

Rapports sur la santé

Expériences des soins de santé virtuels vécues par les patients au Canada : modes de prestation et satisfaction à l'égard des soins

par Kristyn Frank et Danielle Bader

Date de diffusion : le 17 juin 2026



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, 2026

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.

Expériences des soins de santé virtuels vécues par les patients au Canada : modes de prestation et satisfaction à l'égard des soins

par Kristyn Frank  et Danielle Bader 

DOI : <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202600600002-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

La pandémie de COVID-19 a eu pour effet d'élargir les soins virtuels offerts par appel téléphonique, appel vidéo et correspondance numérique, et les tendances d'utilisation ont varié en fonction des caractéristiques sociodémographiques et des caractéristiques liées à la santé des patients. Le recours continu aux soins virtuels après la pandémie fait ressortir la nécessité d'avoir des renseignements à jour sur le choix de mode des patients et leur satisfaction.

Données et méthodes

Les données de l'Enquête sociale canadienne — Qualité de vie, soins de santé virtuels et confiance, menée en 2023, ont été utilisées. Des statistiques descriptives ont permis d'estimer la répartition des modes de soins virtuels selon le type de fournisseur, les aspects positifs et négatifs du dernier rendez-vous virtuel des patients, ainsi que les niveaux de satisfaction. Des modèles de régression multinomiale ont permis d'examiner les associations entre les caractéristiques sociodémographiques et celles liées à la santé et le mode des soins virtuels (appel téléphonique, appel vidéo, et autre mode ou modes multiples), de même que les facteurs associés à la satisfaction des patients à l'égard de leur dernier rendez-vous virtuel.

Résultats

La plupart des rendez-vous virtuels avec un médecin de famille ou un infirmier praticien (77,9 %) et avec un médecin spécialiste (62,1 %) ont eu lieu par téléphone uniquement. L'âge, le genre, le groupe de population, le fait d'avoir un fournisseur habituel de soins de santé, la nécessité de payer les rendez-vous virtuels et la multimorbidité étaient associés au mode. Les avantages couramment déclarés des rendez-vous virtuels étaient similaires d'un mode à l'autre, y compris le fait de ne pas avoir à se déplacer, l'économie de temps et le fait que les services satisfont les besoins. La plupart des répondants étaient satisfaits (40,3 %) ou très satisfaits (40,5 %) de leur dernier rendez-vous virtuel. L'âge, l'appartenance à la population rurale ou urbaine, le bien-être financier et le fait d'avoir un fournisseur habituel étaient associés à la satisfaction.

Interprétation

Les soins virtuels ont été principalement prodigués par téléphone, ce qui montre qu'il est facile d'y avoir recours et qu'ils sont accessibles. Le mode des rendez-vous était différent selon le type de fournisseur et selon les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques liées à la santé des patients. La satisfaction à l'égard des soins virtuels était élevée dans l'ensemble, mais plus faible parmi les personnes sans fournisseur habituel et celles ayant des difficultés financières, ce qui révèle de possibles besoins insatisfaits pour ces groupes.

Mots-clés

accessibilité des services de santé; satisfaction des patients; 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

- Avant la pandémie de COVID-19, 4 % des patients avaient recours aux consultations par appel vidéo et 10 %, à une forme de correspondance numérique, telle que le courrier électronique, la messagerie texte ou le clavardage en ligne, pour les rendez-vous de soins de santé.
- En 2021, la plupart des travailleurs de la santé canadiens prodiguant des soins virtuels utilisaient le mode téléphonique (87 %), suivi du mode vidéo (47 %) et du mode texte (26 %).
- Le recours aux soins virtuels varie en fonction des caractéristiques sociodémographiques et de celles liées à la santé (p. ex. l'âge, le genre, le revenu et la multimorbidité), mais les connaissances sont plus limitées en ce qui concerne l'association entre ces facteurs et le mode ou la satisfaction à l'égard des soins virtuels.

Ce qu'apporte l'étude

- Les appels téléphoniques étaient le principal mode pour consulter virtuellement un médecin de famille ou un infirmier praticien (77,9 %) et un médecin spécialiste (62,1 %).
- Le mode des rendez-vous virtuels variait en fonction des caractéristiques sociodémographiques (p. ex. l'âge et le genre) et des caractéristiques liées à la santé (p. ex. la multimorbidité, le fait d'avoir un fournisseur habituel et la nécessité de payer les soins virtuels).
- La plupart des patients étaient satisfaits (40,3 %) ou très satisfaits (40,5 %) de leur dernier rendez-vous virtuel; les facteurs liés à la commodité (p. ex. le fait de ne pas avoir à se déplacer et les économies de temps) étaient présentés comme des avantages clés d'un mode à l'autre.
- Les patients sans fournisseur habituel de soins de santé et ceux ayant des difficultés financières ont déclaré une plus faible satisfaction à l'égard des soins virtuels.

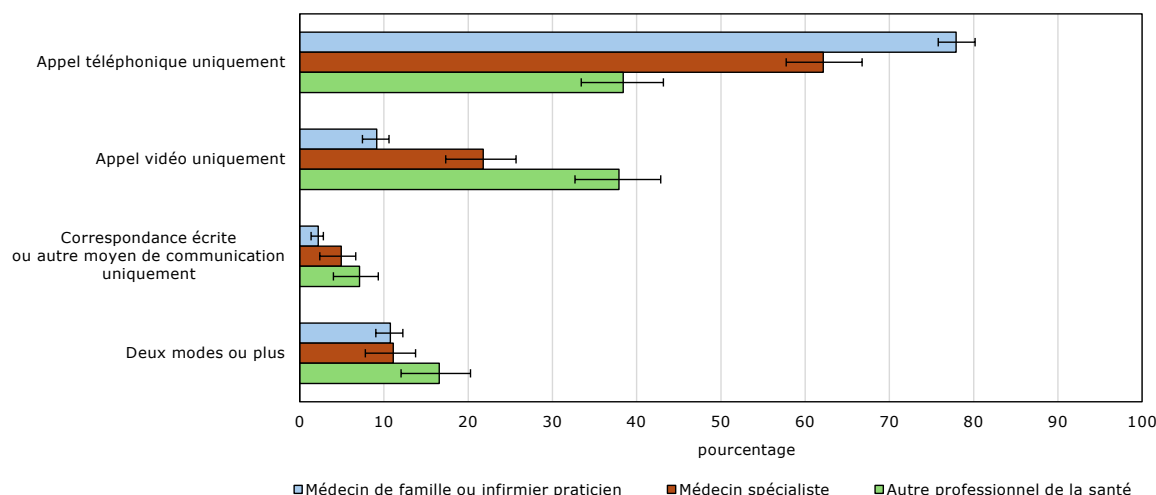
La pandémie de COVID-19 a fait en sorte d'accélérer l'accès des patients aux soins virtuels au Canada¹. Avant la pandémie, 4 % des patients avaient recours à des consultations virtuelles par appel vidéo et 10 %, à une forme de correspondance numérique telle que le courrier électronique, la messagerie texte ou le clavardage en ligne². Au début de la pandémie, en avril 2020, 54 % des patients ont déclaré avoir eu un rendez-vous virtuel pour un problème non lié à la COVID-19³. Bien que la proportion de consultations virtuelles ait diminué pour passer à environ 33 % de janvier 2021 à mars 2022³, le maintien de leur taux d'adoption élevé⁴ fait ressortir le rôle important des soins virtuels. Puisque le contrôle des infections, et non les expériences des patients, est à l'origine de l'élargissement des soins virtuels, un examen de ces expériences est essentiel afin d'orienter des modèles de soins durables axés sur le patient.

En juillet 2021, un cadre stratégique sur les soins virtuels a été instauré dans le but d'améliorer l'adoption des soins virtuels à l'aide d'un financement fédéral de 200 millions de dollars et d'une coordination à l'échelle des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux⁵. Puisque les soins virtuels ont continué de faire partie des systèmes de santé canadiens, il est essentiel de comprendre les expériences des patients afin de garantir des soins équitables de haute qualité.

À l'étendue du Canada, les taux de remboursement des soins en personne et des soins virtuels synchrones sont généralement équivalents, à quelques exceptions près : Terre-Neuve-et-Labrador rembourse les soins virtuels synchrones à un taux plus élevé que les consultations en personne, la Saskatchewan les rembourse à un taux réduit, et l'Ontario rembourse aux médecins 100 % du taux normal pour les consultations virtuelles par appel vidéo et 85 % du taux normal pour les consultations par appel téléphonique. L'admissibilité aux codes de facturation nécessite normalement une relation établie entre un patient et un fournisseur de soins primaires⁶.

Des études montrent que les consultations par appel téléphonique représentent le mode le plus courant, suivies des consultations par appel vidéo⁷⁻⁹. Outre l'adoption des soins virtuels, les modes de rendez-vous varient en fonction des pratiques du fournisseur et des préférences du patient. En 2021, les travailleurs de la santé canadiens utilisaient principalement les appels téléphoniques (87 %), tandis que des proportions plus faibles utilisaient les appels vidéo (47 %) et la correspondance (26 %)¹⁰. Les patients préféraient la messagerie sécurisée (82 %) aux appels téléphoniques (11 %) ou vidéo (7 %)¹¹. Les préférences peuvent refléter la commodité, l'aisance avec la technologie ou encore le type de problème de santé.

Graphique 1
Modes de rendez-vous de soins de santé virtuels, par type de fournisseur de soins de santé, personnes qui ont 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.

Le recours aux soins virtuels varie selon les caractéristiques sociodémographiques et celles liées à la santé. En 2023, le recours à la télésanté pour obtenir des soins primaires variait de 16,5 % au Nunavut à 49,3 % à Terre-Neuve-et-Labrador¹². Les femmes, les personnes ayant des problèmes de santé chroniques et les utilisateurs fréquents des soins de santé étaient plus susceptibles de recourir aux soins virtuels¹³, bien que l'on en sache moins sur les modes qu'ils préfèrent.

