

Télésoins à domicile pour la clientèle MPOC dans le contexte du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

NOTE DE SYNTHÈSE

Juin 2015

Auteur

Jean-François Fiset, Ph.D., conseiller en évaluation des technologies, UETMIS

Collaborateurs principaux

Christian Bellemare, M.Sc., cadre intermédiaire, UETMIS

Suzanne K. Bédard, T.M., B.A., conseillère en évaluation des technologies, UETMIS

D^{re} Linda Pinsonneault, M.D., M.Sc., FRCPC, médecin-conseil, Direction de santé publique de l'Estrie

Thomas Poder, Ph.D., cadre intermédiaire, UETMIS

Messages clés

- La littérature scientifique rapporte des résultats variables quant à l'efficacité des télésoins à domicile pour la clientèle MPOC;
- Les écrits scientifiques recommandent la mise en place d'une évaluation terrain avant l'implantation définitive d'une telle technologie;
- Considérant le nombre élevé de patients à recruter dans un court échéancier, une évaluation permettant de comparer l'efficacité du réseau MPOC de l'Estrie à celle des télésoins à domicile serait impossible à mettre en place.

INTRODUCTION

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est « un trouble respiratoire causé en grande partie par le tabagisme et caractérisé par une obstruction progressive et partiellement réversible des voies respiratoires, l'hyperinflation pulmonaire, des manifestations systémiques et des exacerbations dont la fréquence et la gravité vont en augmentant. » (O'Donnell et al. 2008). Ces nombreux épisodes d'exacerbation conduisent généralement à de multiples hospitalisations (McLean et al. 2012). En ce sens, les personnes atteintes d'une MPOC sont de grands

consommateurs de ressources en santé. En 2012-2013, la MPOC figurait ainsi au deuxième rang des principales causes d'hospitalisation au Canada avec une durée moyenne de séjour de 7,8 jours et un nombre total de cas estimé à 76 705 (la première position étant occupée par les accouchements) (Institut canadien d'information sur la santé. 2014). Considérant la forte pression qu'exerce la clientèle MPOC sur le réseau de la santé, une réflexion sur la prise en charge de la maladie s'avère primordiale afin de ralentir le déclin de l'état de santé des patients.

Actuellement, en Estrie, les patients atteints d'une MPOC et répondant à des critères d'admissibilité spécifiques peuvent bénéficier du réseau MPOC de l'Estrie, dont l'objectif général est de renforcer les compétences du patient et de sa famille relativement à la maladie et à son traitement (Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie 2000). Instauré en 2001 par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, ce programme prévoyait que tous les nouveaux patients inscrits bénéficieraient d'une formation axée sur leur maladie, la médication, l'utilisation des inhalateurs et sur la gestion des exacerbations. De plus, un intervenant (inhalothérapeute ou infirmière/infirmier), assigné à chaque patient, effectuerait deux visites par année à leur domicile. En dehors de ces visites, les patients auraient aussi la possibilité de prendre contact avec leur intervenant par téléphone. Précisons que depuis la mise en place de ce programme, le réseau MPOC de l'Estrie s'est déployé de manière non uniforme, et ce, selon les ressources disponibles et le contexte de chaque établissement. Par conséquent, le nombre de patients pris en charge est variable d'un établissement à l'autre et l'offre de service n'est pas la même pour tous les patients du territoire. Notons qu'un patient admis au réseau MPOC de l'Estrie est pris en charge jusqu'à son décès ou lorsque sa condition ne lui permet plus de rester à son domicile. Actuellement, sur environ 9000 patients atteints d'une MPOC en Estrie, 830 bénéficient des services de ce programme. Au total, 8 équivalents à temps complet (ETC) les prennent en charge, ce qui représente approximativement 1 ETC pour 100 patients.

