



ÉQUITÉ NUMÉRIQUE ET SERVICES DE SANTÉ : MÉMOIRE



PHOTO CREDIT : JEREMY BISHOP

Si le recours aux canaux numériques s'intensifie dans le continuum de soins, posons-nous la question de savoir qui en profite le plus et qui est laissé pour compte. Il ne faut pas présumer que tout le monde en bénéficie de manière égale et équitable. Et [d'autres questions se posent à savoir si] sans amélioration, ces efforts amplifient les iniquités ou créent des parcours de soins injustes et inéquitables^{1(p3)}. [Traduction libre]

L'**équité numérique** « réfère à la volonté de garantir à tout le monde—particulièrement les populations historiquement mal servies ou sous-représentées—ce qu'il faut en termes de technologie de l'information pour participer à la

vie citoyenne et culturelle, au marché du travail et à l'apprentissage tout au long de la vie, et d'accès aux services essentiels. » (Commission canadienne pour l'UNESCO, citée dans Media Ethics Lab²)
[Traduction libre]

La **fracture numérique** « concerne l'équité, non pas l'infrastructure... Les enjeux d'équité numérique sont profondément ancrés, interdépendants et systémiques... Il importe au plus haut point de résorber la fracture méticuleusement. Celle-ci remonte plus loin dans le temps que les dernières technologies, et les avancées technologiques sont susceptibles de l'aggraver... L'innovation non inclusive devient un facteur d'exacerbation de l'iniquité³. » [Traduction libre]

Pourquoi parler d'équité numérique?

L'avènement de la pandémie de COVID-19 a entraîné l'utilisation accrue des canaux numériques pour transmettre de l'information et fournir des services de santé aux collectivités des quatre coins du Canada et dans tous les secteurs d'activité. Les restrictions sanitaires mises en place pour réduire le risque de contracter la maladie et la transmission de la COVID-19 expliquent en partie ce virage. Cela dit, la crise sanitaire a eu un effet inéquitable sur les populations vivant déjà toutes sortes d'iniquités, en raison notamment du manque de ressources sociales et financières et d'accès aux soins de santé⁴. Le numérique s'est révélé une arme à double tranchant dans le domaine des services de santé. En effet, si les populations vulnérables du point de vue socioéconomique et médical sont celles susceptibles de bénéficier le plus de la télésanté, elles sont peut-être aussi celles les moins prêtes à y avoir recours^{5(p354)}. Parce que l'adoption des services de santé numérique a reflété le recoupement des barrières individuelles, collectives et structurelles,

il s'est avéré que la mise en place de la télésanté à grande échelle durant la pandémie de COVID-19 avait pu entraîner la multiplication des déséquilibres observés en matière d'accès aux soins virtuels dans les populations susceptibles d'en bénéficier le plus^{5(p360-361)}.

L'évolution de la pandémie amènera les déterminants numériques de la santé à jouer un plus grand rôle à mesure que s'accroît le recours à la technologie numérique⁶ pour fournir les services de santé et communautaires de manière à ce que davantage de personnes aient accès à davantage de services dans le continuum de soins. Cela dit, un climat de politique globalement axé sur le comportement individuel crée un contexte où les stratégies de santé numérique pourraient avoir pour effet d'aggraver les iniquités⁷, en creusant par exemple le fossé⁸ entre les personnes en bonne santé et celles qui ne le sont pas.

Servez-vous du présent mémoire pour :

- connaître les grandes dimensions de l'équité numérique;
- élaborer une stratégie ou un modèle d'équité numérique qu'il serait possible d'appliquer aux services virtuels;
- mettre en place des mesures de santé numérique qui répondent aux besoins des personnes en situation de marginalisation ou de vulnérabilité;
- faire connaître aux décideurs les données probantes montrant l'utilité de services de santé numérique fondés sur une approche d'équité.

Considérations relatives à l'équité et services de santé numérique

Reconnaissant l'incidence des stratégies de santé numérique sur l'équité, l'équipe du Programme de santé mentale et de traitement des dépendances de Santé Nouvelle-Écosse a effectué une analyse situationnelle afin d'orienter le processus décisionnel entourant l'équité numérique dans le domaine des services de santé mentale et de traitement des dépendances de la province. L'analyse situationnelle avait un double objectif, c'est-à-dire déterminer les barrières et les occasions entourant les stratégies de cybersanté mentale et explorer l'équité numérique comme catalyseur des décisions des mesures à mettre en

place pour réduire les iniquités de santé. Le projet comportait divers volets, y compris une revue de la littérature, des entretiens avec des informateurs clés et des groupes de discussion formés des prestataires de services et la détermination des ressources et des modèles propres à favoriser l'équité numérique dans les stratégies de santé mentale et de traitement des dépendances.

Les constatations et les implications détaillées se trouvent dans le rapport intégral en anglais intitulé *Digital equity for mental health and addictions in Nova Scotia: A situational assessment*¹, à consulter [ICI](#).

Dimensions de l'équité numérique

L'équipe de projet en est venue à définir cinq grandes dimensions de l'équité numérique^{9,10}. Elle s'en est servie comme modèle pour guider son analyse situationnelle et mapper ses constatations¹. La figure 1 ci-dessous donne une vue d'ensemble des dimensions.

FIGURE 1 : GRANDES DIMENSIONS DE L'ÉQUITÉ NUMÉRIQUE



Pour chacune des dimensions, les principales conclusions tirées de la revue de la littérature conventionnelle et non conventionnelle sont présentées ci-dessous sous l'en-tête « Dans la littérature » et les constatations de l'analyse situationnelle, sous l'en-tête « Dans la collectivité ».

