

### Formation et mise en place de politiques adéquates –

Mesures à prendre:

- Apporter des changements permanents au mode de rémunération des intervenants pour leur permettre de facturer les services virtuels fournis
- Les instances gouvernementales devraient inclure les dépenses d'équipement dans les critères d'admissibilité énoncés dans les possibilités de financement
- Fournir un encadrement et des normes pour guider la prestation des soins virtuels (p. ex. protection des renseignements personnels, confidentialité, consentement éclairé, gestion des risques, collecte et utilisation de données sociodémographiques pour mesurer les progrès accomplis au chapitre des objectifs d'équité en matière de santé, etc.)
- Offrir aux intervenants une formation et des cours de perfectionnement professionnel continu (p. ex. littératie numérique, sécurisation culturelle, « humilité culturelle », soins virtuels accessibles et centrés sur la personne)

### Plateformes adaptées et sécurité –

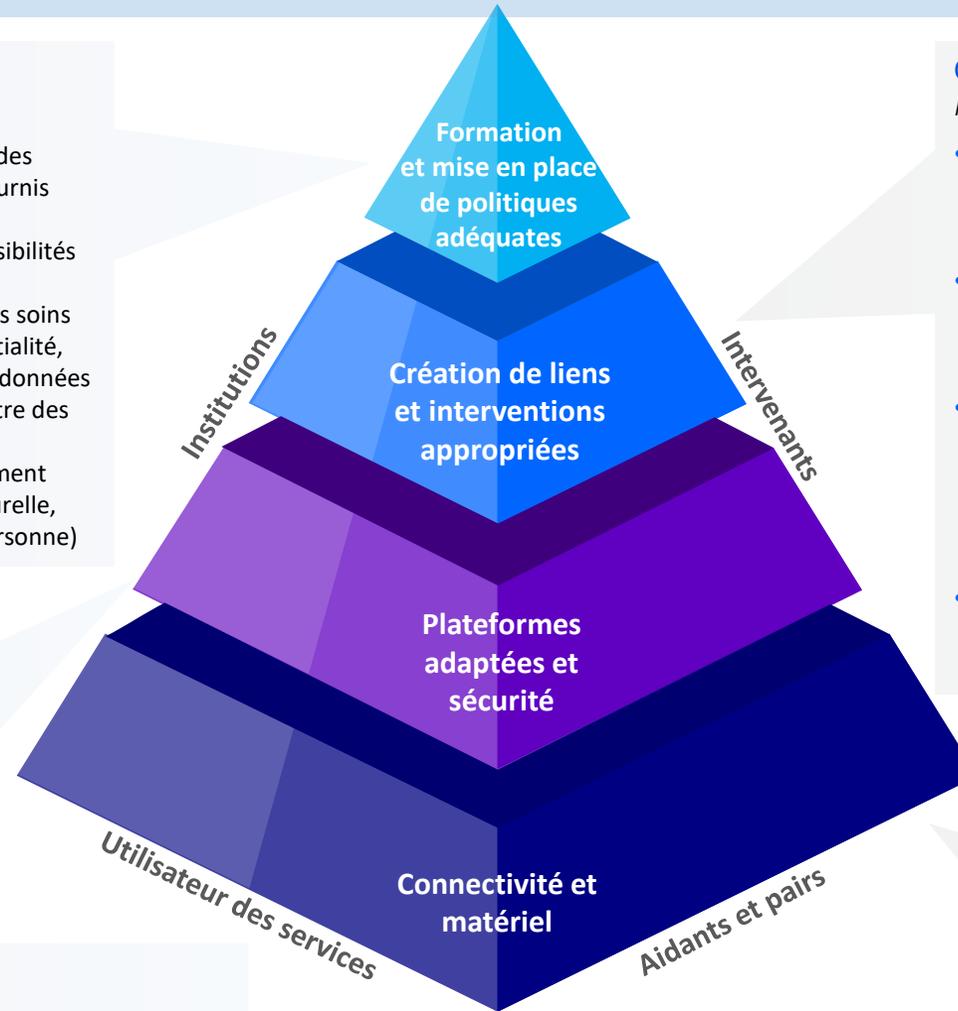
Conditions à remplir:

- Facilité d'utilisation : les plateformes doivent permettre de tenir compte des besoins linguistiques ainsi que des différents degrés de littératie alphabétique et numérique, et fournir des solutions aux problèmes d'accessibilité.
- Acceptabilité : les plateformes doivent pouvoir répondre à divers besoins (sécurisation culturelle, normes culturelles et normes générationnelles, besoin de dissiper le manque de confiance à l'égard du système de santé et de la technologie).

