

Rapports sur la santé

L'utilisation des soins virtuels au Canada : variations selon les facteurs sociodémographiques et les facteurs liés à la santé

par Kristyn Frank et Danielle Bader

Date de diffusion : le 19 novembre 2025



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par la ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par la ministre de l'Industrie, 2025

L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

L'utilisation des soins virtuels au Canada : variations selon les facteurs sociodémographiques et les facteurs liés à la santé

par Kristyn Frank  et Danielle Bader 

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202501100002-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

La pandémie de COVID-19 a changé la façon dont les Canadiens ont eu recours aux soins de santé, faisant augmenter leur utilisation des services virtuels. Bien que le recours aux soins virtuels ait diminué après la fin des mesures de confinement liées à la pandémie, il continue de jouer un rôle important dans la prestation des soins de santé. Il faut plus de renseignements sur les variations de l'utilisation des soins virtuels selon les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques liées à la santé.

Données et méthodes

Les données de l'Enquête sociale canadienne — Qualité de vie, soins de santé virtuels et confiance, de 2023, ont été utilisées. Des statistiques descriptives ont permis d'estimer les types de rendez-vous pour des soins de santé que les personnes avaient eus au cours des 12 derniers mois, l'accès aux soins virtuels, les types de fournisseurs de soins de santé consultés de façon virtuelle et les raisons pour lesquelles les personnes ont refusé des rendez-vous virtuels. Des analyses multivariées ont permis d'examiner si des caractéristiques sociodémographiques et des caractéristiques liées à la santé étaient associées à l'utilisation des soins virtuels par les patients.

Résultats

Plus de la moitié des patients (57,5 %) ont eu des rendez-vous en personne seulement, 5,3 % ont eu des rendez-vous virtuels seulement et plus du tiers (37,2 %) ont eu les deux types de rendez-vous. Parmi les personnes qui ont cherché à obtenir des soins virtuels ou à qui des soins virtuels ont été offerts, 78,5 % ont eu un rendez-vous virtuel. La plupart des utilisateurs de soins virtuels ont consulté un médecin de famille, un médecin généraliste ou un infirmier praticien seulement (62,1 %). Un niveau de scolarité plus élevé, le fait de ne pas avoir de fournisseur habituel de soins de santé ainsi que la multimorbidité étaient associés positivement à l'utilisation de soins virtuels. Le fait d'être plus à l'aise lors des rendez-vous en personne était la raison la plus courante du refus des soins virtuels.

Interprétation

Bien que de nombreuses personnes au Canada aient eu recours à des soins virtuels, seule une faible proportion d'entre elles ont eu des rendez-vous virtuels seulement. L'utilisation des soins virtuels variait selon certains facteurs sociodémographiques et facteurs liés à la santé, comme le niveau de scolarité et la multimorbidité. Les obstacles technologiques n'étaient pas une raison courante pour refuser des rendez-vous virtuels.

Mots clés

équité en santé, accessibilité aux services de santé, télémédecine, soins de santé virtuels

AUTEURES

Kristyn Frank et Danielle Bader travaillent à la Division de l'analyse et de la modélisation de la santé à Statistique Canada.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Au Canada, l'utilisation des services virtuels de soins de santé a augmenté considérablement pendant la pandémie de COVID-19 et, en avril 2020, 61 % de toutes les consultations médicales liées à la COVID-19 ont eu lieu de façon virtuelle, tout comme 54 % des consultations pour d'autres motifs.
- Le recours aux soins virtuels a diminué après la fin des mesures de confinement liées à la pandémie en 2020, mais il demeure plus élevé qu'avant la pandémie.
- Des facteurs sociodémographiques et des facteurs liés à la santé comme l'âge, le genre, l'état matrimonial, le revenu, la région géographique et la situation vis-à-vis de l'incapacité sont associés à des inégalités en matière d'accès aux services de soins de santé, mais l'on en sait moins sur leur rôle dans l'accès aux soins virtuels.

Ce qu'apporte l'étude

- Parmi les personnes qui ont eu des rendez-vous pour des soins de santé au cours des 12 derniers mois, 5 % ont eu des rendez-vous virtuels seulement et plus de la moitié ont eu des rendez-vous en personne seulement. Plus du tiers ont eu des rendez-vous virtuels et des rendez-vous en personne.
- Les niveaux de scolarité plus élevés, le fait de ne pas avoir de fournisseur habituel de soins de santé ainsi que la multimorbidité étaient associés positivement à l'utilisation de soins virtuels.
- Moins de 1 patient sur 10 a refusé un rendez-vous virtuel; parmi ceux qui en ont refusé un, le fait d'être plus à l'aise lors des rendez-vous en personne était la raison la plus courante.

La pandémie de COVID-19 a changé la façon dont les Canadiens ont eu accès aux soins de santé¹, faisant augmenter considérablement leur utilisation des services virtuels. En 2019, de 2 % à 11 % des services aux patients étaient virtuels, selon la province². Pendant les mesures de confinement liées à la pandémie en avril 2020, les consultations virtuelles ont représenté 61 % de toutes les consultations médicales liées à la COVID-19 et 54 % des autres types de consultations³. Les soins virtuels étaient considérés comme une façon novatrice de maintenir l'accès aux soins tout en réduisant le risque d'infection pendant la pandémie^{4,5}, et les provinces ont facilité l'expansion des services virtuels en modifiant les codes de facturation ou en créant de nouveaux codes de facturation⁶.

Le recours aux soins virtuels a diminué après la fin des premières mesures de confinement en 2020^{2,7}, mais il a continué de jouer un rôle important dans la prestation de soins de santé⁸. Même si certaines provinces ont recommencé à accorder la priorité aux soins en personne et ont modifié le remboursement des rendez-vous virtuels⁹, l'utilisation des soins virtuels demeure plus élevée qu'avant la pandémie¹⁰. En 2020, première année de la pandémie, les médecins du Canada ont fourni 32 % de leurs services de façon virtuelle, les médecins de famille, 42 % de leurs services et les médecins spécialistes, 23 % de leurs services¹¹. En 2023, un tiers des Canadiens ont déclaré avoir reçu des soins primaires de façon virtuelle¹².

Malgré les avantages que présente le recours aux soins virtuels, des questions ont été soulevées sur la façon dont un tel changement dans les soins peut aggraver les inégalités existantes en matière de santé^{4,7,13}. Le rôle des déterminants

sociaux de la santé, comme l'âge, le genre, l'état matrimonial, le revenu, la région géographique et la situation vis-à-vis de l'incapacité, a été établi dans la documentation sur l'accès aux soins de santé^{4,14}. S'appuyant sur cette documentation, le cadre d'équité en matière de soins de santé numériques énumère des caractéristiques des patients, des collectivités, des systèmes de santé et des technologies de l'information qui représentent des facteurs pouvant créer des inégalités dans l'accès aux soins virtuels^{5,15}. Un élément important est le « fossé numérique », qui peut créer des obstacles aux soins de santé en raison des différences dans les compétences numériques et de l'accès inégal à la technologie^{5,7,13,14}.

Les défis d'ordre technologique, comme la littératie numérique et l'accès à une connexion Internet fiable, peuvent empêcher des personnes d'avoir recours à des soins virtuels^{16,17} et sont considérés comme des « super déterminants sociaux de la santé » parce qu'ils recoupent des facteurs tels que le revenu, le niveau de scolarité et l'âge^{18,19}. Des études antérieures révèlent que l'âge plus avancé, l'appartenance à une minorité ethnique et les faibles niveaux de revenu et de scolarité sont associés à un recours moins fréquent aux soins virtuels^{7,14}. Des études canadiennes ont également permis de constater que les déficiences cognitives ou physiques peuvent créer des obstacles supplémentaires à l'accès aux services virtuels⁷. En outre, les patients à faible revenu et en moins bonne santé et ceux qui sont de nouveaux immigrants ont déclaré être moins à l'aise avec les soins virtuels²⁰. L'examen de la relation entre la multimorbidité et l'intérêt des patients pour les soins virtuels a toutefois donné lieu à des constatations contradictoires^{21,22}.

L'objectif principal de la présente étude est de fournir des renseignements récents sur l'utilisation des soins virtuels au Canada et d'établir si elle varie selon les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques liées à la santé. L'étude contribue à la documentation parce que les caractéristiques sociodémographiques des patients, comme l'appartenance à un groupe racisé et le niveau de scolarité, ne sont généralement pas recueillies par les cliniciens⁴. Plusieurs aspects de l'utilisation des soins virtuels sont examinés, notamment le type de rendez-vous pour des soins de santé que les patients ont eu au cours des 12 derniers mois (en personne seulement, de façon virtuelle seulement ou les deux) et les variations selon les facteurs sociodémographiques et les facteurs liés à la santé. Parmi les personnes qui ont cherché à obtenir des soins virtuels ou à qui des soins virtuels ont été offerts au cours des 12 derniers mois, la probabilité d'avoir eu un rendez-vous virtuel et les variations selon les facteurs sociodémographiques et les facteurs liés à la santé ont été examinées. Les types de fournisseurs de soins de santé que les patients ont consultés de façon virtuelle et les raisons pour lesquelles des rendez-vous virtuels ont été refusés sont également examinés.