Des études réalisées aux États-Unis indiquent que les adultes plus âgés (de 65 ans et plus), les personnes non assurées, les membres des groupes minoritaires raciaux ou ethniques (p. ex. les Noirs et les Hispaniques), les personnes à faible revenu et les personnes sans accès à Internet étaient moins susceptibles de recourir aux consultations vidéo qu'aux consultations audio uniquement¹³⁻¹⁵, ce qui reflète les iniquités sociodémographiques en matière d'accès à la technologie et d'utilisation de la technologie — ou le « fossé numérique »^{16,17}.

Bien que les décideurs et les professionnels de la santé aient soulevé des questions sur la qualité des soins virtuels¹¹, les patients se sont dits hautement satisfaits des soins virtuels et ont affirmé que leur qualité était comparable à celle des soins reçus lors des consultations en personne^{11,14}. Les consultations par appel vidéo sont associées à une amélioration de la communication avec le médecin, de la coordination des soins et de l'évaluation globale¹⁸. Les représentants des patients canadiens ont souligné les avantages des soins virtuels, y compris leur plus grande efficacité, la réduction du temps et des déplacements nécessaires, une meilleure accessibilité, leur commodité ainsi que le fait que les soins sont davantage axés sur le patient¹⁹. En Ontario, 87 % des patients ont déclaré que la qualité était semblable à celle des soins en personne et 12 % ont déclaré que la qualité était meilleure¹¹. La satisfaction à l'égard

des soins spécialisés en Alberta était semblable entre les consultations virtuelles et les consultations en personne²⁰, tandis que 91 % des patients en Colombie-Britannique jugeaient les consultations virtuelles utiles²¹.

Les patients ont déclaré la commodité, la plus grande efficacité, le meilleur accès, ainsi que la réduction des temps de déplacement et d'attente comme avantages, tandis qu'ils ont déclaré les problèmes techniques, l'absence d'examen physique et les inquiétudes liées à la vie privée comme inconvénients²¹⁻²⁵. Les soins virtuels favorisent la continuité des soins pour les patients ayant des maladies chroniques¹¹ et sont avantageux pour les groupes vulnérables, car ils rendent possible l'observation des patients dans leur environnement domestique.

À mesure que les soins virtuels deviennent partie intégrante des soins de santé canadiens, des questions subsistent quant à leur mise en œuvre et aux expériences des patients. Bien que les travaux de recherche révèlent que la satisfaction est élevée et que les modes varient en fonction des caractéristiques du fournisseur et du patient, la plupart des études s'appuient sur de petits échantillons²³, et les tendances quant aux modes au niveau de la population et la satisfaction à l'égard des soins virtuels restent peu étudiées. Les données de facturation donnent une idée juste du nombre de consultations virtuelles et du mode des consultations; toutefois, il faut des données d'enquête fondée sur la population pour comprendre les expériences des soins virtuels vécues par les patients au Canada²³.

La présente étude comble ces lacunes en répondant aux questions de recherche suivantes :

Tableau 1

Résultats de la régression multinomiale, probabilité d'avoir eu recours aux appels vidéo uniquement ou à un autre mode ou des modes multiples par opposition aux appels téléphoniques uniquement, personnes qui ont eu un rendez-vous virtuel au cours des 12 derniers mois, 2023

Mode de soins virtuels [†]	Appel vidéo uniquement			Autre mode ou modes multiples		
	RRR	intervalles de confiance de 95 %		RRR	intervalles de confiance de 95 %	
		de	à		de	à
Groupe d'âge						
15 à 24 ans [†]	...	...	...	...	...	...
25 à 34 ans	0,95	0,43	2,10	0,90	0,36	2,25
35 à 44 ans	0,91	0,40	2,08	0,85	0,36	1,99
45 à 54 ans	0,57	0,25	1,28	0,44	0,19	1,01
55 à 64 ans	0,38 *	0,17	0,87	0,64	0,28	1,48
65 ans et plus	0,36 *	0,13	0,96	0,45	0,18	1,14
Genre						
Hommes [†]	...	...	...	...	...	...
Femmes [†]	0,69 *	0,48	0,99	1,38 *	1,01	1,89
État matrimonial						
Marié(e) ou vivant en union libre [†]	...	...	...	...	...	...
Célibataire (jamais marié(e))	0,86	0,52	1,42	0,54 *	0,30	0,97
Séparé(e), divorcé(e) ou veuf(ve)	1,10	0,66	1,84	0,92	0,62	1,38
Statut d'immigrant						
Non-immigrant(e) [†]	...	...	...	...	...	...
Immigrant(e) ou résident(e) non permanent(e)	1,02	0,62	1,69	1,39	0,84	2,30
Groupe de population						
Personnes non racisées et non autochtones [†]	...	...	...	...	...	...
Personnes racisées	0,91	0,53	1,56	0,83	0,49	1,40
Autochtones	2,83 *	1,20	6,69	1,09	0,57	2,09
Niveau de scolarité						
Études secondaires ou niveau de scolarité inférieur [†]	...	...	...	...	...	...
Études postsecondaires inférieures au baccalauréat	1,21	0,74	2,01	1,23	0,84	1,80
Baccalauréat ou grade de niveau supérieur	1,28	0,80	2,06	1,18	0,77	1,79
Orientation sexuelle						
Hétérosexuel [†]	...	...	...	...	...	...
LGB+	0,90	0,45	1,83	1,29	0,61	2,71
Appartenance à la population urbaine ou rurale						
Population urbaine [†]	...	...	...	...	...	...
Population rurale	0,60	0,33	1,10	0,76	0,47	1,25
Province de résidence						
Ontario [†]	...	...	...	...	...	...
Terre-Neuve-et-Labrador	0,25 **	0,09	0,68	0,38 *	0,18	0,79
Île-du-Prince-Édouard	1,05	0,28	3,96	1,56	0,28	8,83
Nouvelle-Écosse	0,41 *	0,18	0,94	0,68	0,37	1,24
Nouveau-Brunswick	0,46	0,16	1,36	1,31	0,60	2,87
Québec	1,52	0,96	2,42	0,69	0,42	1,14
Manitoba	0,58	0,25	1,34	0,60	0,27	1,33
Saskatchewan	0,33	0,03	3,18	0,52	0,21	1,32
Alberta	0,63	0,32	1,24	0,91	0,50	1,64
Colombie-Britannique	0,67	0,39	1,16	0,94	0,63	1,39
Capacité de répondre aux besoins du ménage (bien-être financier)						
Facile ou très facile [†]	...	...	...	...	...	...
Ni difficile ni facile	0,75	0,47	1,18	1,00	0,67	1,49
Difficile ou très difficile	0,88	0,57	1,34	1,00	0,69	1,44
Activité principale						
Emploi rémunéré [†]	...	...	...	...	...	...
À la retraite	0,62	0,32	1,22	0,93	0,59	1,47
Autre (pas d'emploi rémunéré et pas à la retraite)	1,13	0,70	1,80	1,12	0,74	1,70
Situation vis-à-vis de l'incapacité						
Ne déclare pas être une personne ayant une incapacité [†]	...	...	...	...	...	...
Déclare être une personne ayant une incapacité	1,20	0,69	2,08	1,64 *	1,11	2,42
A un fournisseur habituel de soins de santé						
Oui [†]	...	...	...	...	...	...
Non	2,65 ***	1,72	4,09	1,15	0,67	1,98
Nombre de problèmes de santé chroniques						
Aucun [†]	...	...	...	...	...	...
Un	0,92	0,61	1,38	1,27	0,82	1,98
Deux ou plus	0,47 **	0,29	0,79	1,43	0,92	2,22
A payé pour obtenir un rendez-vous virtuel						
Non [†]	...	...	...	...	...	...
Oui	5,01 ***	2,70	9,31	2,49 *	1,20	5,18
Types de rendez-vous						
Médecin de famille, médecin généraliste ou infirmier praticien seulement [†]	...	...	...	...	...	...
Médecin spécialiste seulement	6,06 ***	3,93	9,33	1,12	0,65	1,94
Autres types ou types de rendez-vous multiples	10,18 ***	6,09	17,03	67,79 ***	45,01	102,08

... 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)

1. La catégorie de référence des modes de soins virtuels est « appel téléphonique uniquement ».

Notes : RRR = rapport de risque relatif; LGB+ = personne lesbienne, gaie, bisexuelle ou d'une autre identité non précisée ailleurs.

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

1. Parmi les personnes qui ont eu un rendez-vous de soins de santé virtuels au cours des 12 derniers mois, quels modes de prestation de services ont-elles utilisés?
2. Des caractéristiques sociodémographiques ou des caractéristiques liées à la santé étaient-elles associées à la probabilité d'utiliser un mode en particulier?
3. Quels étaient les aspects positifs et négatifs le plus couramment déclarés par les patients à propos de leur dernier rendez-vous virtuel, par mode?
4. Quel était le niveau de satisfaction des patients à l'égard de leur dernier rendez-vous virtuel, et leur satisfaction variait-elle en fonction des caractéristiques sociodémographiques ou des caractéristiques liées à la santé?

Données et méthodes

Les données de l'Enquête sociale canadienne (ESC) — Qualité de vie, soins de santé virtuels et confiance, menée en 2023, ont été recueillies du 14 juillet au 7 septembre 2023. L'enquête reposait sur un plan de sondage transversal stratifié à deux degrés. Tout d'abord, 20 000 logements ont été sélectionnés de façon probabiliste, puis stratifiés selon la province et le nombre prévu de membres du ménage âgés de 15 ans et plus. Ensuite, une personne par ménage a été choisie aléatoirement à l'aide de la méthode de sélection par ordre d'âge. Les ménages ont reçu une invitation contenant un lien et un code d'accès sécurisé pour répondre à l'enquête en ligne. Les répondants pouvaient aussi répondre à l'enquête lors d'un interview téléphonique avec un professionnel qualifié. La participation était volontaire, et le taux de réponse était de 51,7 %.

L'échantillon était constitué de personnes de 15 ans et plus ne vivant pas en établissement et vivant dans les 10 provinces du Canada. Les résidents des territoires et des réserves et les personnes vivant à temps plein en établissement étaient exclus. L'échantillon total se chiffrait à 9 288 personnes, mais les analyses ont été limitées aux personnes qui avaient eu un rendez-vous de soins de santé virtuels au cours des 12 derniers mois ($n = 3\,410$). Les statistiques descriptives de l'échantillon de l'étude sont présentées dans le tableau 1 de l'annexe.