### Création de liens et interventions appropriées –

Mesures à prendre:

- Sensibilisation et offre active de services virtuels, tout particulièrement en direction des populations prioritaires (p. ex. jeunes en difficulté, personnes ayant une incapacité, et familles, personnes sans abri)
- Consultation des utilisateur des services pour déterminer les besoins liés à l'accès à des appareils électroniques ou à des plateformes, ou à leur utilisation (exemple : inciter les familles et partenaires locaux à remplir le rôle de mentors)
- Mesure de la perception de la qualité des soins et amélioration continue de cette qualité en se fondant sur les commentaires recueillis auprès des utilisateur des services. Veiller à ce que les personnes ayant une expérience vécue de la discrimination et des services de santé mentale soient prises en compte dans la planification.
- Aiguillages et partenariats pour pallier les problèmes structurels : difficultés d'accès au logement, insécurité alimentaire, etc.



### Connectivité et matériel – Obstacles possibles :

- Manque d'accès à l'Internet (zones rurales et éloignées)
- Connexion de mauvaise qualité, à faible vitesse ou peu fiable
- Coût de l'accès à l'Internet/coût des données mobiles
- Coût des appareils et des forfaits pour se connecter aux services téléphoniques ou à l'Internet
- Manque d'espace privé ou de confidentialité (p. ex. manque d'endroit pour s'isoler, partage d'un ou de plusieurs appareils, recours aux réseaux publics WIFI)

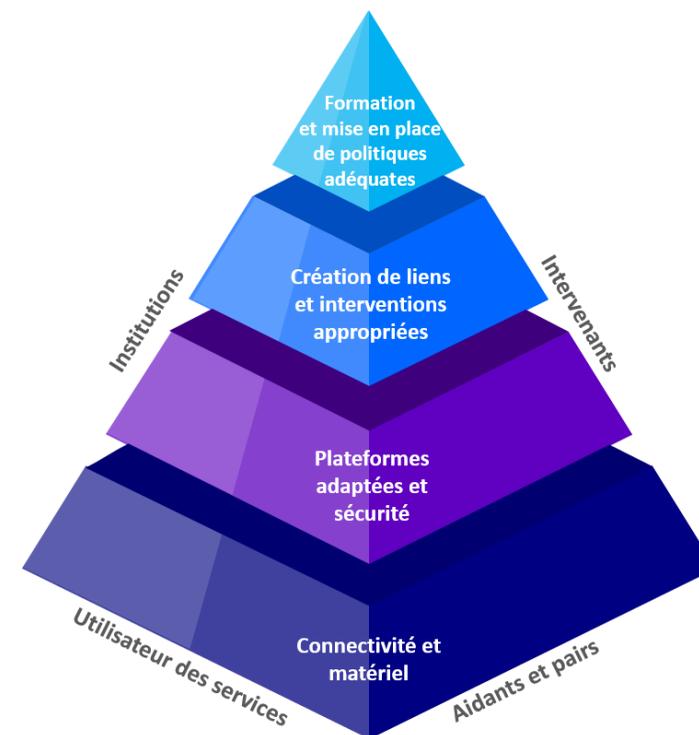
## Modèle d'équité pour les soins virtuels : pas de laissés pour compte

### Origine du modèle pyramidal et objectifs

Le modèle d'équité pour les soins virtuels illustre les conditions nécessaires pour permettre à quiconque d'accéder, en temps utile, à des soins virtuels de qualité à la fois équitables et centrés sur la personne. La pyramide illustre une hiérarchie de besoins. Ainsi, il est impératif de commencer par répondre aux besoins de base, dont l'accès à l'Internet et à un appareil pour s'y connecter, avant même d'envisager de remplir les autres conditions nécessaires à la prestation de soins virtuels équitables. Notons toutefois que les domaines qui forment les étages de la pyramide ne sont pas totalement distincts les uns des autres : il arrive qu'ils se chevauchent ou s'entrecroisent, ce qui peut entraver à l'accès aux soins ou, à l'inverse, le faciliter.

**L'objet du modèle est de guider le Regroupement ontarien pour les soins virtuels en santé mentale et en usage de substances (ROSV) afin que l'équité en santé soit placée au cœur de ses travaux. Ce modèle, conçu en concertation avec les membres du Comité de réflexion sur l'équité, organe du ROSV composé de personnes ayant une expérience vécue de la discrimination, trouve son origine dans les sources énumérées ci-dessous.**

**L'équité en santé** se définit par « l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques » (OMS). À titre d'exemple, la santé des groupes racialisés, dont les communautés autochtones et les Noirs, est inférieure à la moyenne en raison de la persistance de la mentalité raciste et colonialiste, y compris au sein du système de santé. Dans un monde où l'objectif d'équité en matière de santé a été atteint, toutes les communautés sont en mesure d'accéder aux conditions et aux soins nécessaires à une santé optimale.