Afin d'optimiser l'utilisation des ressources en santé, d'autres stratégies de prise en charge de la MPOC ont été mises de l'avant par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, dont les télésoins à domicile. De façon générale, la technologie de télésoins vise le maintien de la

personne dans son milieu de vie tout en assurant le suivi à distance de sa maladie. Plus spécifiquement, le stage en télésoins a pour but d'éviter une « détérioration de la maladie et de requérir une assistance médicale au moment opportun »^a. Un tel résultat devrait être atteint par l'intermédiaire d'une amélioration des connaissances du patient en lui fournissant l'enseignement au moment où il en a besoin : cela permettrait ainsi une meilleure autogestion de sa maladie. Les télésoins à domicile fonctionnent par l'intermédiaire d'une tablette électronique ou d'un ordinateur qui permet aux patients de saisir quotidiennement des données et de répondre à des questions sur leur état de santé. Ces informations sont transmises par internet à un gestionnaire de suivi qui en fait l'analyse. À partir de ce point, l'état de santé est évalué et des actions peuvent être entreprises, telles que l'envoi de capsules de formation, des modifications au traitement et la prescription d'examen. Du point de vue de l'utilisation des ressources, il est estimé que 1 ETC serait en mesure de faire le suivi de 100 patients. Toutefois, contrairement au réseau MPOC de l'Estrie où les patients sont pris en charge pour une durée indéterminée, le « stage » de télésoins à domicile s'effectue quant à lui de façon condensée, soit pendant 4 à 6 mois. On attribue ainsi un avantage aux télésoins, puisque tous les 4-6 mois, 1 ETC pourrait prendre en charge 100 nouveaux patients. Notons toutefois qu'à la suite du stage de télésoins, les patients admissibles au réseau MPOC pourront être suivis par un intervenant de ce programme.

CONTEXTE DE LA DEMANDE

Au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, un programme de télésoins à domicile a été élaboré par le Centre de coordination de la télésanté (CeCoT) du RUIS de l'Université de Sherbrooke. Le déploiement technologique débutera à l'été 2015 et devra être complété en mars 2016. À la suite de cette première phase, le Comité de pilotage du projet de télésoins à domicile MPOC devra faire des recommandations sur la pérennité du service. C'est dans ce contexte que l'UETMIS a été mandatée dans le but de fournir de l'information pour cette prise de décision.

OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Cette note de synthèse vise à recenser les données d'efficacité des télésoins pour la clientèle MPOC et à en exposer les principaux constats selon une perspective locale.

MÉTHODES

Une brève revue de la littérature a été effectuée dans laquelle les revues systématiques et rapports d'évaluation

des technologies traitant des télésoins à domicile pour la clientèle MPOC ont été recensés. Nous avons aussi réalisé une recherche d'écrits scientifiques dont les travaux ont été réalisés dans le contexte de soins du Québec. Finalement, une consultation auprès d'experts a été conduite afin de déceler les enjeux contextuels. La liste des experts consultés figure en annexe.

RÉSULTATS

De façon générale, les interventions visant à rendre autonomes les patients dans la prise en charge de leur MPOC sont des moyens efficaces pour diminuer l'utilisation des ressources en santé. Ces interventions, qui incluent de l'enseignement aux patients pour l'autosoins, permettent globalement de diminuer le nombre de patients hospitalisés au moins une fois pendant l'année pour des problèmes respiratoires (102 patients de moins par 1000 individus) (Zwerink et al. 2014). Ces résultats sont importants à souligner dans la mesure où les télésoins à domicile développés par le CeCoT visent à rendre les patients autonomes dans leurs soins par la télééducation : ceci étant en contraste avec certains programmes de télésoins où seul un suivi clinique des patients est privilégié.

À contrario, les interventions visant à éduquer les patients et à changer leur comportement vis-à-vis de leur santé ne sont pas exemptes de risque. À ce sujet, citons une étude dans laquelle un programme de prise en charge de la MPOC, consistant principalement à éduquer les patients sur leur maladie et à influencer positivement leur comportement vis-à-vis de leur santé, a été mis en place (Fan et al. 2012). Cette étude, effectuée aux États-Unis chez les vétérans, a été arrêtée prématurément, puisqu'un taux anormalement élevé de mortalité a été observé chez les patients qui ont participé au programme de prise en charge (86 décès supplémentaires par 1000 patients en comparaison avec le groupe contrôle). Pour expliquer cette situation, les auteurs soupçonnent que le programme d'éducation a causé un faux sentiment de sécurité chez les patients : ceux-ci auraient attendu trop longtemps avant de demander de l'aide lors d'une exacerbation. Bien que les résultats de cette étude ne soient pas nécessairement généralisables à la population traitée au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, il n'en reste pas moins que les travaux de Fan et al. (2012) soulignent l'importance de mettre en place un suivi auprès des patients, que ce soit après l'intervention ou même, lors de l'implantation d'un programme.