Données et méthodes

Les données de l'Enquête sociale canadienne — Qualité de vie, soins de santé virtuels et confiance (ESC-QVSSVC) de 2023

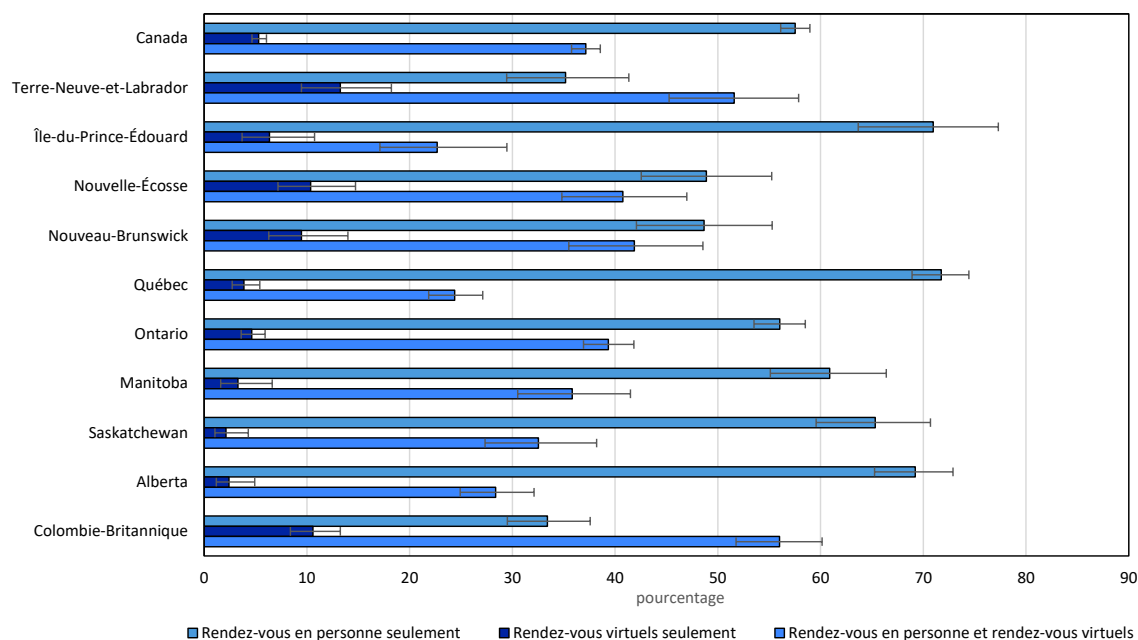
ont été utilisées. L'enquête a permis de recueillir des renseignements sur la prestation de soins virtuels, la qualité de vie et le bien-être financier auprès des personnes au Canada du 14 juillet au 7 septembre 2023. L'ESC-QVSSVC repose sur un plan transversal, et l'échantillon est stratifié à deux degrés. Au premier degré, on a échantillonné 20 000 logements qui ont été sélectionnés de façon probabiliste. Cet échantillon a ensuite été stratifié par province et par nombre anticipé de membres du ménage âgés de 15 ans et plus. Au deuxième degré, une personne de chaque ménage a été sélectionnée au hasard.

L'ESC-QVSSVC reposait sur une stratégie de collecte de données multimodale : les répondants pouvaient participer à l'enquête par interview téléphonique ou y participer de façon autonome en ligne au moyen d'un questionnaire électronique. Les interviews téléphoniques ont été menées par des intervieweurs professionnels qui avaient reçu une formation sur l'enquête. La participation était volontaire. Le taux de réponse a été de 51,7 %.

L'échantillon de l'ESC-QVSSVC était constitué de personnes de 15 ans et plus ne vivant pas en établissement et vivant hors réserve dans les 10 provinces. L'enquête ne visait pas les résidents du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, les résidents des réserves, et les résidents à temps plein en établissement. La taille totale de l'échantillon était de 9 288 personnes. Cependant, les échantillons utilisés pour différentes parties de l'analyse variaient.

Graphique 1

Pourcentage de personnes qui ont eu des rendez-vous en personne seulement, des rendez-vous virtuels seulement, ou des rendez-vous en personne et des rendez-vous virtuels au cours des 12 derniers mois, Canada, 2023



Source : Enquête sociale canadienne — Qualité de vie, soins de santé virtuels et confiance, 2023.

Tableau 1

Résultats de la régression multinomiale, probabilité d'avoir eu des rendez-vous virtuels seulement ou à la fois des rendez-vous en personne et des rendez-vous virtuels comparativement aux rendez-vous en personne seulement, personnes qui ont eu un rendez-vous pour des soins de santé au cours des 12 derniers mois, 2023

	Type de rendez-vous					
	Rendez-vous virtuels seulement			Rendez-vous virtuels et rendez-vous en personne		
	coefficient (logarithme de la probabilité)	Intervalle de confiance de 95 % de à		coefficient (logarithme de la probabilité)	Intervalle de confiance de 95 % de à	
Groupe d'âge						
15 à 24 ans [†]	...	...	...	...	...	...
25 à 34 ans	0,18	-0,68	1,04	0,04	-0,32	0,40
35 à 44 ans	0,42	-0,41	1,25	0,26	-0,10	0,62
45 à 54 ans	0,13	-0,73	0,99	0,19	-0,17	0,54
55 à 64 ans	0,06	-0,81	0,93	-0,10	-0,45	0,25
65 à 74 ans	-0,03	-0,96	0,90	-0,27	-0,65	0,12
75 ans et plus	-0,50	-1,59	0,58	-0,53 *	-0,95	-0,11
Genre						
Hommes [†]	...	...	...	...	...	...
Femmes [†]	-0,03	-0,35	0,29	0,29 ***	0,15	0,43
État matrimonial						
Marié(e) ou vivant en union libre [†]	...	...	...	...	...	...
Célibataire (jamais marié(e))	-0,05	-0,59	0,48	-0,06	-0,27	0,16
Séparé(e), divorcé(e) ou veuf(ve)	-0,16	-0,57	0,25	-0,18 *	-0,35	-0,01
Statut d'immigrant						
Non-immigrant(e) (personne née au Canada) [†]	...	...	...	...	...	...
Immigrant(e) ou résident(e) non permanent(e)	-0,09	-0,50	0,33	0,03	-0,18	0,23
Groupe de population						
Groupe non racisé et non autochtone [†]	...	...	...	...	...	...
Sud-Asiatique	0,03	-0,61	0,67	-0,04	-0,40	0,31
Chinois	-0,74 *	-1,41	-0,07	-0,02	-0,36	0,32
Noir	-0,37	-2,26	1,52	0,04	-0,41	0,50
Philippin	-0,63	-7,17	5,91	-1,05 ***	-1,53	-0,58
Arabe	0,27	-2,44	2,97	-0,31	-0,96	0,33
Latino-Américain	-0,10	-3,84	3,64	-0,50	-1,03	0,03
Asiatique du Sud-Est	-0,61	-11,21	9,99	-0,62	-1,30	0,07
Autres groupes racisés	-1,42	-8,10	5,26	-0,06	-0,49	0,37
Autochtone	-0,25	-1,07	0,57	-0,01	-0,48	0,45
Niveau de scolarité						
Diplôme d'études secondaires ou niveau de scolarité inférieur [†]	...	...	...	...	...	...
Certificat d'une école de métiers, diplôme d'un collège ou d'un cégep, ou certificat universitaire inférieur à un baccalauréat	0,38	-0,01	0,78	0,26 **	0,10	0,43
Grade universitaire	0,66 **	0,25	1,07	0,52 ***	0,34	0,70
Orientation sexuelle						
Hétérosexuel [†]	...	...	...	...	...	...
LGB+	0,50	-0,18	1,18	0,15	-0,19	0,49
Appartenance à la population urbaine ou rurale						
Population urbaine [†]	...	...	...	...	...	...
Population rurale	-0,44 *	-0,86	-0,03	-0,17	-0,35	0,01
Province						
Ontario [†]	...	...	...	...	...	...
Terre-Neuve-et-Labrador	1,49 ***	0,96	2,02	0,76 ***	0,43	1,09
Île-du-Prince-Édouard	-0,15	-0,90	0,61	-0,78 ***	-1,18	-0,37
Nouvelle-Écosse	0,91 **	0,36	1,46	0,11	-0,20	0,42
Nouveau-Brunswick	0,82 **	0,24	1,39	0,18	-0,13	0,50
Québec	-0,59 *	-1,07	-0,10	-0,70 ***	-0,89	-0,51
Manitoba	-0,37	-1,22	0,49	-0,17	-0,46	0,12
Saskatchewan	-0,93	-2,58	0,72	-0,32 *	-0,60	-0,03
Alberta	-0,88 *	-1,69	-0,08	-0,55 ***	-0,76	-0,33
Colombie-Britannique	1,38 ***	0,97	1,80	0,95 ***	0,72	1,19
Capacité de répondre aux besoins du ménage (bien-être financier)						
Facile ou très facile [†]	...	...	...	...	...	...
Difficile ou très difficile	0,23	-0,12	0,59	0,16	-0,01	0,33
Ni facile ni difficile	-0,13	-0,47	0,21	0,00	-0,16	0,17
Activité principale						
Emploi rémunéré [†]	...	...	...	...	...	...
À la retraite	-0,21	-0,68	0,25	0,06	-0,16	0,28
Autre (pas d'emploi rémunéré et pas à la retraite)	-0,38	-0,85	0,09	0,01	-0,18	0,20
Situation vis-à-vis de l'incapacité						
Ne déclare pas être une personne ayant une incapacité [†]	...	...	...	...	...	...
Déclare être une personne ayant une incapacité	-0,16	-0,77	0,44	0,22 *	0,02	0,42
A un fournisseur habituel de soins de santé						
Oui [†]	...	...	...	...	...	...
Non	0,72 ***	0,38	1,07	-0,23 *	-0,45	-0,02
Nombre de problèmes de santé chroniques						
Aucun [†]	...	...	...	...	...	...
Un	0,21	-0,12	0,55	0,63 ***	0,45	0,80
Deux ou plus	0,46 *	0,07	0,85	0,92 ***	0,74	1,11

