



**AMÉLIORER L'ACCÈS ÉQUITABLE
AUX SOINS VIRTUELS AU
CANADA :**

**Recommandations fondées sur des
principes en matière d'équité**

Rapport de l'équipe spéciale sur l'accès
équitable aux soins virtuels

29 JUIN 2021



Health
Canada Santé
Canada

Canada

Santé Canada est le ministère fédéral responsable d'aider les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Également disponible en français sous le titre :

Enhancing Equitable Access to Virtual Care in Canada: Principle-based Recommendations for Equity

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Santé Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télééc. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : hc.publications-publications.sc@canada.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2021

Date de publication: Août 2021

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat.: H22-4/25-2021F-PDF

ISBN: 978-0-660-40036-5

Pub.: 210250

Table des matières

AVANT-PROPOS	4
Message du président	5
RÉSUMÉ	7
DÉFINITIONS ET TAXONOMIE.....	11
INTRODUCTION.....	14
Équipe spéciale sur l'accès équitable aux soins virtuels – Contexte pancanadien actuel	17
APERÇU DE L'ÉQUIPE SPÉCIALE SUR L'ÉQUITÉ	19
Approche	19
SECTION 1 : OBSTACLES À L'ACCÈS ÉQUITABLE AUX TECHNOLOGIES DE SANTÉ NUMÉRIQUES	21
SECTION 2 : MEILLEURES PRATIQUES POUR UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX SOINS VIRTUELS	31
SECTION 3 : PRINCIPES DE CONCEPTION DE HAUT NIVEAU	40
CONCLUSION	47
ANNEXE A: Liste des présentations d'experts.....	49

AVANT-PROPOS

La pandémie de COVID-19 nous a obligés à innover rapidement et à changer notre façon de travailler pour nous adapter à de nouvelles réalités. Elle a entraîné des perturbations importantes dans la prestation des services de santé en personne et nous a obligés à repenser la manière dont nous fournissons les soins. La pandémie a servi de catalyseur pour accélérer le déploiement rapide des services virtuels afin que les Canadiens puissent accéder en toute sécurité aux soins dont ils ont besoin.

En tant que coprésidentes de la Table fédérale, provinciale et territoriale (FPT) sur les soins virtuels et les outils numériques, nous avons eu l'occasion de fournir des conseils et une orientation par rapport aux efforts de collaboration fédéraux, provinciaux et territoriaux envers l'adoption de soins virtuels de qualité au Canada. Nous avons appris que les soins virtuels promettent de fournir des soins plus accessibles, plus intégrés et plus pratiques aux patients, mais que pour y parvenir, ils doivent être conçus expressément de manière à renforcer l'équité et à assurer que tous les Canadiens puissent bénéficier de cette modalité de prestation de soins. L'équipe spéciale sur l'équité a été créée pour appliquer une optique d'équité à la conception et la mise en œuvre des soins virtuels et pour élaborer des recommandations axées sur certains principes pour permettre à tous les intervenants et toutes les administrations d'adopter une approche collaborative aux soins virtuels équitables.

Alors que nous regardons au-delà de la pandémie et repensons des services de santé qui comprennent des soins virtuels intégrés, le travail de l'équipe spéciale sur l'équité peut servir de guide pour la conception conjointe et la mise en place de soins virtuels délibérés et fondés sur des principes qui améliorent l'équité en soins de santé.

En tant que coprésidentes de la Table FPT sur les soins virtuels et les outils numériques, nous tenons à féliciter le D^r Affleck et l'équipe spéciale sur l'équité pour ce rapport clair et solide.

Jo Voisin

Sous-ministre adjointe déléguée, Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada
Coprésidente, Table FPT sur les soins virtuels et les outils numériques

Sandra Cascadden

Sous-ministre déléguée, Santé et Bien-être, Nouvelle-Écosse
Coprésidente de la Table FPT sur les soins virtuels et les outils numériques

Message du président

En tant que président de l'équipe spéciale sur l'accès équitable aux soins virtuels, je tiens à exprimer ma gratitude aux membres de l'équipe pour leur inestimable contribution à ce rapport. Leur expertise et leur sagesse collectives ont immensément contribué à l'élaboration de recommandations fondées sur des principes qui, si elles sont mises en place, favoriseront l'équité en santé numérique au sein des services de santé publics canadiens.

Énumérés ci-dessous sont les noms des membres de l'équipe spéciale sur l'équité.

D^r Ewan Affleck, président	Conseiller médical principal – Informatique de la santé – College of Physicians and Surgeons of Alberta, Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest
Shirley Bourdoux	Infirmière consultante, Services aux Autochtones Canada, Ottawa
Guy MacLaren	Gestionnaire, Exécution des programmes pour les Services aux Autochtones du Canada, Ottawa
Owen Adams	Conseiller principal du directeur général – Association médicale canadienne, Ottawa
Christine Meyer	Directrice provinciale, Développement de l'accès équitable, Santé de la population et systèmes de santé fondés sur la valeur, Santé Ontario, Toronto
D^r Darren Larsen	Chef de l'information médicale, OntarioMD, Toronto
Jean Harvey	Directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne, ICIS, Ottawa
Liris Smith	Directrice des soins et de la communauté, Yukon
D^{re} Geneviève Moineau	Présidente et directrice générale, Association des facultés de médecine du Canada, Ottawa
Yasir Khalid	Représentant des patients
Marci Gillespie	Directrice adjointe, Division de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , Santé Canada, Ottawa
Matthew Howland	Analyste principal des politiques, Division de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , Santé Canada, Ottawa
Laura Etherden	Conseillère principale en politiques, Unité des initiatives nationales, Santé Canada, Ottawa
Michael Church Carson	Analyste des politiques, Unité des initiatives nationales, Santé Canada, Ottawa
Bennett Jovaisas	Analyste des politiques, Unité de la santé mentale, Santé Canada, Ottawa
Patricia Debergue	Chef de section, Centre de recherche sur les dispositifs médicaux, Conseil national de recherches Canada, Montréal
Denis Laroche	Chef d'équipe, Centre de recherche sur les dispositifs médicaux, Conseil national de recherches Canada, Montréal

Kajan Ratneswaran

Jennifer Bunning

Erica Chen

Secrétariat de Santé Canada

Analyste principale des politiques, Secrétariat de l'innovation en santé, Santé Canada, Ottawa

Analyste des politiques, Secrétariat de l'innovation en santé, Santé Canada, Ottawa

Analyste des politiques, Secrétariat de l'innovation en santé, Santé Canada, Ottawa

RÉSUMÉ

Les soins virtuels au Canada : Le contexte actuel

À la suite de la pandémie de COVID-19, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont rapidement accéléré le déploiement des soins virtuels dans tout le Canada afin que les Canadiens puissent accéder efficacement aux services de soins de santé financés par l'État, en toute sécurité et dans le respect des mesures d'éloignement physique. Toutefois, le déploiement rapide des soins virtuels a compromis la capacité d'appliquer de manière constructive les paramètres de conception appropriés requis pour promouvoir la qualité des soins, et plus précisément des services de santé équitables. Il est reconnu que les soins virtuels, s'ils ne sont pas conçus de manière réfléchie, peuvent exacerber la fracture numérique et compromettre l'équité en matière de santé.

Afin de promouvoir la collaboration, la Table fédérale, provinciale et territoriale (FPT) sur les soins virtuels et les outils numériques a été créée en mars 2020. Elle a pour mandat de mener un travail de réflexion et d'élaboration en vue de proposer un plan qui accélérera le déploiement des soins virtuels au Canada, tant pendant la pandémie de COVID-19 qu'à plus long terme. En outre, le groupe de travail d'experts en soins virtuels (« groupe de travail d'experts ») a été créé pour fournir des conseils et des orientations sur les travaux FPT en matière de soins virtuels. Dans le cadre de ces travaux, l'équité est apparue comme une question cruciale, et les gouvernements FPT ont souhaité examiner la meilleure façon d'assurer un accès équitable aux soins virtuels au sein du système de santé public.

Notre mandat

L'équipe spéciale sur l'accès équitable aux soins virtuels (équipe spéciale sur l'équité) a été créée sous l'égide du groupe de travail d'experts en soins virtuels et a pour mandat d'élaborer un cadre fondé sur des principes pour un accès équitable aux soins virtuels et de fournir des conseils et des recommandations sur les mesures concrètes que les gouvernements FPT peuvent prendre pour garantir que les soins virtuels fassent en sorte que l'équité soit une dimension essentielle de la qualité des soins. L'équipe spéciale sur l'équité a adopté une approche pancanadienne pour examiner l'équité dans les soins virtuels, en se concentrant sur quatre exercices thématiques par étapes, à savoir : définir l'équité dans les soins virtuels et cibler les obstacles à l'accès équitable; déterminer les meilleures pratiques nationales et internationales visant à améliorer l'accès équitable aux soins virtuels; élaborer des principes de haut niveau pour la conception des soins virtuels; et élaborer des recommandations fondées sur les principes de conception établis.

L'équité dans les soins virtuels, un sous-ensemble de l'équité en santé numérique, est définie par l'équipe spéciale sur l'équité comme suit :

« Prestation de services de santé à distance utilisant toute forme de technologies de communication ou d'information pour faciliter ou maximiser la qualité des soins aux patients en joignant les patients ou les membres de leur cercle de soins d'une manière qui assure l'absence de différences évitables ou remédiables entre les groupes de personnes sur la base des déterminants numériques ou sociaux de la santé. »

Nos constatations

Parmi les principales constatations, mentionnons que le Canada ne dispose pas d'une approche pancanadienne définie ou d'une vision de l'équité dans les services de soins virtuels, tout comme il n'a pas d'approche pancanadienne à l'égard de l'équité en santé quant à la prestation de soins. Cette absence de vision et de principes de conception pour guider le déploiement équitable des soins virtuels contribue aux inégalités sous-jacentes dans la prestation de soins numériques de haute qualité et peut les exacerber.

Un manque de données sur la santé liées à l'équité rend difficile la compréhension de l'ampleur du problème au Canada, ainsi que la détermination de l'incidence différentielle sur les populations mal desservies. La rareté de données désagrégées, en particulier, est un problème important pour concevoir des services de soins virtuels de manière équitable.

L'équipe spéciale sur l'équité suggère qu'il est essentiel d'examiner à la fois les déterminants sociaux et les déterminants numériques de la santé dans l'examen des obstacles à l'équité en matière d'accès aux soins virtuels. Dans la littérature, il existe une tendance générale à se concentrer sur les déterminants sociaux dans l'étude des inégalités en matière de santé, ce qui, dans le contexte de la santé numérique, conduit à l'exclusion de facteurs uniquement numériques importants qui créent des conditions propices à l'inégalité dans les soins virtuels.

- **Déterminants sociaux :**

Les facteurs socio-économiques, linguistiques et culturels tels que l'âge, le genre, la race/l'origine ethnique, la géographie, le revenu et d'autres facteurs ont une incidence sur la capacité de la personne à profiter des services de soins virtuels. Le statut socio-économique d'une personne a des répercussions sur toute une série de questions, notamment la littératie en santé numérique, l'accès à un lieu sûr pour une consultation virtuelle ou l'accès à la large bande et à des technologies de qualité.

- **Déterminants numériques :**

Les facteurs structurels (p. ex. la gouvernance, les politiques, les règlements) et techniques (p. ex. l'interopérabilité, la connectivité) ont des répercussions sur l'équité et ont tendance à s'additionner ou à amplifier les inégalités découlant des déterminants sociaux de la santé.

En outre, nous reconnaissons que le déploiement à grande échelle des soins virtuels ne doit pas exacerber les inégalités préexistantes dans le système de santé au sens large. Il convient en particulier de veiller à ce que les soins virtuels soient implantés dans les systèmes de soins de santé de manière à ce qu'ils soient intégrés et soutiennent les soins de santé financés par l'État.

En explorant les meilleures pratiques nationales et internationales, nous avons constaté que la mise au point d'une vision et d'une gouvernance globales pour les soins virtuels, et le passage à une conception des soins centrée sur le patient et le soignant sont des facteurs essentiels d'équité. Parmi les autres facteurs essentiels, citons l'accès à des données et à des données probantes de haute qualité pour soutenir la conception équitable des soins virtuels, l'interopérabilité et l'engagement à promouvoir la continuité des soins.

Aller de l'avant : Nos recommandations pour un cadre fondé sur des principes

Sur la base de l'examen des obstacles à l'accès équitable aux soins virtuels et des meilleures pratiques, l'équipe spéciale sur l'équité suggère que l'équité devrait être un élément fondamental essentiel pour la conception des soins virtuels. À cette fin, une vision fondée sur des principes pour des soins virtuels équitables est proposée et peut servir de cadre unificateur pour la conception du système. Cette vision s'articule autour de cinq domaines fondamentaux :

1. Il existe une **vision pancanadienne** commune et acceptée de l'équité en santé numérique.
2. Tous les résidents du Canada, indépendamment de leur âge, de leur race, de leur origine ethnique, de leur genre, de leur orientation sexuelle, de leur lieu de résidence, de leur revenu, de leur logement, de leur éducation, d'un handicap, de leur foi, de leur état de santé, de leur citoyenneté, de leur culture, de conditions stigmatisantes et d'autres caractéristiques sociodémographiques, bénéficieront de la conception de soins virtuels **centrés sur les patients et les soignants**.
3. Les professionnels de la santé auront les **compétences** pour fournir des soins virtuels équitables
4. Le soutien aux infrastructures et à la **technologie** des soins virtuels favorisera l'équité en santé numérique.
5. La collecte et le partage de données pour **la surveillance et l'évaluation** des soins virtuels en vue d'établir les indices d'équité en santé numérique favoriseront la transparence, la responsabilité et l'amélioration continue de la qualité.

En se fondant sur les principes de conception proposés, l'équipe spéciale sur l'équité recommande que les gouvernements FPT, en collaboration avec un large éventail de parties prenantes, y compris les patients, les prestataires et les groupes autochtones, créent un *groupe de travail pancanadien sur l'équité en santé numérique*, dont le mandat sera d'aligner les administrations autour d'un effort commun pour faire progresser l'accès équitable aux soins virtuels. Ce groupe de travail sera chargé de coordonner les efforts et de travailler avec les partenaires concernés à l'échelle pancanadienne pour mettre en œuvre les recommandations particulières associées à chacun des cinq principes de conception. Le groupe de travail pancanadien sur l'équité en santé numérique relèverait de la Table FPT sur les soins virtuels et les outils numériques et assurerait l'harmonisation avec le grand programme des soins virtuels.

La pandémie de COVID-19 a créé une occasion d'influencer la politique pour accélérer la réforme des soins de santé. Alors que les gouvernements cherchent à intégrer les soins virtuels comme une caractéristique permanente des systèmes de santé financés par l'État, l'équipe spéciale sur l'équité exhorte les administrations à concevoir et à mettre en œuvre délibérément les soins virtuels de manière à améliorer l'équité et, plus généralement, à soutenir un système de soins de santé plus équitable et financé par l'État. Un élément central de cette approche est l'harmonisation des politiques dans l'ensemble des administrations autour d'une vision fondée sur des données probantes, qui favorisera l'uniformité régionale des services, les économies d'échelle et soutiendra des soins de qualité centrés sur le patient.

