

LA TÉLÉMÉDECINE : AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR L'INNOVATION

Le réseau québécois de la santé est depuis longtemps l'objet de critiques. Depuis le milieu des années 1970, les journaux rapportent l'existence de pénuries de personnel, d'engorgements dans les urgences, de difficultés pour trouver un médecin de famille, de listes d'attente qui s'allongent, etc. Une utilisation optimale des ressources est essentielle si l'on veut réduire les temps d'attente et offrir des services meilleurs et plus rapides aux patients. Les innovations technologiques, dont la télémédecine, sont une façon d'améliorer l'efficacité du système de santé, tout en augmentant les choix offerts aux patients. Malheureusement, le monopole actuel des gouvernements dans le secteur de la santé élimine la plupart des incitations naturelles à l'innovation et à l'utilisation optimale des ressources.



Cette Note économique a été préparée par **Nathalie Elgrably-Lévy**, économiste senior à l'IEDM et chargée de formation à HEC Montréal, et **Germain Belzile**, directeur de la recherche à l'IEDM.

L'état de la situation

Soucieux d'apporter des solutions aux problèmes d'engorgement, les gouvernements se sont périodiquement penchés sur le fonctionnement du système de santé, alors que les groupes de réflexion et les commissions se sont multipliés. Il y eut la Commission Rochon (1988), la Commission Clair (2000), la Commission Romanow (2002) et la Commission Castonguay (2008), sans compter les études produites par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La plupart des discussions au sujet des réformes possibles, ainsi que les changements qui ont été apportés, ont tenu pour acquis qu'il faut modifier le système globalement par le haut et d'une façon bureaucratique.

Parmi les recommandations formulées, plusieurs ont été appliquées. On a créé les centres locaux de services communautaires (CLSC), adopté le virage ambulatoire, mis en place des groupes de médecine de famille, augmenté le financement du réseau de la santé, mis l'accent sur l'intégration des services, réformé les soins de première ligne, etc.



De nos jours, le réseau de la santé et des services sociaux compte plus de 280 000 travailleurs¹, soit 6,7 % de la population active du Québec, et possède un budget de 28 milliards de dollars, soit 44,7 % des dépenses de programmes du gouvernement du Québec². De 1993 à 2009, les dépenses du gouvernement du Québec pour les soins de santé ont enregistré un taux de croissance réel de 62,5 %³, nettement supérieur au taux de croissance du PIB réel de 44,5 %⁴. Notons également que les dépenses réelles en santé par habitant ont augmenté de 49,3 %⁵ au cours de la même période.

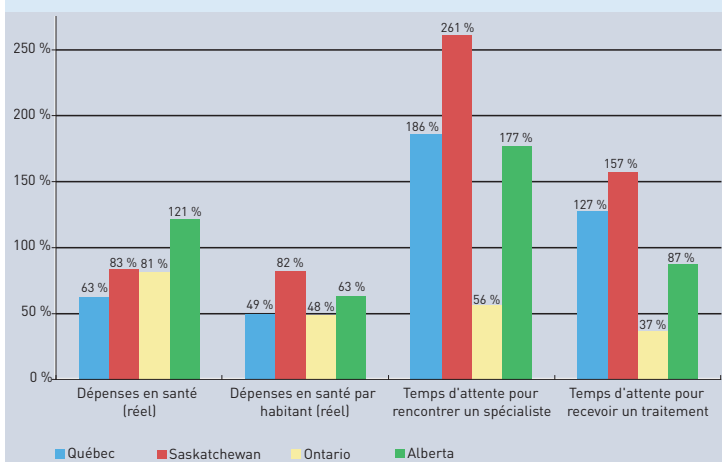
Malgré la hausse des budgets alloués au réseau de la santé et les ajustements apportés à son fonctionnement, peu d'améliorations ont été notées. Selon le palmarès des urgences du quotidien *La Presse*, le temps d'attente moyen dans les urgences du Québec n'a cessé d'augmenter et s'établissait à 17,6 heures en 2009-2010, une hausse de 2,2 heures comparativement à la situation cinq ans plus tôt⁶.

Les longues attentes ne se limitent pas aux urgences. Au Québec, alors que le temps d'attente médian entre la recommandation d'un médecin généraliste et

1. Observatoire de l'administration publique, *L'effectif du réseau de la santé et des services sociaux*, hiver 2010, p. 2 (les plus récentes données remontent à 2008); Statistique Canada, Tableau CANSIM 282-0002.
2. Ministère des Finances du Québec, *Plan budgétaire 2010-2011*, p. C25.
3. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé : 1975 à 2009*, 2009, p. 148 et calculs des auteurs.
4. Institut de la statistique du Québec, *Comptes économiques des revenus et dépenses du Québec*, Édition 2009, p. 24.
5. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 3, p. 149 et calculs des auteurs.
6. Sara Champagne, « Attente aux urgences : Québec s'éloigne de son objectif », *La Presse*, 27 mai 2010.