Accès

Tant que nous ne pourrons pas traiter ces symptômes de marginalisation, l'idée que la technologie permet de placer tout le monde sur un pied d'égalité et d'accroître la transparence et l'imputabilité gouvernementales continuera de relever du mythe plus que de la réalité^{11(p23)}.

DANS LA LITTÉRATURE

En ce qui a trait à l'équité, l'existence de la technologie et des services de santé numérique ne suffit sans doute pas à en garantir l'accès¹². Outre l'accès au matériel informatique, aux logiciels et à une connexion à l'Internet⁹, l'âge (jeunesse), le degré de confiance, la situation d'emploi, le revenu, le niveau de scolarité et le lieu géographique entrent en ligne de compte dans l'utilisation de l'Internet (inclusion numérique¹³). Chez les aînés, les personnes ne maîtrisant pas très bien l'anglais [NDT : La recherche documentaire s'est effectuée en anglais seulement], les femmes et les individus ne recevant pas leurs soins de santé dans un endroit précis sont moins enclins à passer par l'Internet pour obtenir leurs services de santé¹⁴.

Les groupes de population en situation de défavorisation en raison d'un manque de ressources et de revenus ou d'une vulnérabilité face aux désastres naturels et à la maladie vivent aussi des iniquités par rapport aux services de

santé numérique⁵. Promouvoir des solutions numériques auprès des populations en situation de défavorisation matérielle et ayant peu d'accès à de telles solutions contribuera à reproduire les iniquités vécues ou à créer de nouvelles vulnérabilités chez les groupes à la recherche d'équité¹⁵. Par exemple, ces mêmes populations devront peut-être choisir une application ou un service en fonction du prix ou de la sécurité, même si de meilleures avenues s'offrent à d'autres¹⁶.

Ne pas aborder ces questions fait en sorte que les solutions numériques visant à améliorer l'accès aux soins de santé et la qualité de ces soins ne tiennent pas compte des personnes qui en bénéficieraient le plus^{17(p116)}. L'accès passe aussi nécessairement par l'établissement de liens de confiance avec les groupes de population afin de résorber la fracture numérique et d'intégrer la notion d'équité à l'élaboration des technologies et de politiques de santé¹⁸.

DANS LA COLLECTIVITÉ

La prestation de services à l'aide de la technologie virtuelle présente l'avantage de faire disparaître les distances et de créer des occasions impossibles à imaginer auparavant. Cependant, les difficultés d'accès à une connexion à l'Internet et à du matériel informatique fiables constituent une barrière de taille à la pleine participation aux services numériques et touchent de manière disproportionnée les populations vivant déjà d'autres iniquités :

Une certaine tranche de la population, y compris les individus en situation d'itinérance, de handicap ou de faible revenu, n'a peut-être aucun accès à des moyens de communication numériques. Il faudra informer ces personnes très vulnérables que de tels services sont offerts et leur dire qu'elles y ont accès dans un endroit où elles pourront se servir du matériel informatique en privé et peut-être même obtenir de l'aide à cet effet, y compris du transport et de l'aide physique ou pour le fonctionnement du matériel informatique.

(Traduction libre des commentaires d'un participant au groupe de discussion)

Même dans les ménages ayant les moyens de se doter d'appareils ou d'une connexion à l'Internet, l'accès est parfois compliqué parce que les enfants ont l'école à la maison ou font leurs devoirs, les parents travaillent à la maison et les plans de données et de services mobiles limitent les appels et l'accès à certaines heures de la journée. Les consignes émanant de la santé publique dans le cadre la pandémie de COVID-19 et qui ont mené à la fermeture de nombreux lieux publics ont réduit encore plus l'accès au réseau sans fil. Pensons seulement à la fermeture des bibliothèques et d'autres espaces publics.

IDÉE NOVATRICE : Profiter d'une subvention ponctuelle pour élargir l'accès au réseau sans fil de l'intérieur jusqu'à l'extérieur des immeubles, par exemple le stationnement, à l'intention des personnes se promenant ou assises à proximité. À l'avenir, les plans d'intervention en cas de pandémie devraient intégrer des solutions afin de faciliter l'accès en toute sécurité et sans attendre, au besoin.

Abordabilité

DANS LA LITTÉRATURE

« L'iniquité de l'accès à l'Internet » associée à l'inégalité d'accès résultant d'une défavorisation matérielle constitue un enjeu de la politique publique¹⁹. Cela dit, une baisse du coût de l'Internet à la maison et du réseau mobile n'aurait pas nécessairement pour effet de résorber la fracture numérique. Les groupes de population ayant un statut socioéconomique plus élevé profitent davantage des interventions qui font appel au numérique²⁰. La réduction du coût du réseau sans fil entraînerait par conséquent l'élargissement de l'écart en termes d'équité si la réduction vise les personnes ayant déjà les moyens de se le payer. Les groupes de population ayant un statut socioéconomique plus faible pourraient tout aussi bien se voir offrir des services numériques moins efficaces parce qu'ils sont moins chers, et perdre ainsi leur accès à des services en personne s'ils en avaient besoin²⁰. Dans le même ordre d'idée, il importe de mettre en place des mécanismes afin d'offrir aux personnes qui n'ont aucun accès au matériel informatique ou qui ne peuvent se permettre de s'en acheter d'autres options leur permettant de recevoir les services appropriés²¹.