- 1 Il existe une vision pancanadienne commune et acceptée de l'équité en santé numérique.
 - Établit un modèle de surveillance et de responsabilisation pancanadien en matière d'équité en santé numérique.
 - Établit un accord national sur l'équité en santé numérique.
 - Établit une définition pancanadienne commune et acceptée de l'équité en matière de santé numérique.
 - Établit un cadre pragmatique pour l'harmonisation pancanadienne des lois, des règlements, des normes et des politiques en matière de soins de santé afin de soutenir la vision d'une équité canadienne en matière de santé numérique.
 - Réalise une analyse de rentabilité pour un système de soins virtuels entièrement équitable au Canada.
 - Relève de la Table FPT sur les soins virtuels et les outils numériques.
- 2 Tous les résidents du Canada bénéficieront de la conception de soins virtuels centrés sur les patients et les soignants.
 - Inclura une représentation significative des personnes issues de groupes traditionnellement mal desservis.
 - Reconnaîtra l'obligation de concevoir les soins virtuels de manière à ce que tous les résidents du Canada, y compris ceux qui sont traditionnellement mal desservis, puissent en bénéficier.
 - Travaillera avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les partenaires de l'industrie, les patients, les prestataires et les autres parties prenantes pour :
 - Promouvoir la littératie des patients en matière de soins virtuels par la création de ressources de formation et de connaissances.
 - Promouvoir les normes de conception des soins virtuels qui sont reconnus :
 - Appropriation par les patients de leurs données de santé et accès rapide;
 - Intégration des données de santé centrées sur le patient;
 - Soins virtuels en équipe.
- 3 Les professionnels de la santé auront les compétences pour fournir des soins virtuels équitables.
 - Élaborera un modèle de compétences de base pour des soins virtuels équitables à promouvoir auprès de toutes les facultés d'enseignement des professionnels de la santé et des organismes de certification, ainsi qu'un guide de ressources pouvant servir de base à l'élaboration de programmes d'études pour le premier cycle, les cycles supérieurs et la formation professionnelle continue.
 - Tirera parti des meilleures pratiques d'autres pays en matière d'éducation à l'ère numérique.
 - Établira des partenariats avec des collèges professionnels et des groupes d'éducation afin de promouvoir des programmes d'études et de formation en soins virtuels à l'intention des prestataires.
 - Élaborera un cadre pour le travail d'équipe interprofessionnel afin de soutenir les soins virtuels pancanadiens équitables.
 - Travaillera avec les organismes d'accréditation, les associations et organisations propres au secteur pour promouvoir la compétence du personnel en matière d'équité des soins virtuels.
- 4 Soutenir les infrastructures et les technologies de soins virtuels qui favorisent l'équité en santé numérique.
 - S'appuiera sur Innovation, Sciences et Développement économique Canada et travailler avec lui pour faire en sorte que les Canadiens, y compris ceux qui vivent dans des zones rurales et éloignées, aient accès à une connexion Internet haute vitesse fiable d'ici 2030.
 - Travaillera avec les partenaires concernés, pour mener un examen et établir des recommandations pour un accès équitable à des services Internet haute vitesse abordables pour toutes les personnes vivant au Canada.
 - Collaborera avec les partenaires appropriés dans divers secteurs pour favoriser les interfaces technologiques qui encouragent une conception accessible pour les personnes ayant des besoins particuliers (y compris, mais sans s'y limiter, les barrières linguistiques et les handicaps).
 - Collaborera avec les partenaires concernés de divers secteurs pour établir un plan visant à promouvoir l'accès universel aux soins virtuels pour ceux qui n'ont pas un accès suffisant à la technologie, à la bande large, aux compétences numériques ou à d'autres facteurs, y compris, mais sans s'y limiter, l'utilisation potentielle de kiosques de soins virtuels orientés vers le public.
 - Établir et promouvoir des normes d'approvisionnement qui favorisent l'équité dans les services de soins virtuels.
 - Promouvoir l'intégration technique pancanadienne de la technologie pour soutenir les soins équitables.
- 5 La collecte et le partage de données pour la surveillance et l'évaluation des soins virtuels en vue d'établir les indices d'équité en santé numérique favoriseront la transparence, la responsabilité et l'amélioration continue de la qualité.
 - Collaborera avec les organisations de santé pancanadiennes et d'autres organisations telles que le Centre d'évaluation de la santé numérique afin de recueillir des données comparables pour mesurer et évaluer l'équité des soins virtuels à l'aide d'indicateurs de base selon des principes établis de contrôle par le patient et la communauté, y compris les principes de gouvernance des données des Autochtones (propriété, contrôle, accès et possession).
 - S'associera à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en collaboration avec les provinces et les territoires pour faire régulièrement rapport sur l'équité dans les soins virtuels.
 - S'associera à Statistique Canada pour recueillir des statistiques sur l'équité en santé numérique et les soins virtuels, par le biais de son Enquêteur la santé dans les collectivités canadiennes.
 - Ciblera les lacunes dans les données relatives à l'équité dans les soins virtuels pour certaines populations, y compris, mais sans s'y limiter, les populations autochtones, et cherchera à les combler.
 - Cherchera à déterminer les obstacles législatifs et politiques qui entravent le partage des données relatives à l'équité des soins virtuels.
 - Fera la promotion de l'utilisation de mesures et de repères normalisés pour la collecte de stratificateurs de soins virtuels fondés sur l'équité dans tout le Canada.

Figure 1 - recommandations pour un cadre fondé sur des principes

DÉFINITIONS ET TAXONOMIE

Au Canada, le manque de rigueur dans les définitions et de consensus sur la signification des termes utilisés en santé numérique peut avoir des répercussions sur la façon dont les programmes et les politiques sont élaborés, mesurés et évalués. C'est pourquoi l'équipe spéciale sur l'équité a entrepris de définir clairement à la fois les termes utilisés dans ce rapport et l'interrelation des domaines abordés. Nous espérons que les définitions et les relations contribueront à faire évoluer le secteur canadien de la santé numérique vers un lexique et une taxonomie normalisés et uniformes.

L'équipe spéciale sur l'équité a travaillé en collaboration avec le *groupe de travail sur les soins virtuels de l'Alberta* pour établir les définitions et la taxonomie utilisées dans ce rapport.

L'équipe spéciale sur l'équité a adopté la définition de la **santé numérique**¹ d'Inforoute Santé du Canada :

« [...] l'utilisation d'outils, de services et de processus de technologie de l'information/de communication électronique pour fournir des services de soins de santé ou pour favoriser une meilleure santé. »

Aux fins du présent rapport, **l'équité**² se définit comme suit :

« La notion d'équité et d'impartialité lorsqu'une personne s'engage dans une organisation ou un système. »

L'équipe spéciale sur l'équité définit largement **l'équité en santé numérique** comme suit :

« Prestation de services de santé équitables utilisant les outils numériques de communication ou d'information pour la collecte, l'échange et l'utilisation de renseignements relatifs à la santé aux fins de la promotion de soins de qualité. »

L'équité dans les soins virtuels, un sous-ensemble de **l'équité en santé numérique**, est définie par l'équipe spéciale sur l'équité comme suit :

« Prestation de services de santé à distance utilisant toute forme de technologies de communication ou d'information pour faciliter ou maximiser la qualité des soins aux patients en joignant les patients ou

¹ Inforoute Santé du Canada. Qu'est-ce que la santé numérique? <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/ce-que-nous-faisons/avantages-de-la-sante-numerique/qu-est-ce-que-la-sante-numerique>

² Morton, B. et Fasching-Varner, K., 2015. Equity. Encyclopedia of Diversity and Social Justice, Vol. 1. (Ed. S. Thompson). Lanham, MD: Rowman & Littlefield. p. 303-4.

les membres de leur cercle de soins d'une manière qui assure l'absence de différences évitables ou remédiables entre les groupes de personnes sur la base des déterminants numériques ou sociaux de la santé. »

La définition de **soins virtuels**³, dérivée de l'Institute for Health System Solutions and Virtual Care de Women's College Hospital, est :

« Toute interaction entre patients et/ou membres de leurs cercles de soins qui a lieu à distance, au moyen d'une forme de technologie de l'information ou de communication dans l'objectif d'améliorer ou d'optimiser la qualité des soins aux patients. »

L'équipe spéciale sur l'équité définit **le cercle de soins** comme suit :

« Le groupe de prestataires de soins de santé et de soignants qui ont le consentement pour accéder aux données de santé d'un patient dans le but d'améliorer la santé et le bien-être de ce dernier. »

La messagerie sécurisée est définie par l'équipe spéciale sur l'équité comme suit :

« L'échange asynchrone de renseignements entre les prestataires et les patients, ou entre les prestataires, par le biais de plateformes électroniques (p. ex. messages textes, courriels) qui respectent les normes de sécurité et de confidentialité. »

L'équipe spéciale sur l'équité a adopté la définition de **la fracture numérique**⁴ de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), qui provient de :

« L'écart entre les personnes, les ménages, les entreprises et les zones géographiques de différents niveaux socio-économiques en ce qui concerne à la fois leurs possibilités d'accès aux technologies de l'information et de communication et leur utilisation d'Internet pour un large éventail d'activités. »

La mesure dans laquelle une personne est touchée par la fracture numérique est souvent déterminée à la fois par les déterminants sociaux⁵ et par les déterminants numériques de la santé. **Les déterminants sociaux de la santé**, tels que définis par l'Organisation mondiale de la Santé, sont les suivants :

³ Shaw J., Jamieson T., Agarwal P., et coll., 2018. Virtual care policy recommendations for patient-centred primary care : findings of a consensus policy dialogue using a nominal group technique. J Telemed Telecare 2018;24(9):608-15.

⁴ OCDE. 2002. Glossaire des termes statistiques. <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=4719>

⁵ Organisation mondiale de la Santé. Déterminants sociaux de la santé. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

« Les facteurs non médicaux qui influencent les résultats en santé. Il s'agit des conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que de l'ensemble des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne. Ces forces et systèmes comprennent les politiques et systèmes économiques, les programmes de développement, les normes sociales, les politiques sociales et les systèmes politiques. »

Bien que les déterminants numériques de la santé constituent un sous-ensemble de déterminants sociaux, pour les besoins du présent rapport, nous avons choisi de nous concentrer sur eux en tant qu'ensemble unique de facteurs ayant une incidence explicite et distincte sur l'équité en santé numérique. Inforoute Santé du Canada définit les **déterminants numériques de la santé**⁶ comme suit :

« Les aspects cruciaux des déterminants sociaux de la santé qui peuvent être amplifiés dans un contexte numérique. »

L'équipe spéciale sur l'équité utilise « **populations mal desservies** » comme un terme générique pour faire référence à l'idée de :

« communautés qui ne sont pas bien desservies par le système de santé⁷. »

Le terme « **mal desservi** » souligne que les systèmes ne sont pas conçus pour refléter les besoins de certaines populations, plutôt que de mettre l'accent sur l'identité sociale de ces groupes⁷. D'autres termes ont été utilisés pour décrire le même problème, notamment **populations marginalisées** et **populations vulnérables**. Le terme « **populations marginalisées** » est défini comme suit :

« groupes et communautés qui subissent la discrimination et l'exclusion (sociale, politique et économique) en raison de rapports de force inégaux dans les dimensions économiques, politiques, sociales et culturelles⁸. »

De même, le terme **populations vulnérables** est défini comme suit :

« groupes et communautés ayant un risque plus élevé de souffrir d'un mauvais état de santé en raison des obstacles qu'ils rencontrent en matière de ressources sociales, économiques, politiques et environnementales, ainsi que des limitations dues à la maladie ou à un handicap⁹. »

⁶ Inforoute Santé du Canada. 2019. Beyond the Divide: Exploring the Digital Determinants of Health. <https://www.infoway-inforoute.ca/en/component/edocman/supporting-documents/partnership/3770-ipc2019-day02-1040-1110-tracie-risling-en-pdf?Itemid=101>

ENHANCING EQUITABLE ACCESS TO VIRTUAL CARE IN CANADA | Principle-based Recommendations for Equity
⁷Shaw, J. et coll. 2020. Digital Health Technologies for More Equitable Health Systems: A Discussion Paper. <https://www.wchvihv.ca/assets/uploads/Digital Health and Equity Report September 2020FINAL.pdf>

⁸ Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Collection de ressources. Populations marginalisées. <https://nccdh.ca/fr/glossary/entry/marginalized-populations>

⁹ Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Collection de ressources. Populations vulnérables. <https://nccdh.ca/fr/glossary/entry/vulnerable-populations>

INTRODUCTION

Les soins virtuels se définissent comme « toute interaction entre patients et/ou membres de leur cercle de soins qui a lieu à distance, au moyen d'une forme de technologie de l'information ou de communication dans l'objectif d'améliorer ou d'optimiser la qualité des soins aux patients³ ». Les soins virtuels peuvent être fournis de manière synchrone ou asynchrone par le biais de modalités telles que, mais sans s'y limiter, le téléphone, la vidéo, la messagerie sécurisée et la surveillance à distance. Dans ce contexte, les soins virtuels sont considérés comme une autre modalité de soins au sein du système de santé public, qui complète les soins en personne et est utilisée à la discrétion clinique de la dyade patient-prestataire dans le but ultime de fournir des soins de haute qualité.

Les soins virtuels offrent une myriade d'avantages potentiels liés à la réduction des temps d'attente, à l'amélioration des résultats cliniques, au coût et à l'efficacité, et à la possibilité d'élargir l'accès aux services (p. ex. améliorer l'accès aux services primaires et spécialisés dans les régions rurales et éloignées, soins opportuns)¹⁰. Au fil des ans, les soins virtuels ont été reconnus comme une caractéristique clé des systèmes de santé performants (p. ex. Kaiser Permanente) et sont considérés comme un outil essentiel pour améliorer l'accès à des soins intégrés complets, centrés sur le patient, et améliorer les résultats en matière de santé. Avant la pandémie de COVID-19, les systèmes de santé canadiens ont été lents à se tourner vers les services virtuels, malgré les preuves de la valeur des soins virtuels tant pour les prestataires que pour les patients. L'adoption a été relativement lente en raison d'une série d'obstacles liés à la gouvernance et d'obstacles politiques et techniques, notamment l'absence de codes de rémunération des médecins pour les soins virtuels. Malgré ces obstacles, en 2018, 63 % des Canadiens souhaitaient obtenir des services de soins de manière virtuelle¹⁰.

La pandémie de COVID-19 a été un catalyseur pour l'adoption des soins virtuels, et les provinces et les territoires ont agi rapidement pour en permettre l'accès, notamment par :

- le déploiement rapide de services virtuels dans presque tous les domaines de soins;
- les codes de facturation temporaires pour rémunérer les médecins pour la prestation de soins virtuels;
- des outils d'auto-évaluation en ligne pour la COVID-19 et autres applications mobiles.