De manière plus spécifique, les données issues de la littérature scientifique au sujet de l'efficacité des télésoins à domicile (incluant un volet éducation) pour les patients diagnostiqués d'une MPOC font état de résultats très variables. D'un côté, une récente revue systématique de la littérature avec méta-analyse rapporte que globalement, 32 patients de moins visitent l'urgence au minimum une fois par année lorsque les télésoins sont utilisés (par 100

^a Beauregard, V. (2014). Modèle organisationnel MPOC – Télésoins à domicile – Livrable 1.3. Document interne, Centre de Coordination de la Télésanté du RUIS de l'Université de Sherbrooke. Page 2.

patients) (McLean et al. 2012). De plus, selon cette même revue de la littérature, 19 personnes de moins sur 100 patients sont hospitalisées au moins une fois au cours d'une année lorsque la prise en charge est effectuée par l'intermédiaire des télésoins. D'un autre côté, les conclusions d'un rapport d'évaluation de l'« Ontario Health Technology Advisory Committee » (OHTAC) rapportent des résultats d'études primaires plus contradictoires (Franek 2012). Concernant les hospitalisations, l'auteur de ce rapport observe que seules deux études sur cinq génèrent des résultats significatifs en faveur des télésoins. Au sujet des visites à l'urgence, aucune différence n'est observée. Par conséquent, considérant l'incertitude des résultats, mais le fort potentiel des télésoins, l'OHTAC recommande la mise en place d'une étude terrain avant le déploiement d'une telle technologie.

DISCUSSION

Bien que certains résultats décrits dans la littérature apparaissent prometteurs, il est cependant difficile de les extrapoler au programme de télésoins à domicile développé dans le contexte du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. De fait, comme l'indiquent Goldstein et O'Hoski (2014), on remarque une grande hétérogénéité des programmes étudiés dans la littérature. Autrement dit, le contenu des programmes pour la prise en charge de la maladie varie beaucoup d'une étude à l'autre, ce qui limite la généralisation des résultats. De plus, le profil des patients n'est pas identique d'une étude à l'autre, ce qui est fortement susceptible de faire varier les résultats d'efficacité. À ce sujet, l'expérience de l'« US Veterans Health Administration » des États-Unis, qui a permis à 50 000 patients de bénéficier des services de télésanté en 2011, recommande d'identifier les patients qui ont le plus besoin des services d'un tel programme, puisque selon leurs travaux, les télésoins ne sont pas appropriés pour tous les patients (Cruickshank and Winpenny 2012).

Mentionnons par ailleurs que dans notre contexte, le réseau MPOC de l'Estrie constitue le mode d'intervention actuel et, par le fait même, le comparateur naturel du programme de télésoins développé par le CeCoT. Les données locales recueillies lors de notre consultation nous indiquent qu'en 2002, une moyenne de 2,11 jours d'hospitalisation par personne était observée pour le réseau MPOC de l'Estrie.^b Il est impossible de comparer directement les performances de ce programme avec ceux des télésoins, puisqu'aucune mesure simultanée n'a été prise. Toutefois, une comparaison indirecte nous permet de constater que le réseau présentement en place en Estrie