Mesures

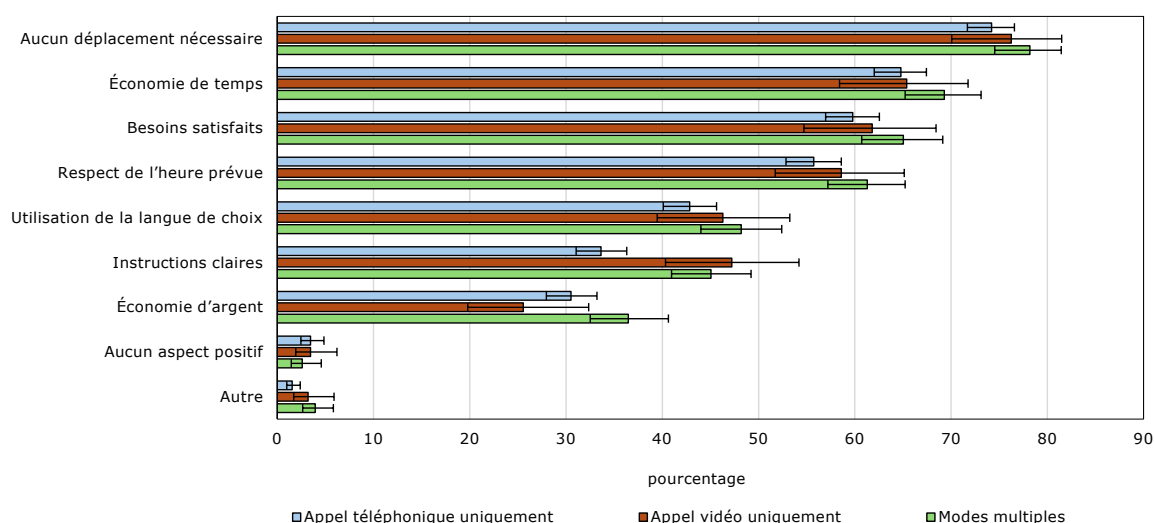
Caractéristiques sociodémographiques et caractéristiques liées à la santé

Six catégories ont été créées pour l'âge (15 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans, 55 à 64 ans, et 65 ans et plus). Pour le genre, les personnes ont été classées comme étant des hommes+ (garçons, hommes et certaines personnes non binaires) ou des femmes+ (filles, femmes et certaines personnes non binaires). Les catégories suivantes 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]); séparé(e), divorcé(e) ou veuf(ve). Le statut d'immigrant a été classé ainsi : non-immigrant(e) ou immigrant(e) (y compris les résidents non permanents).

Les groupes de population ont été déterminés en fonction d'une question portant sur l'identité racisée, que la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* définit comme l'identité des « personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche »²⁶. Les groupes racisés étaient les

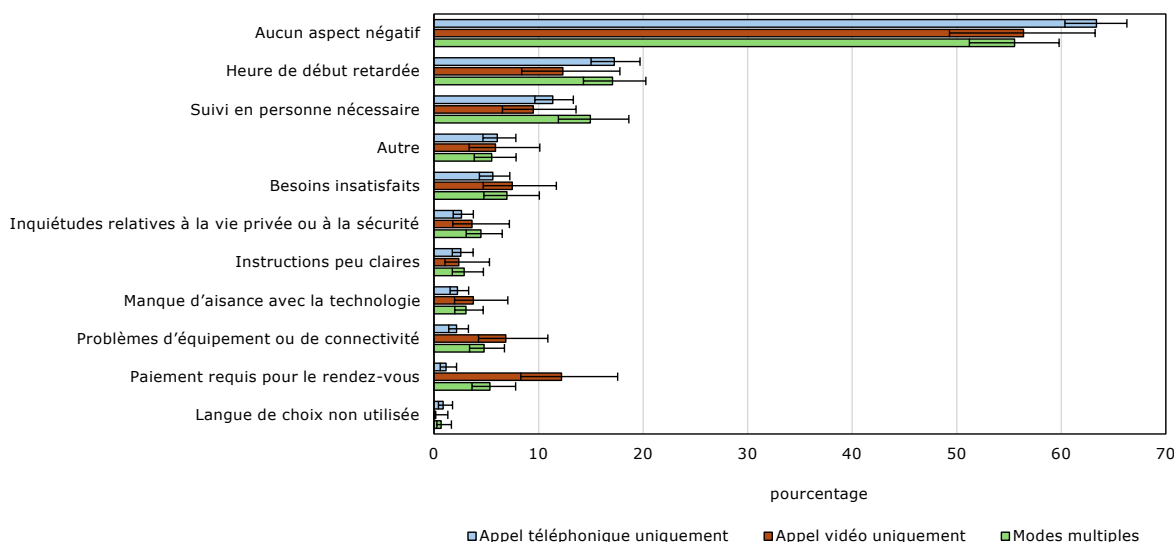
Graphique 2

Aspects positifs déclarés par les patients pour le dernier rendez-vous de soins virtuels, par mode, personnes qui ont 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.

Graphique 3
Aspects négatifs déclarés par les patients pour le dernier rendez-vous de soins virtuels, par mode, personnes qui ont 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.

suivants : Sud-Asiatique, Chinois, Noir, Philippin, Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidentale, Coréen, Japonais ainsi que les autres groupes racisés, qui ont tous été combinés en une seule catégorie. Les trois groupes d'identité autochtone (Premières Nations, Métis et Inuit) ont été regroupés en une seule catégorie en raison de la petite taille de l'échantillon; il n'a pas été possible de faire la distinction entre les Autochtones inscrits et ceux non inscrits. Ainsi, on a créé une variable dérivée de groupe de population comprenant trois catégories : personnes racisées, Autochtones, et personnes non racisées et non autochtones (le groupe de référence).

Le niveau de scolarité 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 inférieur au baccalauréat; grade universitaire. Les variables géographiques comprenaient la province et l'appartenance à la population rurale ou urbaine, établie à partir de la région métropolitaine de recensement (RMR) ou de l'agglomération de recensement (AR) du répondant. Les répondants qui ne se trouvaient pas dans une RMR ou une AR ont été considérés comme faisant partie de la population rurale (moins de 1 000 habitants); autrement, ils ont été considérés comme faisant partie de la population urbaine (1 000 habitants ou plus). Les mesures économiques comprenaient l'activité principale (emploi rémunéré, à la retraite ou autre activité) et le bien-être financier. Le bien-être financier mesurait à quel point il était facile pour les ménages de répondre à leurs besoins financiers (p. ex. logement, nourriture et transport) et a été classé ainsi : difficile ou très difficile, ni difficile ni facile, ou facile ou très facile. Le revenu n'était pas disponible dans les données.

Les mesures de la santé indiquaient si les répondants avaient 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 une incapacité ou non). Les problèmes de santé chroniques comprenaient les problèmes de longue durée diagnostiqués par un professionnel de la santé, selon une liste préétablie à partir d'enquêtes antérieures de Statistique Canada. Dans l'enquête, les catégories de type de rendez-vous virtuel étaient les suivantes : avec un médecin de famille, un médecin généraliste ou un infirmier praticien (ci-après appelée « rendez-vous avec un médecin de famille ou un infirmier praticien »); avec un médecin spécialiste; avec un autre professionnel de la santé.

Mesures des soins virtuels

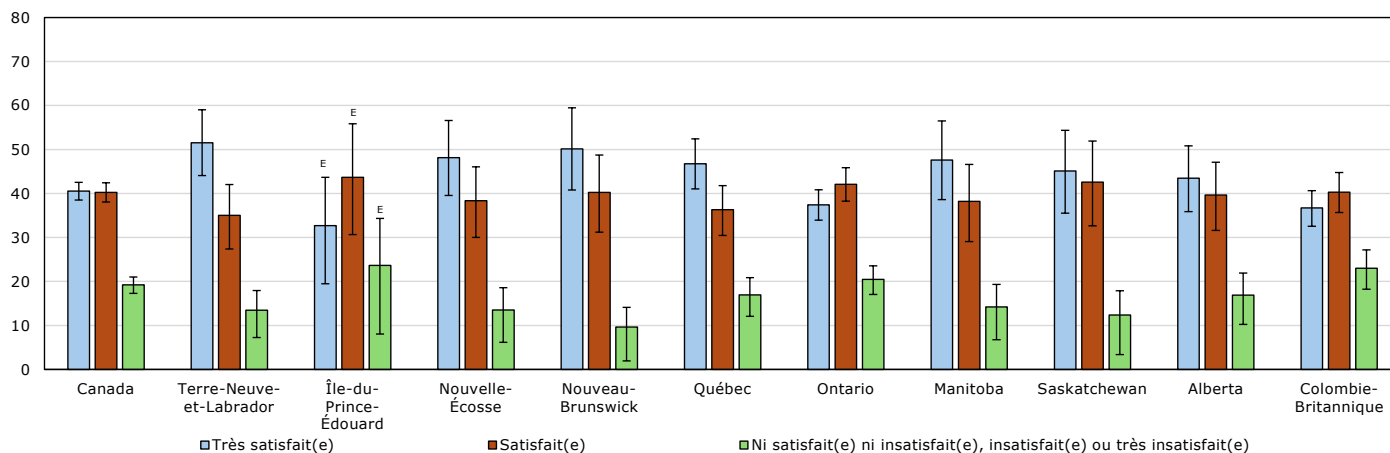
Les soins virtuels ont été définis comme « toute interaction entre patients et professionnels de la santé ayant lieu à distance, utilisant toute forme de technologie de l'information ou des communications et visant à améliorer ou à optimiser la qualité et l'efficacité des soins aux patients »²⁷. Dans l'enquête, on ne faisait pas la distinction entre les soins reçus des fournisseurs habituels de soins des patients et ceux reçus des cliniques virtuelles sans rendez-vous, ce qui limite l'évaluation de la continuité des soins.