« Les soins virtuels devraient devenir un pilier central d'un nouveau système de prestation de soins de santé qui garantit que tous les Canadiens reçoivent les bons soins au bon moment. »

–D' Sacha Bhatia (responsable de la santé des populations et des soins fondés sur la valeur, Santé Ontario) et William Falk (professeur auxiliaire, Université de Toronto; chercheur en innovation, Women's College Hospital)

¹⁰ Inforoute Santé du Canada. 2020. Analysis of the current and potential benefits of virtual care in Canada. <https://infoway-inforoute.ca/en/component/edocman/3819-analysis-of-the-current-and-potential-benefits-of-virtual-care-in-canada/view-document?Itemid=101>

Une enquête nationale réalisée par l'AMC-Abacus a révélé qu'environ la moitié des Canadiens (47 %) ont eu recours aux soins virtuels depuis la déclaration de la pandémie de COVID-19 – dont 91 % étaient satisfaits de leur expérience¹¹. En revanche, selon une enquête commandée par Inforoute Santé du Canada, seuls 10 à 20 % des Canadiens ont déclaré avoir eu recours aux soins virtuels en 2019¹². Bien que les modalités varient selon l'emplacement géographique, l'âge et le genre, la communication avec les prestataires de soins se fait le plus souvent par téléphone, puis par vidéo, et enfin par messagerie sécurisée¹³. Les efforts déployés par les provinces et les territoires pour accroître l'accès aux soins virtuels en réponse à la pandémie ont entraîné une augmentation significative des visites virtuelles, environ 60 % des visites étant virtuelles (téléphone, vidéoconférence, texto/courriel) en avril 2020 (par rapport à 10 à 20 % en 2019). Bien que ce chiffre soit tombé à 36 % en avril 2021¹⁴, elle reste une modalité importante de soins. Parallèlement, les consultations en personne pour des questions non liées à la COVID ont diminué, passant de 68 % en août 2020 à 61 % en avril 2021¹⁴.

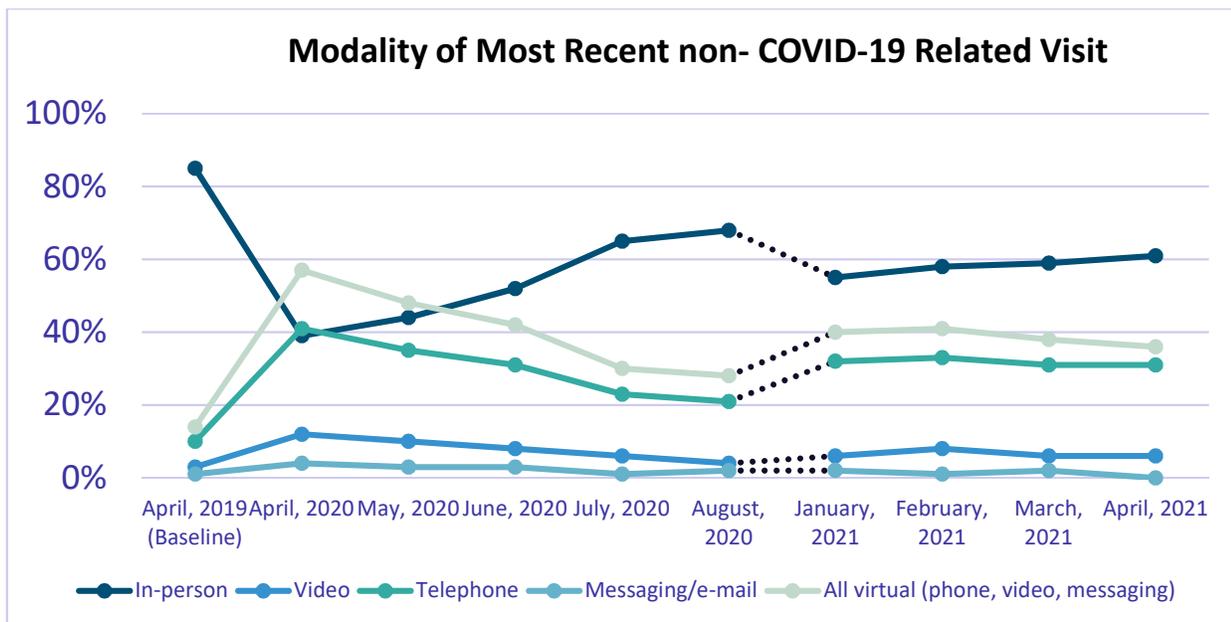


Figure 2- Source : Inforoute Santé du Canada, 2021

Bien que les provinces et les territoires aient considérablement amélioré les services virtuels au sein du système de santé public pendant la pandémie, les soins virtuels ont été en grande partie mis en œuvre comme solution provisoire ou mesure temporaire sans que l'on se préoccupe vraiment de la façon dont ils peuvent

¹¹Abacus Data (commandé par l'AMC), 2020. Que pense la population canadienne des soins de santé virtuels? <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/virtual-care/cma-virtual-care-public-poll-june-2020-f.pdf>

¹²Inforoute Santé du Canada, 2020. Consulter les Canadiens sur l'avenir du réseau de la santé. <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/3851-un-sain-dialogue-sommaire-du-rapport/view-document?Itemid=189>

¹³Inforoute Santé du Canada, 2020. Expériences des soins de santé vécues par des Canadiens durant la pandémie de COVID-19. <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=189>

¹⁴Inforoute Santé du Canada, 2021. Expériences des soins de santé vécues par des Canadiens durant la pandémie de COVID-19 (édition de mai 2021). <https://infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/3828-canadians-health-care-experiences-during-covid-19/view-document?Itemid=101>

être intégrés sans heurts dans les flux de travail des services et dans la technologie existante ou de les concevoir en tenant compte de l'expérience des patients ou des prestataires. En réponse, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux travaillent ensemble pour tirer parti des progrès réalisés à ce jour, en reconnaissant que les soins virtuels doivent devenir une facette permanente et intégrée des services de santé financés par l'État au Canada.

Dans ce contexte, les gouvernements FPT ont indiqué vouloir explorer la question de l'équité dans l'accès aux soins virtuels. Certains se sont inquiétés du fait que l'adoption rapide des soins virtuels pendant la pandémie de COVID-19 pourrait potentiellement amplifier les inégalités existantes en matière de soins de santé en exacerbant les lacunes préexistantes en matière de littératie numérique et d'accès à la bande large, et en compromettant la continuité des soins. La capacité des déterminants sociaux de la santé (p. ex. le genre, le revenu, l'origine ethnique) et des déterminants numériques de la santé (p. ex. l'harmonisation des politiques, l'accès à la bande large et aux technologies de soins virtuels) à entraver l'accès aux soins pour les populations mal desservies est bien connue.

De plus, les prestataires de soins de santé privés ont été en mesure de tirer parti de la croissance récente des soins virtuels au Canada pour offrir des services qui sont souvent de nature épisodique, qui ne sont souvent pas liés à des services de santé en personne et qui soumettent les patients à des frais d'accès à des plateformes privées de soins virtuels qui offrent des services qui sont maintenant assurés par les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. Ces plateformes privées de soins virtuels ciblent souvent les besoins des patients isolés et de ceux qui ont des difficultés à accéder à des soins en temps voulu. Compte tenu de nombre important et croissant des vendeurs privés de services de soins virtuels, on craint que les frais facturés directement aux patients pour les services de soins de santé n'exacerbent davantage les inégalités susmentionnées. En outre, il est suggéré que certains prestataires de soins de santé fournissant des soins par le biais de plateformes de soins virtuels privées peuvent ne pas avoir une connaissance adéquate des services et des ressources de soins de santé communautaires et, par conséquent, l'interaction avec le patient n'est pas reliée au dossier plus large du patient ou communiquée au prestataire de soins de santé habituel du patient (p. ex. le médecin de famille ou le spécialiste). Dans l'ensemble, il est urgent de s'attaquer aux problèmes liés à l'accès équitable aux soins virtuels afin d'éviter une nouvelle fragmentation des soins.

La demande de services de soins virtuels reste très élevée; 92 % des Canadiens souhaitent que la technologie rende les soins de santé plus pratiques et 86 % des Canadiens pensent que la technologie peut aider à résoudre les problèmes de nos systèmes de soins de santé¹². Pourtant, il existe des lacunes flagrantes qui doivent être comblées pour que l'équité en santé numérique soit atteinte. Par exemple, 60 % des Canadiens interrogés pensent qu'ils n'ont pas une connaissance suffisante des applications et services de santé numériques, et plus d'un quart des Canadiens n'ont pas un accès fiable aux services Internet¹². Par conséquent, il est urgent de promouvoir une architecture de santé numérique rationnelle qui atténue les inégalités en matière de services de santé afin que tous les résidents du Canada puissent profiter des avantages des soins virtuels.

Équipe spéciale sur l'accès équitable aux soins virtuels – Contexte pancanadien actuel

Depuis mars 2020, les gouvernements FPT s'emploient collectivement à harmoniser et à accélérer les efforts en matière de soins virtuels. En vue de soutenir la collaboration pancanadienne, une Table FPT sur les soins virtuels et les outils numériques a été créée pour discuter de la santé numérique et des soins virtuels en réponse à la pandémie de COVID-19, y compris des domaines dans lesquels les efforts à l'échelle fédérale ou nationale pourraient soutenir le déploiement rapide de services virtuels. De plus, afin de mieux orienter les travaux de la Table FPT sur les soins virtuels et les outils numériques, le groupe de travail d'experts en soins virtuels (« groupe de travail d'experts ») a été formé pour fournir des conseils et des orientations sur les travaux FPT visant à déployer rapidement les soins virtuels dans les systèmes de santé canadiens.

En mai 2020, le gouvernement du Canada a annoncé un investissement de 240,5 millions de dollars, dont 200 millions de dollars pour aider les provinces et les territoires à accélérer leurs efforts pour répondre aux besoins en matière de soins de santé à l'aide d'outils et d'approches virtuels. Le même mois, les sous-ministres FPT de la Santé ont convenu d'un programme de travail commun axé sur trois volets :

- Cinq domaines prioritaires communs pour les investissements dans les technologies et l'infrastructure, avec un financement fédéral (150 millions de dollars) par le biais d'accords bilatéraux et le soutien d'Inforoute Santé du Canada (50 millions de dollars) :
 - des plateformes de messagerie et d'échange d'information sécurisée ou supports de messagerie de bout en bout;
 - une technologie de vidéoconférence sécurisée;
 - des outils de surveillance des patients à distance;
 - accès des patients aux résultats des tests de dépistage de la COVID-19 et à d'autres résultats de tests en laboratoire;
 - intégration et alignement de nouvelles plateformes, de nouveaux outils ou de nouvelles approches dans les systèmes de santé numériques existants.
- Évaluation de l'incidence des soins virtuels
- Soutien stratégique aux soins virtuels

L'équité dans l'accès aux soins virtuels est devenue un thème majeur dans les discussions de la Table FPT sur les soins virtuels et les outils numériques et du groupe de travail d'experts. Les membres de la Table ont exprimé leur vif intérêt pour veiller à ce que les gouvernements soient bien positionnés pour traiter ou éviter les conséquences involontaires liées à l'équité qui découleraient de l'adoption et de l'utilisation généralisées des soins virtuels.

Dans le cadre du travail FPT, les gouvernements collaborent à l'élaboration d'un cadre politique commun, qui détermine les obstacles et les possibilités en vue de l'adoption à long terme des services virtuels à titre de mode de prestation de soins de santé et comme aspect essentiel des soins de santé financés par l'État. L'équité est considérée comme l'un des principaux facteurs politiques permettant l'adoption efficace à long terme d'un système public universel et intégré de soins virtuels de qualité.

Compte tenu de l'importance de l'équité et de la nécessité d'effectuer un travail ciblé, la Table FPT sur les soins virtuels et les outils numériques a créé une équipe spéciale sur l'équité sous l'égide du groupe d'experts pour effectuer un travail ciblé sur l'équité, avec le mandat de fournir :

- une vision pancanadienne fondée sur des principes pour des soins virtuels équitables au Canada;
- des recommandations sur les mesures concrètes que les gouvernements FPT peuvent prendre pour concrétiser cette vision.

APERÇU DE L'ÉQUIPE SPÉCIALE SUR L'ÉQUITÉ

Le mandat de l'équipe spéciale sur l'équité est d'élaborer un cadre fondé sur des principes pour l'accès équitable aux soins virtuels et de fournir des orientations et des recommandations sur les mesures concrètes que les gouvernements FPT pourraient prendre pour garantir que les soins virtuels soient équitables, étant donné qu'il s'agit d'une composante cruciale en matière de qualité.

Les efforts de l'équipe spéciale ont été répartis en quatre domaines thématiques clés :

1. Définition du problème :

Cibler et définir les barrières et les obstacles à l'accès équitable aux services de soins de santé virtuels, en particulier pour les populations rurales et éloignées, les peuples autochtones, les personnes ayant un handicap, ainsi que pour d'autres populations mal desservies.

2. Pratiques exemplaires :

Déterminer les meilleures pratiques et les normes d'excellence au Canada et à l'étranger qui soutiennent la prestation équitable de soins de santé virtuels.

3. Définir les principes :

En tenant compte des étapes 1 et 2, élaborer une vision fondée sur des principes pour l'équité en matière de soins virtuels au Canada.

4. Mesures recommandées :

Proposer des recommandations et des mesures pragmatiques qui favoriseront la réalisation de la vision de soins virtuels équitables au Canada.

Approche

Plusieurs approches ont été utilisées pour faire avancer le travail de l'équipe spéciale :

- **Délibérations de l'équipe spéciale** – L'équipe spéciale a tenu des réunions mensuelles pour discuter des idées et délibérer sur le travail en cours.
- **Contribution d'experts externes** – Les réunions mensuelles comportaient souvent des présentations d'experts externes (p. ex. Association des facultés de médecine du Canada, Institute for Health System Solutions and Virtual Care de Women's College Hospital) [voir l'annexe B pour la liste des présentations d'experts].
- **Enquêtes internes** – Une série d'enquêtes a été menée avec la participation des membres de l'équipe spéciale ainsi que des membres du groupe de travail d'experts. Les enquêtes ont porté sur chacun des domaines de travail thématiques clés, les résultats de l'enquête jouant un rôle essentiel dans la définition de l'équité, la détermination des obstacles à l'accès équitable, la détermination des

meilleures pratiques nationales et internationales, la définition des principes et l'élaboration de recommandations. Les résultats du sondage ont également alimenté les discussions de l'équipe spécial.

- **Revue de la littérature** – Une revue de la littérature de haut niveau a été réalisée afin d'éclairer divers éléments des activités de l'équipe spéciale et de compléter les idées générales issues des résultats de l'enquête.

Éléments à livrer

Un rapport final contenant des recommandations concrètes sur les mesures que les gouvernements et d'autres acteurs peuvent prendre pour améliorer l'équité dans les soins virtuels sera remis à la Table FPT sur les soins virtuels et les outils numériques aux fins d'examen.