## Domaines

- **Connectivité et matériel.** Ce domaine est situé à la base de la pyramide car, pour une communauté comme pour une personne, le fait de disposer d'un accès (de préférence privé) à un téléphone ou à l'Internet et d'un appareil pour s'y connecter est la première condition à remplir pour pouvoir bénéficier de soins virtuels.
- **Plateformes adaptées et sécurité.** Ce domaine porte sur le double besoin d'abordabilité et d'accessibilité. Il est impératif que les plateformes de cybersanté répondent aux besoins des organismes et des intervenants, et qu'elles soient adaptées aux utilisateurs des services en termes de coût, de littératie numérique, d'aptitudes linguistiques, de capacités et de culture.
- **Création de liens et interventions appropriées.** Ces deux conditions sont essentielles pour favoriser l'accès aux soins virtuels et les rendre acceptables. Les relations établies entre les intervenants et autres membres du personnel d'un organisme et les utilisateurs des services permettent de s'assurer que ces derniers disposeront des outils nécessaires (matériel, compétences numériques, services de traduction, etc.) pour accéder aux soins en cas d'interruption des services en personne. Quant aux interventions, elles doivent être adaptées à la prestation des soins virtuels ainsi qu'aux caractéristiques culturelles et sociales des utilisateurs.
- **Formation et mise en place de politiques adéquates.** Ces deux conditions contribuent à renforcer les trois autres domaines. Il s'agit de faire en sorte que les politiques, tant au sein des organismes qu'à tous les paliers du gouvernement, favorisent un accès aux soins virtuels qui soit équitable, confidentiel et centré sur la personne, tout en veillant à ce que les praticiens disposent des compétences nécessaires pour fournir ces soins.

## Éléments de preuve

- **Preuves fondées sur la culture.** Ces preuves sont ancrées dans des milieux culturels particuliers tels que ceux des Premières nations, des Métis et des Inuits et ceux des communautés noires. La sagesse et les traditions relatives au bien-être mental, physique et spirituel se transmettent depuis des millénaires dans les communautés autochtones et autres communautés racialisées. Cependant, ces savoirs ont bien longtemps été marginalisés dans les soins de santé et la science médicale, et ils sont encore trop souvent ignorés.
- **Preuves fondées sur l'expérience vécue.** Ces preuves proviennent de communautés et de personnes qui ont reçu ou reçoivent des services de santé mentale et de traitement des dépendances, ainsi que de personnes qui ont une expérience vécue des déterminants sociaux des inégalités de santé. L'expérience vécue est notamment celle du « mouvement des survivants de la psychiatrie » et de la « communauté des fous », dont les membres ont de leur expérience des interprétations variées qui ne cadrent pas toujours avec le modèle psychiatrique. Par « expérience vécue », il faut aussi entendre l'intersectionnalité de la maladie mentale/dépendance et de la marginalisation/discrimination liée à la pauvreté, au racisme, au capacitisme, à l'âgisme, à l'hétérosexisme et au cissexisme, à l'« anglocentrisme », etc. C'est ainsi que les immigrants, francophones, personnes de la communauté 2SLGBTQ+, personnes sans-abri, personnes ayant une incapacité, etc. ont des connaissances utiles à partager sur la base de leur vécu. Les aidants et les familles des personnes touchées par la maladie mentale ou ayant des problèmes de dépendance sont aussi considérés comme ayant une expérience vécue.
- **Preuves fondées sur la recherche.** Ces preuves sont principalement diffusées dans des revues et ouvrages évalués par des pairs.
- **Preuves fondées sur l'expérience professionnelle.** Ces preuves, qui proviennent des intervenants, reposent sur des années d'expérience « en direct » dans le domaine des troubles mentaux et de la dépendance. Ces preuves incluent également les recherches menées par des cliniciens chercheurs et les études épidémiologiques, ainsi que les résultats de certains types de travaux d'évaluation de programmes et d'initiatives d'amélioration de la qualité.

Le ROSV reconnaît la valeur des preuves fondées sur la culture, la pratique et l'expérience vécue, qu'elles soient ou non présentées sous des formes reconnues (par exemple, dans des publications scientifiques). Le Regroupement considère qu'il est essentiel d'accorder la même attention à toutes les formes de preuves énoncées ci-dessus.