DANS LA COLLECTIVITÉ

La barrière qu'impose le coût élevé du matériel informatique, de l'Internet et des forfaits de données cellulaires se révèle plus difficile à surmonter au Canada que dans d'autres pays. Le secteur à but non lucratif s'est donné une grande responsabilité en essayant de combler l'écart en prêtant le matériel informatique ou en offrant des forfaits de données mobiles à court

terme. De telles dépenses drainent un budget de fonctionnement déjà limité. L'obtention des fonds, la gestion de la distribution du matériel informatique, la mise à jour ou l'élargissement des forfaits de données et la communication à la population des endroits offrant l'accès au réseau sans fil gratuitement font certainement porter un fardeau financier encore plus considérable aux organismes communautaires. Il existe des programmes de subvention pour faciliter l'achat de matériel informatique et de services Internet. En général pourtant, la population ne les connaît pas.

Nous avons mené une collecte de fonds et revu les budgets afin d'expédier des téléphones, des tablettes aux patients et aux membres de la collectivité en situation de marginalisation impérieuse – les outils sont partis à la vitesse de l'éclair – une solution de fortune imprévue dans le budget organisationnel.

(Traduction des commentaires d'un participant au groupe de discussion)

IDÉE NOVATRICE : Faire en sorte d'augmenter la capacité dans les divers groupes de population grâce à des partenariats stratégiques, par exemple avec des ministères du gouvernement. Collaborer aussi avec des organismes communautaires qui travaillent avec des groupes de population racisés afin d'obtenir les fonds nécessaires à l'achat d'ordinateurs portables et de tablettes et à la remise à neuf d'ordinateurs à prêter.

Compétences numériques

L'idée reçue que « si vous le construisez, ils viendront » fait abstraction de l'expérience vécue par les individus qui ne sont pas très familiers avec la technologie et qui n'ont pas toujours l'occasion d'apprendre à l'utiliser^{22(p10)}.

DANS LA LITTÉRATURE

La possibilité de se fier à ses propres capacités et au soutien social pour se servir de la technologie constitue un problème d'équité numérique distinct du coût²³. Les personnes qui vivent des iniquités hésitent souvent à se prévaloir d'interventions numériques et ne disposent pas nécessairement des compétences en matière de santé pour en connaître la nature exacte et le fonctionnement²⁴. Les facteurs influant sur les compétences numériques (l'habileté à utiliser les services de santé numérique de manière efficace) sont par exemple l'expérience déjà vécue de la télésanté²³, les habiletés et les connaissances techniques^{22,25} ainsi que l'âge, le niveau de scolarité et les conditions de vie²⁶. Les individus qui vivent le plus étroitement la défavorisation sociale sont susceptibles de connaître les pires états de santé. Ils sont sans doute aussi ceux qui ont moins accès aux systèmes de santé numérique et moins de compétences et de connaissances informatiques pour bien les maîtriser^{7(p34)}.

Les personnes qui devraient se montrer encouragées par toutes les options offertes en matière de santé numérique se trouvent au contraire souvent dépassées si elles ne possèdent pas les compétences numériques utiles⁷ et doivent en plus faire face à la réalité d'autres iniquités socioéconomiques. L'accès, l'abordabilité ou le type de plan de connexion

à l'Internet n'influent aucunement sur les compétences numériques²⁶. Il faut tenir compte des compétences numériques dans le processus d'élaboration des stratégies de santé numérique pour améliorer l'équité en santé⁸.

DANS LA COLLECTIVITÉ

Le fait de disposer d'un appareil muni d'une connexion à l'Internet ou d'un accès à cette connexion n'est pas un gage d'inclusion numérique. La capacité d'utiliser efficacement les services numériques varie d'un individu à l'autre. Une déficience intellectuelle, une déficience cognitive, un handicap, une maladie mentale, l'âge, l'accès et les occasions d'apprentissage par le passé entrent aussi en ligne de compte. Devant la multitude d'applications, de plateformes, de systèmes d'exploitation et d'interfaces, bien des gens rebutent à naviguer dans un cyberspace non familier. Les prestataires de services ont aussi à surmonter le défi d'apprendre à se connecter et à établir un lien dans un cyberspace et à transformer leur mode de fonctionnement en personne en un mode virtuel qui répond aussi bien aux besoins des gens.

Nous ne pouvons supposer des compétences numériques. Les types de compétences sont nombreux – compétences générales, compétences en matière de santé, compétences numériques – tous des facteurs à considérer. (Traduction des commentaires d'un participant au groupe de discussion)

IDÉE NOVATRICE : Mettre en relation les travailleurs communautaires et les jeunes, les aînés et les aidants dans le cadre de la formation sur le fonctionnement des services de santé numérique. Offrir aux aidants et aux cliniciens une formation sur le fonctionnement de la technologie numérique servant à la prestation des services de santé.

Pertinence

Des innovations faites en fonction du contexte pourraient bien mener à de bons résultats de santé pour un pan de la société. Elles pourraient aussi, par inadvertance, entraîner la création, le maintien et l'augmentation des disparités pour un autre pan de la société. Une telle situation est susceptible d'exacerber les iniquités de santé, en reconfigurant la fracture numérique—une pauvreté de systèmes informatiques en matière de santé ou de mesures de santé numérique^{27(p2)}. [Traduction libre]

DANS LA LITTÉRATURE

La pertinence de la santé numérique influe davantage sur la fracture numérique que le coût²⁶. La pertinence concerne des facteurs qui vont au-delà du contenu²⁶ pour englober des facteurs d'influence liés à l'acceptabilité et à l'utilisation des technologies numériques dans les milieux où les ressources se font rares⁶. Il se révèle donc impératif de créer du contenu adapté à la diversité culturelle⁹ et de le diffuser dans les milieux pertinents²⁸ et de tenir compte des déterminants sociaux de la santé dans les quartiers mal servis¹⁸.