FIGURE 1

Dépenses et résultats du système de santé pour certaines provinces canadiennes (1993-2009)



Source : Nadeem Esmail, *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada – 2009 Report*, Institut Fraser, octobre 2009; Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé : 1975 à 2009*, calculs des auteurs.

le traitement atteignait 7,3 semaines en 1993, il a augmenté à 16,6 semaines en 2009, soit une hausse de 127 %⁷. Devoir attendre un traitement est coûteux, car la productivité d'un malade est souvent plus faible et la santé de la personne se détériore parfois pendant cette période.

On affirme souvent qu'il suffit d'injecter davantage d'argent dans le réseau de la santé pour corriger la situation. Les expériences menées par d'autres provinces laissent entendre le contraire (voir Figure 1). La Saskatchewan a vu ses délais d'attente grimper plus rapidement qu'au Québec en dépit du fait qu'elle ait augmenté ses dépenses en santé dans des proportions supérieures. En revanche, pour une croissance des dépenses par habitant équivalente à celle du Québec, l'Ontario a obtenu des résultats nettement meilleurs. Il est donc difficile de voir une relation significative entre les dépenses en santé et l'efficacité du système, tout comme il n'est pas réaliste d'espérer une réduction des coûts tant que la manière d'offrir les soins ne sera pas révisée.

Le système canadien de santé présente des résultats médiocres lorsqu'on le compare à celui d'autres pays. Dans une étude récente le comparant aux pays européens, le Canada a été classé au 25^e rang sur 34⁸. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans une étude publiée en 2000, a classé le système canadien au 30^e rang mondial,

derrière le Maroc, la Grèce, Israël et l'Espagne, et ce, malgré le fait que le Canada figurait au 10^e rang mondial pour les dépenses par habitant en santé⁹. Le Canada et le Québec traînent de la patte en ce qui concerne les appareils médicaux de pointe¹⁰ et, de façon générale, sur le plan de l'innovation.

Selon l'OMS, les bureaucraties gouvernementales présentent de sérieux inconvénients pour la prestation des services de santé. Les bureaucraties ont aussi plus de difficulté à réduire leur taille, réorienter leurs priorités ou innover qu'à multiplier les services. Avec le temps, de nombreuses bureaucraties sont devenues beaucoup trop rigides, et leurs méthodes inefficaces produisent des soins médiocres ne répondant pas aux besoins et aux attentes des populations et des individus desservis¹¹.

Il importe de mettre en place un environnement dans lequel l'innovation sous toutes ses formes est non seulement encouragée, mais est vue comme essentielle. De nombreuses expériences internationales (et quelques fois canadiennes) permettent de mettre en lumière les possibilités offertes par les innovations organisationnelles dans le domaine de la santé, y compris la télémédecine que nous avons choisie comme exemple d'innovation. Nous montrerons désormais brièvement comment celle-ci peut aider à améliorer le fonctionnement des systèmes de santé, au grand bénéfice de leurs utilisateurs.

La télémédecine

Les nouvelles technologies ont bouleversé les procédés de production, et peuvent également constituer un élément de changement dans l'offre des soins. Ainsi, grâce à des moyens de communication sophistiqués, la télémédecine, c'est-à-dire « l'exercice de la médecine à distance à l'aide de moyens de communication »¹², est désormais possible.

En adoptant des modifications à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹³ en novembre 2005, le législateur québécois a été l'un des premiers au Canada, à mettre en

Le monopole actuel des gouvernements dans le secteur de la santé élimine la plupart des incitations naturelles à l'innovation et à l'utilisation optimale des ressources.

7. Nadeem Esmail, *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada – 2009 Report*, Institut Fraser, octobre 2009, p. 57.

8. Ben Eisen et Arne Björnberg, *Euro-Canada Health Consumer Index*, Health Consumer Powerhouse et Frontier Centre for Public Policy, mai 2010.

9. Organisation mondiale de la santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde*, 2000, p. 174.

10. Brett J. Skinner, *Canadian Health Policy Failures*, Institut Fraser, septembre 2009, chapitre 3.

11. OMS, *op. cit.*, note 9, p. 70-71.

12. Collège des médecins du Québec – Direction de l'amélioration de l'exercice, *La télémédecine*, mai 2000, p. 2.

13. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., ch. S-4.2, art. 108.1 et ss.

place un cadre législatif traitant de la télésanté et à reconnaître que la télémedecine était un moyen approprié de dispenser des services de santé au Québec. Le Collège des médecins du Québec (CMQ), quant à lui, avait annoncé dès 2000 sa position sur divers points importants concernant ce nouveau mode d'exercice de la médecine, en particulier sur l'épineuse question du lieu où l'acte est posé¹⁴.

