



Bureau de la santé et l'inforoute



*Les télésoins à
domicile : aperçu*
Document de discussion

Canada

Les télésoins à domicile : aperçu

Document de discussion

Bureau de la santé et l'inforoute
Direction des politiques et de la consultation
Santé Canada

Mai 1998

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

On peut se procurer des exemplaires supplémentaires auprès du :

Bureau de la santé et l'inforoute

Localisation postale 3002A2

11, avenue Holland, tour A, 2e étage

Ottawa (ON)

K1A 0K9

Tél. : 613-954-9165

Télec. : 613-952-3226

Adresse web : <http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi>

Les questions et observations doivent être transmises à Constantine_Tikhonov@hc-sc.gc.ca.

La présente publication est également disponible sur demande sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille. Elle peut aussi être téléchargée du site web du BSI, soit <http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi>.

Also available in English under the title "Tele-homecare: An Overview"

Remerciements

Le Bureau de la santé et l'inforoute aimerait remercier M^{me} Pamela Martin, de l'Association canadienne de soins et services à domicile, M^{me} Michèle Musgrove, du secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé et Mme Valerie Gideon pour l'aide qu'elles lui ont apportée. Le présent document n'aurait pas été le même sans l'aide attentionnée de M^{me} Valerie Hagerman, du ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick, qui a aimablement révisé le document et fait plusieurs suggestions précieuses.

Table des matières

Introduction	1
Dépenses pour les soins à domicile	2
Définition de la notion de télésoins à domicile	3
Le rôle des télésoins à domicile	3
Applications potentielles des télésoins à domicile	3
Applications courantes et coûts	4
Conditions d'admissibilité et défis posés	4
Projets canadiens de télésoins à domicile	5
Projets canadiens d'infrastructure de la santé à domicile	8
Contacts suggérés pour les soins de santé à domicile	12
Bibliographie	14

INTRODUCTION

Les soins à domicile constituent un volet du système de soins continus du Canada, qui inclut notamment les services suivants :

[trad.]

« les services de diagnostic et de gestion des cas; les services de repas à domicile; les soins de jour; les services d'auxiliaires familiales; les soins infirmiers à domicile; la physiothérapie et l'ergothérapie dans la collectivité; les foyers collectifs; les établissements de soins prolongés; les unités de soins prolongés; les centres médico-psycho-pédagogiques et de traitement; et les centres d'accueil. On peut également ajouter d'autres services comme les services de relève, les services de placement familial pour adultes, les programmes d'appareils et d'accessoires fonctionnels et les services des équipes d'intervention rapide (2, 3)¹. »

Les programmes de soins à domicile sont définis comme étant des programmes spécialement conçus pour coordonner et assurer des soins et des services de soutien aux personnes dans leur lieu de résidence (1).

La gamme de soins va des services cliniques au soutien social. La gamme de soins à domicile peut être structurée en fonction de trois modèles distincts : les soins à domicile en remplacement des soins actifs, les soins à domicile en remplacement des soins prolongés et les soins à domicile à titre préventif (2). Les soins de santé à domicile comprennent les services médicaux, infirmiers et de la réadaptation. Il n'existe pas de modèle national universel pour la prestation des soins à domicile. Chaque province a son propre modèle.

Aux États-Unis, le secteur des soins à domicile a pris de l'expansion à la fin des années 1980 et au début des années 1990. Les services sont assurés par des infirmières (dans une proportion d'environ 60 p. 100); des travailleurs sociaux; des aides soignantes; des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes; des diététiciennes et des médecins. Ces services sont assurés principalement par des organismes de soins à domicile à but lucratif ou non lucratif, bien que les hôpitaux ont récemment pénétré ce marché également (4).

¹ Les références se trouvent aux pages 14-15.

La Suède s'est dotée d'un système remarquable de soins à domicile. Ces soins peuvent être assurés dans une maison privée, un foyer collectif ou une maison de services. Les maisons de services sont une formule particulière à ce pays. Elles accueillent à la fois des personnes en perte d'autonomie et des personnes âgées qui autrement ne pourraient se loger de façon convenable (4).

Les logements sont équipés d'alarmes spéciales ainsi que des appareils et des accessoires fonctionnels requis pour compenser les incapacités, et les salles de bain sont dotées de barres de retenue. Les soins à domicile sont assurés par des cliniques régionales de soins primaires. Le personnel infirmier régional et les infirmières auxiliaires sont chargés de la prestation de ces soins. Tous les autres professionnels de la santé sont sollicités comme experts-conseils au besoin (4). Des aides-infirmières assurent la permanence, 24 heures sur 24 et se rendent à domicile pour assurer des services d'urgence, administrer des médicaments et offrir divers soins aux patients restant chez eux (4, 5).