Les mesures comprenaient le type de fournisseur, le mode de rendez-vous et le paiement effectué pour une visite virtuelle au cours des 12 mois précédents. Bien que la plupart des soins de santé soient couverts de façon universelle au Canada, le paiement indique si une personne a payé de sa poche, possiblement par commodité ou parce qu'elle n'avait pas de fournisseur habituel de soins de santé.

Graphique 4

Niveaux de satisfaction des patients à l'égard du dernier rendez-vous virtuel, personnes qui ont eu un rendez-vous virtuel au cours des 12 derniers mois, Canada et provinces, 2023

pourcentage



E à utiliser avec prudence

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

Les autres mesures font uniquement référence au dernier rendez-vous virtuel des répondants; il s'agit du but principal (examen médical périodique, renouvellement d'une ordonnance, traitement d'un problème chronique ou aigu, ou autre raison) et des aspects positifs et négatifs choisis à partir de listes prédéfinies élaborées avec l'apport de Santé Canada et s'appuyant sur le Sondage canadien sur la santé numérique 2021 d'Inforoute Santé du Canada. Les aspects positifs comprenaient le fait que les services satisfaisaient les besoins perçus; le fait que le rendez-vous avait lieu à l'heure prévue; le fait de ne pas avoir à se déplacer pour le rendez-vous; l'économie de temps; l'économie d'argent; la clarté des instructions sur la manière d'accéder au rendez-vous; le déroulement du rendez-vous dans la langue de choix; ou d'autres aspects. Les aspects négatifs comprenaient le fait que les services ne satisfaisaient pas les besoins perçus; le fait que l'heure de début du rendez-vous était retardée; les inquiétudes liées à la vie privée et à la sécurité; le fait que le problème de santé nécessitait un rendez-vous de suivi en personne; le fait que les instructions étaient peu claires; les problèmes d'équipement ou de connectivité; le fait de ne pas être à l'aise avec la technologie; la nécessité de payer le rendez-vous; le déroulement du rendez-vous dans une langue autre que la langue de choix; ou d'autres aspects.

Variables dépendantes

Le mode a été tiré des réponses agrégées aux questions sur les modes de consultation virtuelle et représentait tous les rendez-vous virtuels au cours des 12 mois précédents : appel téléphonique uniquement, appel vidéo uniquement, correspondance écrite (courrier électronique, messagerie texte ou messagerie instantanée) ou autre mode uniquement, et deux modes ou plus. En raison de la petite taille de l'échantillon pour

« correspondance écrite ou autre mode uniquement », cette catégorie a été combinée avec celle des modes multiples aux fins de l'analyse de régression.

Trois catégories ont été créées pour la satisfaction des patients à l'égard du dernier rendez-vous virtuel : très satisfait(e), satisfait(e) et une catégorie combinée pour les réponses neutre et négatives (c.-à-d. ni satisfait[e] ni insatisfait[e], insatisfait[e] ou très insatisfait[e]).

Techniques d'analyse

Les statistiques descriptives ont permis d'estimer les répartitions des modes de soins virtuels selon le type de fournisseur, les aspects positifs et négatifs de la dernière consultation virtuelle, ainsi que la satisfaction. La sélection des variables a été guidée par la littérature et par la pertinence conceptuelle par rapport au recours aux soins virtuels et à la satisfaction des patients. Les aspects positifs et négatifs ont été désagrégés par mode. Dans le cas des patients qui n'ont utilisé qu'un seul type de mode, le mode de la dernière consultation a pu être déduit. Bien que les résultats des utilisateurs de modes multiples aient été analysés, le mode le plus récent est inconnu. On a exclu « correspondance écrite ou autre mode » de ces résultats pour des raisons liées à la qualité des données (intervalles de confiance élevés).

La multicollinéarité a été évaluée à l'aide des facteurs d'inflation de la variance (FIV) provenant d'une régression par les moindres carrés ordinaires avec un résultat binaire (appel téléphonique uniquement par opposition aux autres types de rendez-vous). Les FIV étaient généralement inférieurs à quatre, à l'exception d'une catégorie (le groupe d'âge le plus avancé), où le FIV était d'environ six; ce groupe a été conservé en raison

de son importance théorique, bien que son FIV élevé soit considéré comme une limite mineure.

Un modèle de régression multinomiale a été utilisé pour examiner les associations entre les caractéristiques sociodémographiques et celles liées à la santé et le mode de rendez-vous; « appel téléphonique uniquement » (le mode le plus courant) était la catégorie de référence. On a comparé « appel vidéo uniquement » et « autre mode ou modes multiples » aux rendez-vous par téléphone uniquement. Les facteurs prédictifs étaient les caractéristiques sociodémographiques et celles liées à la santé, le paiement d'un rendez-vous virtuel et le type de fournisseur.

Une deuxième régression multinomiale a permis d'examiner les facteurs associés à la satisfaction des patients à l'égard de leur dernier rendez-vous virtuel. Les réponses « très satisfait(e) » et « satisfait(e) » ont été comparées aux réponses « ni satisfait(e) ni insatisfait(e) », « insatisfait(e) » et « très insatisfait(e) ». Un test supplémentaire a permis de comparer les réponses « satisfait(e) » et « insatisfait(e) » aux réponses « ni satisfait(e) ni insatisfait(e) »; en raison de la petite taille de l'échantillon et des intervalles de confiance élevés pour plusieurs covariables du groupe des personnes insatisfaites, on a décidé de se concentrer sur les niveaux de satisfaction élevés. Les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques liées à la santé et le but principal du dernier rendez-vous virtuel ont été pris en compte. Le paiement et le type de fournisseur ont été exclus parce qu'ils faisaient référence à n'importe quel rendez-vous virtuel au cours des 12 derniers mois, et non à la dernière consultation en particulier; lorsqu'elles étaient prises en compte, ces variables n'étaient pas statistiquement significatives et ne modifiaient pas les autres résultats.

Les résultats sont présentés sous forme de rapports de risque relatif (RRR) avec des intervalles de confiance de 95 % pour indiquer la probabilité relative d'un résultat comparativement au groupe de référence. Les poids d'échantillonnage et les poids bootstrap de l'ESC ont été appliqués pour estimer la variance dans Stata 18 (StataCorp, College Station, Texas).

Résultats

Modes de soins virtuels

La plupart des rendez-vous virtuels avec un médecin de famille ou un infirmier praticien (77,9 %) ou avec un médecin spécialiste (62,1 %) ont eu lieu par téléphone uniquement (graphique 1). Dans le cas des rendez-vous avec un autre type de fournisseur (p. ex. un psychologue, un diététicien, un pharmacien), des proportions similaires de répondants ont eu recours aux appels téléphoniques uniquement (38,4 %) ou aux appels vidéo uniquement (37,9 %). Une proportion plus élevée de patients ont eu recours aux appels vidéo uniquement pour les consultations virtuelles avec un médecin spécialiste (21,8 %) par rapport aux consultations virtuelles avec un médecin de famille ou un infirmier praticien (9,1 %).

Parmi tous les types de fournisseurs, des proportions similaires de patients ont utilisé des modes multiples, allant de 10,8 % pour les rendez-vous avec un médecin de famille ou un infirmier praticien à 16,6 % pour les rendez-vous avec d'autres types de fournisseurs. Le recours à la correspondance écrite ou à un autre mode de communication était moins courant.

Caractéristiques sociodémographiques et caractéristiques liées à la santé en fonction du mode des soins virtuels

Les patients plus âgés (de 55 ans et plus) étaient moins susceptibles que ceux âgés de 15 à 24 ans d'avoir des rendez-vous par appel vidéo uniquement par rapport aux rendez-vous par appel téléphonique uniquement (tableau 1). Les femmes étaient moins susceptibles que les hommes d'avoir recours aux appels vidéo uniquement par rapport aux appels téléphoniques uniquement, mais elles étaient plus susceptibles d'utiliser un autre mode ou des modes multiples. De plus, les patients autochtones étaient plus susceptibles que les patients non racisés et non autochtones d'avoir recours aux appels vidéo uniquement par rapport aux appels téléphoniques uniquement. Puisque la plupart des répondants autochtones (87 %) qui ont eu un rendez-vous virtuel au cours des 12 derniers mois vivaient dans une région urbaine, ces résultats représentent en grande partie les expériences des patients autochtones en milieu urbain.

Comparativement aux patients de l'Ontario, ceux de Terre-Neuve-et-Labrador et de la Nouvelle-Écosse étaient moins susceptibles d'avoir recours aux appels vidéo uniquement qu'aux appels téléphoniques uniquement pour les rendez-vous virtuels. Les patients de Terre-Neuve-et-Labrador étaient également moins susceptibles d'utiliser un autre mode ou des modes multiples que d'avoir recours aux appels téléphoniques uniquement.

Les patients qui avaient deux problèmes de santé chroniques ou plus étaient moins susceptibles d'avoir recours aux appels vidéo uniquement qu'aux appels téléphoniques uniquement comparativement aux patients qui n'avaient pas de problème de santé chronique. De plus, les patients ayant une incapacité étaient plus susceptibles d'utiliser un autre mode ou des modes multiples que d'avoir recours aux appels téléphoniques uniquement comparativement aux personnes sans incapacité. Les personnes sans fournisseur habituel de soins de santé étaient plus susceptibles d'avoir des rendez-vous par appel vidéo uniquement que par appel téléphonique uniquement comparativement aux personnes ayant un fournisseur habituel. Notamment, les patients qui ont payé une consultation virtuelle étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir recours aux appels vidéo uniquement qu'aux appels téléphoniques uniquement comparativement aux patients qui n'ont pas payé une consultation virtuelle (RRR = 5,01), et ils étaient plus susceptibles d'utiliser un autre mode ou des modes multiples que d'avoir recours aux appels téléphoniques uniquement.