Les principales caractéristiques de la pertinence sont les suivantes : la sécurité culturelle et la justesse des services numériques pour les communautés noires, autochtones et de personnes de couleur²⁹; l'adaptation du contenu aux croyances structurelles³⁰; l'engagement concret des utilisateurs dans l'élaboration des interventions numériques³¹; la prise en compte de la langue et du statut d'immigrant de l'utilisateur³²; les stratégies reflétant les valeurs de la collectivité³³ et des Autochtones^{31,34}. La santé

numérique dépend du contexte des iniquités socioéconomiques vécues par les individus et les collectivités³⁵. La prise en compte des iniquités systémiques et des événements historiques³⁶ et la participation concrète des membres de la collectivité aux décisions prises au sujet des technologies numériques à employer en santé publique³⁷ doivent faire partie intégrante des programmes de santé numérique.

DANS LA COLLECTIVITÉ

Les participants au groupe de discussion et aux entretiens ont souligné l'utilité des services de cybersanté mentale sur l'ensemble du continuum de soins. La pertinence d'un service de santé numérique dépend de l'accueil réservé par l'individu. La langue, la culture, le style d'apprentissage, l'âge, les aptitudes, l'état de santé mentale et les préférences influent tous sur la pertinence d'un service de santé numérique donné. Si les gens ne se reconnaissent pas dans un service ou un système de santé, ils sont moins enclins à s'en prévaloir. Les participants s'entendaient tous pour dire qu'il n'existe aucune véritable panacée. Il faut offrir diverses options pour que les gens puissent choisir celle qui leur convient le mieux (p. ex., texto, appel téléphonique ou vidéo). De même, l'adoption des technologies numériques semble inéluctable.

L'avantage du numérique n'est pas toujours évident lorsqu'il s'agit d'interactions avec des personnes et d'individus souffrant de dépression qui doivent en plus faire appel à leur force mentale pour composer avec la technologie... les fonctionnalités (mettre en sourdine et remettre le son), le bruit ambiant et ainsi de suite. Le faire subir à la personne tentant d'obtenir de l'aide en cas de

dépression s'avère un obstacle insurmontable... La relation interpersonnelle en prend pour son rhume dans les forums en ligne. (Traduction des commentaires d'un participant au groupe de discussion)

IDÉE NOVATRICE : Élaborer et fournir des services, tels que des sites Web interactifs où il est possible de personnaliser les résultats de recherche aux besoins de l'utilisateur, des options de service téléphonique, de texto et de clavardage 211, des services d'écoute et d'assistance téléphoniques et autres formes d'aide offerte en ligne par les pairs dans diverses langues et assurant la sécurité culturelle.

Sûreté et sécurité

DANS LA LITTÉRATURE

La vie privée peut se révéler une source de préoccupation pour les personnes en situation de défavorisation matérielle et sociale qui doivent partager des appareils mobiles avec leur famille ou leurs amis, emprunter un appareil d'un organisme¹⁶ ou compter sur des appareils appartenant à quelqu'un d'autre pour avoir accès à la technologie²¹. En plus des préoccupations liées à la vie privée²⁶, il importe de reconnaître que l'établissement d'un lien de confiance entre les prestataires de services de santé numérique et les membres de la collectivité constitue un important aspect de la sûreté et de la sécurité entourant les stratégies de santé numérique²⁵. La crédibilité découlant de ce que perçoit la collectivité comme étant digne de confiance s'avère essentielle³⁰. L'exclusion, la sous-représentation, la stigmatisation et la discrimination peuvent amener les groupes de population racisés et autres à se méfier du système de santé³⁸.

Il importe d'entretenir des relations solides avec les groupes de population qui ont fait l'objet de discrimination pour établir la sûreté et la sécurité relativement aux plateformes de santé numérique. Ignorer la dynamique du pouvoir maintiendra ou exacerbera le statu quo des groupes de population qui vivent des iniquités³⁷. Il y a ainsi « un grand risque de voir les fissures se creuser davantage ou d'en voir apparaître de nouvelles entre les utilisateurs de la technologie et les individus qui collectent des données et utilisent leurs propres données^{38(p216)} » [traduction libre]. Les personnes ayant des problèmes de santé et faisant l'objet de stigmatisation pourraient se montrer particulièrement préoccupées par la sûreté et la sécurité entourant les technologies de santé numérique⁶.

DANS LA COLLECTIVITÉ

Les raisons pour lesquelles certaines personnes hésitent à naviguer dans Internet ne sont pas nécessairement le manque d'accès et l'insuffisance de l'infrastructure, mais plutôt le pouvoir, le privilège et la crainte d'être surveillées. L'espace physique où les gens se servent de la technologie pour recevoir leurs soins de santé mentale doit être compatible avec la nature de la séance. Les rencontres virtuelles avec un clinicien devraient avoir lieu dans un endroit privé et tranquille, ce qui n'est pas toujours possible si la personne garde chez elle un enfant ou un aîné voire plusieurs, s'il s'agit d'une famille élargie et nombreuse vivant ensemble

dans une petite maison ou s'il y a de la violence conjugale, ce qui rend l'accès à des rencontres ou à de l'aide à distance dangereux. Les études montrent que certaines personnes reçoivent leurs soins virtuels à partir de leur véhicule, de parcs de stationnement ou de bibliothèques parce qu'aucune pièce de la maison ne leur permettrait de le faire en toute sécurité. Même en trouvant un accès sans fil dans un lieu public, les gens se heurtent aux préjugés :

Le réseau sans fil offert gratuitement à l'extérieur des bibliothèques et des écoles suppose que les gens disposent d'un moyen de transport pour s'y rendre. Sans accès à un véhicule et en raison des ruptures de services de transport en commun, les gens devaient se rendre à pied aux points d'accès sans fil. Un de nos clients qui avait dû marcher longtemps avant d'arriver sur le terrain d'une école pour utiliser le réseau sans fil s'est fait cibler par la police pour flânerie.