Aujourd'hui, deux constats s'imposent : (1) après un démarrage encourageant, le Québec a perdu beaucoup de terrain en télésanté¹⁵; (2) les initiatives semblent avoir privilégié l'emploi des technologies de l'information à des fins cliniques et les collaborations interprofessionnelles, mais très peu d'entre elles ont porté sur l'offre de services aux patients.

En matière de prestation des soins, les consultations téléphoniques, les cliniques virtuelles et les télésoins à domicile constituent trois applications fort prometteuses de la télémedecine.

1. Les consultations téléphoniques

Les Québécois connaissent bien le service Info-Santé qui permet de communiquer par téléphone avec une infirmière 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. L'infirmière répond à des questions courantes sur la santé, ou dirige la personne vers les services appropriés.

Une entreprise texane, TelaDoc Medical Services, a créé un concept similaire à celui d'Info-Santé, en le poussant plus loin. TelaDoc offre des consultations médicales téléphoniques avec des médecins aptes à poser un diagnostic et à rédiger des prescriptions, plutôt qu'avec des infirmières. L'entreprise tient également le dossier médical de chaque patient afin que les médecins disposent de toutes les informations nécessaires lors de la consultation. TelaDoc n'a pas la prétention de remplacer une visite médicale en cabinet. En revanche, à l'instar des cliniques virtuelles, ce type de service s'avère particulièrement efficace pour diagnostiquer les problèmes mineurs et éviter les déplacements inutiles à l'urgence¹⁶. À cet égard, 91 % des membres du service ont indiqué que le médecin contacté grâce à TelaDoc avait résolu leur problème¹⁷. Il faut également noter que 97 % des patients interrogés affirment être satisfaits des

services rendus par l'entreprise¹⁸, ce qui explique sa croissance exponentielle. Fondée en 2002, TelaDoc compte déjà plus de 1,6 million de membres.

2. Les cliniques virtuelles

La première clinique virtuelle a été mise en ligne à Hawaï au début de 2009 par la Blue Cross Blue Shield Association en collaboration avec American Well, l'entreprise à l'origine du concept. Puis, au printemps 2009, une seconde clinique virtuelle a vu le jour au Minnesota. Ces cliniques permettent aux patients de consulter en temps réel des médecins au moyen d'un ordinateur avec accès Internet et d'une caméra Web. De son côté, le praticien peut poser un diagnostic, prescrire la médication appropriée et suggérer un protocole de suivi médical.

Le patient n'a besoin ni de prendre rendez-vous, ni de se déplacer. Cela présente un intérêt particulier quand le patient et le médecin sont géographiquement éloignés, quand le patient peut difficilement se déplacer, quand il est en voyage, quand il doit être suivi pour une maladie chronique ou quand il a besoin d'assistance immédiate pour un problème mineur. C'est également un outil efficace pour identifier

les cas où une visite à l'urgence est nécessaire. Selon American Well, en plus de faciliter l'accès aux soins, ce concept permettrait de limiter la croissance des dépenses, car le coût d'une consultation virtuelle atteint 50 % de celui d'une consultation en cabinet de médecin¹⁹.

Malgré l'attrait qu'elles présentent, les cliniques virtuelles demeurent inexistantes au Québec. En 2000, le Collège des médecins avait déjà clairement indiqué qu'il n'encourage pas les patients à téléconsulter, notamment par l'intermédiaire d'un site Internet, mais qu'il n'écarte pas la télémedecine lorsqu'il s'agit d'un suivi médical dont les modalités ont été convenues entre le patient et le médecin traitant²⁰.

En 2008, le projet « Santé sans file », promu par la compagnie Myca basée à Québec, visait à offrir aux patients un service de téléconsultation médicale en ligne avec des médecins, le tout dans un délai de trois heures ou moins. Aussitôt la nouvelle rendue publique en février 2008, le

Les initiatives de télémedecine au Québec semblent avoir privilégié l'emploi des technologies de l'information à des fins cliniques et les collaborations interprofessionnelles, mais très peu d'entre elles ont porté sur l'offre de services aux patients.

14. Collège des médecins du Québec, *op. cit.*, note 12, p. 3.

15. Voir : Jean-Paul Fortin, « La télésanté au Québec : beaucoup de retard à rattraper », *Le Spécialiste*, vol. 11, no 2, juin 2009, p. 18-24.

16. Lindsey Getz, « Telemedicine: Miles Don't Matter », *For The Record*, vol. 21, no 5, p. 20.

17. TelaDoc Medical Services, *TelaDoc Benefits*, <http://www.teladoc.com/what-is-teladoc/teladoc-benefits>.

18. Sheila Fifer, *Telemedicine MD consultations: satisfaction rates and use patterns among working-age adults*, Mercer Health & Benefits, 2008, p. 4.