Tableau 2
Résultats de la régression multinomiale, satisfaction des patients à l'égard du dernier rendez-vous virtuel, personnes
qui ont eu un rendez-vous de soins virtuels au cours des 12 derniers mois, Canada, 2023

Niveau de satisfaction ¹	Très satisfait(e)			Satisfait(e)		
	RRR	intervalles de confiance de 95 %		RRR	intervalles de confiance de 95 %	
		de	à		de	à
Groupe d'âge						
15 à 24 ans [†]	...	...	...	...	...	...
25 à 34 ans	1,50	0,74	3,05	1,12	0,58	2,16
35 à 44 ans	1,90	0,91	3,97	0,91	0,46	1,78
45 à 54 ans	2,50 *	1,20	5,20	1,10	0,57	2,12
55 à 64 ans	2,30 *	1,10	4,81	1,19	0,61	2,32
65 ans et plus	3,17 **	1,40	7,19	1,25	0,59	2,67
Genre						
Hommes [†]	...	...	...	...	...	...
Femmes [†]	1,08	0,81	1,44	0,99	0,74	1,33
État matrimonial						
Marié(e) ou vivant en union libre [†]	...	...	...	...	...	...
Célibataire (jamais marié(e))	0,96	0,63	1,45	0,95	0,63	1,45
Séparé(e), divorcé(e) ou veuf(ve)	1,38	0,91	2,09	1,25	0,81	1,93
Statut d'immigrant						
Non-immigrant(e) [†]	...	...	...	...	...	...
Immigrant(e) ou résident(e) non permanent(e)	0,92	0,60	1,42	0,92	0,60	1,40
Groupe de population						
Personnes non racisées et non autochtones [†]	...	...	...	...	...	...
Personnes racisées	0,74	0,47	1,15	1,27	0,82	1,97
Autochtones	2,13	0,70	6,51	3,08	0,98	9,72
Niveau de scolarité						
Études secondaires ou niveau de scolarité inférieur [†]	...	...	...	...	...	...
Études postsecondaires inférieures au baccalauréat	1,09	0,75	1,58	1,07	0,73	1,57
Baccalauréat ou grade de niveau supérieur	1,38	0,93	2,05	1,24	0,83	1,86
Orientation sexuelle						
Hétérosexuel [†]	...	...	...	...	...	...
LGB [†]	1,35	0,76	2,38	1,21	0,68	2,16
Appartenance à la population urbaine ou rurale						
Population urbaine [†]	...	...	...	...	...	...
Population rurale	1,89 **	1,20	2,98	1,72 *	1,07	2,77
Province de résidence						
Ontario [†]	...	...	...	...	...	...
Terre-Neuve-et-Labrador	1,63	0,91	2,89	1,08	0,60	1,95
Île-du-Prince-Édouard	0,81	0,31	2,14	0,90	0,34	2,38
Nouvelle-Écosse	1,38	0,74	2,59	1,20	0,65	2,23
Nouveau-Brunswick	2,40 *	1,03	5,55	1,93	0,83	4,48
Québec	1,44	0,91	2,27	1,07	0,67	1,71
Manitoba	1,45	0,74	2,83	1,22	0,63	2,38
Saskatchewan	1,55	0,67	3,59	1,50	0,67	3,37
Alberta	1,34	0,76	2,37	1,17	0,65	2,10
Colombie-Britannique	0,75	0,52	1,10	0,77	0,53	1,12
Capacité de répondre aux besoins du ménage (bien-être financier)						
Facile ou très facile [†]	...	...	...	...	...	...
Ni difficile ni facile	0,38 ***	0,26	0,55	0,63 *	0,44	0,92
Difficile ou très difficile	0,42 ***	0,29	0,60	0,61 **	0,42	0,88
Activité principale						
Emploi rémunéré [†]	...	...	...	...	...	...
À la retraite	1,36	0,87	2,15	1,73 *	1,09	2,74
Autre (pas d'emploi rémunéré et pas à la retraite)	1,03	0,71	1,49	1,22	0,85	1,76
Situation vis-à-vis de l'incapacité						
Ne déclare pas être une personne ayant une incapacité [†]	...	...	...	...	...	...
Déclare être une personne ayant une incapacité	0,94	0,63	1,40	0,92	0,64	1,34
A un fournisseur habituel de soins de santé						
Oui [†]	...	...	...	...	...	...
Non	0,46 ***	0,31	0,68	0,66 *	0,45	0,97
Nombre de problèmes de santé chroniques						
Aucun [†]	...	...	...	...	...	...
Un	1,02	0,70	1,50	1,06	0,73	1,55
Deux ou plus	0,79	0,54	1,15	0,73	0,50	1,06
But principal du dernier rendez-vous virtuel						
Examen médical périodique ou rendez-vous de routine [†]	...	...	...	...	...	...
Médicament ou renouvellement d'ordonnance	1,32	0,90	1,95	1,08	0,73	1,59
Traitement d'un problème chronique de santé physique ou mentale	0,81	0,51	1,29	0,60 *	0,37	0,98
Traitement d'un problème aigu de santé physique ou mentale ou d'une maladie infectieuse	0,80	0,50	1,29	0,64	0,40	1,02
Autre raison	0,68	0,43	1,09	0,82	0,53	1,28

... 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)

1. La catégorie de référence du niveau de satisfaction est « ni satisfait(e) ni insatisfait(e), insatisfait(e) ou très insatisfait(e) ».

Notes : RRR = rapport de risque relatif; LGB+ = personne lesbienne, gaie, bisexuelle ou d'une autre identité non précisée ailleurs.

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

Comparativement aux personnes qui ont consulté un médecin de famille ou un infirmier praticien, celles qui ont consulté un médecin spécialiste seulement ou encore un autre type de fournisseur ou des types multiples de fournisseurs étaient plus susceptibles d'avoir des rendez-vous par appel vidéo uniquement que par appel téléphonique uniquement. Les personnes qui ont consulté un autre type de fournisseur ou des types multiples de fournisseurs étaient également plus susceptibles d'utiliser un autre mode ou des modes multiples; le RRR élevé de ce résultat témoigne de la proportion élevée de patients de ce groupe qui ont utilisé un autre mode ou des modes multiples.

Aspects positifs et négatifs des soins virtuels

Les aspects positifs le plus couramment déclarés concernant le dernier rendez-vous virtuel des patients étaient similaires entre les modes, y compris le fait de ne pas avoir à se déplacer, l'économie de temps, le fait que les services satisfont les besoins et le fait que les rendez-vous ont lieu à l'heure prévue (graphique 2). Une différence notable était que les patients qui ont eu des rendez-vous par appel téléphonique uniquement étaient moins susceptibles (33,6 %) que ceux qui ont eu recours aux appels vidéo uniquement (47,2 %) ou à des modes multiples (45,1 %) de déclarer que la clarté des instructions était un aspect positif, ce qui témoigne probablement de la moins grande nécessité d'avoir des instructions lorsque la technologie téléphonique est utilisée, comparativement aux autres modes.

En ce qui concerne les aspects négatifs des rendez-vous virtuels, la plupart des patients qui ont eu recours aux appels téléphoniques uniquement (63,4 %), aux appels vidéo uniquement (56,4 %) ou à des modes multiples (55,5 %) n'ont déclaré aucun aspect négatif (graphique 3). L'aspect négatif le plus déclaré dans tous les modes était le non-respect de l'heure de début du rendez-vous. Les patients ont également déclaré que les problèmes de santé nécessitant un rendez-vous de suivi en personne constituaient un aspect négatif dans tous les modes. Notamment, une proportion plus élevée des personnes qui ont eu recours aux appels vidéo uniquement (12,2 %) — comparativement aux appels téléphoniques uniquement (1,1 %) ou à des modes multiples (5,3 %) — ont déclaré que le fait d'avoir à payer le rendez-vous constituait un aspect négatif. De plus, les personnes qui ont eu des rendez-vous par appel vidéo uniquement étaient plus susceptibles de déclarer que des problèmes d'équipement ou de connectivité étaient survenus (6,9 %) que celles qui ont eu des rendez-vous par appel téléphonique uniquement (2,1 %).

Satisfaction des patients à l'égard des rendez-vous virtuels

Dans l'ensemble, environ 8 patients sur 10 étaient satisfaits (40,3 %) ou très satisfaits (40,5 %) de leur dernier rendez-vous virtuel, alors que de plus faibles proportions de patients n'étaient ni satisfaits ni insatisfaits (13,0 %), insatisfaits (4,6 %) ou très insatisfaits (1,7 %).

À l'échelle des provinces, environ la moitié des patients de Terre-Neuve-et-Labrador (51,5 %) et du Nouveau-Brunswick (50,1 %) étaient très satisfaits, tandis que de plus faibles proportions de patients en Colombie-Britannique (36,7 %) et en Ontario (37,4 %) étaient très satisfaits (graphique 4). Environ 2 patients sur 10 en Colombie-Britannique (23,0 %) et en Ontario (20,5 %) n'étaient ni satisfaits ni insatisfaits, insatisfaits ou très insatisfaits. Les patients de l'Île-du-Prince-Édouard affichaient également une plus faible satisfaction, mais ce résultat doit être interprété avec prudence en raison de la petite taille de l'échantillon.

Les patients âgés de 45 ans et plus étaient plus susceptibles que ceux âgés de 15 à 24 ans d'être très satisfaits de leur dernier rendez-vous virtuel (tableau 2). Les patients en milieu rural étaient plus susceptibles que ceux en milieu urbain d'être très satisfaits ou satisfaits de leur rendez-vous virtuel. Peu de différences provinciales ont été observées : seuls les patients du Nouveau-Brunswick étaient plus susceptibles que les patients de l'Ontario d'être très satisfaits, après la prise en compte des autres caractéristiques.

Les patients connaissant des difficultés financières (leur capacité de répondre aux besoins du ménage n'était ni difficile ni facile ou était difficile ou très difficile) étaient moins susceptibles d'être satisfaits ou très satisfaits de leur dernier rendez-vous virtuel que ceux ayant un plus grand bien-être financier (leur capacité de répondre aux besoins du ménage était facile ou très facile). Les patients à la retraite étaient plus susceptibles d'être satisfaits que ceux ayant un emploi rémunéré.

Les personnes sans fournisseur habituel de soins de santé étaient moins susceptibles que celles ayant un fournisseur habituel d'être satisfaites ou très satisfaites de leur dernier rendez-vous virtuel. Qui plus est, les patients dont le dernier rendez-vous visait à soigner un problème chronique de santé physique ou mentale étaient moins satisfaits que ceux dont le rendez-vous visait à effectuer un examen médical périodique ou était de routine.

