers sont les approches axées sur le patient et la communauté, l'équité en matière d'accès aux soins virtuels, les structures de rémunération, la gestion du changement ainsi que l'adéquation, la sécurité et la qualité des soins. Les principaux domaines d'intérêt liés à l'équité résidaient dans l'identification des obstacles à l'accès auxquels sont confrontés les groupes marginalisés, y compris les populations rurales et éloignées, les Autochtones et d'autres populations racialisées; l'élaboration d'approches pancanadiennes pour éliminer ces obstacles; l'accès abordable à des services à haut débit; et l'amélioration du système financé par les deniers publics afin que les utilisateurs n'aient pas à payer de frais.

## Limites

L'interprétation des constatations du présent résumé de preuves pertinentes doit tenir compte de plusieurs limites. Tout d'abord, de nombreuses études sont de nature transversale, ce qui ne permet pas de mesurer l'accès au fil du temps. Une autre limite décrite dans de nombreuses études est la taille réduite de l'échantillon, de sorte qu'il peut être difficile de généraliser les résultats. Les auteurs de nombreuses études ont consulté des fournisseurs, des administrateurs de systèmes de santé et des responsables de programmes plutôt que des utilisateurs des services de santé. Les constatations pourraient être différentes si ces études évaluaient les défis et les recommandations directement auprès des personnes accédant aux services. En outre, les protocoles et les restrictions imposées en matière d'accès aux services virtuels variaient selon le territoire de compétence, ce qui pouvait avoir une incidence sur les résultats et les conclusions.

D'autres facteurs confusionnels sont liés aux difficultés rencontrées sur le plan des soins virtuels pendant la pandémie, notamment les contraintes en matière de ressources humaines dans les organismes de santé, ce qui pourrait avoir une incidence sur les résultats au niveau interpersonnel et organisationnel. Malgré ces limites, les données dont on dispose donnent un aperçu des défis et des suggestions possibles pour améliorer l'accès équitable aux services numériques pour la santé.

## Analyse et conclusions

La pandémie de COVID-19 a été une occasion importante de comprendre les conséquences en matière d'équité de l'utilisation de moyens numériques pour mettre en œuvre des programmes et services de santé publique. Les études examinées dans le présent résumé de preuves pertinentes portent sur l'incidence des programmes et services de santé virtuelle sur l'équité, sur les obstacles à l'accès aux soins virtuels et sur les principales recommandations visant à assurer l'équité dans le domaine de la santé virtuelle à plusieurs niveaux.

Le présent document fait état d'un grand nombre de constatations sur les inégalités en matière d'accès aux programmes et services numériques pour la santé et d'utilisation de ces programmes et services. Ces constatations laissent supposer que de nombreux groupes risquent d'être systématiquement exclus des programmes et services numériques pour la santé, en particulier si ces services ne sont pas planifiés en tenant compte en priorité de la diversité des besoins<sup>23</sup>. Il y a donc un risque d'aggravation des inégalités en santé au sein des groupes qui ont déjà de la difficulté à accéder aux soins<sup>5</sup>. Il existe également une lacune notable dans la documentation sur la meilleure façon d'intégrer les besoins intersectionnels des populations dans les soins virtuels. Cela souligne la nécessité de renoncer à une approche unique en matière de prestation et donne l'occasion aux praticiens et aux chercheurs de tenir compte de l'intersectionnalité lors de la conception de services virtuels<sup>21</sup>.

Si la plupart des obstacles à l'équité en matière de santé numérique ont été relevés aux niveaux individuel et interpersonnel, la plupart des recommandations ont été formulées aux niveaux communautaire et sociétal. Ces constatations soulignent que, si des mesures peuvent être prises aux niveaux individuel et interpersonnel pour remédier aux inégalités en matière de santé numérique, des actions ciblées et délibérées s'imposent aux niveaux communautaire et sociétal pour susciter un changement plus profond dans les systèmes et les politiques, afin d'avoir un impact plus important sur les facteurs en amont et les facteurs structurels qui ont une incidence sur l'accès à la santé numérique<sup>19</sup>.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre des activités de rétablissement de la pandémie, il faudra continuer à déterminer si les services numériques pour la santé sont les moyens les plus appropriés de fournir des programmes et des services et, de manière plus générale, continuer à évaluer et à atténuer les effets de ces services sur l'équité. Alors que des innovations en matière de santé numérique sont implantées dans le domaine de la santé publique, les obstacles et les stratégies recensés dans le présent document proposent aux fournisseurs, aux dirigeants et aux organisations plusieurs recommandations à envisager lors de la planification et de la conception de soins virtuels équitables et axés sur la personne.