[Traduction des commentaires d'un participant au groupe de discussion]

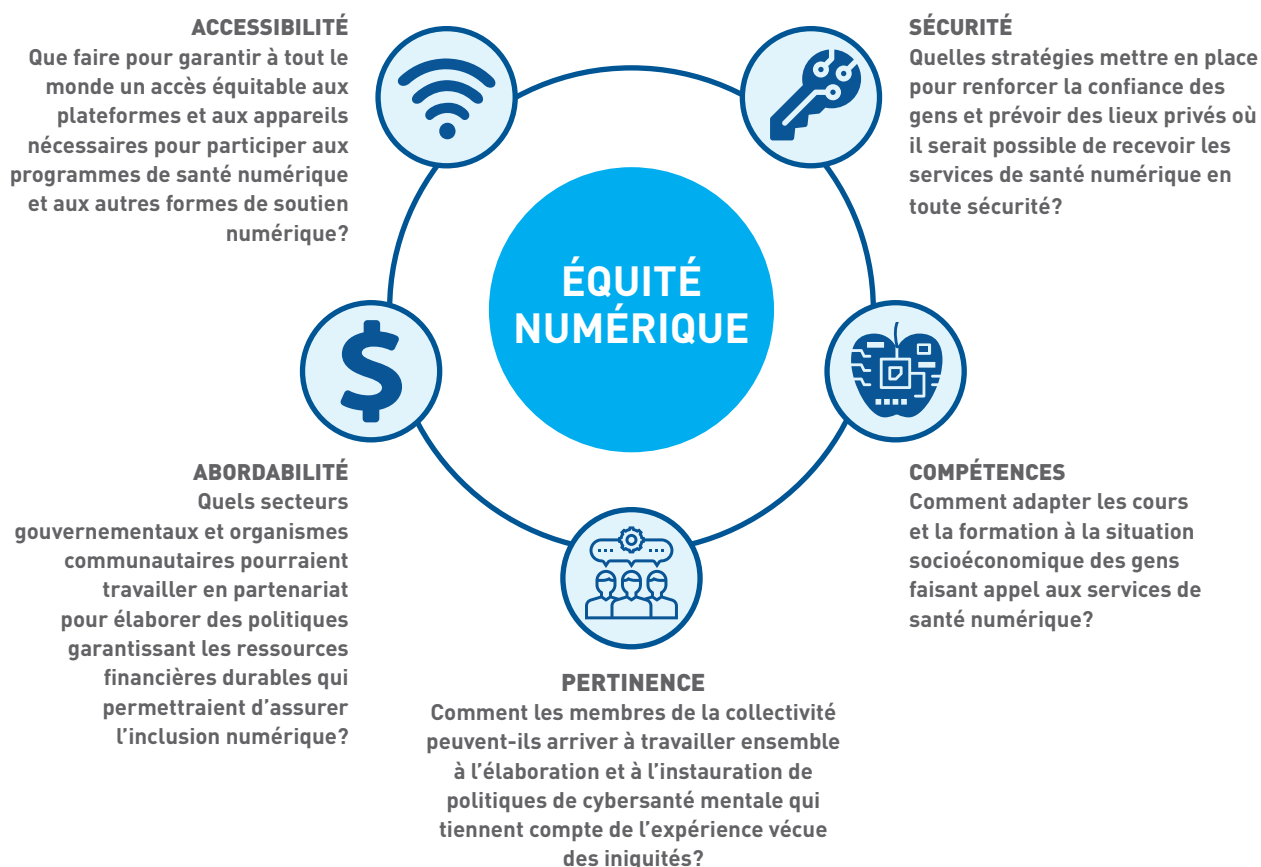
IDÉE D'INNOVATION : Organiser des visites à domicile par un internaute qui est une personne digne de confiance dans la collectivité afin d'assurer la sûreté et la sécurité lors de l'utilisation des plateformes numériques dans les collectivités et par les personnes isolées.

Adopter une approche d'équité en santé en matière de services de santé numérique

Pour être équitable, l'instauration de services de santé numérique exige de bien comprendre la relation entre la technologie et la situation de défavorisation intersectionnelle avec laquelle les plus démunis doivent composer quotidiennement^{39(p262)}. L'**équité en santé** veut dire que tout le monde (individus, groupes et collectivités) a la possibilité d'atteindre un état de santé optimal sans être défavorisé en raison de conditions sociales, économiques, environnementales et culturelles⁴⁰ découlant de facteurs socialement construits, par exemple, la race, le genre, l'orientation sexuelle, les croyances religieuses ou le rang social⁴¹. L'atteinte de l'équité en santé passe par la reconnaissance que tout le monde ne part pas du même pied pour arriver à vivre en santé et qu'il faut remédier aux facteurs à la source du déséquilibre⁴². Au contraire, l'**iniquité de santé** réfère à ce qui se passe lorsqu'une décision de ne pas intervenir face à un désavantage ou à un déséquilibre en matière de pouvoir et de ressources.