SECTION 1 : OBSTACLES À L'ACCÈS ÉQUITABLE AUX TECHNOLOGIES DE SANTÉ NUMÉRIQUES

Les soins virtuels offrent un potentiel important pour répondre à la fois aux besoins à court terme liés à la COVID-19, et pour accroître l'accès à des services de santé de qualité à plus long terme. Malgré le potentiel des soins fournis de façon virtuelle, les patients qui ont le plus à gagner sont aussi souvent ceux qui sont le moins à même d'y accéder et d'en profiter. Il existe un consensus sur le fait que certaines populations ont un accès inéquitable aux soins virtuels en raison d'une série de caractéristiques diverses (p. ex. en fonction de l'âge, de la géographie, de la langue, du revenu et de l'éducation, du sexe) Les données suggèrent que ce clivage reflète les obstacles à l'accès aux soins offerts virtuellement plutôt que les préférences concernant l'utilisation des soins virtuels parmi les différents groupes¹⁵.

« Par nécessité, les soins virtuels ont été adoptés pour préserver une certaine forme d'accès aux soins. À l'avenir, nous devons veiller à ce que les soins virtuels soient effectivement intégrés et fournis de manière équitable. Notre passage aux soins virtuels a été rapide et s'est parfois appuyé sur des mesures temporaires qui doivent maintenant devenir permanentes et stables. »

—D^{re} Ann Collins (présidente de l'AMC, 2020-2021)

Sur la base des résultats de l'enquête interne et d'une revue de la littérature, il existe trois grandes catégories de facteurs interconnectés qui ont une incidence sur l'accès équitable aux soins virtuels. Ces facteurs relèvent tous de la question des déterminants sociaux de la santé. L'Organisation mondiale de la Santé définit les déterminants sociaux de la santé comme « les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent¹⁶. » Ces trois facteurs sont :

- **Caractéristiques individuelles** – Le statut socio-économique d'un individu (déterminé par des facteurs tels que, entre autres, l'âge, le sexe, la race/l'origine ethnique, le revenu, le niveau d'éducation) joue un rôle essentiel pour influencer l'accès équitable aux services de santé offerts virtuellement. L'OMS note que « ces circonstances sont façonnées par la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources [et] sont fortement liées aux inégalités en matière de santé – les différences injustes et évitables dans l'état de santé¹⁶ ».
- **Facteurs numériques et systémiques** – Les facteurs structurels qui influent sur l'accès aux soins virtuels comprennent des déterminants techniques (c'est-à-dire l'interopérabilité, la connectivité, l'accès à la technologie) et des facteurs systémiques tels que la gouvernance, les politiques, la réglementation et la législation qui orientent la santé virtuelle et influent sur l'allocation équitable des

¹⁵ Bibliothèque de l'OCDE, 2019. Putting Data to Work for Stronger Health Systems: Health in the 21st Century. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-in-the-21st-century_e3b23f8e-en;sessionid=rtCzOXGR4cH4IV8CQV6Nb1p1.ip-10-240-5-104

¹⁶Organisation mondiale de la Santé. About social determinants of health (en anglais seulement) : https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/

ressources et des infrastructures. Ces facteurs structurels et systémiques peuvent exacerber et amplifier les inégalités déjà existantes dans l'accès aux services de soins virtuels chez les populations mal desservies¹⁷. Par exemple, si l'absence d'approches communes en matière d'autorisation d'exercer affecte largement l'adoption et l'utilisation efficaces des soins virtuels, elle peut être particulièrement préoccupante pour les personnes qui vivent dans des régions rurales ou éloignées et qui doivent avoir accès à des services virtuels qui ne sont pas offerts dans leur région (p. ex. les résidents de régions éloignées qui nécessitent des soins spécialisés). De même, la question de la propriété et de la mise en commun des données au-delà des limites de juridiction constitue une préoccupation générale au Canada, mais elle a un impact disproportionné sur des groupes tels que les populations autochtones et celles qui vivent dans des endroits éloignés et nordiques. Dans le langage courant, les facteurs structurels et systémiques sont souvent désignés par l'expression « fracture numérique ».

- **Iniquités préexistantes** – Un troisième facteur dont il faut tenir compte lorsque l'on s'attaque aux iniquités dans la prestation des soins virtuels est celui des iniquités préexistantes dans les services de santé canadiens de base. Les déterminants individuels et numériques énumérés ci-dessus ont une incidence sur tous les services de santé de base, et pas seulement sur les soins virtuels. Par exemple, les statistiques nationales sur la morbidité et la mortalité montrent que les Autochtones vivant au Canada sont davantage touchés par la maladie et ont une espérance de vie nettement plus courte que les non-Autochtones¹⁸. Si l'on ne reconnaît pas les inégalités préexistantes, le déploiement des services de soins virtuels risque d'amplifier les disparités de longue date dans les services de santé de base.

Pour assurer l'équité d'accès et la qualité des soins, l'intégration des soins virtuels dans les systèmes de santé publique nécessitera une prise en compte attentive de la variabilité des ressources et des infrastructures disponibles dans les différentes communautés et les différents contextes. Une perspective intersectionnelle, qui implique l'examen de ces facteurs en relation avec d'autres variables de stratification sociales, telles que la classe, la race, l'origine ethnique et l'orientation sexuelle, est essentielle pour comprendre comment ces catégories sociales interagissent pour créer des expériences particulières d'iniquité dans l'accès et l'utilisation des services de soins virtuels. En outre, les questions numériques et systémiques doivent être ajoutées à la matrice afin de parvenir à une évaluation juste de l'écosystème dynamique complexe de l'équité, et d'élaborer des stratégies d'atténuation pour le déploiement juste de soins virtuels équitables. L'équipe de travail a cerné les principaux facteurs suivants à prendre en considération.

¹⁷ Crawford, A., et Serhal, E., 2020. L'équité en santé numérique et COVID-19 : La courbe de l'innovation ne peut pas renforcer le gradient social de la santé. *Journal of Medical Internet research*, 22(6), e19361. <https://doi.org/10.2196/19361>

¹⁸ Greenwood, M., de Leeuw, S., et Lindsay, N. 2018. Challenges in health equity for Indigenous peoples in Canada. *The Lancet*. 391(10131), 1645-1648.

Déterminants individuels de la santé numérique :

- Âge** : L'âge est une dimension clé de la culture numérique en matière de santé, qui a des conséquences importantes sur l'adoption et l'utilisation des soins virtuels. À titre d'exemple, les statistiques de l'OCDE indiquent qu'environ 61 % des personnes âgées de 25 à 54 ans ont utilisé l'Internet pour rechercher de l'information sur la santé, contre 40 % des personnes âgées de 55 à 74 ans. Plus précisément, en raison d'obstacles tels qu'un manque de connaissances numériques et techniques dans l'utilisation des technologies et le déclin ou les déficiences cognitives¹⁹, les personnes âgées peuvent également être moins à l'aise pour accéder aux soins par des moyens virtuels. Par exemple, la récente analyse d'Inforoute Santé du Canada sur l'équité en santé numérique (2021) a révélé que les jeunes adultes étaient plus susceptibles d'utiliser les soins virtuels (c.-à-d. la vidéoconférence ainsi que les courriels et la messagerie textuelle) que les adultes plus âgés pendant la pandémie²⁰. Parallèlement, compte tenu de la numérisation d'autres tâches banales (p. ex. les interactions sociales, l'épicerie, la prise en charge et le maintien de la santé par des applications), des données récentes indiquent que la proportion de personnes âgées qui intègrent la technologie dans leur vie quotidienne est en augmentation²¹.
- Race/ethnicité** : Les disparités en matière de soins de santé parmi les communautés racisées et les minorités ethniques ont des causes multidimensionnelles, qui comprennent des facteurs liés au système de santé (p. ex. des patients ayant des difficultés à naviguer dans le système de soins de santé), des facteurs liés aux prestataires (p. ex. une communication difficile entre le médecin et le patient en raison de barrières linguistiques, de croyances culturelles ou confessionnelles, de stéréotypes du prestataire à l'égard des patients) et des facteurs liés aux patients (notamment la confiance et la littératie numérique). Ces problèmes pourraient être exacerbés dans le contexte de la prestation de soins virtuels.
- Populations autochtones** : Chez les personnes autochtones, une série de facteurs peuvent contribuer à l'inégalité d'accès aux services de soins de santé, ce qui pourrait être amplifié dans les soins virtuels. Les expériences négatives des peuples autochtones du Canada en matière de santé ne sont pas seulement liées aux déterminants sociaux, mais aussi au racisme systémique dans la société et dans le système de santé, ce qui crée des obstacles à l'accès aux soins au niveau de la prestation. Les services médicaux et la santé publique ont été un « outil de colonisation »; des pratiques historiques qui contribuent à « la souffrance sociale contemporaine et continuent de teinter la façon dont certaines communautés des Premières Nations, inuites et métisses considèrent la santé publique et les

¹⁹ Vaportzis, E., Clausen, M. G., et Gow, A. J., 2017. Les adultes plus âgés perçoivent la technologie et les obstacles à l'interaction avec les tablettes électroniques : A Focus Group Study. *Frontiers in psychology*, 8, 1687. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01687>

²⁰ Inforoute Santé du Canada. 2021. Analyse de l'équité en santé numérique : Accès aux services de santé électroniques. <https://www.inforoute.ca/fr/component/edocman/3884-analyse-de-l-equite-en-sante-numerique-acces-aux-services-de-sante-electroniques/view-document?Itemid=101>

²¹ Age-Well, 2020. Selon un sondage, la COVID-19 a amené les personnes âgées du Canada à accroître considérablement leur utilisation de nombreuses technologies. <https://agewell-nce.ca/archives/10884#french>

recommandations en matière de santé publique²². » C'est ce qui ressort de l'analyse de l'équité en santé numérique d'Inforoute Santé du Canada (2021), qui indique que bien que les disparités à l'égard de l'accès aux soins de santé entre les populations autochtones et non autochtones ont diminué pendant la pandémie, les Autochtones étaient plus susceptibles que les autres Canadiens d'avoir de la difficulté à accéder à des soins et à obtenir de l'information pour bien prendre en charge leur santé²⁰.

En outre, les données sur la santé des populations des Premières Nations vivant dans les réserves et hors des réserves présentent des lacunes importantes, ce qui entrave la prestation des services de santé, dont les soins virtuels. Cela est lié aux plateformes technologiques fragmentées, à la gestion de la santé et aux problèmes et malentendus liés à l'équilibre entre les principes de PCAP (propriété, contrôle, accès et possession) des Premières Nations et l'intention d'utiliser des données anonymes pour guider la prise de décision en matière de services de santé.

- **Identité de genre et orientation sexuelle** : Comme le souligne un article récent sur le genre et l'équité en matière de santé, « les interventions de santé numérique sont souvent menées dans des contextes où prévalent les inégalités de genre, les préjugés, les disparités de classe et les dynamiques de pouvoir inégaux²³. » Étant donné le manque de recherches sur les services de soins virtuels qui intègrent une analyse fondée sur le sexe et le genre, il est nécessaire de mieux comprendre les éventuelles inégalités dans les soins virtuels, en particulier pour les populations mal desservies telles que les femmes²⁴ et les patients LGBTQ2IA+. Cependant, l'analyse récente d'Inforoute suggère que les jeunes femmes étaient plus susceptibles de rencontrer des obstacles à l'accès aux soins virtuels pendant la pandémie que les femmes plus âgées et les hommes, en raison d'une série de problèmes, notamment la littératie en matière de santé. Compte tenu des données probantes qui suggèrent l'existence d'un large fossé numérique au niveau international, en particulier chez les populations mal desservies, le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies²⁵ a cerné un besoin important de combler le fossé numérique parmi les différents groupes, en particulier les femmes et les filles.
- **Géographie** : Dans de nombreux pays de l'OCDE, l'accès à l'Internet à large bande est plus courant dans les ménages des zones urbaines et dans les ménages à revenus plus élevés que dans les zones rurales. Dans le nord du Canada, l'adoption des soins virtuels a été lente et reste considérablement sous-développée. C'est ce qui ressort de la récente analyse d'Inforoute, qui indique que les Canadiens vivant dans les régions urbaines étaient plus susceptibles d'accéder aux soins virtuels que ceux vivant dans les régions rurales²⁰. Le rapport du groupe de travail sur l'expansion de la capacité et des outils de soins virtuels dans le Nord indique que « les limites de capacité dans de multiples domaines –

²²Richardson, L., Crawford, A. 2020. COVID-19 and the decolonization of Indigenous public health. CMAJ Sep 2020, 192 (38) E1098-E1100; <https://www.cmaj.ca/content/192/38>

²³ Sinha, C., et Schryer-Roy, A. M. 2018. Digital health, gender and health equity: invisible imperatives. Journal of Public Health, 40(2), ii1–ii5. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy171>

²⁴Brisson-Boivin, K. et McAleese, S. 2021. How digital literacy can help close the digital divide. Policy Options. <https://policyoptions.irpp.org/magazines/april-2021/how-digital-literacy-can-help-close-the-digital-divide/>

²⁵Assemblée générale des Nations Unies, 2016. La promotion, la protection et l'exercice des droits de l'homme sur Internet. https://www.article19.org/data/files/Internet_Statement_Adopted.pdf

techniques, infrastructures, connaissances et ressources humaines – ont une incidence sur le déploiement et le caractère durable des soins virtuels²⁶ ». Le rapport souligne ensuite que « les insuffisances de la bande passante limitent la capacité numérique, et l'expertise fait souvent défaut dans la conception et le déploiement des systèmes d'information²⁶. »

- **Revenu et éducation** : Un revenu et un niveau d'éducation inférieurs ont une incidence importante sur l'utilisation des services de soins virtuels. Les personnes à faible revenu et de faible niveau d'éducation sont plus susceptibles de ne pas avoir les connaissances en santé et la littératie numérique nécessaires pour utiliser les services de soins virtuels. Dans l'ensemble des pays membres de l'OCDE, les personnes pauvres et peu instruites étaient respectivement 65 % et 50 % moins susceptibles d'utiliser l'Internet pour rechercher de l'information sur la santé que les citoyens riches et plus instruits. En outre, il arrive souvent que les téléphones intelligents, les tablettes et les autres outils technologiques ne soient pas abordables pour de nombreuses personnes vivant dans des communautés à faible statut socio-économique, sans parler des capacités de vidéoconférence qui nécessitent une coûteuse connectivité Internet à haut débit. C'est ce qui ressort de la récente analyse d'Inforoute, qui a révélé que les groupes à revenu élevé étaient plus susceptibles d'avoir accès aux soins virtuels que les groupes à faible revenu²⁰.
- **Conditions de santé préexistantes et handicaps** : Les patients souffrant de handicaps (p. ex. des déficiences visuelles ou auditives) peuvent avoir des difficultés à bénéficier des services de soins virtuels dans la même mesure que les personnes sans handicap. Plus précisément, l'analyse de l'équité en santé numérique d'Inforoute a révélé que seulement 50 % des Canadiens handicapés ont déclaré avoir accès à des soins fournis de façon virtuelle²⁰. Cette disparité d'accès démontre la nécessité d'accorder une attention particulière à la manière dont les services de soins virtuels et les outils numériques sont conçus pour être accessibles aux personnes handicapées.
- **Culture** : Un examen des publications canadiennes, américaines, britanniques et australiennes²⁷ a révélé que « des différences dans les modèles culturels de recherche d'aide et un manque de services ou de modes de prestation adaptés aux différences culturelles représentaient des obstacles à l'accès à des soins de santé ou à l'obtention d'avantages intégraux de ces soins. » Comme le souligne un article de recherche axé sur les inégalités raciales dans l'accès aux soins de santé : « dans un milieu largement déterminé par les valeurs de la culture dominante, certains groupes sont confrontés à des risques pour la santé qui proviennent en partie d'un manque d'accès à des services et à des soins de santé culturellement appropriés²⁷. » Il est donc évident que le modèle de soins actuel ne facilite pas l'équité

²⁶ Task Group on Expanding Virtual Care Capacity and Tools in the North. Proposed Approach for Rapid Deployment: Expanding Virtual Care Capacity in Canada's Northern Regions. 2020.