semble très efficace. De fait, en considérant les données d'une étude prospective réalisée dans un contexte de soins québécois (Paré et al. 2013), nous obtenons une moyenne de 6,24 jours d'hospitalisation par personne par année lorsque les télésoins sont utilisés.^c Cette différence en termes de jours d'hospitalisation ne signifie pas nécessairement que le réseau MPOC de l'Estrie est plus efficace que les télésoins. En effet, puisque ces données ont été collectées à des moments différents, d'autres éléments pourraient expliquer cette différence, telle qu'une saison grippale plus intense lorsque l'étude de Paré et al. (2013) a été réalisée. Notons que la mesure pour le réseau MPOC a été prise au tout début de son implantation, soit en 2002. De fait, il existe possiblement un effet sur l'estimation de la valeur qui pourrait être sous-estimée (en considérant qu'un certain temps d'apprentissage est nécessaire pour le personnel afin d'apprécier pleinement les bénéfices) (Ramsay et al. 2001). En considérant les performances du comparateur (réseau), l'efficacité relative des télésoins pourrait être très divergente des résultats issus des écrits scientifiques. Dans ce contexte, mettre en place une étude terrain, comme le recommande l'OHTAC, nécessiterait le recrutement d'un nombre très élevé de sujets afin de mettre en évidence l'efficacité (si celle-ci existe) du programme de télésoins développé par le CeCoT. À titre d'exemple, observer une différence de 15 % en termes de moyenne de journées d'hospitalisation par année par personne requerrait 515 patients par groupe (expérimental et contrôle).^d Notons ici que plus la différence diminue, plus le nombre de sujets à recruter s'accroît. Considérant les données présentées plus haut, il serait ici juste de considérer que si une différence d'efficacité existe en comparaison avec le réseau MPOC de l'Estrie, alors celle-ci serait fort probablement inférieure à 15 %. Ainsi, considérant le nombre important de patients à recruter dans un court échéancier, une telle évaluation n'est pas réalisable à ce stade. Comme il a été mentionné précédemment, le programme de télésoins mis en place par le CeCoT prévoit un stage de 4-6 mois et par la suite, un suivi pour les patients admissibles au réseau MPOC de l'Estrie. L'hypothèse actuellement mise de l'avant dans ce modèle implique que le patient ne devrait pas nécessiter une prise en charge importante à la suite du retrait de la technologie, puisque son stage de télésoins devrait améliorer ses connaissances et l'amener à une meilleure autogestion de sa maladie. Or, dans un tel modèle, il est possible que les effets positifs des télésoins s'estompent au bout d'un certain temps, ce qui nécessiterait un second

^b Données primaires recueillies en mars 2005 par l'Agence de santé et des services sociaux de l'Estrie. Le nombre annuel d'hospitalisations observé était de 27 pour 100 patients. La durée moyenne de séjour n'étant pas disponible, nous avons considéré la donnée canadienne de 2012-2013 présentée en introduction (7,8 jours).

^c Afin d'harmoniser les calculs avec ceux du réseau, nous avons considéré la même durée moyenne de séjour (7,8 jours). À noter que la durée moyenne de séjour présentée dans l'article de Paré et al. 2013 était de 6,5 jours lors de l'intervention et 4,3 jours suite au retrait des télésoins.

^d Considérant une puissance de 80 % (1- β), un risque α de 5 %, une moyenne de 2,10 jours d'hospitalisation par patient par année dans le réseau MPOC (données locales recueillies) et une moyenne de 1,79 jour d'hospitalisation par année par patient avec les télésoins.

stage pour le patient. À ce sujet, il est important de souligner que les écrits scientifiques offrent peu d'indications sur la durée des effets positifs des télésoins (Goldstein and O'Hoski 2014). Par conséquent, la littérature recommande d'évaluer ce volet sous forme d'évaluation terrain, et ce, pour un minimum d'un an (Goldstein and O'Hoski 2014).