En raison de l'évolution constante et rapide de la technologie, les soins virtuels font inévitablement partie du cadre de la santé. En l'absence de feuilles de route reconnues pour la fourniture de soins virtuels comportant peu d'obstacles, il sera essentiel d'approfondir nos connaissances par la mise en œuvre et l'évaluation afin de trouver des solutions tenant compte de l'équité. Les praticiens de la santé publique et les systèmes de santé, de manière plus générale, doivent continuer à réfléchir de manière critique pour s'assurer que les avantages des soins virtuels sont adaptés en vue d'améliorer l'équité en matière de santé.

## Bibliographie

1. Inforoute Santé du Canada. *Expériences des soins de santé vécues par des Canadiens durant la pandémie de COVID-19 : Adoption des soins virtuels* [Internet], Toronto (Ontario), Inforoute Santé du Canada, 2022 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/3836-experiences-des-soins-de-sante-durant-la-covid-19-declarees-par-des-canadiens/view-document?Itemid=107>
2. Institut canadien d'information sur la santé. *Soins virtuels : un virage pour les Canadiens qui reçoivent des services dispensés par les médecins* [Internet], Ottawa (Ontario), Institut canadien d'information sur la santé, 2022 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.cihi.ca/fr/soins-virtuels-un-virage-pour-les-canadiens-qui-recoivent-des-services-dispenses-par-les-medecins>
3. Santé Canada. *Plan d'action simplifié sur les soins virtuels de l'Ontario* [Internet], Ottawa (Ontario), gouvernement du Canada, 2022 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/accord-bilateral-priorites-pancanadiennes-matiere-de-soins-virtuels-covid-19/plan-action-ontario.html>
4. Gouvernement de l'Ontario. *Publication des plans d'activités et rapports annuels de 2022-2023 : ministère de la Santé* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/publication-des-plans-dactivites-et-rapports-annuels-de-2022-2023-ministere-de-la-sante>
5. Hatef, E., R. F. Wilson, S. M. Hannum, A. Zhang, H. Karrazi, J. P. Weiner et coll. *Use of telehealth during the COVID-19 era*, Rockville (Maryland), ARHQ, 2023 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/virtual-health-covid/research>
6. Iyamu, I., A. X. T. Xu, O. Gómez-Ramírez, A. Ablona, H. Chang, G. McKee et coll. « Defining digital public health and the role of digitization, digitalization, and digital transformation: scoping review », *JMIR Public Health Surveill*, 2021, vol. 7, n° 11, e30399.
7. Ceci, L. *Number of mHealth apps available in the Apple App Store from 1st quarter 2015 to 3rd quarter 2022* [Internet], New York, Statista Inc., 2023 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.statista.com/statistics/779910/health-apps-available-ios-worldwide/>.
8. Administratrice en chef de la santé publique du Canada. *Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19 : Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020* [Internet], Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2020 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19/cpho-covid-report-fra.pdf>

9. Fang, M., M. Walker, K. L. Wong, J. Sixsmith, L. Remund et A. Sixsmith. « Future of digital health and community care: exploring intended positive impacts and unintended negative consequences of COVID-19 », *Healthc Manage Forum*, 2022, vol. 35, n° 5, p. 279-285.
10. Choukou, M.-A., D. C. Sanchez-Ramirez, M. Pol, M. Uddin, C. Monnin et S. Syed-Abdul. « COVID-19 infodemic and digital health literacy in vulnerable populations: a scoping review », *Digital Health*, 10 févr. 2022 [diffusion en ligne avant l'impression]. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/20552076221076927>
11. Shaw, J., S. Chandra, D. Gordon, J. Bickford, J. Fujioka, R. Yang et coll., Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Women's College Hospital Institute for Health System Solutions and Virtual Care. *Digital health technologies for more equitable health systems: a discussion paper* [Internet], Toronto (Ontario), Women's College Hospital, 2019 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.womensresearch.ca/wp-content/uploads/2022/11/Digital Health and Equity Report September 2020FINAL.pdf>
12. Andrey, S. A., et N. Abdelaal. *Towards a digital equity policy for the city of Toronto* [Internet], Toronto (Ontario), Université Ryerson, 2022 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2022/ex/bgrd/backgroundfile-222928.pdf>
13. Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025* [Internet], Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344250/9789240027558-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Assemblée générale des Nations Unies, Conseil des droits de l'homme. *La promotion, la protection et l'exercice des droits de l'homme sur Internet : projet de résolution* [Internet], Genève, Nations Unies, 2016 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://digitallibrary.un.org/record/845728#record-files-collapse-header>
15. Sieck, C. J., A. Sheon, J. S. Ancker, J. Castek, B. Callahan et A. Siefer. « Digital inclusion as a social determinant of health », *NPJ Digit Med*, 2021, vol. 4, n° 1, p. 52.
16. Organisation mondiale de la Santé. *WHO guideline recommendations on digital interventions for health system strengthening* [Internet], Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?ua=1>
17. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Équité en matière de santé* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [mis à jour le 6 juill. 2023; cité le 18 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/Health-Topics/Health-Equity>
18. Kaihlanen, A.-M., L. Virtanen, U. Buchert, N. Safarov, P. Valkonen, L. Hietapakka et coll. « Towards digital health equity – a qualitative study of the challenges experienced by vulnerable groups in using digital health services in the COVID-19 era », *BMC Health Serv Res*, 2022, vol. 22, n° 1, p. 188.