<https://www.nccih.ca/Publications/lists/PublicationsExternal/Attachments/9/Expanding%20Virtual%20Care%20Capacity%20in%20Canadas%20Northern%20Regions%20FINAL%20EN%20May%202020.pdf>

Commission ontarienne des droits de la personne : L'inégalité raciale dans l'accès aux services de soins de santé

<http://www.ohrc.on.ca/fr/les-articles-du-dialogue-sur-la-politique-raciale/l%E2%80%99in%C3%A9galit%C3%A9-raciale-dans-l%E2%80%99acc%C3%A8s-aux-services-de-soins-de-sant%C3%A9>

en matière de santé entre les différents groupes ethniques et culturels. Par conséquent, les services de soins virtuels calqués sur les approches existantes en matière de soins de santé peuvent exacerber les inégalités, tant pour les Peuples autochtones que pour les autres groupes culturels au Canada.

Déterminants structurels et systémiques de la santé numérique :

- Gouvernance** : La gouvernance des services de santé et des données sur la santé au Canada a une incidence sur la capacité à fournir des soins de santé virtuels complets. La responsabilité constitutionnelle de l'administration, de l'organisation et de la prestation des soins de santé relève de la compétence des provinces et des territoires. Le gouvernement fédéral joue plusieurs rôles dans le domaine de la santé; notamment, il octroie des fonds aux provinces et aux territoires pour les aider à fournir des soins de santé payés par l'État et il assure le financement direct de services de soins de santé offerts à des groupes particuliers, dont les membres des Premières Nations vivant dans des réserves, les Inuits et une série d'autres populations relevant du gouvernement fédéral (p. ex. les membres des Forces armées canadiennes, les anciens combattants admissibles). Cela favorise effectivement la fragmentation de la gouvernance de la santé en fonction de la race et de la compétence, ce qui entraîne une variation de facteurs tels que la législation, la rémunération, le déroulement du travail, les politiques et les technologies, et une approche disparate de la conception et de la gestion des services de santé. Pour être efficaces, des services de soins virtuels matures et équitables requièrent l'interopérabilité des données, des technologies et du déroulement du travail, des propriétés qui sont difficiles à réaliser dans un environnement de gouvernance fragmenté. Le produit final de ce modèle de gouvernance incohérent est la fragmentation et la promotion potentielle d'inégalités dans les services de soins virtuels.
- Législation, politiques et réglementation** : L'ensemble des normes réglementaires, de la législation et des politiques qui soutiennent et ont une incidence sur les services de soins virtuels est propre à chaque compétence et est souvent mal harmonisé en interne ni mis à jour en ce qui concerne les services de santé numériques. Les lois sur l'information relative à la santé s'articulent autour d'un modèle de gestion des données relatives à la santé qui constitue sans doute un obstacle à la numérisation efficace des services de santé. D'un autre côté, les normes de réglementation professionnelle des provinces ne sont souvent pas harmonisées à une vision commune des soins virtuels, ce qui donne lieu à des conseils contradictoires aux différents membres du cercle de soins d'un patient. Ces facteurs constituent des incohérences stratégiques qui font obstacle à la numérisation intergouvernementale et entraînent une variation locale des services en fonction de la maturité de l'ensemble des politiques numériques d'un gouvernement donné. À titre d'exemple, il existe une approche différente de l'indemnisation des services de soins virtuels entre les gouvernements au Canada, et jusqu'à l'avènement de la COVID-19, plusieurs gouvernements n'indemnisait pas du tout les services de soins virtuels. Le sous-produit de cette variation de la rémunération est la distribution inéquitable des services de soins virtuels au pays.

Un autre exemple émergent est l'absence d'une approche pancanadienne commune pour déterminer le rôle approprié, et la réglementation de l'expansion rapide des cliniques virtuelles « sans rendez-

vous », dont beaucoup de services sont offerts directement aux Canadiens par des fournisseurs privés. Le secteur privé a proposé des solutions nouvelles et élargies en réponse aux récents codes de frais temporaires mis en place par les provinces et les territoires, les Canadiens ayant désormais accès à plus de quarante services de soins virtuels du secteur privé. Si certains des services de santé proposés par ces plateformes de soins virtuels sont désormais couverts par les régimes d'assurance publics (avec des variations selon les provinces et territoires), d'autres ont établi des partenariats avec les employeurs et les assureurs. Étant donné qu'un grand nombre de ces services exigent des Canadiens qu'ils paient de leur poche ou qu'ils bénéficient d'une assurance maladie de l'employeur, on craint fortement que ces fournisseurs du secteur privé n'exacerbent les inégalités existantes au sein des systèmes de santé. Il est important de noter que les services médicaux offerts dans les cliniques sans rendez-vous sont assurés par les régimes provinciaux et territoriaux publics, mais qu'il existe des différences entre les provinces et territoires quant à l'assurance publique des services médicaux offerts par les plateformes de soins virtuels.

Bien que le modèle de clinique virtuelle sans rendez-vous réponde à un besoin des Canadiens qui n'ont pas accès aux services – en particulier lorsqu'ils n'ont pas de médecin de famille – les soins sont généralement cloisonnés, épisodiques et déconnectés des soins de première ligne. Dans l'ensemble, ce désordre stratégique peut favoriser les inégalités dans les services de soins virtuels.

- **Ressources** : Les ressources financières et les connaissances consacrées à la fourniture de soins virtuels diffèrent d'un endroit à l'autre en fonction de la planification stratégique, de la gestion et des capacités locales en matière de santé numérique. Il en résulte une mosaïque d'efforts en matière de soins virtuels qui sont souvent non harmonisés et peuvent entraîner des inégalités de services pour les patients vivant dans des endroits pauvres en ressources.
- **Technologie des soins virtuels** : Les principales technologies de soins virtuels sont le téléphone, la messagerie sécurisée, la vidéoconférence et la surveillance à distance. Au Canada, le déploiement de ces technologies varie selon la province ou le territoire, l'autorité sanitaire ou le service de santé, ce qui donne lieu à des inégalités quant aux services de soins virtuels. En outre, le manque d'accès à un réseau Internet à haute vitesse fiable et abordable est un problème de longue date dans les régions rurales et éloignées du Canada. Selon le dernier rapport de surveillance des communications du CRTC, seulement 37 % des ménages ruraux et 27,7 % des ménages des Premières Nations dans les réserves ont accès à un service de 10 à 50 Mo/s, comparativement à 84,1 % d'accès chez les autres Canadiens²⁸. Cette variabilité et ces limites techniques ont pour conséquence de compromettre la capacité des soins virtuels dans certains groupes démographiques.

28 Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes, 2019. Rapport de surveillance des communications. <https://crtc.gc.ca/pubs/cmr2019-fr.pdf>

- Interopérabilité** : Des soins virtuels équitables et centrés sur le patient sont rendus possibles par la capacité de tous les membres du cercle de soins du patient à échanger de l'information en fonction du besoin de savoir afin de promouvoir le bien-être du patient. Pour ce faire, l'interopérabilité des techniques et des données est nécessaire. En particulier, il faut reconnaître que l'interopérabilité doit se produire entre les différents types de prestataires faisant partie du cercle de soins d'un patient, indépendamment des types de plateformes qu'ils utilisent. De même, l'intégration d'outils de tiers pour l'échange et la collecte d'information sur la santé entre plateformes, services de santé et gouvernements pose des défis. Malheureusement, l'écosystème canadien des soins de santé est entravé par un manque systémique d'interopérabilité qui constitue un obstacle à la mise en place de soins virtuels matures, complets et intégrés. Les différents niveaux d'interopérabilité des techniques et des données dans différents endroits et services au Canada favorisent les inégalités dans la disponibilité et l'utilité/efficacité de services de soins virtuels intégrés et de haute qualité.
- Culture des prestataires** : La formation du personnel de santé au Canada, tous groupes professionnels confondus, présente des lacunes en matière de contenu des programmes de soins virtuels. La littératie numérique en santé est un facteur déterminant de la compétence à fournir un service de soins virtuels de qualité. La formation devrait comprendre une exploration de l'équité en santé dans le contexte de la santé numérique. Un faible niveau de littératie numérique nuit à la capacité ou à l'aisance des prestataires de soins en matière de soins virtuels, ce qui accroît les inégalités de service. Il y a peu de recherches et de données au Canada sur la littératie numérique en santé des fournisseurs, ce qui donne à penser qu'il faut poursuivre les études dans ce domaine.

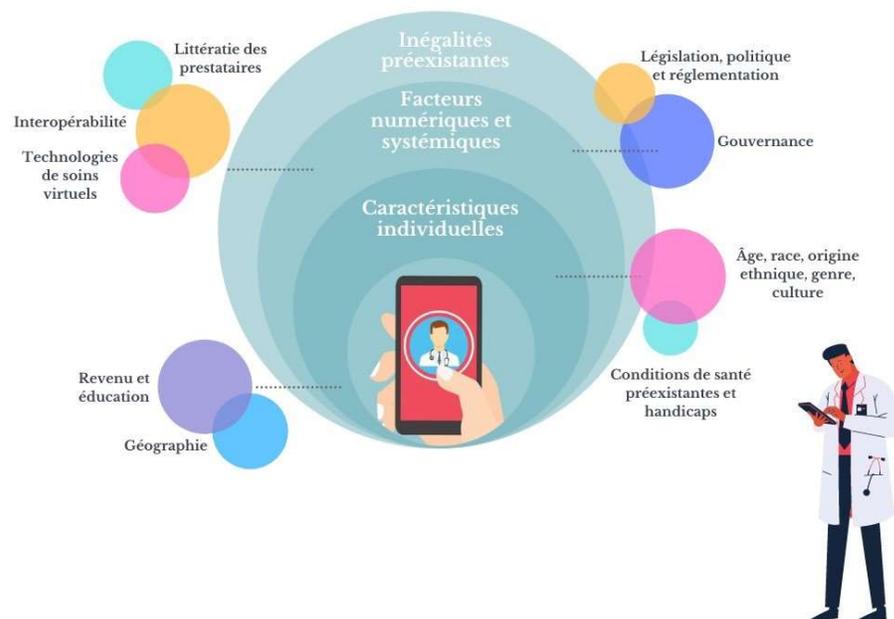


Figure 3 Déterminants numériques de l'équité en matière de santé

Données et éléments probants sur les inégalités d'accès aux soins virtuels au Canada

En ce qui concerne particulièrement les soins virtuels, on dispose de peu de données désagrégées sur l'utilisation par les différents groupes sociaux (c'est-à-dire l'âge, le sexe, le revenu, la région géographique) et sur la mesure dans laquelle ces groupes sont confrontés à des obstacles à l'accès. Cependant, certaines données émergentes du Centre for Digital Health Evaluation suggèrent que tous les groupes en Ontario (indépendamment de l'âge et du revenu) ont été tout aussi susceptibles d'utiliser les soins virtuels tout au long de la pandémie de COVID-19²⁹. Cela est probablement lié au fait que la grande majorité des soins virtuels ont été dispensés par un moyen de communication presque universellement accessible, le téléphone, par opposition à d'autres modalités telles que la vidéoconférence ou la messagerie sécurisée³⁰. C'est ce qui ressort d'une récente étude d'Inforoute, selon laquelle les adultes plus âgés sont plus susceptibles d'utiliser le téléphone pour obtenir des soins virtuels que les adultes plus jeunes, partout au Canada. Comme on pouvait s'y attendre, l'étude a également révélé que les jeunes adultes étaient plus susceptibles d'utiliser la messagerie sécurisée et la vidéoconférence que les adultes plus âgés²⁰.

L'absence de données complètes ventilées par groupe démographique, par province et par territoire pose des problèmes pour évaluer dans quelle mesure certains groupes ont des difficultés à accéder aux services de soins virtuels. Cette situation est aggravée par le fait qu'il existe peu de recherches permettant d'appréhender de manière exhaustive les difficultés que rencontrent certains groupes sociaux pour accéder aux soins virtuels, y compris les besoins divers au sein de ces groupes. S'il est largement admis qu'un large éventail d'obstacles sociaux et structurels (p. ex. le manque de littératie numérique, l'accès à Internet à large bande et à la technologie, les services culturellement appropriés limités) ont une incidence sur l'accès équitable aux soins virtuels pour les populations mal desservies, le manque de disponibilité des données et des recherches rend difficile la caractérisation efficace du problème. Ce travail est d'autant plus important qu'il est prouvé que les besoins des populations mal desservies sont souvent négligés non seulement dans les soins virtuels, mais aussi dans le système de santé dans son ensemble.

« La pandémie a exacerbé les disparités existantes liées aux déterminants sociaux de la santé. L'endroit où nous vivons, la façon dont nous gagnons notre vie, nos possibilités d'éducation et notre situation financière ont une incidence considérable sur notre état de santé. Nous devons nous assurer que les solutions numériques sont des solutions pour ceux que nous servons. »

– Ann Heesters, Ph. D. (Professeure, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto)

À titre d'exemple, le manque de données sur la littératie numérique en matière de santé au sein de la population est un problème de longue date. Ce manque de données est particulièrement préoccupant

²⁹ Centre d'évaluation de la santé numérique, 2020. A National Strategy for Digital Health Evaluation: Update.

maintenant que les soins virtuels ont été largement déployés en réponse à la COVID-19 au Canada. Par exemple, alors que l'OCDE a constaté qu'entre 36 % et 60 % des adultes canadiens avaient un faible niveau de connaissances en santé en 2018³⁰, ce document ne comportait pas d'information concernant plus précisément la littératie numérique en matière de santé. De plus, les efforts déployés en 2012 pour recueillir des données sur le niveau de littératie numérique des adultes canadiens (p. ex. résolution de problèmes avec la technologie, niveaux généraux de lecture), comme le *Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes*, n'ont pas mesuré la littératie en santé numérique comme telle³¹. Étant donné que les soins virtuels resteront une modalité de prestation de soins essentielle après la pandémie, il est absolument nécessaire de collecter des données relatives à la littératie en santé numérique afin de faciliter l'équité en matière de santé numérique parmi tous les groupes.