CONCLUSION

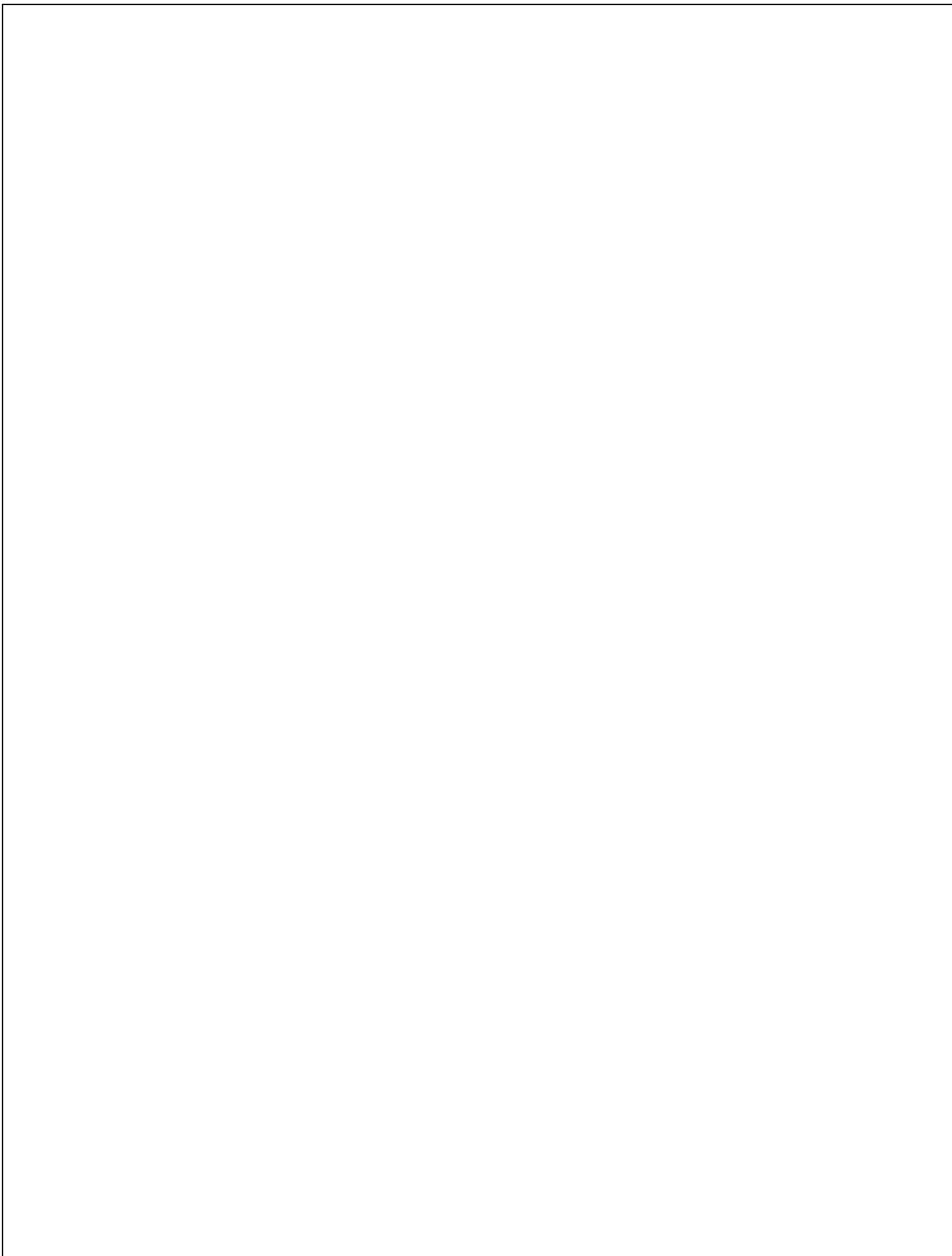
En résumé, la littérature scientifique nous permet de constater que les programmes de télésoins décrits dans les études primaires sont très hétérogènes et par conséquent que les données positives à l'égard des télésoins sont difficilement généralisables au contexte du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Par le fait même, les écrits recommandent d'identifier les patients qui ont le plus besoin des services de télésoins à domicile, puisque ces programmes ne sont pas nécessairement appropriés pour tous les patients. En outre, la littérature scientifique recommande la mise en œuvre d'une évaluation terrain avec comparateur avant l'implantation définitive d'un programme de télésoins. Soulignons que le comparateur pertinent à notre contexte, soit le réseau MPOC de l'Estrie, semble très performant. Par conséquent, une telle recommandation nécessiterait le recrutement d'un nombre élevé de patients, afin d'être en mesure d'observer une différence, si celle-ci existe. Considérant le court échéancier dans le cadre de cette première phase d'implantation des télésoins, une évaluation terrain visant à estimer l'efficacité ou, à tout le moins, la non-infériorité des télésoins serait impossible à mettre en place. Néanmoins, un suivi d'implantation pourrait être instauré afin d'observer l'évolution du programme de télésoins à domicile. Ces résultats recueillis permettraient d'ajuster, au besoin, certains paramètres du programme en vue d'améliorer sa performance.

REMERCIEMENTS

L'UETMIS tient à remercier les personnes qui ont participé à notre consultation locale, soit le Comité de pilotage du projet TSD (voir la liste des membres en annexe ainsi que leur rôle précis dans ce comité), M. Vincent Beauregard, Dr Robert Boileau, M^{me} Geneviève Garand et M^{me} Myriam Jbabdi.