Discussion

Les patients qui ont obtenu des soins de santé virtuels ont principalement consulté leurs fournisseurs de soins primaires et spécialisés par téléphone uniquement, ce qui correspond à la littérature indiquant une préférence pour ce mode en raison de sa facilité d'utilisation, de son faible coût et de la familiarité entre les patients et les fournisseurs^{28,29}. Les consultations par téléphone représentaient une plus grande proportion des rendez-vous virtuels avec les médecins de famille et les infirmiers praticiens que des rendez-vous virtuels avec les autres types de fournisseurs, ce qui rappelle les résultats d'une étude canadienne³.

Les consultations par appel vidéo uniquement étaient plus courantes pour les rendez-vous avec un médecin spécialiste et

d'autres types de fournisseurs que ceux avec un médecin de famille ou un infirmier praticien, ce qui donne à penser que ces fournisseurs ou leurs patients préfèrent les technologies vidéo ou y ont davantage accès. Ce résultat peut être en partie attribuable au plus grand recours aux consultations par appel vidéo pour les rendez-vous concernant la santé mentale ou les toxicomanies³⁰.

Les différences sociodémographiques entre les modes étaient reliées au fossé numérique. Comparativement aux patients âgés de 15 à 24 ans, ceux âgés de 55 ans et plus étaient moins susceptibles d'avoir recours aux appels vidéo uniquement qu'aux appels téléphoniques uniquement, ce qui correspond aux résultats d'études antérieures montrant les différences liées à l'âge en matière d'accès au numérique et d'aisance avec l'utilisation du téléphone^{15,16}. Les différences géographiques indiquaient que les patients de Terre-Neuve-et-Labrador et de la Nouvelle-Écosse étaient moins susceptibles d'avoir recours aux appels vidéo uniquement qu'aux appels téléphoniques uniquement comparativement aux patients de l'Ontario. Ce résultat s'explique peut-être par les limites de l'infrastructure numérique dans certaines régions ou par les différences entre les systèmes de santé, telles que les divers modes de facturation des soins virtuels.

Comparativement aux hommes, les femmes étaient moins susceptibles d'avoir recours aux appels vidéo uniquement qu'aux appels téléphoniques uniquement et plus susceptibles d'utiliser un autre mode ou des modes multiples. La probabilité accrue des femmes d'utiliser des modes multiples peut témoigner de leur plus grande utilisation des services^{31,32}. Des travaux de recherche réalisés aux États-Unis indiquent que le niveau élevé de responsabilités liées à la garde des enfants¹⁴ chez les femmes et leurs inquiétudes liées à la vie privée, causées par la présence d'enfants ou d'autres membres du ménage³³, pourraient expliquer leur plus faible recours aux rendez-vous par appel vidéo.

Les patients autochtones étaient plus susceptibles que les patients non racisés et non autochtones d'avoir recours aux appels vidéo uniquement par rapport aux appels téléphoniques uniquement pour les rendez-vous virtuels. Bien que les populations autochtones soient confrontées à de plus grands obstacles à l'accès aux services et à de plus grands défis liés à l'infrastructure numérique comparativement aux populations non autochtones^{34,35}, ce résultat représente les patients autochtones qui ont obtenu des soins virtuels et qui vivaient en grande partie en milieu urbain. L'utilisation plus élevée des appels vidéo peut s'expliquer par le fait que des initiatives de soins virtuels axées sur les Autochtones ont été élaborées à l'appui de la gestion des maladies chroniques et de l'accès aux soins primaires pour les populations des réserves et hors réserve^{36,37}, ainsi que par la plus grande accessibilité aux soins virtuels pendant la pandémie de COVID-19³⁸. Il est également possible que l'on préfère les consultations par appel vidéo parce qu'elles favorisent mieux l'établissement de relations avec les fournisseurs³⁹ et permettent aux membres de la famille, aux Aînés, ou aux guérisseurs ou aux gardiens du savoir

traditionnels d'y participer³⁸. Toutefois, la taille relativement petite de l'échantillon de répondants autochtones doit être prise en compte au moment d'interpréter ces résultats.

La multimorbidité était associée à une plus faible probabilité de prendre un rendez-vous par appel vidéo plutôt que par appel téléphonique. Ce résultat corrobore une étude antérieure¹⁴ montrant que les personnes ayant des comorbidités prenaient davantage des rendez-vous par appel téléphonique plutôt que par appel vidéo, ce qui donne à penser que les patients ayant des besoins de santé complexes ont possiblement davantage recours aux soins offerts par téléphone en raison des obstacles à l'accès aux technologies, de leur niveau de littéracie numérique et de la facilité d'avoir recours aux soins^{4,13}.

Les personnes sans fournisseur habituel étaient plus susceptibles d'avoir recours aux appels vidéo uniquement qu'aux appels téléphoniques uniquement pour les rendez-vous virtuels, possiblement afin de faciliter l'évaluation visuelle ou d'établir une bonne relation quand ils sont de nouveaux patients²³. Les personnes qui ont payé leurs rendez-vous virtuels étaient par ailleurs beaucoup plus susceptibles d'avoir recours aux appels vidéo uniquement qu'aux appels téléphoniques uniquement. Ce résultat pourrait être relié au revenu : les personnes à revenu plus élevé peuvent être davantage disposées à payer pour obtenir des soins de santé, et leur niveau de littéracie numérique est généralement plus élevé⁴⁰, ce qui contribue à les rendre plus à l'aise lors des consultations par appel vidéo.

Conformément à des études antérieures^{22,23,25}, les facteurs liés à la commodité constituaient les principaux avantages des soins virtuels déclarés par les patients d'un mode à l'autre. Parmi les autres aspects positifs, mentionnons le fait que l'heure prévue des rendez-vous était respectée et le fait que les services satisfaisaient les besoins des patients. Ces résultats corroborent des études antérieures qui montraient que les soins virtuels répondaient adéquatement aux problèmes de santé des patients^{21,41}; cependant, dans tous les modes, de faibles proportions de patients ont indiqué que le non-respect de l'heure de début et le fait que les besoins de santé étaient insatisfaits constituaient des aspects négatifs. De plus, comme lors d'études antérieures^{22,41}, peu de patients ont déclaré des difficultés technologiques. Les problèmes d'équipement ou de connectivité étaient plus courants parmi les patients qui avaient recours aux appels vidéo uniquement ou à des modes multiples, comparativement aux appels téléphoniques uniquement, ce qui correspond aux exigences technologiques accrues qui sont associées aux consultations par appel vidéo.

Dans l'ensemble, la plupart des patients étaient satisfaits de leur dernier rendez-vous virtuel. Les personnes âgées de 45 ans et plus étaient plus susceptibles d'être très satisfaites que les patients plus jeunes, ce qui appuie les études montrant une satisfaction plus élevée vis-à-vis la télémédecine chez les adultes plus âgés^{42,43}, et ce, malgré qu'ils possèdent potentiellement un niveau plus faible de littéracie numérique. Ce résultat s'explique peut-être par les différences liées à l'âge

concernant les attentes, l'estimation de la commodité des soins virtuels, ou encore la réticence à critiquer les fournisseurs de soins de santé⁴⁴. Les patients en milieu rural étaient en outre plus susceptibles d'être satisfaits que les patients en milieu urbain, possiblement en raison d'un meilleur accès et de la réduction du fardeau lié aux déplacements et aux coûts^{41,45,46}.

Par ailleurs, le bien-être financier était associé à la satisfaction. Les patients ayant plus de difficulté à répondre aux besoins du ménage étaient moins susceptibles d'être satisfaits que ceux ayant moins de difficulté à répondre à ces besoins. Ce résultat concorde avec la satisfaction moins élevée observée chez les patients des quartiers à faible revenu⁴⁷ et avec leur préférence pour les soins en personne. La moins grande littéracie numérique peut également y contribuer⁴⁸.

Les personnes sans fournisseur habituel étaient moins susceptibles d'être satisfaites, ce qui fait ressortir l'importance de la continuité des soins pour assurer la satisfaction des patients⁴⁹. En outre, les patients dont le dernier rendez-vous virtuel visait à soigner des problèmes chroniques de santé physique ou mentale étaient moins satisfaits que ceux dont le rendez-vous visait à effectuer un examen de routine, ce qui indique que les soins virtuels pourraient alourdir le fardeau des personnes ayant des problèmes de santé chroniques^{50,51}.

Ces résultats font ressortir le fait que les soins virtuels et les expériences des patients sont influencés par les caractéristiques individuelles et l'accessibilité technologique. Les adultes plus âgés et certains sous-groupes avaient davantage recours aux soins offerts par téléphone, ce qui témoigne probablement des différences en matière de littéracie numérique, d'infrastructure ou d'aisance avec la technologie vidéo. Dans tous les modes, les patients ont déclaré des aspects positifs similaires, principalement la commodité, tandis que les personnes ayant eu recours aux appels vidéo étaient plus susceptibles de déclarer des problèmes d'équipement ou de connectivité et d'avoir payé les soins de leur poche. La satisfaction était plus faible chez les patients dont le bien-être financier était plus faible et chez ceux qui n'avaient pas de fournisseur habituel de soins de santé, ce qui indique que les expériences étaient moins favorables dans certains groupes. Ensemble, ces résultats démontrent en quoi les différences en matière d'accès, d'aisance avec la technologie ainsi que de déterminants sociaux de la santé influencent les expériences des soins virtuels vécues par les patients.

Points forts et limites

La présente étude fournit de nouveaux renseignements sur les expériences des soins virtuels vécues par les patients au Canada, y compris les modes utilisés, les aspects positifs et négatifs, ainsi que la satisfaction à l'égard des rendez-vous virtuels. L'examen des caractéristiques sociodémographiques et des caractéristiques liées à la santé a mis en évidence de possibles différences à l'échelle de la population dans les expériences des soins virtuels vécues par les patients.