DÉPENSES POUR LES SOINS À DOMICILE

L'investissement dans les soins à domicile aux États-Unis a grimpé de 22 milliards de dollars entre 1987 et 1994 et il devrait atteindre 70 milliards d'ici l'an 2000 (Kinsella, 1997, cité de 10). En 1995, il y a eu environ 500 millions de visites à domicile pour des raisons de santé aux États-Unis au coût de 90 \$ la visite (10). Si l'on en croit le rapport d'Insight Research Corp, plus de 130 millions de visites à domicile, ou 20 p. 100, pourraient faire appel à des applications télémédicales d'ici 2001 (10). Dans la *Loi visant à équilibrer le budget* de 1997, la somme de 30 millions de dollars est consacrée à un « projet pilote permettant d'évaluer les services de télémédecine à domicile pour les personnes âgées (28). »

Les dépenses publiques en soins à domicile au Canada ont atteint 2,096 milliards de dollars en 1997-1998, ce qui représente une augmentation de 1,1 milliard de dollars ou de 104 p. 100 par rapport à 1990-1991. Les cinq derniers exercices ont été caractérisés par une diminution de la durée du séjour dans les hôpitaux de soins actifs et un pourcentage accru de soins ambulatoires. Les contraintes financières subies par le système de santé amènent les autorités à chercher d'autres modèles de prestation de soins. Compte tenu des changements démographiques prévus dans les 20 à 30 prochaines années, l'application de la télémédecine aux soins à domicile pourrait devenir l'une des principales solutions de rechange.

DÉFINITION DE LA NOTION DE TÉLÉSOINS À DOMICILE

Il n'y a pas de terme universel pour désigner l'application nouvelle de la télémédecine et de la télésanté aux soins à domicile. Toutefois, l'idée de cette application n'est certainement pas nouvelle. Par définition, la télémédecine renvoie principalement au diagnostic et à la consultation à distance. En conséquence, l'essor actuel des télésoins à domicile reflète le niveau accru de savoir-faire technologique du secteur de la télémédecine et de la télésanté, les tendances du marché et une demande sociale croissante de services professionnels économiquement viables dans le cadre des soins à domicile. À l'heure actuelle, les praticiens emploient différents termes : « télémédecine personnalisée ⁽⁶⁾, » « télésanté ⁽⁷⁾, » « télésoins à domicile ⁽⁸⁾ » et « télésoins ⁽⁹⁾. » Ces termes sont utilisés de façon interchangeable pour désigner *l'utilisation de réseaux électroniques en vue d'un échange d'information et de données entre la résidence du patient et l'établissement de soins permettant ainsi de poser un diagnostic médical, de dispenser un traitement, de donner une consultation ou de surveiller la santé d'un patient.*

LE RÔLE DES TÉLÉSOINS À DOMICILE

Les systèmes de télésoins à domicile constituent un domaine extrêmement porteur pour l'amélioration des soins à domicile et, par voie de conséquence, pourraient atténuer le « fardeau économique lié à la maladie » au Canada. Ce tour de force pourrait être réalisé par les moyens suivants :

- ▶ réduction des consultations inutiles en salle d'urgence;
- ▶ réduction des consultations sans rendez-vous au cabinet des médecins;
- ▶ intervention ou prévention précoce de l'hospitalisation répétée;
- ▶ enseignement au patient de méthodes pour gérer les symptômes avant-coureurs, permettant ainsi d'éviter l'apparition d'un état pathologique aigu ⁽¹¹⁾;
- ▶ collecte d'information sur les fluctuations de données relatives aux signes vitaux dans une période de 24 heures, soit un volet important du diagnostic différentiel et de la prévention précoce.