RÉFÉRENCES

- Cruickshank, John, and Eleanor Winpenny. 2012. *Telehealth - What Can the NHS Learn from Experience at the US Veterans Health Administration? Rapport Publié Par 2020health et Provenant de* <http://www.2020health.org/dms/2020health/downloads/reports/Telehealth-VA/Telehealth%20VA.pdf>.
- Fan, Vincent S., J. Michael Gaziano, Robert Lew, Jean Bourbeau, Sandra G. Adams, Sarah Leatherman, Soe Soe Thwin, Grant D. Huang, Richard Robbins, Peruvemba S. Sriram, Amir Sharafkhaneh, M. Jeffery Mador, George Sarosi, Ralph J. Panos, Padmashri Rastogi, Todd H. Wagner, Steven A. Mazzuca, Colleen Shannon, Cindy Colling, Matthew H. Liang, James K. Stoller, Louis Fiore, and Dennis E. Niewoehner. 2012. "A Comprehensive Care Management Program to Prevent Chronic Obstructive Pulmonary Disease Hospitalizations." *Annals of Internal Medicine* 156(10): 673.
- Franek, J. 2012. "Home Telehealth for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): An Evidence-Based Analysis." *Ontario health technology assessment series* 12(11): 1-58.
- Goldstein, Roger S, and Sachi O'Hoski. 2014. "Telemedicine in COPD: Time to Pause." *Chest* 145(5): 945-49.
- Institut canadien d'information sur la santé. 2014. *Indicateurs D'hospitalisation, de Chirurgie et D'accouchement En 2012-2013. Rapport Provenant de:* https://secure.cihi.ca/free_products/CAD_Hospitalization_Childbirth_Infosheet_FR.
- McLean, Susannah, Ulugbek Nurmatov, LY Joseph Liu, Claudia Pagliari, Josip Car, and Aziz Sheikh. 2012. "Telehealthcare for Chronic Obstructive Pulmonary Disease." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8: 1-51.
- O'Donnell, Denis E, Paul Hernandez, Alan Kaplan, Shawn Aaron, Jean Bourbeau, Darcy Marciniuk, Meyer Balter, Gordon Ford, Andre Gervais, Yves Lacasse, Francois Maltais, Jeremy Road, Graeme Rocker, Don Sin, Tasmin Sinuff, and Nha Voduc. 2008. "Canadian Thoracic Society Recommendations for Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease - 2008 Update - Highlights for Primary Care." *Canadian respiratory journal : journal of the Canadian Thoracic Society* 15 Suppl A: 1A - 8A.
- Paré, G., P. Poba-Nzaou, C. Sicotte, A. Beaupré, É. Lefrançois, D. Nault, and D. Saint-Jules. 2013. "Comparing the Costs of Home Telemonitoring and Usual Care of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: A Randomized Controlled Trial." *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine* 2(2): 35-47.
- Ramsay, C R, A M Grant, S A Wallace, P H Garthwaite, A F Monk, and I T Russell. 2001. "Statistical Assessment of the Learning Curves of Health Technologies." *Health technology assessment (Winchester, England)* 5(12): 1-79.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. 2000. *Soutien À La Mise En Réseau Des Services de Première Ligne Région 05 - Projet À Être Soumis Au MSSS Dans Le Cadre de La Mise Sur Pied D'un Fonds Provincial de 8 M\$.*
- Zwerink, Marlies, Marjolein Brusse-Keizer, Paul D L P M van der Valk, Gerhard A Zielhuis, Evelyn M Monninkhof, Job van der Palen, Peter A Frith, and Tanja Effing. 2014. "Self Management for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease." *The Cochrane database of systematic reviews* 3: CD002990.



ANNEXE

Tableau 1. Liste des membres du Comité de pilotage du projet TSD (ordre alphabétique) et leur rôle.

- M. Éric Asselin, chef du projet TSD, CIUSSS de l'Estrie - CHUS
- M^{me} Josée Bernier, représentante régionale, CIUSSS de l'Estrie - CHUS
- M^{me} Céline Bureau, représentante équipe mandatée service clinique, CIUSSS de l'Estrie - CHUS
- M^{me} Linda Cormier, représentante CHUS, CIUSSS de l'Estrie - CHUS
- M. André Dugal, représentant équipe mandatée service technique, TCR 05, CIUSSS de l'Estrie - CHUS
- D^{re} Suzanne Gosselin, représentante équipe mandatée service clinique, CIUSSS de l'Estrie - CHUS
- M^{me} Julie Labrecque, représentante des installations, CIUSSS de l'Estrie - CHUS
- M^{me} Sonia Quirion, directrice du projet TSD, CIUSSS de l'Estrie - CHUS