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] catégorie de référence pour les variables explicatives

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,05)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,01)

*** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,001)

Notes : La catégorie de référence pour le type de rendez-vous dans le modèle multinomial est celle des rendez-vous en personne seulement. LGB+ = lesbienne, gai, bisexuel ou orientation sexuelle non classée ailleurs.

Source : Enquête sociale canadienne — Qualité de vie, soins de santé virtuels et confiance, 2023.

Pour établir les types de rendez-vous pour des soins de santé que les personnes avaient eus, l'échantillon se limitait aux personnes qui avaient eu des rendez-vous en personne ou des rendez-vous virtuels au cours des 12 derniers mois (n = 7 685). Pour déterminer si les personnes ont eu recours à des soins virtuels, l'échantillon se limitait aux personnes qui avaient cherché à obtenir un rendez-vous virtuel ou à qui un rendez-vous virtuel avait été offert au cours des 12 derniers mois (n = 4 032). Pour examiner les types de fournisseurs de soins de santé qui avaient été consultés de façon virtuelle, l'échantillon ne comprenait que les personnes qui avaient eu un rendez-vous virtuel au cours des 12 derniers mois précédents (n = 3 410). Enfin, pour déterminer les raisons pour lesquelles les patients n'ont pas eu recours à des services virtuels, l'échantillon se limitait aux personnes qui avaient refusé un rendez-vous virtuel au cours des 12 derniers mois (n = 302).

Mesures

Caractéristiques sociodémographiques et caractéristiques liées à la santé

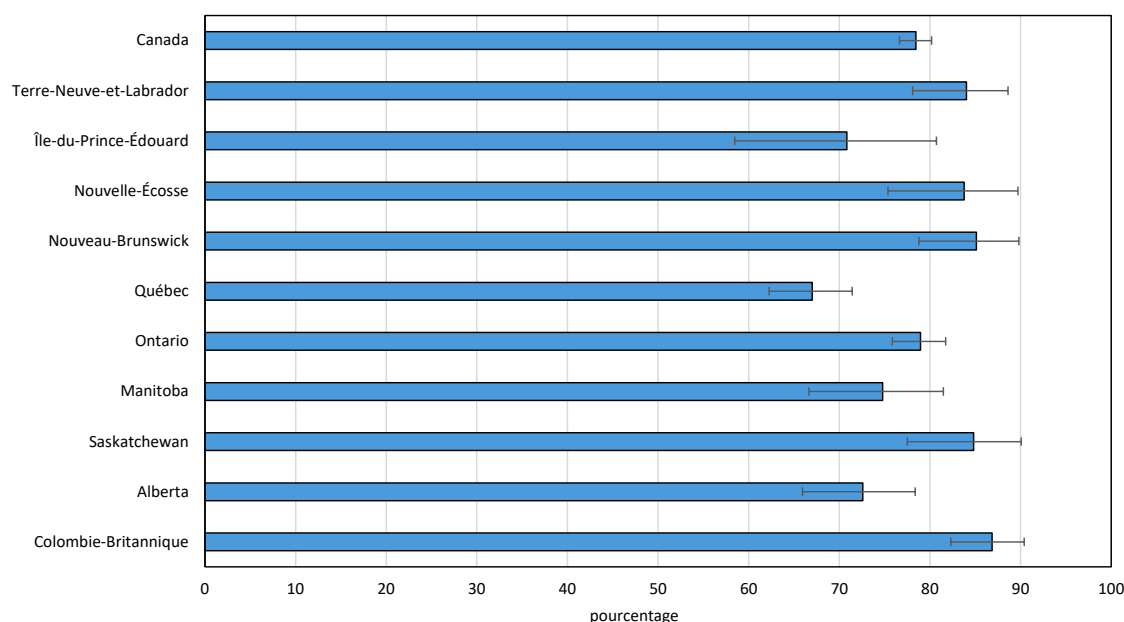
L'âge a été divisé en sept groupes (15 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans, 55 à 64 ans, 65 à 74 ans, et 75 ans et plus). Pour le genre, les personnes ont été classées comme étant des hommes+ ou des femmes+. Les hommes+ comprennent les

garçons, les hommes et certaines personnes non binaires, tandis que les femmes+ comprennent les filles, les femmes et certaines personnes non binaires. Deux catégories ont été créées pour l'orientation sexuelle : hétérosexuel; lesbienne, gai, bisexuel ou orientation sexuelle non classée ailleurs. L'état matrimonial des répondants a été classé selon les catégories suivantes : marié(e) ou vivant en union libre; célibataire (jamais marié[e]); et séparé(e), divorcé(e) ou veuf(ve).

Le statut d'immigrant comprenait les immigrants et les résidents non permanents (personnes nées à l'extérieur du Canada), et les non-immigrants (personnes nées au Canada). Les groupes de population étaient classés ainsi : Sud-Asiatique, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, autres groupes racisés (Asiatique occidentale, Coréen, Japonais, groupes racisés multiples et groupes racisés non classés ailleurs), Autochtone (Premières Nations, Métis ou Inuk), et groupe non racisé et non autochtone. Le plus haut niveau de scolarité atteint a été classé de la façon suivante : diplôme d'études secondaires ou niveau de scolarité inférieur; certificat d'une école de métiers, diplôme d'un collège ou d'un cégep, ou certificat universitaire inférieur à un baccalauréat; grade universitaire. La province de résidence et l'appartenance à la population rurale (moins de 1 000 habitants) ou urbaine (au moins 1 000 habitants) ont également été examinées.

Graphique 2

Pourcentage de personnes qui ont eu un rendez-vous virtuel au cours des 12 derniers mois, personnes qui ont cherché à obtenir un rendez-vous virtuel ou à qui un rendez-vous virtuel a été offert, Canada, 2023



Source : Enquête sociale canadienne — Qualité de vie, soins de santé virtuels et confiance, 2023.