19. Richardson, S., K. Lawrence, A. M. Schoenthaler et D. Mann. « A framework for digital health equity », *NPJ Digit Med*, 2022, vol. 5, n° 1, p. 119.
20. Shaw, J., L. C. Brewer, et T. Veinot. « Recommendations for health equity and virtual care arising from the COVID-19 pandemic: narrative review », *JMIR Form Res*, 2021, vol. 5, n° 4, e23233.
21. Husain, L., T. Greenhalgh, G. Hughes, T. Finlay et J. Wherton. « Desperately seeking intersectionality in digital health disparity research: narrative review to inform a richer theorization of multiple disadvantage », *J Med Internet Res*, 2022, vol. 24, n° 12, e42358.
22. Hynie, M., A. Jaimes, A. Oda, M. Rivest-Beauregard, L. Perez Gonzalez, N. Ives et coll. « Assessing virtual mental health access for refugees during the COVID-19 pandemic using the Levesque client-centered framework: what have we learned and how will we plan for the future? », *Int J Environ Res Public Health*, 2022, vol. 19, n° 9, p. 5001.
23. Shahid, S., S. Hogeveen, P. Sky, S. Chandra, S. Budhwani, R. de Silva et coll. « Health equity related challenges and experiences during the rapid implementation of virtual care during COVID-19: a multiple case study », *Int J Equity Health*, 2023, vol. 22, n° 1, p. 44.
24. Kohn, M. J., K. A. Chadwick et L. E. Steinman. « Adapting evidence-based falls prevention programs for remote delivery - implementation insights through the RE-AIM evaluation framework to promote health equity », *Prev Sci*, 10 avr. 2023 [diffusion en ligne avant l'impression]. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s11121-023-01519-z>
25. Bonnell, T. J., D. Revere, J. Baseman, R. Hills et B. T. Karras. « Equity and accessibility of Washington State's COVID-19 digital exposure notification tool (WA Notify): survey and listening sessions among community leaders », *JMIR Form Res*, 2022, vol. 6, n° 8, e38193.
26. Xu, P., M. Hudnall, S. Zhao, U. Raja, J. Parton et D. Lewis. « Pandemic-triggered adoption of telehealth in underserved communities: descriptive study of pre- and postshutdown trends », *J Med Internet Res*, 2022, vol. 24, n° 7, e38602.
27. Costa, M., G. Reis, A. Pavlo, C. Bellamy, K. Ponte et L. Davidson. « Tele-mental health utilization among people with mental illness to access care during the COVID-19 pandemic », *Community Ment Health J*, 2021, vol. 57, n° 4, p. 720-726.
28. K. Beatty, M. G. Smith, A. J. Khoury, L. V. Ventura, O. Ariyo, J. de Jong et coll. « Contraceptive care service provision via telehealth early in the COVID-19 pandemic at rural and urban federally qualified health centers in 2 southeastern states », *J Rural Health*, 2023, vol. 39, n° 1, p. 160-171.
29. A. D. Bagchi, K. Damas, N. Salazar de Noguera, B. Melamed, C. Menifield, A. Baveja et coll. « Comfort with telehealth among residents of an underserved urban area », *J Prim Care Community Health*, 2022, vol. 13. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/21501319221119692>
30. Thompson, H. R., J. Mendelson, M. Zamek, G. Cortez et D. Schillinger. « Impact of an arts-based public health literacy program delivered online to high school students during the COVID-19 pandemic », *J Health Commun*, 2022, vol. 27, n° 7, p. 520-534.