APPLICATIONS POTENTIELLES DES TÉLÉSOINS À DOMICILE

D'après des études menées aux États-Unis par le Capital Area Consortium on Aging and Disability, la largeur de bande de 128 kb/s est suffisante pour une large gamme

d'applications ⁽¹²⁾. Les applications dans le domaine des soins médicaux ou infirmiers sont les suivantes :

- ▶ interrogatoire du patient, dossier médical, examen des systèmes, activités de la vie quotidienne;
- ▶ évaluation de suivi pour les personnes dans un état mental limitant leurs capacités fonctionnelles;
- ▶ interventions ne nécessitant pas la présence d'une autre personne;
- ▶ supervision des auxiliaires médicaux et des infirmières de première ligne;
- ▶ consultation de collègues du personnel infirmier et de spécialistes auxiliaires (physiothérapeutes et ergothérapeutes);
- ▶ consultations médicales;
- ▶ respect des prescriptions;
- ▶ éducation du patient;
- ▶ facilitation de la gestion du cas;
- ▶ tri au lieu du transport en salle d'urgence ou au cabinet médical;
- ▶ surveillance des signes vitaux, oxymétrie, électrocardiogramme ⁽¹²⁾.

APPLICATIONS COURANTES ET COÛTS

À l'heure actuelle, les applications de télésanté sont utilisées principalement par les patients cardiaques ou diabétiques ainsi que par les personnes souffrant d'hypertension, d'une maladie obstructive respiratoire, de septicémie et d'effets indésirables de médicaments ⁽¹¹⁾. Dans ce contexte, les télésoins à domicile améliorent la qualité des soins en facilitant l'accès et en accélérant l'intervention des services de santé en cas de changement dans les signes vitaux des patients qui leur sont confiés ⁽⁶⁾. Et l'on peut parvenir à améliorer la qualité des soins tout en réduisant les coûts. Il est en effet possible d'assurer des télésoins à domicile au prix d'environ 25 \$ à 35 \$ par jour ⁽⁶⁾.

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ ET DÉFIS POSÉS

Les écrits portant sur les applications télémédicales des soins à domicile reconnaissent la nécessité de choisir judicieusement les patients avant d'entreprendre les télésoins. Les patients doivent posséder des capacités cognitives, une vision et une audition suffisantes pour utiliser le système ou être aidés par un dispensateur de soins bénévole ⁽¹¹⁾. Leur maladie doit être stable. Il faut également que les patients aient au départ une attitude

positive à l'égard de la technologie et qu'ils reçoivent une formation qui permettra de déterminer s'ils sont en mesure d'utiliser le système et ses fonctions ⁽¹¹⁾.

La recherche révèle qu'il y a plusieurs questions à régler avant de mettre en place les télésoins à domicile. Ce sont : le remboursement, la responsabilité, la résistance du personnel, le manque de normes, et la réceptivité de la clientèle. On a constaté que la résistance du personnel était l'un des principaux obstacles à l'utilisation d'un système de surveillance vidéo à domicile ⁽²⁶⁾. Le projet pilote de télésoins à domicile mené à Kaiser Permanente a montré que le personnel considère les applications télémédicales comme une menace, son principal sujet d'inquiétude étant que les télésoins en viennent à remplacer le personnel infirmier et à supprimer des emplois ⁽²⁶⁾. Le personnel infirmier craignait également que le nouveau système n'altère la qualité de ses relations avec les patients. Toutefois, cet obstacle a été surmonté lorsque le personnel a observé à quel point la nouvelle méthode de prestation de services intéresse et stimule les patients. Le personnel infirmier a également découvert que la nouvelle technologie lui apporte plus de souplesse dans son emploi du temps quotidien ⁽²⁶⁾.

PROJETS CANADIENS DE TÉLÉSOINS À DOMICILE

Au Canada, les télésoins à domicile en sont à leurs premiers balbutiements et peu d'organismes dans les différentes régions du pays ont commencé à utiliser les technologies de l'information et des télécommunications pour la prestation de soins à domicile. Le fait que des pionniers apparaissent dans l'industrie, en dépit du manque de fonds affectés aux projets de ce secteur, est toutefois encourageant. Il sera peut-être possible de mettre en place des centres d'information qui pourraient contribuer considérablement à l'expansion des télésoins à domicile dans un proche avenir.

Ce que nous pouvons affirmer avec certitude, pour l'instant, c'est qu'il existe au moins quatre organisations participant à des projets de télésoins à domicile. En outre, trois projets en sont aux étapes finales de la planification ou leurs responsables ont présenté des propositions de financement. Le petit nombre de projets s'explique en partie par le fait que certains pionniers des services de santé à domicile concentrent leur attention sur l'utilisation des technologies de l'information et des télécommunications pour construire une infrastructure d'information et permettre la transmission d'information administrative et de renseignements sur la gestion des cas par le personnel qualifié du point de prestation aux bases de données centrales et aux réseaux d'information communautaires sur la santé. Bien que ces applications ne fassent pas à proprement parler partie des télésoins à domicile, elles constituent un volet extrêmement important de l'infrastructure naissante de santé communautaire et ne doivent pas être négligées.