Tableau 2
Résultats de la régression logistique, probabilité d'avoir eu un rendez-vous virtuel au cours des 12 derniers mois, personnes qui ont cherché à obtenir des soins virtuels ou à qui des soins virtuels ont été offerts, Canada, 2023

	rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 % de à	
Groupe d'âge			
15 à 24 ans [†]	1,00	...	...
25 à 34 ans	1,09	0,60	1,97
35 à 44 ans	1,91 *	1,02	3,57
45 à 54 ans	1,55	0,86	2,80
55 à 64 ans	1,15	0,64	2,07
65 à 74 ans	1,10	0,57	2,11
75 ans et plus	0,93	0,47	1,86
Genre			
Hommes [†]	1,00	...	...
Femmes [†]	1,21	0,96	1,53
État matrimonial			
Marié(e) ou vivant en union libre [†]	1,00	...	...
Célibataire (jamais marié(e))	0,84	0,59	1,20
Séparé(e), divorcé(e) ou veuf(ve)	0,67 **	0,50	0,90
Statut d'immigrant			
Non-immigrant(e) (personne née au Canada) [†]	1,00	...	...
Immigrant(e) ou résident(e) non permanent(e)	0,75	0,54	1,04
Groupe de population			
Groupe non racisé et non autochtone [†]	1,00	...	...
Sud-Asiatique	1,47	0,78	2,77
Chinois	2,05 *	1,08	3,88
Noir	1,09	0,54	2,19
Philippin	0,42 *	0,21	0,83
Arabe	1,47	0,57	3,80
Latino-Américain	1,63	0,47	5,64
Asiatique du Sud-Est	0,55	0,20	1,52
Autres groupes racisés	1,24	0,54	2,84
Autochtone	1,29	0,57	2,94
Niveau de scolarité			
Diplôme d'études secondaires ou niveau de scolarité inférieur [†]	1,00	...	...
Certificat d'une école de métiers, diplôme d'un collège ou d'un cégep, ou certificat universitaire inférieur à un baccalauréat	1,32	0,99	1,75
Grade universitaire	1,80 ***	1,30	2,49
Orientation sexuelle			
Hétérosexuel [†]	1,00	...	...
LGB [†]	0,95	0,54	1,67
Appartenance à la population urbaine ou rurale			
Population urbaine [†]	1,00	...	...
Population rurale	1,07	0,76	1,50
Province			
Ontario [†]	1,00	...	...
Terre-Neuve-et-Labrador	1,43	0,89	2,31
Île-du-Prince-Édouard	0,65	0,33	1,27
Nouvelle-Écosse	1,21	0,65	2,27
Nouveau-Brunswick	1,40	0,84	2,33
Québec	0,51 ***	0,38	0,70
Manitoba	0,75	0,45	1,25
Saskatchewan	1,28	0,73	2,25
Alberta	0,66 *	0,45	0,97
Colombie-Britannique	1,85 **	1,21	2,81
Capacité de répondre aux besoins du ménage (bien-être financier)			
Facile ou très facile [†]	1,00	...	...
Difficile ou très difficile	1,03	0,77	1,38
Ni facile ni difficile	1,13	0,85	1,49
Activité principale			
Emploi rémunéré [†]	1,00	...	...
À la retraite	1,08	0,74	1,57
Autre (pas d'emploi rémunéré et pas à la retraite)	0,86	0,63	1,17
Situation vis-à-vis de l'incapacité			
Ne déclare pas être une personne ayant une incapacité [†]	1,00	...	...
Déclare être une personne ayant une incapacité	1,11	0,80	1,56
A un fournisseur habituel de soins de santé			
Oui [†]	1,00	...	...
Non	0,75	0,54	1,04
Nombre de problèmes de santé chroniques			
Aucun [†]	1,00	...	...
Un	1,71 ***	1,30	2,26
Deux ou plus	2,30 ***	1,67	3,18

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] catégorie de référence pour les variables explicatives

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,01$)

*** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,001$)

Note : LGB+ = lesbienne, gai, bisexuel ou orientation sexuelle non classée ailleurs.

Source : Enquête sociale canadienne — Qualité de vie, soins de santé virtuels et confiance, 2023.

Les caractéristiques économiques ont été mesurées en fonction de l'activité principale au cours de la semaine précédente (emploi rémunéré, à la retraite et autre activité, p. ex. être aux études et s'occuper des enfants ou d'autres personnes) et du bien-être financier. Parce que les renseignements sur le revenu n'étaient pas disponibles dans l'ESC, le bien-être financier a été utilisé comme indicateur de remplacement, et il a été mesuré par une question où l'on demandait aux répondants à quel point, au cours des 12 derniers mois, il avait été difficile ou facile pour leur ménage de répondre financièrement à ses besoins en matière de transport, de logement, de nourriture et de vêtements, et d'effectuer d'autres dépenses nécessaires. Les réponses ont été regroupées de la façon suivante : très difficile ou difficile, ni difficile ni facile, et facile ou très facile.

Parmi les caractéristiques liées à la santé figuraient le fait d'avoir un fournisseur habituel de soins de santé (oui ou non), le nombre de problèmes de santé chroniques (aucun, un, ou deux ou plus) et la situation vis-à-vis de l'incapacité (déclare être une personne ayant une incapacité ou non). Pour établir si les répondants avaient des problèmes de santé chroniques, on leur a demandé : « Avez-vous l'une des conditions de santé à long terme suivantes qui a été diagnostiquée par un professionnel de la santé? » Les répondants disposaient d'une liste de problèmes de santé établie en fonction d'enquêtes sur la santé menées dans le passé par Statistique Canada (p. ex. l'Enquête sur l'accès aux soins de santé et aux produits pharmaceutiques pendant la pandémie).

Utilisation des soins virtuels

Les soins virtuels correspondent à toute forme d'interaction entre les patients et les fournisseurs de soins de santé qui a lieu à distance au moyen de technologies comme le téléphone, la vidéoconférence, la messagerie texte et les courriels^{4,14}. Dans l'ESC-QVSSVC, on a demandé aux répondants s'ils avaient eu des rendez-vous pour des soins virtuels, lesquels sont définis comme « toute interaction entre patients et professionnels de la santé ayant lieu à distance, utilisant toute forme de technologie de l'information ou des communications et visant à améliorer ou à optimiser la qualité et l'efficacité des soins aux patients ».

Par conséquent, les données pourraient représenter des services fournis aux patients par des fournisseurs habituels de soins de santé, des médecins spécialistes, des cliniques externes ou des cliniques sans rendez-vous — y compris des cliniques à but lucratif.

Une variable dérivée a été créée pour établir les types de rendez-vous pour des soins de santé que les répondants avaient eus au cours des 12 derniers mois. Trois catégories ont été créées : les rendez-vous en personne seulement, les rendez-vous virtuels seulement ou les deux.

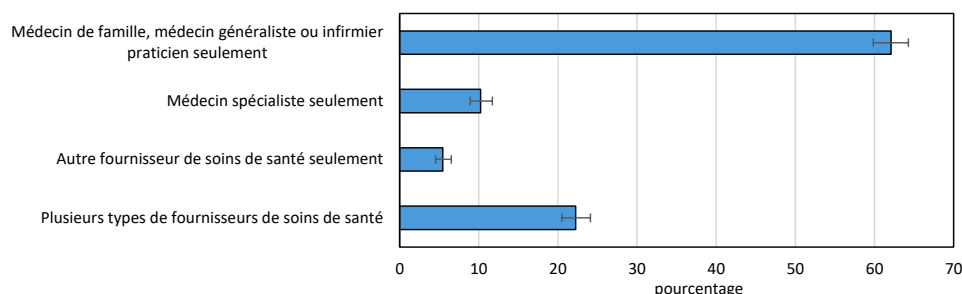
Par ailleurs, on a mesuré l'accès aux soins virtuels en établissant si les personnes qui ont cherché à obtenir des soins virtuels ou à qui des soins virtuels ont été offerts au cours des 12 derniers mois avaient eu un rendez-vous virtuel pendant cette période. Bien qu'il n'ait pas été possible de faire la distinction entre les répondants qui ont cherché à obtenir des soins virtuels et ceux à qui des services virtuels ont été offerts, cette mesure binaire indique dans quelle mesure les personnes qui étaient intéressées par un rendez-vous virtuel ou qui avaient la possibilité d'en obtenir un ont eu recours à des soins virtuels.

Le type de fournisseur de soins de santé consulté a été mesuré à l'aide d'une variable dérivée fondée sur une série de questions au sujet des types de fournisseurs que les personnes avaient consultés de façon virtuelle au cours des 12 derniers mois. Une variable comportant les catégories suivantes a été créée : médecin de famille, médecin généraliste ou infirmier praticien seulement; médecin spécialiste seulement; autre professionnel de la santé seulement; plusieurs (deux ou plus) types de fournisseurs.

On a demandé aux répondants qui ont refusé un rendez-vous virtuel au cours des 12 derniers mois les raisons de ce refus (pour le dernier rendez-vous virtuel refusé), et une liste de raisons possibles était offerte. La liste contenait les raisons suivantes : les instructions n'étaient pas claires, inquiétudes à propos de la confidentialité et de la sécurité, plus à l'aise lors des rendez-vous en personne, considère que le problème de santé nécessite un rendez-vous en personne, pas à l'aise avec la technologie, problèmes de connectivité, aucun accès aux outils

Graphique 3

Types de fournisseurs de soins de santé consultés de façon virtuelle, personnes ayant eu un rendez-vous virtuel au cours des 12 derniers mois, Canada, 2023



Source : Enquête sociale canadienne — Qualité de vie, soins de santé virtuels et confiance, 2023.

requis, et autres raisons. Les raisons particulières représentées dans la catégorie « autres raisons » n'étaient pas disponibles; par conséquent, les obstacles supplémentaires auxquels ont été confrontés les répondants n'ont pas pu être examinés plus à fond.