L'une des limites de l'étude est que les personnes vivant dans les territoires, dans les réserves ou en établissement ont été exclues de l'échantillon. Cela limite particulièrement l'échantillon de répondants autochtones, ce qui empêche d'effectuer une analyse fondée sur les distinctions et touche la généralisabilité à l'échelle de la population autochtone, étant donné que la plupart des répondants qui ont eu un rendez-vous virtuel résidaient en milieu urbain. De plus, le bien-être financier a été utilisé au lieu du revenu, qui n'était pas disponible dans l'ESC.

La satisfaction des patients a été influencée par un effet de plafonnement, c'est-à-dire que les cotes élevées limitent la variabilité⁵², et le fait d'avoir une mesure à élément unique a empêché l'évaluation de dimensions différentes de la satisfaction⁵³. Qui plus est, la satisfaction n'était mesurée que par rapport au dernier rendez-vous des patients, tandis que les autres questions sur les soins virtuels (p. ex. le mode) ne portaient pas expressément sur le dernier rendez-vous, ce qui a empêché d'effectuer une analyse d'autres facteurs associés à la satisfaction.

Conclusion

L'étude présente de nouvelles données probantes au niveau de la population sur les expériences des soins virtuels vécues par les patients au Canada, faisant ressortir les différences quant aux modes, à la satisfaction ainsi qu'aux avantages et aux inconvénients perçus. Les rendez-vous pour obtenir des soins primaires et spécialisés avaient principalement lieu par appel téléphonique, tandis que les appels vidéo étaient plus courants pour les autres types de fournisseurs. Les facteurs sociodémographiques et ceux liés à la santé ont eu une incidence sur les modes et les expériences des patients. Dans l'ensemble, les patients ont déclaré une satisfaction élevée, évoquant les facteurs liés à la commodité comme avantages clés; toutefois, la satisfaction était plus faible parmi les personnes sans fournisseur habituel ou celles connaissant des difficultés financières, ce qui révèle de possibles besoins insatisfaits dans ces groupes.

Les résultats peuvent éclairer les décideurs et les professionnels de la santé sur les obstacles aux soins virtuels et les besoins et préférences des patients, ce qui pourra alors contribuer à résoudre les iniquités dans la conception des soins virtuels pour s'assurer que tous les patients en profitent. Une étude future sur les difficultés d'accès des populations vulnérables, comportant des mesures de la satisfaction plus nuancées et intégrant les points de vue des fournisseurs sur les modes des soins virtuels, permettrait de mieux comprendre l'efficacité des soins virtuels et les aspects à améliorer.

Tableau 1 de l'annexe
Caractéristiques sociodémographiques et caractéristiques liées à la santé des personnes qui ont eu un rendez-vous de soins virtuels
au cours des 12 derniers mois, Canada, 2023

	pourcentage	Intervalles de confiance de 95 %	
		de	à
Groupe d'âge			
15 à 24 ans	11,1	9,6	12,7
25 à 34 ans	16,7	15,3	18,2
35 à 44 ans	18,0	16,8	19,3
45 à 54 ans	16,6	15,5	17,8
55 à 64 ans	15,9	14,8	17,0
65 ans et plus	21,8	20,6	23,0
Genre			
Hommes+	42,3	40,5	44,1
Femmes+	57,7	55,9	59,5
État matrimonial			
Marié(e) ou vivant en union libre	63,3	61,2	65,3
Célibataire (jamais marié(e))	23,0	21,0	25,1
Séparé(e), divorcé(e) ou veuf(ve)	13,8	12,5	15,1
Statut d'immigrant			
Non-immigrant(e)	71,5	69,6	73,4
Immigrant(e) ou résident(e) non permanent(e)	28,5	26,6	30,4
Groupe de population			
Personnes non racisées et non autochtones	71,6	69,5	73,6
Personnes racisées	25,1	23,2	27,1
Autochtones	3,4	2,5	4,4
Niveau de scolarité			
Études secondaires ou niveau de scolarité inférieur	33,3	31,4	35,2
Études postsecondaires inférieures au baccalauréat	31,7	30,2	33,4
Baccalauréat ou grade de niveau supérieur	35,0	33,4	36,6
Orientation sexuelle			
Hétérosexuel	91,9	90,5	93,2
LGB+	8,1	6,8	9,5
Appartenance à la population urbaine ou rurale			
Population rurale	10,9	9,7	12,1
Population urbaine	89,1	87,9	90,3
Province de résidence			
Terre-Neuve-et-Labrador	2,2	2,0	2,5
Île-du-Prince-Édouard	0,3	0,2	0,4
Nouvelle-Écosse	3,2	2,8	3,6
Nouveau-Brunswick	2,5	2,2	2,9
Québec	13,9	12,6	15,3
Ontario	41,9	40,1	43,6
Manitoba	3,2	2,8	3,8
Saskatchewan	2,4	2,0	2,8
Alberta	8,5	7,5	9,6
Colombie-Britannique	22,0	20,7	23,4
Capacité de répondre aux besoins du ménage (bien-être financier)			
Facile ou très facile	37,0	34,9	39,2
Ni difficile ni facile	34,2	32,1	36,4
Difficile ou très difficile	28,7	26,9	30,6
Activité principale			
Emploi rémunéré	56,1	54,0	58,2
À la retraite	21,1	19,8	22,4
Autre (pas d'emploi rémunéré et pas à la retraite)	22,8	20,9	24,8
Situation vis-à-vis de l'incapacité			
Ne déclare pas être une personne ayant une incapacité	82,5	80,7	84,1
Déclare être une personne ayant une incapacité	17,5	15,9	19,3
A un fournisseur habituel de soins de santé			
Non	14,8	13,2	16,6
Oui	85,2	83,4	86,8
Nombre de problèmes de santé chroniques			
Aucun	37,7	35,5	40,0
Un	27,1	25,2	29,1
Deux ou plus	35,2	33,2	37,2
A payé pour obtenir un rendez-vous virtuel			
Non	89,3	87,7	90,7
Oui	10,7	9,3	12,3
Types de rendez-vous			
Médecin de famille, médecin généraliste ou infirmier praticien seulement	62,1	59,8	64,3
Médecin spécialiste seulement	10,2	8,9	11,7
Autre fournisseur de soins de santé seulement	5,4	4,5	6,5
Types de rendez-vous multiples	22,2	20,5	24,1
But principal du dernier rendez-vous virtuel			
Examen médical périodique ou rendez-vous de routine	28,5	26,6	30,6
Médicament ou renouvellement d'ordonnance	30,7	28,9	32,6
Traitement d'un problème chronique de santé physique ou mentale	12,9	11,4	14,5
Traitement d'un problème aigu de santé physique ou mentale ou d'une maladie infectieuse	13,1	11,6	14,7
Autre raison	14,8	13,3	16,5

Note : LGB+ = personne lesbienne, gaie, bisexuelle ou d'une autre identité non précisée ailleurs.

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

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. *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> (2022, consulté le 4 novembre 2025).
2. Inforoute Santé du Canada. *Sondage canadien sur la santé numérique 2021 : consultations virtuelles*, https://regards.infoway-inforoute.ca/consultations_virtuelles/ (2025, consulté le 4 novembre 2025).
3. Inforoute Santé du Canada. *Expériences des soins de santé durant la COVID-19 déclarées par des Canadiens : adoption des soins virtuels 2022*. <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/ressources/rapports/evaluation-des-avantages/3836-experiences-des-soins-de-sante-durant-la-covid-19-declarees-par-des-canadiens> (consulté le 1^{er} mai 2026).
4. Frank, K. et Bader, D. L'utilisation des soins virtuels au Canada : variations selon les facteurs sociodémographiques et les facteurs liés à la santé. *Rapports sur la santé* 2025; vol. 36, n° 11, p. 18 à 31.
5. Gouvernement du Canada. *Soins virtuels : cadre stratégique 2022*. Ottawa : Santé Canada, 2021.
6. Fierlbeck, K. et Wyonch, R. *Disconnected: Inside Canada's patchwork of virtual care*. Commentaire n° 701, https://www.cdhowe.org/wp-content/uploads/2025/12/Commentary_701-3.pdf (2025).
7. Khairat, S., John, R., Pillai, M. et coll. Patient characteristics associated with phone and video visits at a tele-urgent care center during the initial COVID-19 response: Cross-sectional study. *Online Journal of Public Health Informatics* 2024; vol. 16, e50962. DOI : 10.2196/50962.
8. Larson, A.E., Stange, K.C., Heintzman, J. et coll. Identifying virtual care modality in electronic health record data. *Learning Health Systems* 2024; vol. 8, e10411. DOI : 10.1002/lrh2.10411.
9. Inforoute Santé du Canada. *Sondage canadien sur la santé numérique 2022 : soins virtuels*, https://regards.infoway-inforoute.ca/2022-soins-virtuels/?_gl=1*ve9d3a*_ga*MTgzOTYzODAyNS4xNzc4NzcwNDM5*_ga_1WN643RB5E*cze3Nzg3NzA0MzkkbzEkZzEkdDE3Nzg3NzA5MTMkajM0JGwwJGgw (2022, consulté le 26 février 2026).
10. Statistique Canada. *Expériences en matière de prestation de soins virtuels vécues par les travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19* (n° 11-627-M au catalogue). Ottawa : Statistique Canada, 2022.
11. Stamenova, V., Agarwal, P., Kelley, L. et coll. Uptake and patient and provider communication modality preferences of virtual visits in primary care: A retrospective cohort study in Canada. *BMJ Open* 2020; vol. 10, n° 7, e037064. DOI : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037064>.
12. Institut canadien d'information sur la santé. *Résultats du Canada : Enquête internationale de 2023 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès de la population générale dans 10 pays — Tableaux de données*, <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/how-canada-compares-cmwf-survey-2023-meth-notes-fr.pdf> (2024, consulté le 4 novembre 2025).
13. Chang, E., Penfold, R.B. et Berkman, N.D. Patient characteristics and telemedicine use in the US, 2022. *JAMA Network Open* 2024; vol. 7, n° 3, e243354. DOI : 10.1001/jamanetworkopen.2024.3354.
14. Eberly, L.A., Kallan, M.J., Julien, H.M. et coll. Patient characteristics associated with telemedicine access for primary and specialty ambulatory care during the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open* 2020; vol. 3, n° 12, e2031640. DOI : 10.1001/jamanetworkopen.2020.31640.
15. Rodriguez, J.A., Betancourt, J.R., Sequist, T.D. et coll. Differences in the Use of Telephone and Video Telemedicine Visits During the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Managed Care* 2021; vol. 27, n° 1, p. 21 à 26. DOI : <https://doi.org/10.37765/ajmc.2021.88573>.
16. Mistry, S.K., Shaw, M., Raffan, F. et coll. Inequity in access and delivery of virtual care interventions: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022; vol. 19, n° 15, 9411. DOI : <https://doi.org/10.3390/ijerph19159411>.
17. Ramsetty, A. et Adams, C. Impact of the digital divide in the age of COVID-19. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2021; vol. 27, n° 7, p. 1147 à 1148. DOI : <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa078>.
18. Hays, R.D. et Skootsky, S.A. Patient experience with in-person and telehealth visits before and during the COVID-19 pandemic at a large integrated health system in the United States. *Journal of General Internal Medicine* 2022; vol. 37, n° 4, p. 847 à 852. DOI : <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07196-4>.
19. Braund, H., Dalgarno, N., Chan-Nguyen, S. et coll. Exploring patient advisors' perceptions of virtual care across Canada: Qualitative phenomenological study. *Journal of Medical Internet Research* 2023; vol. 25, e45215. DOI : 10.2196/45215.
20. Alberta Health Services. *COVID-19 Scientific Advisory Group Rapid Evidence Report*, <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-sag-virtual-vs-in-person-care-rapid-review.pdf> (2020).
21. McGrail, K.M., Ahuja, M.A. et Leaver, C.A. Virtual visits and patient-centered care: Results of a patient survey and observational study. *Journal of Medical Internet Research* 2017; vol. 19, n° 5, e177.
22. Bajgain, B., Rabi, S., Ahmed, S. et coll. Patient-reported experiences and outcomes of virtual care during COVID-19: A systematic review. *Journal of Patient-Reported Outcomes* 2023; vol. 7, n° 1, 126. DOI : <https://doi.org/10.1186/s41687-023-00659-8>.