Dans une communication livrée à l'occasion d'une conférence d'Insight Press tenue en janvier 1997, M^{me} Anne E. Becker, vice-présidente des opérations canadiennes d'Olsten Health Services (OHS), a mentionné qu'OHS utilise la technologie actuelle pour la gestion télé médicale de grossesses à haut risque ⁽¹³⁾. Elle a également fait état de trois percées dans les technologies de soins à domicile, qui sont de nature à transformer le domicile des patients en unité de soins primaires efficace et efficiente :

- ▶ ordinateurs de poche munis d'un logiciel de gestion des cas pour le personnel infirmier spécialisé en soins à domicile;
- ▶ dispositifs d'administration de médicaments et matériel de dialyse télécommandés;
- ▶ diagnostics à partir du point de prestation, c'est-à-dire transmission de rayons X en temps réel par modem cellulaire ⁽¹³⁾.

Deux hôpitaux situés à Moncton, au Nouveau-Brunswick, ont participé à un projet pilote de télésoins pour un service de tri des urgences visant à trouver une solution à la demande croissante de services en salle d'urgence ^(9, 29). Ce projet employait des infirmières de salle d'urgence et recevait environ 90 appels par jour en 1996, après un an d'existence.

Une fois la période d'expérimentation terminée, la province du Nouveau-Brunswick décida de faire de ce projet un service provincial doté d'un numéro sans frais, grâce à son partenaire du secteur privé, Clinidata ⁽²⁹⁾.

La prestation de services par une ligne d'information téléphonique reliée à un hôpital n'est pas un concept nouveau au Canada. Toutefois, l'utilisation d'un logiciel fournissant des algorithmes de diagnostic relativement à plus de 900 symptômes indiqués par des patients constitue la différence essentielle et l'avantage du programme du Nouveau-Brunswick ⁽⁹⁾. Ce logiciel accroît considérablement le tri fait par le personnel infirmier et permet pratiquement un diagnostic primaire au téléphone ⁽⁹⁾.

Info-santé est un service du Québec qui fonctionne à partir des CLSC (Centres locaux de services communautaires), soit l'équivalent des centres de soins communautaires en Ontario. Il s'agit en fait d'un service d'information téléphonique d'intervention primaire, de tri et de diagnostics d'urgence, analogue au projet de télésoins du Nouveau-Brunswick. Comme les services de santé publique diminuent, ce service doté d'un numéro sans frais reçoit un nombre croissant d'appels ⁽¹⁰⁾. En 1996, les infirmières ont répondu à 440 000 appels, comparativement à 300 000 en 1995 ⁽¹⁰⁾.

L'un des programmes les mieux établis et les plus avancés est exploité par TéléMedisys, une société canadienne du secteur privé dont les installations sont situées à Montréal et

qui bénéficie de l'appui de Medisys Health Group, d'Imasco Corporation et de Bell Canada. Cette entreprise utilise un minuscule électrocardiographe breveté, qui permet de produire un électrocardiogramme à 12 électrodes. Lorsqu'un patient cardiaque ressent un malaise, il peut faire lui-même son électrocardiogramme en fixant 12 électrodes sur sa poitrine, en composant le numéro 800 à partir de n'importe quelle région du pays et en transmettant l'électrocardiogramme par téléphone aux infirmières de l'unité de soins intensifs ou d'urgence ⁽¹⁴⁾. En fait, l'entreprise a dépassé le cadre des télésoins à domicile pour entrer dans *l'ère des télésoins mobiles*. Le coût du service pour ce programme indépendant du système de santé publique est de 49,95 \$ par mois pour un patient. Si l'on en croit le président de TéléMedisys, M. Stephen Maislin, les clients cardiaques évitent grâce à ce service 82 p. 100 des consultations inutiles en salle d'urgence ⁽¹⁴⁾. Autre avantage important, le temps de réponse du personnel soignant se trouve réduit. Alors qu'un patient cardiaque attend une intervention pendant trois heures et demie en moyenne ⁽¹⁴⁾, le service TéléMedisys ramène l'attente à 20 minutes. Si l'on détermine que le patient est victime d'une crise cardiaque, l'infirmière du centre d'appel envoie une ambulance et communique avec l'hôpital par téléphone. Le dossier médical du patient et l'électrocardiogramme peuvent être transférés à la salle d'urgence de l'hôpital, ce qui élimine par conséquent le besoin de tout refaire ⁽¹⁴⁾. L'entreprise assure actuellement la surveillance de 600 patients en Ontario et au Québec ⁽¹⁴⁾.

