

Au Québec, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), qui relève du ministère de la Santé, a pour mandat d'évaluer l'introduction, l'acquisition et l'utilisation de technologies en santé. Elle a mené en 2009 une analyse¹ exhaustive de plus de 100 expériences de télésoins à domicile. Environ 50 % de celles-ci ont été réalisées aux États-Unis, un tiers en Europe et 10 % au Canada. Selon cette étude, les expériences recensées démontrent l'efficacité clinique des télésoins à domicile pour les patients atteints de diabète, d'hypertension, d'asthme, d'insuffisance cardiaque ou de maladie pulmonaire obstructive chronique. Les télésoins à domicile permettent aussi de réduire la demande en soins de santé.

En Ontario, l'Ontario Telemedicine Network (OTN) regroupe 3000 professionnels de la santé qui utilisent d'une façon ou d'une autre la télémédecine. Il a mené une expérience de télésoins à domicile en 2007 avec 819 patients souffrant de maladies pulmonaires ou cardiaques chroniques². À partir d'un sondage auquel les patients répondaient, la firme PricewaterhouseCoopers a calculé que le nombre moyen d'admissions à l'hôpital a diminué de plus de 60 %. Le nombre de visites à l'urgence a, quant à lui, décliné de plus de 70 %. La grande majorité des patients ayant répondu au sondage ont déclaré avoir amélioré leurs connaissances, leur confiance, leur volonté et leur compétence pour prendre soin de leur santé après trois mois de télésoins à domicile. L'étude estime la réduction de coût associée à ce programme à 5,96 \$ millions par année, soit 7727 \$ par patient.

Examinons de plus près une maladie chronique qui a fait l'objet de télésoins à domicile, soit la bronchopneumopathie chronique obstructive. Les patients souffrant de cette maladie dégénérative chronique sont souvent soignés à domicile. Ils reçoivent régulièrement des visites d'infirmières, qui mesurent leurs signes vitaux et discutent avec eux de leur condition, de leurs médicaments et de leurs traitements. Cette maladie présente un intérêt sur le plan analytique, car elle nécessite des soins individuels étendus et en général de nombreux déplacements de personnel, en plus d'aboutir à de fréquentes visites à l'urgence ou en cabinet et à de coûteuses hospitalisations à la suite de complications.

Deux expériences relativement similaires qui comprennent un volet d'analyse avantages-coûts offrent une comparaison utile. La première, datant de 1996-1997, a été réalisée par l'organisme sans but lucratif privé Kaiser Permanente, en Californie³. Ce groupe traite plus de neuf millions d'Américains dans dix-neuf États et opère onze agences de soins à domicile dans le nord de la Californie. La seconde expérience de télésoins à domicile a été effectuée à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont en 2003-2004⁴. Cet hôpital du secteur public de Montréal traitait en soins à domicile, à l'époque de l'étude, environ 2400 patients atteints de maladies pulmonaires chroniques.

L'étude de Kaiser Permanente (voir Tableau 1) a été menée sur une durée de 18 mois. Elle comportait deux groupes de patients traités à domicile à Sacramento, en Californie. Une partie des malades était traitée de façon traditionnelle, par des visites régulières d'infirmières, alors que l'autre était traitée selon un protocole à distance. Cette étude a démontré le très fort potentiel d'économies provenant des télésoins à domicile. Les infirmières

Tableau 1
Coût comparé par patient des télésoins à domicile et des soins traditionnels selon l'étude de Kaiser Permanente

| Types de dépenses (18 mois) | Télésoins à domicile | Groupe témoin | Économies (pertes) grâce aux télésoins à domicile |
|-----------------------------|-----------------------|---------------|---|
| Visites médicales et tests | 860 \$US | 734 \$US | (126 \$US) ou (17 %) |
| Hospitalisation | 5709 \$US | 11 221 \$US | 5512 \$US ou 49 % |
| Coût des soins à domicile | 993 \$US ⁶ | 1167 \$US | 174 \$US ou 15 % |
| Total | 7562 \$US | 13 122 \$US | 5560 \$US ou 42 % |

Source : Kaiser Permanente et calculs des auteurs.

1. Guy Paré, Khalil Moqadem, Gilles Pineau et Carole St-Hilaire, *Revue systématique des effets de la télésurveillance à domicile dans le contexte du diabète, des maladies pulmonaires et des maladies cardiovasculaires*, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, avril 2009.

2. PricewaterhouseCoopers, *Telehomecare Phase One Program Evaluation – Final Report Summary*, Ontario Telemedicine Network, juillet 2009.

3. Barbara Johnston, Linda Weeler, Jill Deuser et Karen H. Sousa, « Outcomes of the Kaiser Permanente Tele-Home Health Research Project », *Archives of Family Medicine*, vol. 9 (2000), no 1, p. 40-45.

4. Guy Paré, Claude Sicotte, Danielle St-Jules et Richard Gauthier, « Cost-Minimization Analysis of a Telehomecare Program for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease », *Telemedicine and e-Health*, vol. 12 (2006), no 2, p. 114-121.

5. Notons que dans le cadre de cette étude, le coût total des équipements à distance a été imputé dans la catégorie « coûts des soins à domicile ». Si l'on avait amorti l'équipement de soins à distance, plutôt que de calculer son coût brut, le coût de la dépense « soins à domicile » aurait été sensiblement le même pour la durée du projet. Afin de rendre les données comparables avec l'étude de Maisonneuve-Rosemont, ce sont ces chiffres comprenant l'amortissement que nous présentons.