Techniques d'analyse

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour estimer les types de rendez-vous pour des soins de santé que les personnes avaient eus au cours des 12 derniers mois, la proportion de personnes qui ont eu recours à des soins virtuels au cours des 12 derniers mois, les types de fournisseurs de soins de santé consultés de façon virtuelle, et la proportion de répondants qui avaient refusé un rendez-vous virtuel et les raisons de ce refus.

Des modèles de régression multivariée ont également été utilisés. Premièrement, un modèle de régression multinomiale a été utilisé pour examiner les associations entre, d'une part, les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques liées à la santé et, d'autre part, la probabilité d'avoir eu des rendez-vous virtuels seulement ou des rendez-vous en personne et des rendez-vous virtuels au cours des 12 derniers mois, comparativement aux rendez-vous en personne seulement. Deuxièmement, un modèle de régression logistique a été utilisé pour déterminer les associations entre les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques liées à la santé et la probabilité d'avoir un rendez-vous virtuel au cours des 12 derniers mois.

Les résultats ont été pondérés à l'aide du poids d'échantillonnage de l'ESC. Pour que les effets du plan d'enquête soient pris en compte, des poids bootstrap ont été utilisés pour déterminer les estimations de la variance (1 000 itérations). Les données ont été analysées à l'aide de Stata 18.

Résultats

Types de rendez-vous pour des soins de santé

Dans l'ensemble, au cours des 12 derniers mois, la plupart des personnes avaient eu des rendez-vous en personne seulement (57,5 %), tandis qu'une faible proportion (5,3 %) avait eu des rendez-vous virtuels seulement (graphique 1). Plus du tiers avaient eu des rendez-vous en personne et des rendez-vous virtuels (37,2 %). Par conséquent, si l'on combine les données, un peu plus de 4 personnes sur 10 qui avaient eu un rendez-vous pour des soins de santé au cours des 12 derniers mois ont obtenu des soins virtuels.

Comparativement à l'ensemble du Canada, des proportions plus élevées de personnes provenant du Québec (71,8 %), de l'Île-du-Prince-Édouard (71,0 %) et de l'Alberta (69,2 %) avaient eu des rendez-vous en personne seulement. En revanche, environ le tiers des résidents de Terre-Neuve-et-Labrador (35,2 %) et de

la Colombie-Britannique (33,4 %) avaient eu des rendez-vous en personne seulement.

Les provinces qui affichaient les plus fortes proportions de personnes ayant eu des rendez-vous virtuels seulement étaient Terre-Neuve-et-Labrador (13,2 %), la Colombie-Britannique (10,6 %) et la Nouvelle-Écosse (10,4 %). La Saskatchewan (2,1 %), l'Alberta (2,4 %) et le Manitoba (3,3 %) affichaient les plus faibles proportions de personnes qui avaient eu des rendez-vous virtuels seulement. Parmi les personnes qui avaient eu des rendez-vous pour des soins de santé au cours des 12 derniers mois, plus de la moitié de celles de la Colombie-Britannique (56,0 %) et de Terre-Neuve-et-Labrador (51,6 %) avaient eu des rendez-vous en personne et des rendez-vous virtuels.

Différences dans les types de rendez-vous selon les facteurs sociodémographiques et les facteurs liés à la santé

Aucune différence statistiquement significative n'a été observée dans le type de rendez-vous selon le statut d'immigrant, l'orientation sexuelle, le bien-être financier ou l'activité principale (tableau 1). Cependant, comparativement aux patients âgés de 15 à 24 ans, ceux âgés de 75 ans et plus étaient moins susceptibles d'avoir eu à la fois des rendez-vous en personne et des rendez-vous virtuels que des rendez-vous en personne seulement. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir eu les deux types de rendez-vous comparativement aux rendez-vous en personne seulement; les personnes séparées, divorcées ou veuves étaient moins susceptibles que les personnes mariées ou vivant en union libre d'avoir eu à la fois des rendez-vous en personne et des rendez-vous virtuels par rapport à des rendez-vous en personne seulement. Comparativement aux personnes non racisées et non autochtones, les patients philippins étaient moins susceptibles d'avoir eu les deux types de rendez-vous plutôt que des rendez-vous en personne seulement, tandis que les patients chinois étaient moins susceptibles d'avoir eu des rendez-vous virtuels seulement que des rendez-vous en personne seulement.

Les titulaires d'un grade universitaire étaient plus susceptibles que les titulaires d'un diplôme d'études secondaires ou les personnes ayant un niveau de scolarité inférieur d'avoir eu des rendez-vous virtuels seulement par rapport à des rendez-vous en personne seulement. De plus, les personnes ayant fait des études postsecondaires étaient plus susceptibles d'avoir eu à la fois des rendez-vous en personne et des rendez-vous virtuels que des rendez-vous en personne seulement, comparativement aux titulaires d'un diplôme d'études secondaires ou aux personnes ayant un niveau de scolarité inférieur.

Les patients en milieu rural étaient moins susceptibles que ceux en milieu urbain d'avoir eu des rendez-vous virtuels seulement, comparativement aux rendez-vous en personne seulement. Par ailleurs, comparativement aux résidents de l'Ontario, les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et de la Colombie-Britannique étaient plus susceptibles d'avoir eu des rendez-vous virtuels seulement que des rendez-vous en personne seulement, tandis que cela

était moins probable pour ceux du Québec et de l'Alberta. Comparativement aux résidents de l'Ontario, les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador et de la Colombie-Britannique étaient également plus susceptibles d'avoir eu les deux types de rendez-vous que des rendez-vous en personne seulement, tandis que cela était moins probable pour ceux de l'Île-du-Prince-Édouard, du Québec, de la Saskatchewan et de l'Alberta.

Les patients qui n'avaient pas de fournisseur habituel de soins de santé étaient plus susceptibles que ceux qui en avaient un d'avoir eu des rendez-vous virtuels seulement, par rapport à des rendez-vous en personne seulement, et moins susceptibles d'avoir eu les deux types de rendez-vous que des rendez-vous en personne seulement. De plus, comparativement aux personnes qui n'avaient aucun problème de santé chronique, celles qui en avaient deux ou plus étaient plus susceptibles d'avoir eu des rendez-vous virtuels seulement que des rendez-vous en personne seulement. Comparativement aux patients qui n'avaient aucun problème de santé chronique, ceux qui en avaient un ou plusieurs étaient également plus susceptibles d'avoir eu les deux types de rendez-vous que des rendez-vous en personne seulement. Par ailleurs, les personnes ayant une incapacité étaient plus susceptibles que celles n'en ayant pas d'avoir eu les deux types de rendez-vous par rapport à des rendez-vous en personne seulement.

Différences dans l'accès aux soins virtuels selon les facteurs sociodémographiques et les facteurs liés à la santé

Plus des trois quarts des personnes ayant cherché à obtenir des soins virtuels ou s'étant vu offrir des soins virtuels au cours des 12 derniers mois ont eu un rendez-vous virtuel (78,5 %;

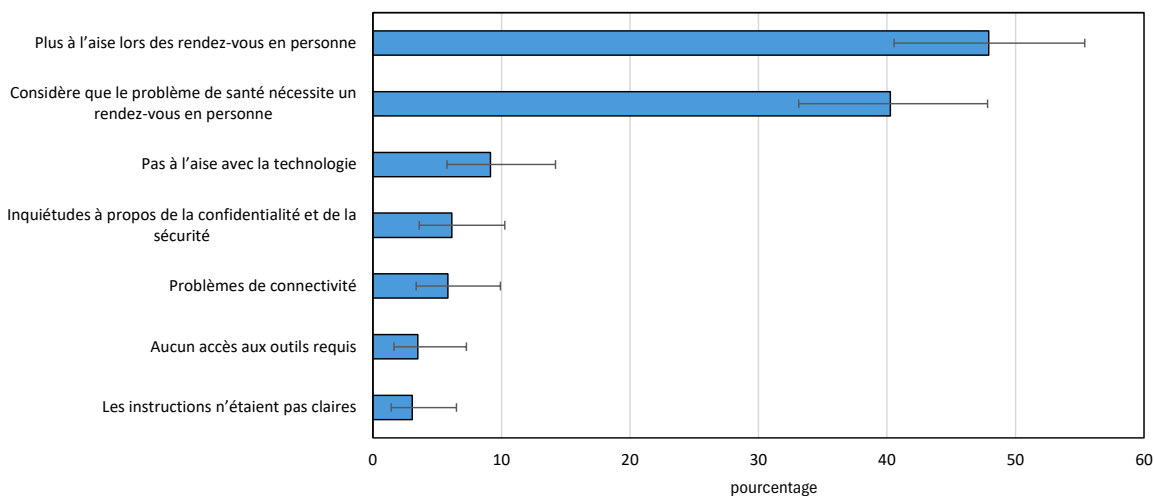
graphique 2). Dans l'ensemble des provinces, la majorité des patients ayant cherché à obtenir un rendez-vous virtuel ou s'étant vu offrir un rendez-vous virtuel en ont eu un, les proportions variant de 67,0 % au Québec à 86,9 % en Colombie-Britannique.