Bien qu'il existe une documentation claire sur certains déterminants numériques et systémiques de l'accessibilité des soins virtuels, tels que la capacité et le coût de l'Internet à large bande, de nombreux déterminants numériques et systémiques de la santé numérique n'ont toujours pas été étudiés. Un moyen d'évaluer l'indice d'intégration ou d'interopérabilité d'un écosystème de santé numérique et le relier aux indices de qualité des soins, y compris l'équité en matière de santé, constituerait un exercice très utile. De même, une étude de l'incidence de la littératie numérique des prestataires sur la qualité des soins, ou une évaluation de l'étendue et de l'effet des variations des politiques sur l'intégrité de la capacité et de l'accessibilité des soins virtuels contribuerait à l'élaboration et à l'harmonisation des programmes d'études et des politiques.

³⁰ Moreira, L., 2018. Health Literacy for People-Centred Care: Where do OECD countries stand? Comité sur la santé, Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales. Organisation de coopération et de développement économiques.

[https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2018\)4&docLanguage=En](https://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2018)4&docLanguage=En)

³¹ Statistique Canada, 2013. Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA).

https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4406

SECTION 2 : MEILLEURES PRATIQUES POUR UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX SOINS VIRTUELS

L'objectif de cette section est de fournir un aperçu de haut niveau des meilleures pratiques nationales et internationales en matière de soins virtuels équitables, en vue d'explorer les approches qui pourraient servir de base à l'élaboration de principes et de solutions aux obstacles relevés dans la section précédente. Ces meilleures pratiques ont été établies grâce à une enquête interne et à une analyse documentaire de haut niveau.

La majorité des approches pragmatiques visant à optimiser les soins virtuels équitables présentées dans cette section impliquent la modification des déterminants numériques et systémiques de l'équité des soins virtuels. Les déterminants individuels de l'inégalité en matière de santé – qui, pour la plupart, transcendent les soins virtuels et ont un impact sur tous les services de santé – sont, par leur nature même, des questions plus complexes et plus difficiles à traiter.

Parmi les exemples de changements potentiels à grande échelle, qui sont particulièrement pertinents dans le contexte canadien, on peut citer l'élaboration d'une vision pancanadienne pour des soins virtuels équitables, et le passage d'une approche de l'information sur la santé centrée sur le fournisseur à une approche centrée sur le patient et le soignant³². D'autres domaines clés sont pertinents pour améliorer l'équité dans l'accès aux soins virtuels, notamment l'élaboration et la conception de politiques fondées sur des données probantes, l'interopérabilité, et la nécessité de promouvoir la continuité des soins.

Vision globale de l'équité en matière de santé numérique :

Gouvernance et stratégie de mise en œuvre

Diverses exigences s'imposent pour déployer et gérer un réseau numérique de santé pancanadien équitable. Il s'agit notamment d'un cadre national, d'une supervision claire et d'une stratégie de mise en œuvre des soins de santé numériques de manière équitable. La gouvernance, en particulier, est essentielle à la réforme de cette modalité de prestation de soins. Selon l'OMS, « la gouvernance dans le secteur de la santé fait référence à un large éventail de fonctions liées à la direction et à l'élaboration de règles, exercées par les gouvernements et décideurs lorsqu'ils cherchent à atteindre les objectifs de la politique nationale de santé qui sont propices à la couverture sanitaire universelle »³³. Dans le contexte canadien, cela implique un travail entre les

³² Desveaux, L., Soobiah, C., Bhatia, S., Shaw, J., 2019. Identifying and Overcoming Policy-Level Barriers to the Implementation of Digital Health Innovation: Qualitative Study., *Journal of Medical Internet Research*, 21(12), e14994, <https://www.jmir.org/2019/12/e14994/>

³³ Organisation mondiale de la Santé. Governance. Health Systems. <https://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/#:~:text=Governance%20in%20the%20health%20sector,conducive%20to%20universal%20health%20coverage.>

gouvernements et avec le secteur privé pour assurer la transparence et la responsabilité au sein du secteur des soins de santé.

- **Le Danemark** a mis en œuvre un cadre national³⁴ d'administration des soins virtuels englobant la normalisation de la terminologie utilisée par les prestataires, la mise en commun des données entre les prestataires de soins de santé et des règlements généraux régissant les soins virtuels. Ce cadre national permet de se concentrer davantage sur la santé de la population et les mesures préventives en analysant les tendances nationales. La stratégie de santé numérique du Danemark met l'accent sur la collecte de données, la médecine préventive, l'intégration des soins et une base de données nationale de l'architecture informatique éclairant leurs initiatives de santé visant à servir leur population.

« Au-delà de la conception de la recherche et des services cliniques, il est important de disposer de processus d'amélioration continue de la qualité qui garantissent une détermination rapide et une amélioration itérative de l'équité et de la sécurité au sein des soins virtuels. »

– D^{re} Allison Crawford (chef adjointe, soutien virtuel en matière de santé mentale et sensibilisation, centre de toxicomanie et de santé mentale; professeure, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto)

- **L'Australie** dispose également d'une stratégie nationale de santé numérique³⁵ qui présente un modèle sécurisé et efficace pour la prestation de soins de haute qualité. Cela comprend la création d'objectifs précis relatifs aux soins centrés sur le patient, à la coordination des services et à la réduction des erreurs administratives. Afin de rendre les soins de santé plus équitables pour les populations mal desservies (p. ex. les groupes autochtones, les groupes à faible revenu et les personnes âgées), des ressources plus importantes ont été allouées aux groupes en fonction de leurs besoins particuliers. En outre, un élément important de leur cadre consiste à fournir des soins de santé inclusifs et culturellement appropriés aux groupes autochtones.
- L'entreprise **Kaiser Permanente** est reconnue pour sa conception d'un modèle de soins intégrés et centrés sur le patient. Elle a réussi à intégrer les soins virtuels comme une modalité de soins dans son continuum intégré et coordonné de services de soins de santé. Kaiser y est parvenue grâce à l'utilisation d'un dossier médical électronique unique, de la vidéoconférence, des ordonnances électroniques, de l'imagerie diagnostique et de la messagerie sécurisée³⁶. En outre, les patients peuvent bénéficier de soins coordonnés de première ligne et de services spécialisés, ainsi que d'un

³⁴ Connected Health. Denmark – a telehealth nation, 2018. <https://www.healthcaredenmark.dk/media/r2rptq5a/telehealth-v1.pdf>

³⁵ Gouvernement de l'Australie, 2020. Australia's National Digital Health Strategy. Safe, seamless, and secure: evolving health and care to meet the needs of modern Australia. <https://www.digitalhealth.gov.au/sites/default/files/2020-11/Australia%27s%20National%20Digital%20Health%20Strategy%20-%20Safe%2C%20seamless%20and%20secure.pdf>

³⁶ Kaiser Permanente, 2020. A Breakout moment for virtual care. <https://about.kaiserpermanente.org/our-story/our-care/a-breakout-moment-for-virtual-care>

suivi à distance des patients. Cela a facilité l'utilisation accrue des services virtuels, la satisfaction des patients et l'amélioration des résultats en matière de santé³⁷.

Politique d'équité fondée sur des données probantes

La numérisation des soins génère rapidement un volume important de données qui peuvent fournir de l'information précieuse sur les expériences des patients et des prestataires, les résultats en matière de santé et d'autres indicateurs de rendement du système. La collecte de ces données de santé, en particulier pour les populations mal desservies, peut aider à déterminer les besoins particuliers en matière de soins de santé. De même, comprendre les besoins en matière de santé des groupes mal desservis peut aider à cerner les obstacles à la mise en œuvre d'initiatives d'équité en matière de santé. L'utilisation d'une approche interdisciplinaire fondée sur des données sur la santé, sur les services sociaux, sur les comportements et la situation socio-économique permet de mieux comprendre les besoins des groupes mal desservis. En retour, cela facilite la prestation de soins efficaces et équitables au sein du système de soins de santé.

- **Le Danemark** donne la priorité à la diffusion nationale sécurisée des données grâce à sa plateforme *Danish Health Data Network*³⁷. Cette plateforme permet de s'assurer que le système de soins de santé reflète l'évolution démographique de la population danoise, notamment l'augmentation de la population âgée. Au-delà de la collecte de données sur les soins de santé, les patients danois ont également la possibilité de soumettre des commentaires sur les services de soins de santé fournis par les différents ordres de gouvernement. Ces données facilitent en fin de compte la mise en place de mesures préventives fondées sur des éléments de preuve qualitatifs et quantitatifs et sur l'amélioration générale de la qualité des soins. Par exemple, en recueillant des données sur *TeleCare Nord*, le Danemark a pu étendre à l'échelle nationale cette stratégie de soins virtuels réussie chez les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Il en résulte un accès équitable aux soins pour les patients, indépendamment de leur situation géographique et de leur âge, ainsi que des possibilités de soins centrés sur le patient et de prévention de la MPOC.
- Une société indépendante a évalué l'initiative *Babylon GP at Hand (BGPaH)* mise en œuvre en **Angleterre** en recueillant et en analysant des données quantitatives et qualitatives, ce qui a mis en évidence plusieurs enjeux liés aux inégalités en matière de santé³⁸. Par exemple, cette évaluation a révélé que les patients plus jeunes et instruits étaient beaucoup plus susceptibles d'utiliser le BGPaH que les patients plus âgés et moins instruits. L'évaluation a également mis en évidence les problèmes d'équité liés au manque de littératie numérique et d'accès à la technologie qui ont eu une incidence disproportionnée sur les populations mal desservies. L'étude fait état de considérations futures pour la conception de l'application, notamment l'élargissement de la portée des conditions médicales ainsi

³⁷ Health Europa, 2019. Enhanced data sharing and continuity of care in Denmark. <https://www.healtheuropa.eu/enhanced-data-sharing-and-continuity-of-care-in-denmark/90990/>

³⁸ Ipsos MORI, YHEC, 2019. Evaluation of Babylon GP at hand: Final Evaluation report. <https://www.hamsmithfulhamccg.nhs.uk/media/156123/Evaluation-of-Babylon-GP-at-Hand-Final-Report.pdf>

que la conception et la mise en œuvre d'approches centrées sur le patient reflétant la diversité ethnique, socio-économique et géographique de leur population.

Approches centrées sur le patient et le soignant pour des soins virtuels équitables :

Conception inclusive des soins virtuels et soutien nécessaire pour que les patients et les prestataires de soins tirent pleinement parti des soins virtuels

Une conception inclusive des technologies de la santé, qui met l'accent sur des plateformes conviviales, la diversité culturelle et confessionnelle et l'accessibilité, est essentielle pour garantir des soins virtuels centrés sur le patient et le soignant. Il existe des exemples nationaux et internationaux de gouvernements qui mettent en place des plateformes de soins virtuels ciblées pour répondre aux besoins de populations particulières mal desservies, et qui développent des systèmes numériques centrés sur le patient qui visent à améliorer les soins coordonnés et longitudinaux des patients. Les patients et les prestataires de soins auront également besoin de soutien ciblé pour s'assurer qu'ils peuvent effectivement tirer parti des soins virtuels pour améliorer les soins, en mettant particulièrement l'accent sur la littératie numérique. Alors que la pandémie de COVID-19 se poursuit, la littératie numérique en matière de santé est devenue de plus en plus pertinente pour soutenir les soins virtuels. Par exemple, il est de plus en plus nécessaire de veiller à ce que les patients et les prestataires de soins puissent accéder à de l'équipement et à des applications appropriés, les comprendre et les utiliser à des fins médicales (p. ex. des rendez-vous virtuels)³⁹ afin de se livrer à des soins de qualité à distance. Des niveaux plus élevés de littératie numérique en matière de santé chez les patients sont associés à des niveaux plus élevés de participation, ce qui contribue à garantir que les patients sont en mesure de profiter davantage des divers avantages des soins virtuels⁴⁰. Étant donné que la littératie numérique en matière de santé reste un obstacle à l'accès aux soins virtuels, en particulier pour les populations mal desservies, il est nécessaire de prendre des mesures structurelles qui favorisent la littératie numérique en matière de santé.

- Au **Canada**, certains gouvernements déploient des plateformes numériques centrées sur le patient afin de promouvoir des soins coordonnés et homogènes. *Par exemple, tous les Albertains peuvent désormais accéder à leurs résultats de laboratoire par le biais de leur portail MyHealth*⁴⁰. Le Yukon s'est lancé dans un projet visant à mettre en place un système modulaire unifié de consignment des données pour tous les services de soins de santé⁴¹. De même, l'Île-du-Prince-Édouard travaille à un projet visant à mettre en place un seul dossier de consultation externe dans la province⁴². Les Territoires du Nord-Ouest disposent actuellement du système numérique le plus intégré au Canada, comprenant un seul dossier de consultation externe centré sur le patient pour tous les résidents du

³⁹ Inforoute Santé du Canada. Aider les patients à acquérir une littératie en santé numérique : <https://www.inforoute.ca/fr/ce-que-nous-faisons/blogue/dossiers-de-sante-numeriques/8725-aider-les-patients-a-acquerir-une-litteratie-en-sante-numerique>

⁴⁰ Alberta. MyHealth Records. <https://myhealth.alberta.ca/mhr-features>

⁴¹ Yukon News, 2019. Improvements planned for Whitehorse General Hospital. <https://www.yukon-news.com/news/improvements-planned-for-whitehorse-general-h>

⁴² Prince Edward Island, 2021. Electronic Medical Records.

<https://www.princeedwardisland.ca/en/information/health-pei/electronic-health-records-ehrs>

territoire et communiqué à tous les fournisseurs de services, en plus d’être doté d’une messagerie sécurisée intrinsèque⁴³.

- En **Colombie-Britannique**, le programme Virtual Doctor of the Day [médecin virtuel du jour] de la Régie de la santé des Premières Nations offre des services aux populations des Premières Nations afin de combler les lacunes systémiques en matière de soins virtuels opportuns et culturellement sûrs pour les résidents autochtones.⁴⁴ Ce programme intègre les soins virtuels à un dossier médical électronique pour faciliter la continuité des soins⁴⁵.
- Le Service de *soins complets intégrés* du St Joseph’s Healthcare Services à Hamilton, en **Ontario**, offre des soins continus et coordonnés grâce à un coordinateur de soins, un dossier médical électronique et une équipe de soins de santé pour les patients qui se remettent d’une chirurgie⁴⁶. Plus précisément, ce service offre des soins virtuels (p. ex. messagerie sécurisée, appels téléphoniques et vidéoconférence) comme modalité complémentaire de soins et méthode de communication entre les patients et leurs soignants, ce qui est associé à une plus grande satisfaction des patients, à une diminution des hospitalisations et à une plus grande efficacité du service.
- **L’Estonie** est un leader mondial dans la numérisation des opérations gouvernementales, allant du paiement des contraventions de stationnement aux services médicaux en ligne. Le gouvernement estonien a fait de la littératie numérique un élément clé de son programme d’enseignement, facilitant ainsi une meilleure compréhension et une confiance accrue à l’égard du système numérique⁴⁷. Le gouvernement estonien a également accordé la priorité au développement de la littératie chez les prestataires, exigeant des médecins et des infirmières qu’ils suivent des programmes de formation afin de s’assurer qu’ils sont à jour en ce qui a trait aux programmes et aux applications de soins de santé en constante évolution⁴⁸.
- **OMS : Le Bureau régional de l’Europe** a publié en 2019 une feuille de route⁴⁹ mettant en évidence les initiatives potentielles pour accroître la littératie en santé numérique. L’équité est au cœur de leurs efforts, qui s’appuient sur des plateformes et des programmes conviviaux pouvant être facilement

⁴³ Northwest Territories leads Canada in electronic medical record coverage, 2017. CMAJ, 189:E1469. doi : 10.1503/cmaj.109-5511

⁴⁴ Régie de la santé des Premières Nations, 2020. First Nations Virtual Doctor of the Day – Health Care Professionals.