Il est possible d'agir pour corriger les conditions modifiables et injustes dans lesquelles vivent les gens au quotidien. Dans sa *Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025*⁶, l'Organisation mondiale de la Santé insiste sur la mise en place d'interventions fondées sur l'intégrité, l'établissement de relations de confiance, l'équité, l'éthique, le renforcement des capacités et les compétences. Elle souligne en outre l'importance d'établir des politiques de santé numérique qui tiennent compte de l'incidence des facteurs socioéconomiques de manière à ce que les technologies employées en santé n'exacerbent pas les iniquités, sont conçues avec la participation de la population aux processus décisionnels en matière de santé numérique et sont offertes à tout le monde, sans exception.

FIGURE 2 : CONSIDÉRATIONS POUR L'ÉLABORATION DE SERVICES DE SANTÉ NUMÉRIQUE ÉQUITABLES



Il importe de veiller à ce que les services numériques offerts ne creusent pas davantage le fossé et ne multiplient pas les inégalités entre les « nantis » et les « démunis ». Ainsi, il faut consacrer des efforts constants et soigneusement ciblés pour résorber la fracture numérique^{15(S140)}.

Ressources connexes pour soutenir l'équité en santé numérique

- « [Digital health equity as a necessity in the 21st Century Cures Act era](#) » (2020) (en anglais)⁴³
- « [The language of equity in digital health: Prioritizing the needs of limited English proficient communities in the patient portal 2.0](#) » (2021) (en anglais)⁴⁴
- « [Advancing digital health equity: A policy paper of the Infectious Diseases Society of America and the HIV Medicine Association](#) » (2021) (en anglais)⁴⁵

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2021, 11 mai). *Digital equity for mental health and addictions in Nova Scotia: a situational assessment* [Internet]. Santé Nouvelle-Écosse, Programme de santé mentale et de traitement des dépendances (document mis à jour le 29 juillet 2021; cité le 5 novembre 2021). https://mha.nshealth.ca/sites/default/files/2021-07/Digital%20equity%20mental%20health%20sit%20ax_Final_May%2011%202021.pdf (en anglais)
- Media Ethics Lab. *Digital equity* [Internet]. Université de Toronto, St. Michael's College; Media Ethics Lab [cité le 2 novembre 2021], [environ 5 écrans]. <http://mediaethics.ca/research-areas/digital-equity/> (en anglais)
- Ahmed, N. et Harper-Merrett, T. (2020, 13 nov). *The 'digital divide' is about equity, not infrastructure* [Internet]. Université Ryerson, First Policy Response [cité le 2 novembre 2021], [environ 6 écrans]. <https://policyresponse.ca/the-digital-divide-is-about-equity-not-infrastructure/> (en anglais)
- Agence de la santé publique du Canada. (2021, juillet). *Inégalités sociales dans les décès attribuables à la COVID-19 au Canada, par caractéristiques individuelles et locales, de janvier à juillet/août 2020* [Internet]. ASPC [cité le 2 novembre 2021]. https://sante-infobase.canada.ca/src/doc/PDF_COVID-19_Mort_Can_2020_FR.pdf
- Chang, J. E., Lai, A. Y., Gupta, A., Nguyen, A. M., Berry, C. A. et Shelley, D. R. (2021, juin). Rapid transition to telehealth and the digital divide: implications for primary care access and equity in a post-COVID era. *The Milbank Quarterly*, 99(2), 340-368. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12509> (en anglais)
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025* [Internet]. OMS [cité le 2 novembre 2021]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344250/9789240027558-fre.pdf>
- Rich, E., Miah, A. et Lewis, S. (2019, octobre). Is digital health care more equitable? The framing of health inequalities within England's digital health policy 2010-2017. *Sociology of Health & Illness*, 41(S1), 31-40. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12980> (en anglais)
- Cheng, C., Beauchamp, A., Elsworth, G.R. et Osborne, R.H. (2020, août). Applying the electronic health literacy lens: systematic review of electronic health interventions targeted at socially disadvantaged groups. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), article e18476. <https://doi.org/10.2196/18476> (en anglais)
- Resta, P., Laferrière, T., McLaughlin, R. et Kouraogo, A. (2018). Issues and challenges related to digital equity: an overview. Dans J. Voogt, G. Knezek, R. Christensen, K.W. Lai (dir.), *Second handbook of information technology in primary and secondary education* (p. 987-1004). Springer International Publishing.
- Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales. (2021, février). *Leveraging digital technologies for social inclusion* [Internet]. UN/DESA [cité le 2 novembre 2021], (document de politique no 92). https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/PB_92.pdf (en anglais)
- Becker, J.D., Washington, J., Naff, D., Woodard, A. et Rhodes, J.A. (2020, décembre). Digital equity in the time of COVID-19: the access issue [Internet]. Metropolitan Educational Research Consortium [cité le 2 novembre 2021]. https://scholarscompass.vcu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1114&context=merc_pubs (en anglais)
- Chunara, R., Zhao, Y., Chen, J., Lawrence, K., Testa, P. A., Nov, O. et Mann, D. M. (2021, janvier). Telemedicine and healthcare disparities: a cohort study in a large healthcare system in New York City during COVID-19. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28(1), 33-41. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa217> (en anglais)
- Brown, L. J., Jones, G.M. et Bond, M. J. (2019, août). E-health: psychosocial challenges for South Australian rural mental health consumers. *Rural and Remote Health*, 19(3), article 5103. <https://doi.org/10.22605/RRH5103> (en anglais)
- Yoon, H., Jang, Y., Vaughan, P. W. et Garcia, M. (2020, janvier). Older adults' internet use for health information: digital divide by race/ethnicity and socioeconomic status. *Journal of Applied Gerontology*, 39(1), 105-110. <https://doi.org/10.1177/0733464818770772> (en anglais)
- Livingstone, S., Lemish, D., Lim, S. S., Bulger, M., Cabello, P., Claro, M., Cabello-Hutt, T., Khalil, J., Kumpulainen, K., Nayar, U. S., Nayar, P., Park, J., Tan, M. M., Prinsloo, J. et Wei, B. (2017, novembre). Global perspectives on children's digital opportunities: an emerging research and policy agenda. *Pediatrics*, 140(suppl. 2), S137-S141. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758S> (en anglais)
- Torous, J., Jan Myrick, K., Rauseo-Ricupero, N. et Firth, J. (2020, mars). Digital mental health and COVID-19: using technology today to accelerate the curve on access and quality tomorrow. *JMIR Mental Health*, 7(3), article e18848. <https://doi.org/10.2196/18848> (en anglais)
- Van Winkle, B., Carpenter, N. et Moscucci, M. (2017, novembre). Why aren't our digital solutions working for everyone? *AMA Journal of Ethics*, 19(11), 1116-1124. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.11.stas2-1711> (en anglais)