6. Donnée approximative estimée à partir des indications de l'étude citée à la note 3 (p. 44) car cette dernière ne calcule pas l'amortissement de façon formelle. Voir la note précédente.

Tableau 2**Coût comparé par patient des télésoins à domicile et des soins traditionnels selon l'étude de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont**

| Types de dépenses (6 mois) | Télésoins à domicile | Groupe témoin | Économies (pertes) grâce aux télésoins à domicile |
|------------------------------------|----------------------|---------------|---|
| Visites à domicile des infirmières | 213 \$ | 332 \$ | 119 \$ ou 36 % |
| Interventions téléphoniques | 93 \$ | 42 \$ | (51 \$) ou (121 %) |
| Hospitalisation | 843 \$ | 2406 \$ | 1563 \$ ou 65 % |
| Technologie | 1275 \$ | 0 \$ | (1275 \$) |
| Total | 2424 \$ | 2779 \$ | 355 \$ ou 13 % |

Source : Guy Paré, Claude Sicotte, Danielle St-Jules et Richard Gauthier, « Cost-Minimization Analysis of a Telehomecare Program for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease », *Telemedicine and e-Health*, vol. 12 (2006), no 2, p. 114-121 et calculs des auteurs.

peuvent en moyenne visiter cinq ou six patients par jour de la façon traditionnelle, contre quinze à vingt avec le système de consultation à distance. Ceci est particulièrement important dans le contexte canadien, où la rareté des praticiens pose problème. À partir des résultats de l'étude, on peut calculer que les patients obtenant les télésoins à domicile ont coûté 42 % de moins que ceux du groupe témoin⁵.

L'étude de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (voir Tableau 2), réalisée en collaboration avec HEC Montréal, comportait deux groupes de patients traités à domicile, tout comme l'étude de Kaiser Permanente. Sur une durée de six mois, l'étude démontre que, malgré les coûts associés à la technologie, les télésoins à domicile se sont avérés moins coûteux, en raison d'une réduction des visites à domicile, mais surtout parce que les patients, mieux suivis, ont nécessité moins d'hospitalisations. Les patients traités à distance ont coûté 13 % de moins que ceux suivis de la façon traditionnelle.

CONCLUSIONS

Quelles conclusions peut-on tirer de ces expériences? Une première s'impose d'emblée. L'ensemble des études sur les télésoins à domicile démontrent clairement qu'ils permettent de soigner plus de patients par infirmière et de prodiguer des soins d'aussi bonne qualité. Les télésoins à domicile permettent aussi de diminuer substantiellement les coûts des soins, une fois l'équipement amorti. On observe une énorme diminution des coûts reliés à l'aggravation des maladies chroniques, en raison d'un meilleur suivi. Finalement, les télésoins à domicile améliorent aussi la satisfaction des patients. Toutes les études, autant qualitatives

que quantitatives, ont mis en lumière le haut taux de satisfaction des patients. L'écrasante majorité de ceux-ci étaient heureux du fait qu'ils comprenaient mieux leur maladie, contribuaient eux-mêmes à leur suivi (en entreprenant des procédures de mesure et de transmission d'information) et sentaient que l'on s'occupait plus rapidement d'eux.

Une deuxième conclusion touche les coûts dans les expériences publiques et privées. De façon générale (et c'est le cas dans les deux études examinées dans cette annexe), les réductions de coûts semblent plus importantes lorsqu'elles sont entreprises dans le secteur privé que dans le secteur public. Les deux études examinées, quoique non identiques, montrent des résultats substantiellement différents : alors que les réductions de coûts se situent à 13 % pour l'expérience montréalaise, elles sont trois fois plus importantes (42 %) pour celle qui s'est tenue à Sacramento.

Une troisième conclusion concerne l'adoption des innovations organisationnelles. De façon générale, lorsque le secteur privé est présent en santé, il est beaucoup plus rapide à percevoir les possibilités d'amélioration des services tout en utilisant les ressources nécessaires de manière optimale. À cet égard, le secteur privé américain a vu rapidement les avantages de la télémédecine et de nombreuses entreprises la pratiquent depuis longtemps, alors que le secteur public de la santé au Canada n'en est qu'à ses balbutiements.

Pourquoi cette rapidité du secteur privé à innover? Plusieurs raisons peuvent sans doute être invoquées.

1. La recherche continue d'occasions d'augmenter les profits pousse les entreprises à innover et à se questionner sur les façons de réduire les coûts et d'augmenter la qualité des services offerts.
2. Les diverses entreprises dans un marché fonctionnent de façon décentralisée et n'attendent pas d'ordres « d'en haut ». Elles sont proches de leur clientèle et sont capables de détecter rapidement ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Elles possèdent de l'information qui ne se rend que difficilement aux décideurs dans un grand système centralisé.
3. Les systèmes publics sont en général beaucoup plus rigides que les entreprises privées : plus syndiqués, plus bureaucratiques. Il est beaucoup plus compliqué d'y introduire des changements que dans des systèmes privés, plus souples.
4. Le financement est souvent plus facile à trouver dans le secteur privé que dans le public. En effet, le financement des innovations dans le secteur public se heurte à la concurrence politique de tous les autres projets gouvernementaux. Les responsables de l'État, face à la rareté des ressources financières et à leur coût d'opportunité (pour financer un projet, il faut moins financer les autres, augmenter les taxes ou créer un déficit budgétaire), vont choisir les projets électoralement les plus intéressants. Les projets privés vont toujours trouver du financement s'il y a une bonne probabilité de profit à la clé.