Le Nouveau-Brunswick lance actuellement un projet de télécardiologie en trois étapes, qui réunit dans une coentreprise NBTel Interactive et l'Atlantic Health Sciences Corporation. Le projet VITAL (Virtual Interactive Telehealth Assistance Link), dirigé par des cardiologues du centre de cardiologie du Nouveau-Brunswick, situé dans les locaux de l'Atlantic Health Sciences Corporation, permettra à une équipe multi-disciplinaire en cardiologie de surveiller l'état de leurs patients à domicile au cours des six semaines d'observation qui suivent une intervention chirurgicale ^(15, 29). En novembre 1997, il était prévu que le projet serait opérationnel en 18 mois. À l'étape un, on procédera à un tri dans les hôpitaux de toute la province. À l'étape deux, on mettra en œuvre les télésoins à domicile au moyen d'un appareil « ayant l'aspect d'un téléphone doté d'un petit écran [...] et d'un microprocesseur quelconque, probablement une puce de mini-ordinateur » ⁽¹⁵⁾. Ce dispositif permettra les communications interactives entre le patient et le médecin. En outre, le médecin sera en mesure de surveiller les signes vitaux du patient. La planification de l'étape trois du projet n'a pas encore été parachevée.

Dans le cadre d'une récente présentation au Fonds de transition pour la santé le 15 décembre 1997, l'hôpital Beauséjour et le ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick ont demandé des fonds pour un projet pilote national de télésoins communautaires. Un important volet de ce projet porte sur la « communication à distance avec les patients à domicile » ainsi que sur la prestation de

« consultations à la suite d'une consultation du patient à l'hôpital ou en remplacement de cette consultation [...] On aura recours à des ports d'entrée de données et d'images vidéo pour optimiser les consultations grâce à une large gamme d'appareils médicaux [...] » (27). Des discussions préliminaires ont été menées avec Santé Canada afin de coordonner les activités de télésanté destinées aux collectivités autochtones. Le financement de ce projet pour deux ans a été approuvé et annoncé.

Le docteur William Hogg, directeur du développement facultaire, et le docteur Jacques Lemelin, professeur agrégé au Département de médecine de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa, ont proposé la création de l'hôpital à domicile d'Ottawa-Carleton (16, 17). La proposition décrit l'hôpital à domicile comme une formule efficiente en remplacement de la prestation de soins intensifs. Ce projet diffère de la majorité des projets de télésoins à domicile du fait qu'il prévoit la participation intensive du médecin à la prestation de services à domicile. L'hôpital à domicile offrira toutes les catégories de diagnostics et la durée de séjour des patients hospitalisés sera en moyenne de quatre à cinq jours (18). Les patients resteront confortablement chez eux et recevront la visite quotidienne de leur médecin, « qui sera assisté par une équipe pluridisciplinaire de prestataires de soins » (18). L'hôpital devrait avoir une capacité de 387 « lits ». Les promoteurs du projet, dont le coût estimatif est de 26 millions de dollars (17), prévoient des économies de 190 \$ par jour « résultant d'une réduction des coûts de dotation, des examens de laboratoire, des dépenses d'infrastructure et des frais fixes (18). » Par conséquent, lorsque l'hôpital à domicile fonctionnera à pleine capacité, il lui suffira d'une année pour atteindre le seuil de rentabilité et il pourra réaliser ainsi plus de 26 millions de dollars d'économies (190 \$ x 387 patients x 365 jours) à partir de la seconde année.

PROJETS CANADIENS D'INFOSTRUCTURE DE LA SANTÉ À DOMICILE

En plus des télésoins à domicile, il existe des projets qui mettent l'accent sur l'utilisation des technologies de l'information et des télécommunications pour rationaliser et améliorer l'administration et la gestion des cas en aménageant des réseaux électroniques. Ces projets visent à créer une info-structure des soins de santé à domicile, que l'on peut considérer comme un sous-ensemble de l'Info-structure canadienne de la santé (ICS) où les soins à domicile constituent un des principaux domaines d'application.