18. Shaw, J., Chandra, S., Gordon, D., Bickford, J., Fujioka, J., Yang, R., Griffith, J., Gibson, J. et Bhatia, S. (2020). *Digital health technologies for more equitable health systems: a discussion paper* [Internet]. Women's College Hospital Institute for Health System Solutions and Virtual Care [cité le 2 novembre 2021]. https://www.wchwhv.ca/assets/uploads/Digital_Health_and_Equity_Report_September_2020FINAL.pdf (en anglais)
19. Katapally, T. et Kwambia, E. (2020, 30 avril). *Countering COVID-19 mental health crises with digital health policy interventions* [Internet]. Johnson Hoyama Graduate School of Public Policy [cité le 2 novembre 2021]. <https://www.schoolofpublicpolicy.sk.ca/documents/research/policy-briefs/js-gs-policybriefs-covid-series-mental-health.pdf> (en anglais)
20. Munoz, R. F., Pineda, B. S. et Llamas, J. A. (2019, décembre). Indigeneity, diversity, and equity in Internet interventions: could ISRII contribute to making health care a universal human right? *Internet Interventions*, 18, article 100269. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100269> (en anglais)
21. Organisation mondiale de la Santé. (2019). *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening* [Internet]. OMS [cité le 2 novembre 2021]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf> (en anglais, avec résumé en français au <https://www.who.int/fr/news/item/17-04-2019-who-releases-first-guideline-on-digital-health-interventions>)
22. Hoffman, L. (2019, septembre/octobre). *Equity and inclusion in digital mental health literacy* [Internet]. Social Work Today, 19(5) [cité le 2 novembre 2021], [environ 7 écrans]. <https://www.socialworktoday.com/archive/SO19p10.shtml> (en anglais)
23. Fang, M. L., Siden, E., Korol, A., Demestihias, M. A., Sixsmith, J. et Sixsmith, A. (2018, novembre). A scoping review exploration of the intended and unintended consequences of eHealth on older people: a health equity impact assessment. *Human Technology*, 14(3), 297-323. <https://doi.org/10.17011/ht/urn.201811224835> (en anglais)
24. Latulippe, K., Hamel, C. et Giroux, D. (2017, avril). Social health inequalities and eHealth: a literature review with qualitative synthesis of theoretical and empirical studies. *Journal of Medical Internet Research*, 19(4), article e136. <https://doi.org/10.2196/jmir.6731> (en anglais)
25. Gratzner, D., Torous, J., Lam, R. W., Patten, S. B., Kutcher, S., Chan, S., Vigo, D., Pajner, K. et Yatham, L. N. (2021, janvier). Our digital moment: innovations and opportunities in digital mental health care. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 66(1), 5-8. <https://doi.org/10.1177/0706743720937833> (en anglais)
26. Ipsos Public Affairs. (2016). *Public perspectives: participation in the digital economy 2.0* [Internet]. Ipsos [cité le 2 novembre 2021]. <https://www.ipsos.com/sites/default/files/publication/2015-12/7086-report-2.0.pdf> (en anglais)
27. Brewer, L. C., Fortuna, K. L., Jones, C., Walker, R., Hayes, S. N., Patten, C. A., et Cooper, L. (2020, janvier). Back to the future: achieving health equity through health informatics and digital health. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(1), article e14512. <https://doi.org/10.2196/14512> (en anglais)
28. Murphy, J.K., Khan, A., Sun, Q., Minas, H., Hatcher, S., Ng, C. H., Withers, M., Greenshaw, A., Michalak, E. E., Chakraborty, P. A., Sandanasamy, K. S., Ibrahim, N., Ravindran, A., Chen, J., Nguyen, V.C. et Lam, R. W. (2021). Needs, gaps and opportunities for standard and e-mental health care among at-risk populations in the Asia Pacific in the context of COVID-19: a rapid scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), article 161. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01484-5> (en anglais)
29. Friis-Healy, E. A., Nagy, G. A. et Kollins, S. H. (2021, janvier). It is time to REACT: opportunities for digital mental health apps to reduce mental health disparities in racially and ethnically minoritized groups. *JMIR Mental Health*, 8(1), article e25456. <https://doi.org/10.2196/25456> (en anglais)
30. Bakken, S., Marden, S., Arteaga, S. S., Grossman, L., Keselman, A., Le P. T., Creber, R. M., Powell-Wiley, T. M., Schnell, R., Tabor, D., Das, R. et Farhat, T. (2019, janvier). Behavioral interventions using consumer information technology as tools to advance health equity. *American Journal of Public Health*, 109(S1), S79-S85. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304646> (en anglais)
31. Jones, L., Jacklin, K. et O'Connell, M. E. (2017, juillet). Development and use of health-related technologies in Indigenous communities: critical review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(7), article e256. <https://doi.org/10.2196/jmir.7520> (en anglais)
32. Hellberg, S. et Johansson P. (2017, mars). eHealth strategies and platforms — the issue of health equity in Sweden. *Health Policy and Technology*, 6(1), 26-32. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2016.09.002> (en anglais)
33. Graham, G. N., Ostrowski, M. et Sabina, A. B. (2016, novembre). Population health-based approaches to utilizing digital technology: a strategy for equity. *Journal of Public Health Policy*, 37(suppl. 2), 154-166. <https://doi.org/10.1057/s41271-016-0012-5> (en anglais)
34. Hensel, J. M., Ellard, K., Koltek, M., Wilson, G. et Sareen, J. (2019, août). Digital health solutions for Indigenous mental well-being. *Current Psychiatry Reports*, 21(8), article 68. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1056-6> (en anglais)