31. Chung, K., H. Rafferty, L. W. Suen et M. Vijayaraghavan. « System-level quality improvement initiatives for tobacco use in a safety-net health system during the COVID-19 pandemic », *J Prim Care Community Health*, 2022, vol. 13, p. 1-7.
32. Weith, J., K. Fondacaro, et P. P. Khin. « Practitioners' perspectives on barriers and benefits of telemental health services: the unique impact of COVID-19 on resettled U.S. refugees and asylees », *Community Ment Health J*, 2023, vol. 59, n° 4, p. 609-621.
33. Bhatti, S., S. Dahrouge, L. Muldoon et J. Rayner. « Using the quadruple aim to understand the impact of virtual delivery of care within Ontario community health centres: a qualitative study », *BJGP Open*, 2022, vol. 6, n° 4, p. 1-10.
34. Onakomaiya, D., S. H. Ali, T. Islam, S. Mohaimin, J. Kaur, S. Pillai et coll. « Stakeholder perspectives on the impact of COVID-19 on the implementation of a community-clinic linkage model in New York City », *Prev Sci*, 5 mai 2023 [diffusion en ligne avant l'impression]. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s11121-023-01534-0>
35. Erikson, C., Y. H. Park, N. Felida et M. Dill. « Telehealth use and access to care for underserved populations before and during the COVID-19 pandemic », *J Health Care Poor Underserved*, 2023, vol. 34, n° 1, p. 132-145.
36. Services de santé du Timiskaming. *Closing the digital divide in Timiskaming: evaluation report*, New Liskeard (Ontario), Services de santé du Timiskaming, 2022 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : [https://www.timiskaminghu.com/websites/timiskaminghu.com/files/COVID-19/Digital%20Divide/Digital%20Divide%20Final%20Report%20\(FINAL\).pdf](https://www.timiskaminghu.com/websites/timiskaminghu.com/files/COVID-19/Digital%20Divide/Digital%20Divide%20Final%20Report%20(FINAL).pdf)
37. Deputy City Manager, Corporate Services and Chief Technology Officer, ville de Toronto. *Report for action: ConnectTO program update* [Internet], Toronto (Ontario), ville de Toronto, 2022 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2022/ex/bgrd/backgroundfile-222923.pdf>
38. Ville de Toronto. *Appendix A - year three action plan deliverables progress update* [Internet], Toronto (Ontario), ville de Toronto, 2022 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2022/ec/bgrd/backgroundfile-224501.pdf>
39. Gouvernement de l'Ontario. *Bâtir l'Ontario : Entamer les travaux* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2022 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/batir-lontario-entamer-les-travaux>
40. Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins virtuels au Canada : renforcement des données et de l'information* [Internet], Ottawa (Ontario), Institut canadien d'information sur la santé, 2022 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/virtual-care-in-canada-strengthening-data-information-report-fr.pdf>

41. Santé Canada. *Améliorer l'accès équitable aux soins virtuels au Canada : Recommandations fondées sur des principes en matière d'équité* [Internet], Ottawa (Ontario), Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2021 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency/health-agreements/bilateral-agreement-pan-canadian-virtual-care-priorities-covid-19/enhancing-access-principle-based-recommendations-equity/fondees-principes-equite-fr.pdf>
42. Peltz, A. *Bridging the digital divide: advancing health equity* [Internet], Boston (Massachusetts), Massachusetts Association of Health Plans, 2022 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : [https://www.mahp.com/wp-content/uploads/2022/11/WIFI\\_Study\\_2022.pdf](https://www.mahp.com/wp-content/uploads/2022/11/WIFI_Study_2022.pdf)
43. Santé Canada. *Soins virtuels : Cadre stratégique* [Internet], Ottawa (Ontario), Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2021 [cité le 17 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency/health-agreements/bilateral-agreement-pan-canadian-virtual-care-priorities-covid-19/policy-framework/policy-framework-fra.pdf>
44. Lo, B., G. Strudwick, L. Mah, C. J. Mushquash, K. McKenzie, A. Khenti et coll. « Effective modalities of virtual care to deliver mental health and addictions services in Canada », *Sci BriefsOnt COVID-19 Sci Advis Table*, 2022, vol. 3, n° 66. Disponible à : <https://doi.org/10.47326/ocsat.2022.03.66.1.0>
45. Crenshaw, K. W. « Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics », *U Chi Legal F*, 1989, vol. 1989, n° 1, p. 139-167.
46. Liang, S.-Y., M. T. Richardson, D. Wong, T. Chen, N. Colocci, D. S. Kapp et coll. « The effect of COVID-19 on telehealth: next steps in a post-pandemic life », *Int J Gynaecol Obstet*, 2022, vol. 159, n° 3, p. 996-997.
47. Alami, H., P. Lehoux, S. E. Shaw, C. Papoutsis, S. Rybczynska-Bunt et J.-P. Fortin. « Virtual care and the inverse care law: implications for policy, practice, research, public and patients », *Int J Environ Res Public Health*, 2022, vol. 19, n° 17, p. 10591.

## Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Les programmes et services numériques pour la santé : obstacles à l'équité et stratégies d'équité*, Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023.

## Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication.

L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque.

Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

## Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter [santepubliqueontario.ca](https://santepubliqueontario.ca).

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023

Ontario 