<https://www.fnha.ca/what-we-do/ehealth/virtual-doctor-of-the-day/health-care-professionals>

⁴⁵ Tedesco, Eyryn. 2021. [Présentation to PPT Virtual Care Table] (Présentation à la Table fédérale-provinciale-territoriale sur les soins

virtuels et les solutions numériques). *First Nations Virtual Doctor of the Day Programs*. Régie de la santé des Premières Nations

⁴⁶ St. Joseph’s Healthcare, Hamilton. Integrated Comprehensive Care. <https://www.stjoes.ca/hospital-services/integrated-comprehensive-care-icc->

⁴⁷ E-Estonia, 2017. Creating the next generation of digital state developers. <https://e-estonia.com/creating-next-generation-of-digital-state-developers/>

⁴⁸ ERR News, 2020. Digital skills training to be provided for 500 family doctors and nurses. <https://news.err.ee/1031094/digital-skills-training-to-be-provided-for-500-family-doctors-and-nurses>

⁴⁹ Organisation mondiale de la Santé, 2019. Projet de feuille de route européenne de l’OMS pour la mise en œuvre d’initiatives en matière de littératie en santé à toutes les étapes de la vie.

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/409721/69wd14f_Rev.1_RoadmapOnHealthLiteracy_190323.pdf

adaptés en fonction des besoins des populations mal desservies. De manière plus générale, les initiatives de collecte de données, telles que la collecte de données par le biais d'enquêtes nationales, sont essentielles pour orienter les politiques futures et mettre au point des cadres en tenant compte des besoins des groupes minoritaires.

- Des chercheurs des **États-Unis** ont recommandé⁵⁰ de créer des plateformes de soutien aux soins virtuels pour les patients sourds et malentendants afin de surmonter les obstacles aux soins pendant et après la COVID-19. En outre, cet article recommande que les plateformes de soins virtuels tirent parti des mesures d'adaptation existantes pour les personnes en situation de handicap (p. ex. des tableaux de communication, du sous-titrage, des plateformes vidéo avec des options de clavardage en groupe pour les interprètes) afin de répondre aux besoins de leurs patients. Ces mesures inclusives contribuent à accroître l'aisance des personnes handicapées, à améliorer la protection des renseignements personnels et à diminuer de manière générale les erreurs médicales⁵¹.
- **L'Australie** a mis en œuvre des mesures visant à accroître l'accès équitable pour les populations autochtones³⁶. Ces mesures visent plus particulièrement à réduire les disparités en matière de santé entre les populations autochtones et non autochtones, qui découlent des difficultés d'accès à des soins de santé de qualité. À ce titre, les barrières linguistiques, le manque de littératie en santé numérique et l'accès général aux services de soins virtuels ont été au premier plan lors de la conception des services et des lignes directrices en matière de soins de santé. Cela comprend la conception d'applications conviviales et la collecte d'un plus grand nombre de données sur la santé des Autochtones en vue de politiques et d'interventions futures.

⁵⁰McKee, M., Moran, C., Zazove, P., 2020. Overcoming Additional Barriers to Care for Deaf and Hard of Hearing Patients During COVID-19. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;146(9):781-782. doi:10.1001/jamaoto.2020.1705

Infrastructure, interopérabilité et technologie

Un examen des politiques internationales et nationales montre qu'il est nécessaire de veiller à ce que l'infrastructure adéquate soit en place, ainsi que des systèmes interopérables et une technologie appropriée, pour permettre l'adoption et l'utilisation efficaces des soins virtuels. L'interopérabilité est définie comme « la capacité de deux ou plusieurs systèmes ou composants à échanger des renseignements et à utiliser ceux qui ont été échangés⁵¹ ». L'interopérabilité des données, inclusive et souple, qui permet l'échange de données sur la santé au sein de l'organisation, est une caractéristique essentielle des soins virtuels complets centrés sur le patient. En outre, l'interopérabilité au sein des systèmes de soins de santé et entre eux favorise la capacité à collecter de vastes ensembles de données, qui facilitent la prise de décision clinique, l'analyse, l'apprentissage automatique et l'intelligence artificielle⁴.

« Les soins virtuels se concentrent sur l'utilisation de la technologie pour soutenir les patients dans la communauté et pour leur fournir des soins directement. Bien utilisés, ils permettent d'accroître l'accès aux soins et peuvent considérablement améliorer l'expérience du patient. »

-- D^r Edward Brown (PDG fondateur, Réseau Télémédecine Ontario)

Les principales modalités de soins virtuels, à savoir le téléphone, la vidéo, la messagerie sécurisée et la surveillance à distance, associées à Internet haute vitesse, sont les éléments essentiels d'un environnement de soins virtuels mature.

- **Le Réseau de télésanté de l'Ontario** a permis d'augmenter le nombre de sites d'accès public à l'équipement de soins virtuels et au soutien d'un coordinateur de télémédecine formé – une initiative continue depuis plus de dix ans. Ils ont également collaboré avec des réseaux de soins de santé autochtones afin de fournir des équipements et un soutien aux communautés accessibles par avion pour les patients des régions éloignées.
- Au **Canada**, il existe diverses initiatives qui contribuent à réduire la fracture numérique pour les ménages à faible revenu. À l'échelle fédérale, dans le budget 2019, le gouvernement du Canada a annoncé un investissement de 1,75 milliard de dollars par le biais du Fonds pour la large bande universelle afin d'améliorer l'accès à Internet haute vitesse pour tous les Canadiens d'ici 2030⁵². Plus récemment, dans le budget 2021, le gouvernement fédéral a annoncé un milliard de dollars supplémentaires sur six ans pour le Fonds pour la large bande universelle, en vue d'accélérer la mise en œuvre des projets de haut débit. Autre exemple, l'initiative fédérale *Familles branchées* a investi 13,2 millions de dollars sur cinq ans, à partir de 2017-2018, pour aider les familles canadiennes qui ont du mal à se payer un accès à Internet à domicile.

⁵¹Lehne, M., Sass, J., Essenwager, A., Schepers, J. Thun, S., 2019. Why digital medicine depends on interoperability. NPJ Digi Med, 2(79),1-5, <https://www.nature.com/articles/s41746-019-0158-1>

⁵² Premier ministre du Canada, 2020. Offrir à tous les Canadiens un accès à Internet haute vitesse.

L'initiative *Branché sur le succès*, lancée par Rogers, offre Internet haute vitesse à faible coût aux locataires d'habitations subventionnées et aux personnes bénéficiant d'une aide aux personnes handicapées et d'un supplément de revenu en Ontario, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve-et-Labrador. *Internet pour l'avenir*^{MC} est un programme lancé par Telus en partenariat avec les gouvernements de la Colombie-Britannique et de l'Alberta, qui fournit un accès Internet abordable aux foyers monoparentaux à faible revenu. Certaines provinces, comme le Nouveau-Brunswick, la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse, prévoient de fournir des appareils aux personnes âgées dans les maisons de soins infirmiers pour leur permettre d'accéder aux soins virtuels et de lutter contre la solitude due à l'éloignement physique.

- **L'Estonie** utilise depuis 2008 un système national de soins de santé en ligne appelé « Estonian Nationwide Health Information System⁵³ ». L'Estonie attribue son succès retentissant à l'infrastructure numérique qui permet la transmission rapide et sécurisée des données entre tous les systèmes gouvernementaux. Le système unique et sécurisé de gestion des dossiers des patients permet aux prestataires de communiquer l'historique médical complet d'un patient, ce qui garantit la sécurité de celui-ci et l'efficacité des soins. Cela a été associé à une amélioration des résultats en santé, à moins d'erreurs médicales et à une augmentation de la satisfaction globale des patients⁵⁴.
- **L'Islande** a adopté l'utilisation d'un portail de santé pour les patients, convivial et gratuit, appelé *Heilsuvera*⁵⁴, pour des soins coordonnés et fluides entre tous les prestataires de soins de santé afin de faciliter l'autonomisation et la sécurité des patients, quelle que soit leur situation géographique. Les patients des régions rurales et urbaines peuvent accéder à leur dossier médical électronique et recevoir des soins de qualité grâce à ce portail de santé. Ce dossier unique comprend tous les renseignements, y compris les antécédents du patient, ses allergies, ses prescriptions, ses dossiers de vaccination et la programmation de ses futurs rendez-vous. Comme chaque patient a accès à son propre dossier médical électronique, il peut accéder à ses antécédents médicaux ainsi qu'à la documentation médicale correspondant à son état de santé⁵⁵. Non seulement cette plateforme interopérable permet de coordonner les services, mais elle permet également aux prestataires de recueillir et de suivre les résultats en matière de santé afin d'améliorer le système de soins de santé.
- **La Finlande** a également lancé un dossier médical électronique appelé *MASSÉ*⁵⁵, qui est conçu précisément pour les patients souffrant de maladies chroniques. Comme les patients nécessitant des soins chroniques ont besoin de services de soins de santé supplémentaires auprès de différents prestataires, un niveau supplémentaire de coordination est nécessaire. Bien que ce programme soit

⁵³ Health Europa, 2019. Learning from Estonian e-health system, <https://www.healtheuropa.eu/estonian-e-health-system/89750/>

⁵⁴ E-health services available for everyone and at all times in Iceland. Heilsuvera.IS.

<https://www.healthcareatdistance.com/media/1121/e-health-services-available-for-everyone-and-at-all-times-in-iceland.pdf>

⁵⁵Business Finland, 2020. Virtual Care Management Improves the Treatment of Chronic Diseases. Principle-based Recommendations for Equity

<https://www.businessfinland.fi/en/whats-new/news/2020/virtual-care-management-improves-the-treatment-of-chronic-diseases>

assez récent et encore en cours de développement, il vise à terme à coordonner les soins entre toutes les catégories de prestataires ainsi qu'à surveiller les problèmes de santé.

- Le département des Anciens combattants des **États-Unis**⁵⁶ donne la priorité aux soins à domicile en fournissant aux anciens combattants des appareils aux points de service connectés à des plateformes vidéo pour des soins virtuels. Les prestataires sont en mesure de procéder à des examens à distance en utilisant des périphériques connectés par Bluetooth, tels que des stéthoscopes et des tensiomètres, en sollicitant une participation minimale du patient. En l'absence de technologie à domicile, des points d'accès communautaires sont également disponibles pour garantir l'accès des anciens combattants aux soins. Au-delà des soins primaires, les centres de ressources cliniques régionaux offrent également des services de soins de santé adaptés aux besoins particuliers des anciens combattants, notamment des services de santé mentale et de réadaptation. Les centres de ressources sont généralement situés aux endroits où les soins en personne sont limités, ce qui a été associé à une augmentation de l'utilisation des services de santé mentale par les anciens combattants à faible revenu, souffrant de maladies chroniques, handicapés ou sans-abri⁵⁷. En outre, les consultations avec les patients ont permis de concevoir le système reposant sur des renseignements fiables, ce qui a favorisé un meilleur accès aux soins.

⁵⁶ Département des anciens combattants des États-Unis. VA Telehealth. <https://telehealth.va.gov/>

⁵⁷ Centers for Disease Control and Prevention, 2020. [Clinician Outreach and Communication Activity Webinar]. Impact of Telehealth on Health Equity Perspective of Large Healthcare Systems during COVID-19.

SECTION 3 : PRINCIPES DE CONCEPTION DE HAUT NIVEAU

L'élaboration des *Principes de conception* pour l'équité en matière de soins virtuels de haut niveau s'est appuyée sur les résultats décrits dans les sections 1 et 2, sur une enquête interne, ainsi que sur les contributions écrites et les délibérations ultérieures de l'équipe spéciale. L'équipe spéciale a reconnu qu'une priorité dans l'élaboration des principes de conception était le besoin d'une **vision nationale** et d'un cadre pour des soins équitables, et la nécessité de passer d'une approche centrée sur le prestataire à **une approche centrée sur le patient et le soignant en santé numérique**.

Ces principes de conception de haut niveau définissent les éléments clés d'une vision nationale des soins virtuels équitables. L'équité en matière de soins virtuels est considérée comme un sous-ensemble de l'équité en santé numérique, et se définit comme la « *prestation de services de santé équitable utilisant les outils de communication ou d'information numériques pour la collecte, l'échange et l'utilisation de renseignements relatifs à la santé aux fins de la promotion de soins de qualité* ».

Les principes de conception sont répartis en cinq domaines, suivis de sous-principes. Les cinq domaines sont les suivants :

- Vision pancanadienne
- Approche centrée sur le patient et le soignant
- Compétence des prestataires
- Technologie
- Surveillance et évaluation

Principes de conception de l'équité en matière de soins virtuels

1. Il existe une **vision pancanadienne** commune et acceptée de l'équité en santé numérique.
 - a. Il existe une définition pancanadienne commune et acceptée de l'équité en santé numérique.
 - b. L'équité en santé numérique est essentielle à la qualité des soins virtuels, les autres domaines étant la sécurité, l'efficacité, le rendement, la rapidité et les soins centrés sur le patient.
 - c. Les principes de conception des soins virtuels devraient s'aligner sur la vision pancanadienne de l'équité en santé numérique et la soutenir, et prévoir un engagement à offrir des soins de santé universels et équitables.
 - d. Les règlements, les normes, les politiques et la législation en matière de soins de santé seront conformes à cette vision de l'équité en santé numérique au Canada.