Parmi les personnes ayant cherché à obtenir un rendez-vous virtuel ou s'étant vu offrir un rendez-vous virtuel, celles de 35 à 44 ans étaient plus susceptibles d'avoir eu recours à des soins virtuels que celles de 15 à 24 ans. Les personnes séparées, divorcées ou veuves étaient moins susceptibles que celles mariées ou vivant en union libre d'avoir eu un rendez-vous virtuel (tableau 2). Comparativement aux personnes non racisées et non autochtones, les patients d'origine chinoise étaient plus susceptibles d'avoir eu recours à des soins virtuels, alors que les patients d'origine philippine l'étaient moins. Le niveau de scolarité avait également une importance : les titulaires d'un grade universitaire étaient plus susceptibles que les titulaires d'un diplôme d'études secondaires ou les personnes ayant un niveau de scolarité inférieur d'avoir eu un rendez-vous virtuel. En comparaison avec les résidents de l'Ontario, les patients du Québec et de l'Alberta étaient moins susceptibles d'avoir eu recours à des soins virtuels, tandis que ceux de la Colombie-Britannique l'étaient davantage.

Pour l'ensemble des caractéristiques relatives à la santé, le fait d'avoir un fournisseur habituel de soins de santé et la situation vis-à-vis de l'incapacité n'étaient pas associés à la probabilité d'avoir recours à des soins virtuels. En revanche, les patients qui avaient un ou plusieurs problèmes de santé chroniques étaient plus susceptibles d'avoir eu un rendez-vous virtuel que les personnes qui n'en avaient aucun.

Graphique 4

Raisons pour lesquelles un rendez-vous virtuel avec un professionnel de la santé a été refusé, personnes qui ont refusé un rendez-vous virtuel au cours des 12 derniers mois, Canada, 2023



Note : Les résultats ne totalisent pas 100 %, car les répondants pouvaient déclarer plusieurs raisons pour lesquelles ils ont refusé un rendez-vous virtuel.
Source : Enquête sociale canadienne — Qualité de vie, soins de santé virtuels et confiance, 2023.

Types de fournisseurs de soins de santé consultés de façon virtuelle

Parmi les personnes ayant obtenu un rendez-vous virtuel au cours des 12 derniers mois, près des deux tiers ont consulté un médecin de famille, un médecin généraliste ou un infirmier praticien seulement (62,1 %), environ 1 personne sur 10 a consulté un médecin spécialiste seulement (10,2 %) et un peu plus de 2 personnes sur 10 ont consulté de façon virtuelle plus d'un type de fournisseur de soins de santé (22,2 %; graphique 3). Environ 5 % des personnes ont eu des rendez-vous virtuels avec d'autres types de fournisseurs de soins de santé seulement.

Raisons de refus des soins virtuels

Parmi les personnes qui ont cherché à obtenir un rendez-vous virtuel ou à qui un rendez-vous virtuel a été offert au cours des 12 derniers mois, un peu moins de 1 personne sur 10 (8,9 %) a refusé les soins virtuels. Près de la moitié des personnes ont indiqué qu'elles avaient refusé les soins virtuels parce qu'elles étaient plus à l'aise lors des rendez-vous en personne (47,9 %), tandis qu'environ 4 personnes sur 10 estimaient que leur problème de santé nécessitait un rendez-vous en personne (40,3 %; graphique 4).

Des proportions moindres de personnes qui ont refusé les rendez-vous virtuels l'ont fait parce qu'elles ne se sentaient pas à l'aise avec la technologie requise ou étaient limitées par celle-ci. Les raisons comprenaient le fait de ne pas être à l'aise avec la technologie (9,1 %), les préoccupations en matière de confidentialité ou de sécurité (6,1 %), les problèmes de connectivité (5,8 %) et le manque d'accès aux outils requis (3,5 %). Un quart des personnes (24,9 %) ont indiqué une « autre » raison (cette catégorie n'est pas représentée dans le graphique). En raison de la petite taille de l'échantillon, ces résultats n'ont pas été ventilés par province.

Discussion

Plus de la moitié des patients canadiens qui ont eu des rendez-vous pour des soins de santé au cours des 12 derniers mois ont eu des rendez-vous en personne seulement. Cette tendance pourrait s'expliquer par une diminution de la disponibilité des soins virtuels à la suite de la fin des mesures de confinement imposées durant la pandémie de COVID-19⁷ ou par une préférence des patients pour les consultations en personne²³. Toutefois, une faible proportion de ces patients ont eu des rendez-vous virtuels seulement, tandis qu'un peu plus du tiers ont eu des rendez-vous virtuels et des rendez-vous en personne, ce qui laisse entendre que de nombreuses personnes ont eu accès à des soins virtuels et étaient disposées à utiliser ce service.

L'utilisation des soins virtuels variait d'une province à l'autre. En ce qui concerne les personnes qui avaient eu des rendez-vous pour des soins de santé au cours des 12 derniers mois, Terre-Neuve-et-Labrador et la Colombie-Britannique affichaient les

proportions les plus élevées de patients ayant eu des rendez-vous virtuels seulement, et plus de la moitié des résidents de ces provinces ont déclaré avoir eu des rendez-vous en personne et des rendez-vous virtuels. À l'inverse, environ 7 patients sur 10 au Québec, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Alberta ont eu des rendez-vous en personne seulement. Ces variations pourraient être attribuables aux différences provinciales quant à la portée des services virtuels offerts, aux modèles de facturation, au fait que la priorité est accordée aux soins en personne plutôt qu'aux soins virtuels ou encore aux écarts entre les infrastructures numériques des provinces^{10,24,25}.

Conformément aux études dans lesquelles on a déterminé que le niveau de scolarité était un facteur important de l'utilisation des soins virtuels^{23,26,27}, les titulaires d'un grade universitaire étaient plus susceptibles que les titulaires d'un diplôme d'études secondaires ou les personnes ayant un niveau de scolarité inférieur d'avoir eu recours à des soins virtuels et d'avoir eu des rendez-vous virtuels seulement par rapport à des rendez-vous en personne seulement. Cette observation pourrait s'expliquer par le fossé numérique : les personnes plus instruites sont généralement plus exposées aux technologies de l'information et des communications, tant dans leur vie professionnelle que personnelle, que celles dont le niveau de scolarité est plus faible^{28,29}. De plus, les personnes séparées, divorcées ou veuves étaient moins susceptibles que les personnes mariées ou vivant en union libre d'avoir eu recours aux soins virtuels. Ces résultats concordent avec ceux d'études ayant permis de démontrer une utilisation moindre des soins virtuels par les personnes non mariées^{30,31}, ce qui pourrait s'expliquer par des différences dans le niveau de soutien social. Les conjoints peuvent, par exemple, aider leur partenaire à s'y retrouver dans le système de soins de santé³².

Les patients vivant en milieu rural étaient moins susceptibles que ceux vivant en milieu urbain d'avoir eu des rendez-vous virtuels seulement plutôt que des rendez-vous en personne seulement, mais aucune différence n'a été observée quant au fait d'avoir eu un rendez-vous virtuel au cours des 12 derniers mois. Ainsi, bien que certaines collectivités rurales disposent d'infrastructures technologiques plus limitées que celles des milieux urbains^{12,16}, les résultats concordent avec ceux d'autres études canadiennes indiquant un accès comparable aux soins virtuels entre les patients des milieux ruraux et urbains³³. Cette situation pourrait refléter un plus grand recours aux consultations téléphoniques en milieu rural, cette technologie étant généralement plus répandue et plus accessible³⁴. De futures études portant sur les différences dans le mode de prestation des soins virtuels selon l'appartenance à la population rurale ou urbaine et allant au-delà de la simple distinction binaire entre les milieux urbains et ruraux permettraient d'approfondir la compréhension de cette question.