L'hôpital extra-muros du Nouveau-Brunswick (EMH) a été l'un des pionniers du développement de l'info-structure des soins à domicile au Canada. En 1993, il administrait un système expérimental d'information et de documentation cliniques (Patient Care Technologies - PtCt), dit de technologies de soins aux patients, dans l'une de ses 16 unités de prestation de services. Le projet a été interrompu pendant une période au cours de laquelle la gestion du programme de soins à domicile a été transférée aux

corporations hospitalières régionales. À l'heure actuelle, la province a réactivé le projet. La date cible pour l'adoption par la première corporation hospitalière régionale du système des technologies de soins aux patients est mars 1999. Une fois en place, le système procurera un mécanisme permettant à l'équipe pluridisciplinaire de soins à domicile à la fois d'évaluer et de consigner l'information sur le patient au point de prestation et d'intégrer l'information sur les soins donnés aux patients à domicile et à l'hôpital ⁽²⁹⁾.

Un autre exemple du Nouveau-Brunswick illustre les progrès accomplis dans l'élaboration de solutions intégrées de soins à domicile pluridisciplinaires. Le système de prestation de services à la clientèle (Client Services Delivery Systems - CSDS) est une base de données administratives et un outil de gestion des cas qui permet l'échange d'information et de savoir-faire entre des programmes, des divisions et des organisations partenaires, à commencer par les services de santé publique et les services familiaux et communautaires de santé mentale. Ce système remplace approximativement six autres systèmes à vocation unique. Il s'agit d'une solution pluridisciplinaire, complète et intégrée, qui illustre l'évolution de la province vers des solutions intégrées avec l'aide de technologies évoluées permettant le partage, l'analyse, le stockage et la manipulation d'informations complexes provenant de sources multiples et disponibles à des fins multiples ainsi qu'à l'accès à ces informations. MCM Technology Inc. est l'entreprise du Nouveau-Brunswick qui a mis au point le système ⁽²⁹⁾.

Au cours des trois dernières années, les programmes de soins à domicile de plusieurs provinces ont commencé à utiliser le logiciel SACPAT (Screening-Assessment and Care Planning Automated Tool). Cet outil automatisé d'examen, d'évaluation et de planification des soins a été conçu et mis en œuvre pour la première fois au Manitoba, puis perfectionné en Nouvelle-Écosse, et il est sur le point d'être adopté en Ontario par les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) ⁽²¹⁾. Les projets pilotes seront menés sous les auspices de la Direction d'appui aux soins prolongés du ministère de la Santé de l'Ontario (directrice, M^{me} Astrida Plorins). Home Care Nova Scotia utilise le logiciel à titre expérimental à l'échelle de la province depuis l'été 1997 ⁽²¹⁾. Le personnel infirmier est muni d'un ordinateur portable Toshiba doté du logiciel SACPAT I ou SACPAT II, lui permettant de vérifier si les patients sont admissibles et de prendre ensuite les soins en charge ⁽²¹⁾. Le logiciel SACPAT « saisit les données chaque fois qu'un coordonnateur crée un nouveau fichier. À la fin de la journée, le fichier et les mises à jour résultant des visites à domicile sont téléchargés au serveur principal » du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse ⁽²¹⁾. »

L'agence St. Elizabeth Health Care assure des soins infirmiers et des soins à domicile dans la région du Grand Toronto ainsi qu'à plusieurs endroits de l'Est de l'Ontario. Cet organisme à but non lucratif offre à ses patients une gamme complète de services faisant appel à des dispositifs électroniques (21). Le personnel infirmier qui visite les patients a accès à distance à la base de données des dossiers médicaux des bureaux du St. Elizabeth Health Care à Toronto et il peut consigner sur son ordinateur portatif son évaluation et les données sur son intervention grâce au logiciel Clinical Pathway (21). Comme ses homologues des autres provinces, ce personnel utilise aussi des technologies de soins aux patients (29) et peut télécharger en fin de journée ses dossiers mis à jour à la base de données centrale. Si l'on en croit M^{me} Mary Lou Ackerman (21, 11), directrice du programme, les technologies de pointe ont procuré d'importants avantages au St. Elizabeth Health Care, à savoir :

- ▶ standardisation des soins cliniques;
- ▶ base de données permettant un accès facile à l'information et une meilleure prise de décisions;
- ▶ avantage concurrentiel en raison de la possibilité d'avoir accès aux renseignements nécessaires au point de prestation des soins.

C'est à la vision de M^{me} Shirley Sharkey, présidente-directrice générale du St. Elizabeth Health Care, que l'organisme doit l'élaboration des systèmes d'information.