« Les soins virtuels ont le pouvoir et la capacité non seulement d'améliorer les soins aux patients – d'améliorer l'accès aux soins – ils peuvent également rendre les pratiques des médecins plus efficaces. »

-- D^{re} Gigi Osler (présidente de l'AMC, 2019-2020; professeure, Université du Manitoba; chirurgienne ORL)

- e. Les soins virtuels seront intégrés aux soins de santé financés par l'État et soutenus par eux.
2. Tous les résidents du Canada, indépendamment de leur âge, de leur race, de leur origine ethnique, de leur genre, de leur orientation sexuelle, de leur lieu de résidence, de leur revenu, de leur logement, de leur éducation, d'un handicap, de leur foi, de leur état de santé, de leur citoyenneté, de leur culture, de conditions stigmatisantes et d'autres caractéristiques sociodémographiques, bénéficieront de la conception de soins virtuels **centrés sur les patients et les soignants**.
- a. Les patients de diverses communautés seront représentés de manière significative à tous les niveaux de surveillance de la conception, de la mise en œuvre et de la gestion des soins virtuels.
 - b. Le service de soins virtuels sera conçu de manière inclusive avec la participation active de *groupes mal desservis* afin d'en garantir l'adéquation et la pertinence pour leurs communautés.
 - c. Tous les patients auront accès à une formation et à des ressources de connaissances pour améliorer et renforcer leurs connaissances en matière de santé numérique, d'une façon qui réponde à leurs divers besoins.
 - d. Tous les Canadiens auront la propriété de leurs données complètes et composites liées aux services de santé et sociaux, et y auront accès.
 - e. Tous les Canadiens disposeront de leurs données de santé complètes tout au long de leur parcours de soins longitudinal.
 - f. Tous les patients et leurs soignants auront accès à des soins virtuels en équipe et seront reconnus et traités comme des membres centraux de leur équipe.
3. Les professionnels de la santé auront les **compétences** pour fournir des soins virtuels équitables
- a. La compétence des professionnels de la santé pour fournir des soins virtuels appropriés et équitables sera assurée par l'éducation, la formation, l'autorisation d'exercer et la réglementation.
 - b. Les soins complets en équipe soutenant la continuité des soins sont reconnus comme une composante essentielle des soins virtuels équitables.
 - c. La compétence des professionnels de la santé pour fournir des soins virtuels équitables sera rendue possible par des plateformes conçues de manière cohérente qui favorisent la facilité d'utilisation et limitent l'épuisement des prestataires.

4. Le soutien aux infrastructures et à la **technologie** des soins virtuels favorisera l'équité en santé numérique.
 - a. Tous les Canadiens, y compris les patients et les prestataires de soins, auront un accès sécuritaire, à Internet haute vitesse abordable, ainsi qu'aux technologies de soins virtuels nécessaires pour éliminer la fracture numérique.
 - b. Les plateformes technologiques de soins virtuels seront interopérables ou intégrées sur le plan fonctionnel pour permettre la transmission efficace des renseignements à tous les Canadiens, conformément aux normes établies en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité des patients.
 - c. L'acquisition de technologies de soins virtuels devrait suivre des normes pancanadiennes établies qui respectent l'équité en santé numérique.
 - d. L'équité en santé numérique, en tant que sous-ensemble de la qualité numérique des soins, devrait contribuer à orienter les exigences technologiques.
5. La collecte et le partage de données pour **la surveillance et l'évaluation** des soins virtuels en vue d'établir les indices d'équité en santé numérique favoriseront la transparence, la responsabilité et l'amélioration continue de la qualité.
 - a. La collecte et le partage des données doivent être conformes aux principes établis de contrôle par les patients et les communautés, et conformes à leurs divers besoins, y compris les principes de gouvernance des données des Premières Nations au sujet de la propriété, du contrôle, de l'accès et de la possession.
 - b. La collecte de données doit tenir compte de l'importance des données de sources multiples, dont certaines proviennent de l'extérieur du domaine des soins de santé traditionnels, et la promouvoir, afin de broser un tableau précis de la mosaïque diversifiée des soins de santé au Canada.

SECTION 4 : RECOMMANDATIONS PRAGMATIQUES

Le produit livrable final de l'équipe spéciale sur l'équité en matière de soins virtuels était de rédiger des recommandations concrètes pour concrétiser la vision fondée sur les principes des soins virtuels pancanadiens. Les recommandations sont le sous-produit des conclusions décrites dans les sections 1, 2 et 3 du présent rapport, d'une enquête interne auprès des membres du comité et d'une revue de la littérature de haut niveau. Les recommandations sont classées selon les cinq domaines des principes de conception.

Principe 1 : Il existe une *vision pancanadienne* commune et acceptée de l'équité en santé numérique.

Recommandation 1

- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux travaillent en collaboration avec les parties prenantes représentatives, y compris les patients, et les groupes autochtones pour :
 1. Mettre en place un groupe de travail pancanadien sur l'équité en matière de santé numérique qui :
 - a. Établit un modèle de surveillance et de responsabilisation pancanadien en matière d'équité en santé numérique.
 - b. Établit un accord national sur l'équité en santé numérique.
 - c. Établit une définition pancanadienne commune et acceptée de l'équité en matière de santé numérique.
 - d. Établit un cadre pragmatique pour l'harmonisation pancanadienne des lois, des règlements, des normes et des politiques en matière de soins de santé afin de soutenir la vision d'une équité canadienne en matière de santé numérique.
 - e. Réalise une analyse de rentabilité pour un système de soins virtuels entièrement équitable au Canada.
 - f. Relève de la Table FPT sur les soins virtuels et les outils numériques.

Principe 2 : Tous les résidents du Canada, indépendamment de leur âge, de leur race, de leur origine ethnique, de leur genre, de leur orientation sexuelle, de leur lieu de résidence, de leur revenu, de leur logement, de leur éducation, d'un handicap, de leur foi, de leur état de santé, de leur citoyenneté, de leur culture, de conditions stigmatisantes et d'autres caractéristiques sociodémographiques, bénéficieront de la conception de soins virtuels *centrés sur les patients et les soignants*.

Recommandation 2

2. Le groupe de travail pancanadien sur l'équité en matière de santé numérique proposé ci-dessus :
 - a. Inclura une représentation significative des personnes issues de groupes traditionnellement mal desservis.
 - b. Reconnaîtra l'obligation de concevoir les soins virtuels de manière à ce que tous les résidents du Canada, y compris ceux qui sont traditionnellement mal desservis, puissent en bénéficier.
 - c. Travaillera avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les partenaires de l'industrie, les patients, les prestataires et les autres parties prenantes pour :
 - I. Promouvoir la littératie des patients en matière de soins virtuels par la création de ressources de formation et de connaissances.
 - II. Promouvoir les normes de conception des soins virtuels qui sont reconnus :
 - i. Appropriation par les patients de leurs données de santé et accès rapide;
 - ii. Intégration des données de santé centrées sur le patient;
 - iii. Soins virtuels en équipe.

Principe 3 : Les prestataires de soins de santé auront les *compétences* pour fournir des soins virtuels équitables.

Recommandation 3

3. Le groupe de travail pancanadien sur l'équité en matière de santé numérique proposé ci-dessus :
 - a. Élaborera un modèle de compétences de base pour des soins virtuels équitables à promouvoir auprès de toutes les facultés d'enseignement des professionnels de la santé et des organismes de certification, ainsi qu'un guide de ressources pouvant servir de base à l'élaboration de programmes d'études pour le premier cycle, les cycles supérieurs et la formation professionnelle continue.
 - b. Tirera parti des meilleures pratiques d'autres pays en matière d'éducation à l'ère numérique.

- c. Établira des partenariats avec des collèges professionnels et des groupes d'éducation afin de promouvoir des programmes d'études et de formation en soins virtuels à l'intention des prestataires.
- d. Élaborera un cadre pour le travail d'équipe interprofessionnel afin de soutenir les soins virtuels pancanadiens équitables.
- e. Travaillera avec les organismes d'accréditation, les associations et organisations propres au secteur pour promouvoir la compétence du personnel en matière d'équité des soins virtuels.

Principe 4 : Soutenir les infrastructures et les *technologies* de soins virtuels qui favorisent l'équité en santé numérique.

Recommandation 4

- 4. Le groupe de travail pancanadien sur l'équité en matière de santé numérique proposé ci-dessus :
 - a. S'appuiera sur Innovation, Sciences et Développement économique Canada et travailler avec lui pour faire en sorte que les Canadiens, y compris ceux qui vivent dans des zones rurales et éloignées, aient accès à une connexion Internet haute vitesse fiable d'ici 2030.
 - b. Travaillera avec les partenaires concernés, pour mener un examen et établir des recommandations pour un accès équitable à des services Internet haute vitesse *abordables* pour toutes les personnes vivant au Canada.
 - c. Collaborera avec les partenaires appropriés dans divers secteurs pour favoriser les interfaces technologiques qui encouragent une conception accessible pour les personnes ayant des besoins particuliers (y compris, mais sans s'y limiter, les barrières linguistiques et les handicaps).
 - d. Collaborera avec les partenaires concernés de divers secteurs pour établir un plan visant à promouvoir l'accès universel aux soins virtuels pour ceux qui n'ont pas un accès suffisant à la technologie, à la bande large, aux compétences numériques ou à d'autres facteurs, y compris, mais sans s'y limiter, l'utilisation potentielle de kiosques de soins virtuels orientés vers le public.
 - e. Établir et promouvoir des normes d'approvisionnement qui favorisent l'équité dans les services de soins virtuels.

- f. Promouvoir l'intégration technique pancanadienne de la technologie pour soutenir les soins équitables.

Principe 5 : La collecte et le partage de données pour *le suivi et l'évaluation* des soins virtuels pour les indices d'équité numérique en matière de santé favoriseront la transparence, la responsabilité et l'amélioration continue de la qualité.

Recommandation 5

- 5. Le groupe de travail pancanadien sur l'équité en matière de santé numérique proposé ci-dessus :
 - a. Collaborera avec les organisations de santé pancanadiennes et d'autres organisations telles que le Centre d'évaluation de la santé numérique afin de recueillir des données comparables pour mesurer et évaluer l'équité des soins virtuels à l'aide d'indicateurs de base selon des principes établis de contrôle par le patient et la communauté, y compris les principes de gouvernance des données des Autochtones (propriété, contrôle, accès et possession).
 - b. S'associera à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en collaboration avec les provinces et les territoires pour faire régulièrement rapport sur l'équité dans les soins virtuels.
 - c. S'associera à Statistique Canada pour recueillir des statistiques sur l'équité en santé numérique et les soins virtuels, par le biais de son Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.
 - d. Ciblera les lacunes dans les données relatives à l'équité dans les soins virtuels pour certaines populations, y compris, mais sans s'y limiter, les populations autochtones, et cherchera à les combler.
 - e. Cherchera à déterminer les obstacles législatifs et politiques qui entravent le partage des données relatives à l'équité des soins virtuels.
 - f. Fera la promotion de l'utilisation de mesures et de repères normalisés pour la collecte de stratificateurs de soins virtuels fondés sur l'équité dans tout le Canada.

CONCLUSION

L'intérêt sans précédent pour les soins virtuels, catalysé par l'avènement de la pandémie de COVID-19, a incité à mettre l'accent sur l'équité en santé, ce qui aurait dû être fait depuis longtemps. La technologie numérique en matière de santé n'est pas une panacée; elle a la capacité d'amplifier ou de réduire les inégalités préexistantes dans les services de santé, selon la manière dont elle est déployée et soutenue. Pour s'assurer que la technologie numérique en matière de santé optimise l'équité dans les services de santé, des paramètres clairs de conception fondée sur la qualité doivent être établis sur la base des données probantes et des meilleures pratiques.

« [L'équité en santé numérique est] essentielle à notre réussite et à la pérennité de la santé numérique en général. »

--D^r Jorge Rodriguez (chercheur en matière d'équité pour la technologie sanitaire et hospitaliste au département de médecine interne générale au Brigham and Women's Hospital.)

L'engagement à fournir des services de santé équitables comporte l'obligation de garantir l'absence de différences évitables ou remédiables entre les groupes de personnes, que ces groupes soient définis sur le plan social, économique, démographique ou géographique. Dans le contexte canadien, cela signifie qu'indépendamment de son emplacement au sein de la fédération, de sa langue ou de sa tradition culturelle, la personne peut bénéficier de l'accès à des niveaux équitables de services de santé.

Il est très difficile de promouvoir l'équité des services de soins virtuels si les paramètres politiques et technologiques qui soutiennent l'équité ne sont pas définis, approuvés et largement appliqués dans la pratique. Malheureusement, c'est la pratique actuelle au Canada, où – aussi bien intentionnée soit-elle – une approche fragmentée de la conception des soins virtuels est la norme, favorisant une grande variation dans l'architecture du système, la capacité et la prestation des services, et exacerbant potentiellement les inégalités en matière de santé. Il est fort probable que le service de soins virtuels offert à une personne vivant dans un endroit donné au Canada soit très différent de celui offert dans un autre endroit, car la conception du service ne repose sur aucune norme de qualité des soins fondée sur des données probantes, y compris l'équité.

L'équipe spéciale sur l'équité a entrepris de définir des principes de haut niveau pour l'équité des soins virtuels qui peuvent servir de référence d'excellence pour la conception de systèmes de soins virtuels. Les principes de conception forment un ensemble de politiques ambitieuses qui orientent la conception fondée sur l'équité, et peuvent servir de terrain commun; un point de référence autour duquel les membres constitutifs de la fédération peuvent se réunir pour encadrer et uniformiser leurs approches de l'équité en santé numérique. L'alignement de la politique des soins virtuels autour d'un objectif commun favorisera une approche unifiée de la conception et du déploiement des services, des économies d'échelle, ainsi que l'équité et la transportabilité des services de soins virtuels.

À cette fin, la principale recommandation de ce rapport est la création d'un *groupe de travail pancanadien sur l'équité en santé numérique* qui dirige et coordonne la mise en œuvre des recommandations dans

cinq domaines thématiques : une vision pancanadienne de l'équité en santé numérique, la conception de soins virtuels centrés sur les patients et les soignants, la culture numérique en santé pour les prestataires, l'infrastructure et la technologie des soins virtuels, et la collecte de données pour une amélioration continue. Sans un engagement général des services de santé envers des principes définis et consensuels de soins équitables, l'équité en matière de santé restera un artefact théorique plutôt qu'une réalité pratique.

ANNEXE A: Liste des présentations d'experts

Mise à jour de l'Institut canadien d'information sur la santé, d'Inforoute Santé du Canada et de l'Institute for Health System Solutions and Virtual Care du Women's College Hospital sur leurs travaux relatifs à l'équité :

- **Shivani Chandra**, coordonnatrice de la recherche sur les politiques III, le Women's College Hospital Institute for Health System Solutions and Virtual Care (WIHV) et coprésidente du comité sur l'équité du WIHV; **D^r James Shaw**, scientifique, Women's College Research Institute, Women's College Hospital Institute for Health System Solutions and Virtual Care; **D^r Sacha Bhatia**, responsable de la santé des populations et des soins fondés sur la valeur, Santé Ontario (ancien directeur de l'Institute for Health System Solutions and Virtual Care [WIHV] du Women's College Hospital).
- **Sara Allin**, chercheuse principale, Santé de la population, Institut canadien d'information sur la santé.
- **Waldo Beauséjour**, analyste, Analyse de la performance, Inforoute Santé du Canada

Présentation sur les soins virtuels dans le programme des écoles de médecine :

- **D^{re} Anna Karwowska**, vice-présidente, Éducation, Association des facultés de médecine du Canada

Présentation sur les soins virtuels adaptés sur le plan culturel :

- **D^r Alika Lafontaine**, médecin autochtone, président élu de l'Association médicale canadienne.

Présentation sur l'équité en matière de santé numérique dans une optique rurale :

- **Kirsten Mattison**, directrice générale, Centre de développement économique rural, Infrastructure Canada
- **Allison Wildgust**, gestionnaire de la collaboration, Centre de développement économique rural, Infrastructure Canada