23. Chu, C., Nayyar, D., Bhattacharyya, O. et coll. Patient and provider experiences with virtual care in a large, ambulatory care hospital in Ontario, Canada during the COVID-19 pandemic: Observational study. *Journal of Medical Internet Research* 2022; vol. 24, n° 10, e38604. DOI : 10.2196/38604.
24. Powell, R.E., Henstenburg, J.M., Cooper, G. et coll. Patient perceptions of telehealth primary care video visits. *Annals of Family Medicine* 2017; vol. 15, n° 3, p. 225 à 229. DOI : <https://doi.org/10.1370/afm.2095>.
25. Thiagarajan, A., Grant, C., Griffiths, F. et coll. Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: A systematic scoping review. *BJGP Open* 2020; vol. 4, n° 1. DOI : <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101020>.
26. Statistique Canada. *Minorité visible de la personne*. Ottawa : Statistique Canada, 2021. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=DEC&Id=45152
27. Statistique Canada. *Enquête sociale canadienne — Qualité de vie, soins de santé virtuels et confiance, questionnaire de 2023*, https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Instr_f.pl?Function=assembleInstr&Item_Id=1519868&adm=0&dis=0 (2023, consulté le 4 novembre 2025).
28. Bhatia, R.S., Chu, C., Pang, A. et coll. Virtual care use before and during the COVID-19 pandemic: A repeated cross-sectional study. *CMAJ Open* 2021; vol. 9, n° 1, p. E107 à 114. DOI : 10.9778/cmajo.20200311.
29. Dainty, K.N., Seaton, M.B., Estacio, A. et coll. Virtual specialist care during the COVID-19 pandemic: Multimethod patient experience study. *JMIR Publications* 2022; vol. 10, n° 6, e37196. DOI : 10.2196/37196.
30. Statistique Canada. *Au total, 3 Canadiens sur 5 qui cherchaient à obtenir des soins ont utilisé des services de soins de santé virtuels pendant la pandémie de COVID-19*. Le 14 novembre 2023 (consulté le 16 avril 2026). <https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/4968-au-total-3-canadiens-sur-5-qui-cherchaient-obtenir-des-soins-ont-utilise-des-services-de>.
31. Thompson, A.E., Anisimowicz, Y., Miedema, B. et coll. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: A QUALICOPC study. *BMC Family Practice* 2016; vol. 17, 38. DOI : <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0440-0>.
32. Kazanjian, A., Morettin, D. et coll. Health care utilization by Canadian women. *BM Women's Health* 2004; vol. 4 (suppl. 1), S33.
33. Goldstein, K.M., Rushton, S., Lewinski, A.A. et coll. Experiences Receiving and Delivering Virtual Health Care for Women: Qualitative Evidence Synthesis. *Journal of Medical Internet Research* 2025; vol. 27, e68314. DOI : <https://doi.org/10.2196/68314>.
34. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*, <https://www.nccih.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf> (2019).
35. Nguyen, N.H., Subhan, F.B., Williams, K. et coll. Barriers and mitigating strategies to healthcare access in Indigenous communities of Canada: A narrative review. *Healthcare* 2020; vol. 8, n° 2, 112. DOI : <https://doi.org/10.3390/healthcare8020112>.
36. Camp, P., Girt, M., Wells, A. et coll. Virtual care for Indigenous populations in Canada, the United States, Australia, and New Zealand: Protocol for a scoping review. *JMIR Research Protocols* 2020; vol. 9, n° 12, e21860. DOI : 10.2196/21860.
37. Régie de la santé des Premières Nations. *FNHA Virtual Care and Telehealth Services*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Telehealth-Fact-Sheet.pdf> (consulté le 1^{er} mai 2026).
38. Roach, P., Ody, M., Campbell, P. et coll. Access, relationships, quality and safety (ARQS): A qualitative study to develop an Indigenous-centred understanding of virtual care quality. *BMJ Open Quality* 2022; vol. 11, n° 4, e002028. DOI : 10.1136/bmjopen-2022-002028.
39. Fitzpatrick, K.M., Ody, M. et coll. Understanding virtual primary healthcare with Indigenous populations: A rapid evidence review. *BMC Health Services Research* 2023; vol. 23, n° 1, 303. DOI : 10.1186/s12913-023-09299-6.
40. Estrela, M., Semedo, G., Roque, F. et coll. Sociodemographic determinants of digital health literacy: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Medical Informatics* 2023; vol. 177, 105124. DOI : 10.1016/j.ijmedinf.2023.105124.
41. Buchanan, S., Cronin, S., St-Amant, A. et coll. Evaluating patient experience with Integrated Virtual Care (IVC), a hybrid primary care model in rural Ontario, Canada: A cross-sectional survey. *Journal of Primary Care & Community Health* 2025; vol. 16, p. 1 à 10. DOI : 10.1177/21501319251345741.
42. Ramaswamy, A., Yu, M., Drangsholt, S. et coll. Patient satisfaction with telemedicine during the COVID-19 pandemic: Retrospective cohort study. *Journal of Medical Internet Research* 2020; vol. 22, n° 9, e20786. DOI : 10.2196/20786.
43. Gondal, H., Abbas, T., Choquette, H. et coll. Patient and Physician Satisfaction with Telemedicine in Cancer Care in Saskatchewan: A Cross-Sectional Study. *Current Oncology* 2022; vol. 29, n° 6, p. 3870 à 3880. DOI : <https://doi.org/10.3390/curroncol29060309>.
44. Nurullah, A.S., Northcott, H.C. et Harvey, M.D. Public assessment of key performance indicators of healthcare in a Canadian province: The effect of age and chronic health problems. *SpringerPlus* 2014; vol. 3, n° 1, 28. DOI : <https://doi.org/10.1186/2193-1801-3-28>.
45. Burton, L., Rush, K.L., Smith, M.A. et coll. Has virtual care arrived? A survey of rural Canadian providers during the early stages of the COVID-19 pandemic. *Health Services Insights* 2022; vol. 15, p. 1 à 8. DOI : 10.1177/11786329221096033.
46. Harkey, L.C., Jung, S.M., Newton, E.R. et coll. Patient satisfaction with telehealth in rural settings: A systematic review. *International Journal of Telerehabilitation* 2020; vol. 12, n° 2, p. 53 à 64. DOI : 10.5195/ijt.2020.6303.
47. Zhong, A., Davie, S., Wang, R. et coll. Understanding disparities in primary care patient experience. *Canadian Family Physician* 2021; vol. 67, n° 7, p. e178 à 187. DOI : <https://doi.org/10.46747/cfp.6707e178>.
48. Agarwal, P., Wang, R., Meaney, C. et coll. Sociodemographic differences in patient experience with primary care during COVID-19: Results from a cross-sectional survey in Ontario, Canada. *BMJ Open* 2022; vol. 12, n° 5, e056868. DOI : 10.1136/bmjopen-2021-056868.

-
49. Fortin, M., Bamvita, J.M. et Fleury, M.J. Patient satisfaction with mental health services based on Andersen's Behavioral Model. *Revue canadienne de psychiatrie* 2017; vol. 63, n° 2, p. 103 à 114. DOI : 10.1177/0706743717737030.
50. Cox, A., Lucas, G., Marcu, A. et coll. Cancer survivors' experience with telehealth: A systematic review and thematic synthesis. *Journal of Medical Internet Research* 2017; vol. 19, n° 1, e11. DOI : 10.2196/jmir.6575.
51. Tahsin, F., Bahr, T., Shaw, J. et coll. The relationship between treatment burden and the use of telehealth technologies among patients with chronic conditions: A scoping review. *Health Policy and Technology* 2024; vol. 13, n° 2, 100855. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2024.100855>.
52. Masino, C. et Lam, T.C.M. Choice of rating scale labels: Implication for minimizing patient satisfaction response ceiling effect in telemedicine surveys. *Telemedicine and e-Health* 2014; vol. 20, n° 12, p. 1150 à 1155. DOI : <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0350>.
53. Shirley, E., Josephson, G. et Sanders, J. Fundamentals of patient satisfaction measurement. *Physician Leadership Journal* 2016; vol. 3, n° 1, p. 12 à 17.