En avril 1997, dans le cadre de la conférence intitulée « La télésanté au Canada : des réseaux cliniques, l'abolition des distances », M. Christian Daigle, président d'Artefact Informatique, a présenté le système breveté SISMAD, qui fournira un soutien opérationnel pour les soins à domicile dans plus de 160 sites au Québec (23). Les fonctions offertes par le système semblent assez similaires à celles du logiciel SACPAT II.

Le Home Care Program du Grand Toronto s'est récemment branché au réseau de données cliniques HealthLink de Toronto. Ce réseau relie actuellement 7 hôpitaux et 39 sites de soins à domicile du Grand Toronto, leur permettant d'échanger des données sur les signes vitaux et les dossiers de patients ainsi que des images à des fins diagnostiques (24). Les opérations du réseau sont supervisées par M. Matthew Anderson, directeur général intérimaire.

Le CASC Kingston-Frontenac-Lennox travaille avec l'hôpital général de Kingston, l'Hôtel Dieu Hospital et le Providence Community Care Centre à la création d'un réseau

électronique intégré qui permettra aux équipes pluridisciplinaires d'avoir accès aux dossiers médicaux de leurs patients ⁽²⁵⁾. Le projet utilise le logiciel UltiCare, centré sur le patient plutôt que sur les services. L'accès du Centre d'accès aux soins communautaires aux dossiers médicaux intégrés réduira les doubles emplois du système et améliorera les soins communautaires et à domicile.

CONTACTS SUGGÉRÉS POUR LES SOINS DE SANTÉ À DOMICILE

La directrice des projets spéciaux de l'Association canadienne des soins et services à domicile, M^{me} Pamela Martin, a proposé la liste de personnes-ressources présentée ci-après, qu'elle considère comme des spécialistes sur le plan opérationnel en ce qui a trait aux applications télémédicales dans le domaine des soins à domicile :

Shirlee Sharkey, présidente-directrice
générale
St. Elizabeth Health Care
90 Allstate Parkway, Suite 300
Markham, ON L3R 6H3
Tél. : 905-940-9655
Télec. : 905-940-9934

Sandra Tingley, directrice
Chris deJong, consultant
Extra-Mural Program
Ministère de la Santé et des Services
communautaires
C.P. 5100, 3^e étage, Place Carleton
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8
Tél. : 506-444-4406
Télec. : 506-453-2958
sandrati@gov.nb.ca

Calvin Hawley, Home Care
Room 204, 800 Portage Avenue
Winnipeg, MB R3G 0N4
Tek: 204-945-8843
Fax: 204-945-4559

Leslie Mitchell
Department of Health
Home Care Nova Scotia
Box 488, 1690 Hollis Street, 11th Floor
Halifax, NS B3J 2R8
Tél. : 902-424-6834
Télec. : 902-424-0558

Kathryn Secord
Health and Social Services Department
Yukon Home Care Program
Box 2703, 301 Jarvis Street
Whitehorse, YT Y1A 2C6
Tél. : 403-667-3607
Télec. : 403-393-6328

Terry Kaufman, directeur général
CLSC Notre-Dame-de-Grâce/
Montréal- Ouest
2525, boul. Cavendish, bureau 110
Montréal (Québec) H4B 2Y4
Tél. : 514-485-7811
Télec. : 514-485-6406

Donna Roe
VON Canada
5, av. Blackburn
Ottawa (Ontario) K1N 8A2
Tél. : 613-233-5694
Télec. : 613-230-4376

Stephen Maislin, président
TéléMedisys
500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 1020
Montréal (Québec) H3A 3C6
Tél. : 514-845-0300
Télec. : 514-845-0333

On peut ajouter à cette liste les adresses suivantes:

Monique Boulerice, vice-présidente
Soins infirmiers et soins aux patients
Beauséjour Hospital Corporation
Tél. : 506-862-4265
Télec. : 506-862-4256
moniqueb@health.nb.ca

Valerie Hagerman, consultante
Télémédecine/Télésoins
Ministère de la Santé et des Services
communautaires
Tél. : 506-457-6765
Télec. : 506-444-5505
valerieha@gov.nb.ca