19. Eric Wahlgren, « The Doctor will see you now... online: American Well powers virtual visits », *Daily Finance*, 8 octobre 2009.

20. Collège des médecins du Québec, *op. cit.*, note 12, p. 2.

ministre de la Santé demandait à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) d'enquêter sur la légalité d'une telle formule. Huit mois plus tard, la RAMQ refusait de se prononcer sur les aspects juridiques des services fournis par l'entremise de la vidéoconférence tant qu'elle n'aurait pas entendu la position du Collège des médecins sur la nature et la légalité de cette nouvelle approche²¹. Ce dernier avait alors déclaré que le service offert par Myca ne respecte pas la démarche clinique puisqu'il est amputé d'un examen physique, mais aucune position formelle n'a été rendue publique depuis.

Les télésoins à domicile permettent de diminuer substantiellement les coûts des soins, une fois l'équipement amorti.

3. Les télésoins à domicile

Les télésoins à domicile (*telehomecare*) consistent à transmettre à distance des informations physiologiques aux fins de contrôle et de suivi. Les télésoins à domicile sont particulièrement utiles aux patients souffrant de maladies chroniques. On équipe le domicile de ceux-ci d'appareils et on leur apprend à s'en servir. Ces appareils permettent de transmettre à des infirmières spécialisées des informations sur l'état de santé du patient, afin d'intervenir immédiatement si un problème se pose.

De nombreuses expériences ont été entreprises au cours des quinze dernières années, au Canada et ailleurs. Une revue de ces expériences est présentée dans une Annexe sur le site Web de l'IEDM. Notons entre autres que les études démontrent clairement que les télésoins à domicile permettent de soigner plus de patients par infirmière et de prodiguer des soins d'aussi bonne qualité. Les télésoins à domicile permettent ainsi de diminuer substantiellement les coûts des soins, une fois l'équipement amorti. De façon générale, les réductions de coûts semblent plus importantes lorsqu'elles sont entreprises dans le secteur privé que dans le secteur public. Lorsque le secteur privé est présent en santé, il

est beaucoup plus rapide à percevoir les possibilités d'amélioration des services tout en limitant l'utilisation des ressources nécessaires. En raison des caractéristiques qui lui sont propres, le secteur privé est en général bien plus énergique dans la recherche de moyens de faire plus avec moins. Un exemple aussi simple que la prise de rendez-vous illustre cette réalité : aux États-Unis, des entreprises comme ZocDoc offrent la recherche en ligne de médecins généralistes ou spécialistes et la prise de rendez-vous, souvent le jour même. De même, le secteur privé américain a vu rapidement les avantages de la télémédecine

et de nombreuses entreprises la pratiquent depuis longtemps, alors que le secteur de santé public au Canada n'en est qu'à ses premiers balbutiements dans le domaine.

Conclusion

Devoir attendre pour se faire soigner occasionne de nombreux coûts : perte de productivité, détérioration de l'état de santé du patient, hausse de la mortalité, etc. On a souvent tenté d'améliorer le système de santé québécois, de le rendre plus efficace et d'en faciliter l'accès. Toutefois, les ajustements apportés au modèle actuel ne donnent pas les résultats escomptés. Il faut repenser continuellement la manière d'offrir des soins, et la télémédecine présente des avenues intéressantes. Les nouvelles technologies ont permis une augmentation notable de la productivité dans bien des domaines et peuvent aussi être mises au service de l'offre de soins.

Les systèmes de santé publics manquent souvent d'incitations à innover. Pourtant, dans un contexte de coûts croissants, d'accès difficile aux médecins de famille et d'engorgement des urgences, les occasions qu'offrent les consultations téléphoniques, les cliniques virtuelles et les télésoins à domicile mériteraient d'être prises en considération.



1010, rue Sherbrooke O., bureau 930
Montréal (Québec) H3A 2R7, Canada
Téléphone (514) 273-0969
Télocopieur (514) 273-2581
Site Web www.iedm.org

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un organisme de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Par ses études et ses conférences, l'IEDM alimente les débats sur les politiques publiques au Québec et au Canada en proposant des réformes créatrices de richesse et fondées sur des mécanismes de marché.

Fruit de l'initiative commune d'entrepreneurs, d'universitaires et d'économistes, l'IEDM n'accepte aucun financement gouvernemental.

Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration.

La présente publication n'implique aucunement que l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source.

Institut économique de Montréal
© 2010

Imprimé au Canada

Illustration :
Benoit Lafond

Infographie :
Valna inc.

21. Régie de l'assurance maladie du Québec, *Rapport d'enquête – Myca Santé inc*, septembre 2008.