Comparativement aux patients qui avaient un fournisseur habituel de soins de santé, ceux qui n'en avaient pas étaient plus susceptibles d'avoir eu des rendez-vous virtuels seulement plutôt que des rendez-vous en personne seulement. Toutefois,

ils n'étaient pas plus ou moins susceptibles d'avoir eu un rendez-vous virtuel au cours des 12 derniers mois. Ces résultats laissent entendre que les personnes sans fournisseur habituel de soins de santé dépendent davantage des consultations virtuelles pour répondre à leurs besoins en matière de santé, ce qui corrobore les conclusions d'études indiquant que les cliniques virtuelles sans rendez-vous comblent une lacune dans la prestation de soins pour ces personnes^{35,36}. Compte tenu de la croissance notable des services de soins virtuels à but lucratif au cours des dernières années^{35,37}, ces cliniques répondent peut-être de plus en plus aux besoins en soins de santé des personnes qui n'ont pas de fournisseur habituel de soins de santé. Des préoccupations demeurent toutefois quant au fait que les modèles de soins virtuels à but lucratif puissent compromettre la qualité et la continuité des soins, en favorisant la réalisation d'examen diagnostiques non nécessaires, en étant privés de l'accès aux dossiers médicaux complets des patients et en réduisant la communication avec les médecins de famille. Ces plateformes présentent également le risque de créer un système à deux vitesses, dans lequel les personnes à revenu élevé évitent les délais d'attente, tandis que les populations marginalisées doivent faire face à des délais plus longs^{38,39}.

La multimorbidité était associée à une probabilité accrue d'avoir eu recours aux soins virtuels, probablement en raison du niveau de soins plus élevé dont les personnes ayant des problèmes de santé chroniques ont généralement besoin⁴⁰. Cette observation cadre avec celles des études antérieures selon lesquelles les patients présentant des comorbidités jugent les soins virtuels utiles pour les examens de routine servant à surveiller leurs problèmes de santé²². Par ailleurs, les personnes à mobilité réduite peuvent avoir une préférence pour les soins virtuels, puisqu'ils ne nécessitent pas de déplacement.

Une proportion plus élevée de personnes ayant eu recours aux soins virtuels ont consulté un médecin de famille, un médecin généraliste ou un infirmier praticien seulement plutôt qu'un médecin spécialiste seulement. Cette situation peut s'expliquer par des différences quant à la mesure dans laquelle chaque type de professionnel de la santé peut offrir des soins virtuels. Les fournisseurs de soins primaires offrent souvent des soins de routine non urgents pouvant être offerts de façon virtuelle¹², alors que la prestation de soins virtuels par les médecins spécialistes varie selon la spécialité et dépend généralement de la nécessité de pratiquer un examen visuel ou physique²².

Enfin, peu de personnes ont refusé un rendez-vous virtuel. Alors que des études antérieures relèvent que les difficultés techniques étaient un obstacle fréquent aux soins virtuels^{16,17}, les résultats de la présente étude indiquent que les raisons les plus souvent invoquées pour avoir refusé un rendez-vous virtuel sont liées à une préférence pour les rendez-vous en personne, soit parce que les patients sont plus à l'aise lors de ceux-ci, soit parce que leurs problèmes de santé exigent des soins en personne. Cependant, pour une faible proportion de personnes, le fait de ne pas être à l'aise d'utiliser la technologie nécessaire aux rendez-vous virtuels, les inquiétudes à propos de la

confidentialité et de la sécurité, ainsi que les problèmes de connectivité représentaient des obstacles aux soins virtuels.

Points forts et limites

La présente étude fournit de nouveaux renseignements sur l'utilisation des soins virtuels au Canada à la suite de la forte hausse observée au début de la pandémie de COVID-19. Les renseignements sur les liens entre les caractéristiques sociodémographiques et le recours aux soins virtuels représentent une contribution importante, car bon nombre de ces caractéristiques ne sont généralement pas recueillies par les cliniciens⁴. Cependant, les personnes résidant dans les territoires, les réserves ou en établissements n'ont pas été prises en compte dans l'étude.

Une limite importante réside dans l'absence de données sur les besoins en soins de santé des personnes au cours des 12 derniers mois, ce qui empêche d'évaluer les besoins insatisfaits en matière de soins de santé. De plus, il n'a pas été possible de distinguer les personnes ayant cherché à obtenir des soins virtuels de celles à qui ces soins ont été offerts. Par conséquent, les différences entre les personnes qui souhaitaient accéder à des soins virtuels, mais n'y sont pas parvenues (c.-à-d. celles qui ont cherché à obtenir des soins virtuels) et celles qui ont choisi d'utiliser ce type de service (c.-à-d. celles qui se sont vu offrir cette option) n'ont pu être examinées. Par ailleurs, bien que l'on ait demandé aux répondants s'ils avaient payé une de leurs consultations virtuelles, l'information recueillie ne permettait pas d'étudier les différences possibles entre les services financés par le secteur public et ceux financés par le secteur privé. Les données ne précisaient pas non plus si les consultations virtuelles avaient eu lieu avec le fournisseur habituel de soins de santé ou avec un fournisseur dans une clinique virtuelle sans rendez-vous.

Enfin, le revenu constitue un facteur clé du fossé numérique^{41,42}, mais les données sur le revenu n'étaient pas disponibles, on a donc utilisé une mesure du bien-être financier à la place. Même si aucun lien n'a été observé entre le bien-être financier et le recours aux soins virtuels, une mesure du revenu individuel aurait été plus appropriée pour examiner cette question.

Conclusion

La présente étude fournit de nouveaux renseignements sur l'utilisation des soins virtuels au Canada à partir de données fondées sur la population. En 2023, la majorité des patients ont eu des rendez-vous en personne seulement, mais plus du tiers ont eu recours à la fois à des services en personne et à des services virtuels, ce qui indique qu'un grand nombre de patients avaient accès aux soins virtuels et étaient disposés à les utiliser. Les niveaux de scolarité plus élevés, la multimorbidité et l'absence de fournisseur habituel de soins de santé étaient associés positivement à l'utilisation des soins virtuels. Cependant, aucune différence dans le recours n'a été observée selon d'autres facteurs définis dans le cadre d'équité en matière

de soins de santé numériques, tels que l'appartenance à la population urbaine ou rurale, ou le bien-être financier. Peu de personnes ont refusé des soins virtuels; parmi celles qui en ont refusé, le fait d'être plus à l'aise lors des rendez-vous en personne était la raison la plus courante. Il serait utile que de

futures études portent sur les différences dans la méthode préférée des patients pour les soins virtuels et l'utilisation de cliniques virtuelles à but lucratif selon les facteurs sociodémographiques et les facteurs liés à la santé.