BIBLIOGRAPHIE

1. Dépenses publiques des soins à domicile, Canada, 1975-1976 à 1997-1998, Direction générale des politiques et de la consultation, Santé Canada, mars 1998.
2. Parr K., The Cost-effectiveness of Home Care: A Rigorous Review of the Literature, Health Services' Utilization and Research Commission, 1996.
3. Hollander, M.J., The Cost-effectiveness of Continuing Care Services in Canada. Queen's and University of Ottawa Economic Projects #94-10, juin 1994.
4. Lassey, M., Lassey, W., Jinks, M., Health Care Systems around the World: Characteristics, Issues, Reforms, Prentice Hall, 1997, 49-50, 208-210.
5. Zappolo, A.A., Sundstrom, G., Long-term Care for the Elderly in Sweden, in Teresa Schwab (sous la direction de), Caring for an Aging World: International Models for Long-term Care Financing and Delivery, New York, McGraw-Hill, p. 22-57.
6. Burdick, A.E., Mahmud, K., Jenkins, D.P., Telemedicine: Caring for Patients across Boundaries, Ostomy/Wound Management, vol. 42, 9, 1996, p. 26-37.
7. Warner, L., « Introduction to Telehealth Home Care », Home Health Care Nurse, vol. 14, 10, 1996, p. 791-796.
8. Rosen E., « Twenty Minutes in the Life of a Telehome Health Nurse », Telemedicine Today, décembre 1997, p. 12-13.
9. Robb N., « Telecare Acting as an "Electronic Grandmother" for New Brunswickers », JAMC, 15 mars 1996, 154 (6).
10. Picot J., « L'industrie de la télésanté au Canada : Partie 1 — Vue d'ensemble et perspectives », Cadres de compétitivité sectorielle, Industrie Canada, novembre 1997.
11. Warner I., « Telemedicine Applications for Home Health Care », Journal of Telemedicine and Telecare, vol. 3, suppl. 1, 1997, p. 65-66.
12. Hornick D. N., Kline A., « Application and Feasibility of Video Telecommunications in Home Health Care », Telemedicine Today, décembre 1997, p. 28-31.
13. Becker A. E., « 21st Century Home Care: Back to the Future », communication présentée à la conférence d'Insight Press, « Home Health Care: New Opportunities and Directions », tenue les 30 et 31 janvier 1997.
14. Zeidenberg J., « Montreal Medical Call-centre Makes Use of Portable Devices », Canadian Health Care Technology, novembre 1997, 2.

15. Shaw A., « New Brunswick to Begin VITAL Telecardiology Project », *Canadian Healthcare Technology*, Novembre 1997, 1.
16. Gideon Valerie, communication personnelle.
17. Hilson G., « IT Help for Health Care Restructuring », *Silicon Valley North*, août 1997, 14.
18. Hogg W., Lemelin J., *Home Hospital Presentation*, octobre 1997 (cité d'après le message électronique transmis par M^{me} V. Gideon).
19. Russon N. G., « Merging Home Care with the Information Highway », a presentation at the 5th Annual Conference of the Canadian Home Care Association, 1995.
20. Ness S. M., Sullivan K., *Computers in Home Care: The Sussex Extra-Mural Hospital Experience*, communication présentée au 5^e congrès annuel de l'Association canadienne de soins et services à domicile, 1995.
21. Shaw A., « Provinces and Providers Test Systems Linking Patients, Home Care and Community Care », *Canadian Health Care Technology*, novembre 1997, 18.
22. Ackerman M. L., « Innovations in Information Technology: Changing the Face of Homecare Delivery », communication présentée à la conférence d'Insight Press, « Home Health Care: New Opportunities and Directions », 30 et 31 janvier 1997.
23. CANARIE Inc. (Lee M.), *La télésanté au Canada*, actes du congrès, juillet 1997, 29.
24. Shaw A., « Toronto's HealthLink Hospital Network Put on Business Footing », *Canadian Health Care Technology*, mars 1998, 9.
25. Zeidenberg J., « Kingston Info System Links Community Caregivers with Hospitals », *Canadian Healthcare Technology*, novembre 1997, 21.
26. Johnston B., Wheeler L., Deuser J., « Kaiser Permanente Medical Centre's Pilot Telehome Health Project, *Telemedicine Today* », août 1997, 16-18.
27. Health Transition Fund Proposal, National Telehealth Community Care Pilot, Ref. # NA403.
28. Kun L. G., « Telecommunications and the Reform Process in Public Health », communication présentée au Health Ministers' Forum, Health Telecom '97 and Infomedica '97.
29. Valerie Hagerman, consultante, Télémédecine/Télésoins, ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick; communication personnelle.