### Parties prenantes

- **Usagers des services** : personnes souhaitant recevoir ou recevant des services de cybersanté mentale et personnes qui pourraient en recevoir plus tard.
- **Aidants et pairs** : personnes qui, au sein de la famille ou de l'entourage d'une personne en difficulté, lui offrent une assistance hors du cadre institutionnel. Ces personnes jouent un rôle important en contribuant à faciliter la fourniture de soins virtuels, surtout auprès des personnes âgées et dans les cas où la communication pourrait être problématique, que ce soit en raison de la langue, de la culture ou d'autres facteurs.
- **Intervenants** : professionnels fournissant des soins virtuels de santé mentale et de traitement des dépendances dans divers établissements : hôpitaux, organismes communautaires de santé mentale, cliniques de soins primaires, centres communautaires/centres de services, etc. Les soins virtuels incluent, outre les traitements classiques des troubles mentaux (p. ex. psychothérapie), des services variés favorisant le bien-être (p. ex. conseils pour s'y retrouver dans le système de soins, activités récréatives, soutien par les pairs).
- **Établissements** : hôpitaux, cliniques, organismes et centres qui fournissent des services virtuels de santé mentale et de traitement des dépendances, ainsi que d'autres formes de soutien visant à améliorer le bien-être des populations qu'ils desservent. Les services peuvent être des services de santé mentale classiques ou non, et ils peuvent aussi viser spécifiquement des groupes en quête d'équité : Noirs, Autochtones, francophones, immigrants, personnes 2LGBTQ+, personnes ayant une incapacité, personnes sans-abri, personnes âgées, jeunes, etc.

## Publications consultées

CENTRE FOR INNOVATION IN PEER SUPPORT AND SUPPORT HOUSE. *Our Virtual World: A Toolkit for Implementing Virtual Group Services*, 2020, p. 1-46. <https://supporthouse.ca>

CRAWFORD, Allison, et Eva SERHAL. « 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, 2020, p. 1-5.

KOCH, Katharina. *The Digital Divide and the Lack of Broadband Access During COVID-19*, École de politique publique de l'Université de Calgary, 2020, p. 1-2.

LÉVESQUE, Jean-Frédéric, Mark F. HARRIS et Grant RUSSELL. « Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of systems and populations », *International Journal for Equity in Health*, vol. 12, n° 18, 2013, p. 1-9.

MAD COVID avec Bethan EDWARDS, Andrew GRUNDY, Ellie BRADFORD et Nell AITCH. *COVID-19: Recommendations for Mental Health Services*, novembre 2020. <https://madcovid.wordpress.com>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Social determinants of Health, Health Equity*, 2021. [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_3).

PROGRAMME DE SOUTIEN AU SYSTÈME PROVINCIAL. Experience Exchange (Partage d'expériences) et Christina FOISY. *On ne nous écoute pas : Ce que disent les personnes ayant une expérience vécue des problèmes de santé mentale ou d'usage de substances à propos de l'équité et des droits de la personne dans le contexte de la pandémie de COVID-19*. Centre de toxicomanie et de santé mentale, décembre 2020. <https://www.eenet.ca/fr/resource/partage-experiences-on-ne-nous-ecoute-pas>

SANTÉ ONTARIO. *Équité, inclusion, diversité et anti-racisme*. <https://www.ontariohealth.ca/fr/equite-inclusion-diversite-et-anti-racisme>.

SHAW, James, LaPrincess C. BREWER et Tiffany VEINOT. « Recommendations for Health Equity and Virtual Care Arising From the COVID-19 Pandemic: Narrative Review », *JMIR Formative Research*, vol. 5, n° 4, 2021. <https://formative.jmir.org/2021/4/e23233>.

SHAW, Jay, Shivani CHANDRA, Dara GORDON, Julia BICKFORD, Jamie FUJIOKA, Rebecca YANG, Janessa GRIFFITH, Jennifer GIBSON et Sacha BHATIA. *Digital Health Technologies for more Equitable Health Systems: A Discussion Paper*, Université de Toronto – Joint Centre for Bioethics et Institut du Women's College Hospital pour les solutions de système de santé et les soins virtuels (WIHV), 2020, p. 1-24.

VEINOT, Tiffany C., Hannah MITCHELL et Jessica S. ANCKER. « Good intentions are not enough: how informatics interventions can worsen inequality », *Journal of the Medical Informatics Association*, vol. 25, n° 8, 2018, p. 1080-1088.

VEINOT, Tiffany C., Jessica S. ANCKER, Heather COLE-LEWIS, Elizabeth D. MYNATT, Andrea G. PARKER, Katie A. SIEK et Lena MAMYKINA. « Leveling Up: On the potential of upstream health informatics interventions to enhance health equity », *Medical Care*, vol. 57, n° 6 (suppl. 2), 2019. [www.lww-medicalcare.com](http://www.lww-medicalcare.com). WERE, Martin C., Chaitali SINHA et Caricia CATALANI. « A systematic approach to equity assessment for digital health interventions: case example of mobile personal phone records », *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 26, n° 8-9, 2019, p. 884-890.