Références

1. Tang B., Zhou LL. 2020. « COVID-19: An accidental catalyst for change in the Canadian health care system », *British Columbia Medical Journal*, vol. 62, n° 7, p. 242 à 246.
2. Institut canadien d'information sur la santé. 2022. « Soins virtuels : un virage pour les Canadiens qui reçoivent des services dispensés par les médecins », <https://www.cihi.ca/fr/soins-virtuels-un-virage-pour-les-canadiens-qui-recoivent-des-services-dispenses-par-les-medecins>.
3. Inforoute Santé du Canada. 2022. *Expériences des soins de santé vécues par des Canadiens durant la pandémie de COVID-19 : Adoption des soins virtuels*, <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/3836-experiences-des-soins-de-sante-durant-la-covid-19-declarees-par-des-canadiens/view-document>.
4. Chan-Nguyen S., Ritsma B., Nguyen L., Srivastava S., Shukla G., Appireddy R. 2022. « Virtual care access and health equity during the COVID-19 pandemic, a qualitative study of patients with chronic diseases from Canada », *Digital Health*, vol. 8.
5. Crawford A., Serhal E. 2020. « Digital health equity and COVID-19: The innovation curve cannot reinforce the social gradient of health », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 22, n° 6: e19361.
6. Hardcastle L., Ogbogu U. 2020. « Virtual care: Enhancing access or harming care? », *Healthcare Management Forum*, vol. 33, n° 6, p. 288 à 292.
7. Patterson PB., Roddick J., Pollack CA., Dutton DJ. 2022. « Virtual care and the influence of a pandemic: Necessary policy shifts to drive digital innovation in healthcare », *Healthcare Management Forum*, vol. 35, n° 5, p. 272 à 278. DOI : 10.1177/08404704221110084.
8. Santé Canada. 2021. *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, https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency_229055456/health-agreements/bilateral-agreement-pan-canadian-virtual-care-priorities-covid-19/template-ett-report-docx-fra.pdf.
9. Kfrer ML., Zhang Zheng K., Austin LC. 2024. « From 0-50 in Pandemic, and Then Back? A Case Study of Virtual Care in Ontario Pre-COVID-19, During, and Post-COVID-19 », *Mayo Clinic Proceedings: Digital Health*, vol. 2, n° 1, p. 57 à 66. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.mcpdig.2023.07.004>.
10. Institut canadien d'information sur la santé. 2023. *L'élargissement des soins virtuels au Canada : nouvelles données et informations*, <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/expansion-of-virtual-care-in-canada-report-fr.pdf>.
11. Institut canadien d'information sur la santé. 2022. *Soins virtuels : un virage pour les médecins au Canada*, <https://www.cihi.ca/fr/soins-virtuels-un-virage-pour-les-medecins-au-canada>.
12. Institut canadien d'information sur la santé. 2024. *Soins primaires virtuels : incidences et possibilités*, <https://www.cihi.ca/fr/acces-aux-soins-primaires-et-virtuels-visites-a-lurgence-pour-des-conditions-propices-aux-soins/soins-primaires-virtuels-incidences-et-possibilites>.
13. Ramsetty A., Adams C. 2020. « Impact of the digital divide in the age of COVID-19 », *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 27, n° 7, p. 1147 et 1148. DOI : <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa078>.
14. Mistry SK., Shaw M., Raffan F., Johnson G., Perren K., Shoko S. et coll. 2022. « Inequity in Access and Delivery of Virtual Care Interventions: A Scoping Review », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, n° 9411, <https://doi.org/10.3390/ijerph19159411>.
15. Hatef E., Hudson Scholle S., Buckley B., Weiner JP., Austin JM. 2024. « Development of an evidence- and consensus-based Digital Healthcare Equity Framework », *JAMIA Open*, vol. 7, n° 4 : ooe136.
16. Ftouni R., AlJardali B., Hamdanieh M., Ftouni L., Salem N. 2022. « Challenges of telemedicine during the COVID-19 pandemic: A systematic review », *BMC Medical Informatics and Decision Making*, vol. 22, n° 207, <https://doi.org/10.1186/s12911-022-01952-0>.
17. Woo K., Dowding D. 2018. « Factors affecting the acceptance of telehealth services by heart failure patients: An integrative review », *Telemedicine and e-Health*, vol. 24, n° 4, p. 292 à 300.
18. Sieck CJ., Sheon A., Ancker JS., Castek J., Callahan B., Siefer A. 2021. « Digital inclusion as a social determinant of health », *NPJ Digital Medicine*, vol. 4, n° 52. DOI : <https://doi.org/10.1038/s41746-021-00413-8>.
19. van Kessel R., Wong BLH., Clemens T., Brand H. 2022. « Digital health literacy as a super determinant of health: More than simply the sum of its parts », *Internet Interventions*, n° 27 : 100500.
20. Agarwal P., Wang R., Meaney C., Walji S., Damji A., Gill N. et coll. 2022. « Sociodemographic differences in patient experience with virtual care during COVID-19: Results from a cross-sectional survey in Ontario, Canada », *BMJ Open*, n° 12 : e056868.
21. Mangin D., Parascandolo J., Khudoyarova O., Agarwal G., Bismah V., Orr S. 2019. « Multimorbidity, eHealth and implications for equity: A cross-sectional survey of patient perspectives on eHealth », *BMJ Open*, vol. 9, n° 2 : e023731.
22. Dainty KN., Seaton MB., Estacio A., Hicks LK., Jamieson T., Ward S. et coll. 2022. « Virtual specialist care during the COVID-19 pandemic: Multimethod patient experience study », *JMIR Medical Informatics*, vol. 10, n° 6 : e37196.
23. Moulaei K., Sheikhtaheri A., Fatehi F., Shanbehzadeh M., Bahaadinbeigy K. 2023. « Patients' perspectives and preferences toward telemedicine versus in-person visits: A mixed-methods study on 1226 patients », *BMC Medical Informatics and Decision Making*, vol. 23, n° 261.
24. College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia. 2024. *Professional Standards Regarding Virtual Care*, <https://cpsns.ns.ca/resource/virtual-care/>.

25. The College of Physicians and Surgeons of Manitoba. 2022. *Standard of Practice: Virtual Medicine*, <https://cpsm.mb.ca/assets/Standards%20of%20Practice/Standard%20of%20Practice%20Virtual%20Medicine.pdf>.
26. de Veer AJE., Peeters JM., Brabers AEM., Schellevis G., Rademakers JJJM., Francke AL. 2015. « Determinants of the intention to use e-Health by community dwelling older people », *BMC Health Services Research*, vol. 15, n° 103. DOI : <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0765-8>.
27. Reinhardt G., Schwarz PE., Harst L. 2021. « Non-use of telemedicine: A scoping review », *Health Informatics Journal*, vol. 27, n° 4, p. 1 à 56. DOI : 10.1177/14604582211043147.
28. Cruz-Jesus F., Vicente MR., Bacao F., Oliveira T. 2016. « The education-related digital divide: An analysis for the EU-28 », *Computers in Human Behavior*, vol. 56, p. 72 à 82.
29. Elena-Bucea A., Cruz-Jesus F., Oliveira T., Coelho PS. 2021. « Assessing the role of age, education, gender and income on the digital divide: Evidence for the European Union », *Information Systems Frontiers*, vol. 23, p. 1007 à 1021.
30. Darrat I., Tam S., Boulis M., Williams AM. 2021. « Socioeconomic disparities in patient use of telehealth during the coronavirus disease 2019 surge », *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, vol. 147, n° 3, p. 287 à 295.
31. Jaffe DH., Lee L., Huynh S., Haskell TP. 2020. « Health inequalities in the use of telehealth in the United States in the lens of COVID-19 », *Population Health Management*, vol. 23, n° 5, p. 368 à 377.
32. Pandey KR., Yang F., Cagney KA., Smieliauskas F., Meltzer D., Ruhnke GW. 2019. « The impact of marital status on health care utilization among Medicare beneficiaries », *Medicine*, vol. 98, n° 12 : e14871.
33. Rush KL., Seaton CL., Corman K., Hawe N., Li EPH., Dow-Fleisner SJ. et coll. 2022. « Virtual care prior to and during COVID-19: Cross-sectional survey of rural and urban adults », *JMIR Formative Research*, vol. 6, n° 8 : e37059. DOI : <https://doi.org/10.2196/37059>.
34. Bhatia RS., Chu C., Pang A., Tadrous M., Stamenova V., Cram P. 2021. « Virtual care use before and during the COVID-19 pandemic: A repeated cross-sectional study », *CMAJ Open*, vol. 9, n° 1 : E107.
35. Adams TL., Leslie K. 2023. « Regulating for-profit virtual care in Canada: Implications for medical profession regulators and policy-makers », *Healthcare Management Forum*, vol. 36, n° 2, p. 113 à 118.
36. Lapointe-Shaw L., Salahub C., Bird C., Bhatia RS., Desveaux L., Glazier RH. et coll. 2023. « Characteristics and health care use of patients attending virtual walk-in clinics in Ontario, Canada: Cross-sectional analysis », *Journal of Medical Research*, vol. 25 : e40267.
37. Association médicale canadienne (AMC), Collège des médecins de famille du Canada, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2020. *Soins virtuels : recommandations pour la création d'un cadre pancanadien. Rapport du groupe de travail sur les soins virtuels*, <https://digitallibrary.cma.ca/link/digitallibrary62>.
38. Collège des médecins de famille du Canada. 2022. *Payer pour l'accès, à quel prix? Les effets pervers des soins virtuels à but lucratif*, <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resourses/Health-Policy/Corporatization-of-Care-FR.pdf>.
39. Voisin J., Cascadden S. 2021. *Améliorer l'accès équitable aux soins virtuels au Canada : Recommandations fondées sur des principes en matière d'équité*, Santé Canada, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/accord-bilateral-priorites-pancanadiennes-matiere-de-soins-virtuels-covid-19/ameliorer-acces-recommandations-fondees-principes-equite.html>.
40. Glazier RH., Green ME., Wu FC., Frymire E., Kopp A., Kiran T. 2021. « Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 193, n° 6, p. E200 à E210.
41. Haight M., Quan-Haase A., Corbett BA. 2016. « Revisiting the digital divide in Canada: The impact of demographic factors on access to the internet, level of online activity, and social networking site usage », *Current Research on Information Technologies and Society*, vol. 17, n° 4, p. 503 à 519.
42. Raihan MM., Subroto S., Chowdhury N., Koch K., Ruttan E., Turin T. 2024. « Dimensions and barriers for digital (in)equity and digital divide: A systematic integrative review », *Digital Transformation and Society*, DOI : <https://doi.org/10.1108/DTS-04-2024-0054>.