35. Strudwick, G., Impey, D., Torous, J., Krausz, R. M. et Wiljer, D. (2020, avril). Advancing e-mental health in Canada: report from a multistakeholder meeting. *JMIR Mental Health*, 7(4), article e19360. <https://doi.org/10.2196/19360> (en anglais)
36. Gómez-Ramírez, O., Iyamu, I., Ablona, A., Watt, S., Xu, A. X. T., Chang, H.-J. et Gilbert, M. (2021, juin). On the imperative of thinking through the ethical, health equity, and social justice possibilities and limits of digital technologies in public health. *Canadian Journal of Public Health*, 112(3), 412-416. <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00487-7> (en anglais)
37. Sinha, C. et Schryer-Roy, A. M. (2018, décembre). Digital health, gender and health equity: invisible imperatives. *Journal of Public Health*, 40(suppl. 2), ii1-ii5. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy171> (en anglais)
38. Arevian, A. C., Jones, F. et Chung, B. (2019, mai). Mental health disparities and technology: new risks and opportunities. *Psychiatric Annals*, 49(5), 215-219. <https://doi.org/10.3928/00485713-20190416-03> (en anglais)
39. Winters, N., Venkatapuram, S., Geniets, A. et Wynne-Bannister, E. (2020, avril). Prioritarian principles for digital health in low resource settings. *Journal of Medical Ethics*, 46(4), 259-264. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105468> (en anglais)
40. Whitehead, M. et Dahlgren, G. (2006). Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health [Internet]. Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe [cité le 2 novembre 2021]. https://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf (en anglais)
41. Southern Jamaica Plain Health Center, Racial Reconciliation and Healing Project. (2017, 10 février; modifié le 12 octobre 2021). *Living glossary for racial justice, equity & inclusion* [Internet]. SJPHC [cité le 2 novembre 2021]. <https://docs.google.com/document/d/1acNluGSKAJLWYwzCa0TtKciftWE8iKb4vJZdcGW4zqw/edit#> (en anglais)
42. Center for the Study of Social Policy. (2019, septembre). Key equity terms & concepts: a glossary for shared understanding [Internet]. CSSP [cité le 2 novembre 2021]. <https://cssp.org/wp-content/uploads/2019/09/Key-Equity-Terms-and-Concepts-vol1.pdf> (en anglais)
43. Rodriguez, J. A., Clark, C. R., Bates, D. W. (2020, 16 juin). Digital health equity as a necessity in the 21st Century Cures Act era. *JAMA*, 323(23), 2381-2382. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.7858>
44. Rodriguez, J. A., Casillas, A., Cook, B. L. et Marlin, R. P. (2021). The language of equity in digital health: prioritizing the needs of limited English proficient communities in the patient portal 2.0. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 32(2)[suppl.], 211-219. <https://doi.org/10.1353/hpu.2021.0059> (en anglais)
45. Wood, B. R., Young, J. D., Abdel-Massih, R. C., McCurdy, L., Vento, T. J., Dhanireddy, S., Moyer, K. J., Siddiqui, J. et Scott, J. D. (2021, 15 mars). Advancing digital health equity: a policy paper of the Infectious Diseases Society of America and the HIV Medicine Association. *Clinical Infectious Diseases*, 72(6), 913-919. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1525> (en anglais)

Coordonnées

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé
Université St. Francis Xavier
Antigonish (N.-É.) B2G 2W5
Téléphone : 902-867-6133
Télécopieur : 902-867-6130
ccnds@stfx.ca
www.ccnds.ca
Twitter : @NCCDH_CCNDS

Programme de santé mentale
et de traitement des dépendances
Bureau provincial de Santé
Nouvelle-Écosse
90, rue Lovett Lake, bureau 201
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3S 0H6
Téléphone : 1-844-491-5890
MHATransformation@nshealth.ca
www.MHAhelpNS.ca/fr

Rédaction : Dianne Oickle, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS), et Lori Wozney, Santé Nouvelle-Écosse (SNÉ).

Révision interne : Claire Betker (CCNDS) et Samantha Hodder (SNÉ).

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est situé à l'Université St. Francis Xavier. Nous reconnaissons que nous nous trouvons en Mi'kma'ki, le territoire ancestral non cédé du peuple micmac.

Veillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse. (2022). *Équité numérique et services de santé : mémoire*. CCNDS, Université St Francis Xavier. SNÉ, Programme de santé mentale et de traitement des dépendances.

ISBN : 978-1-989241-76-9

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). Les points de vue exprimés dans ce document ne reflètent pas forcément ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique [en format PDF] du présent document est disponible au www.ccnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title *Digital equity in health services: practice brief*.