

## Les formes alternatives de prise en charge : la télémédecine et l'HAD

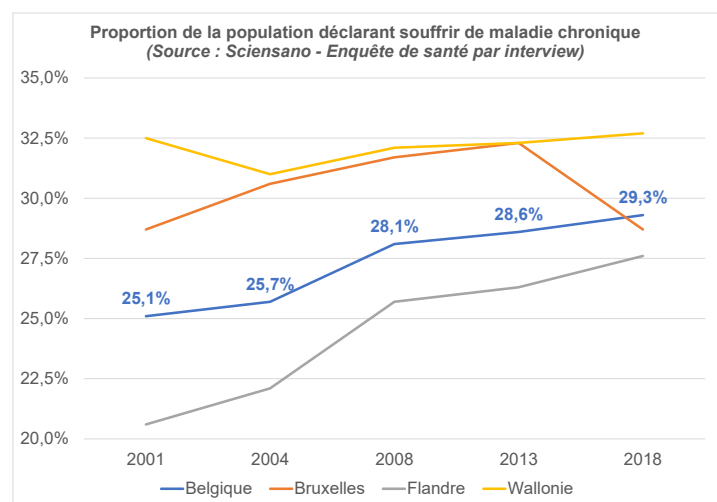


Septembre 2021

### Introduction

Avec le vieillissement de leurs populations respectives, les pays développés doivent faire face à une augmentation importante de la prévalence des maladies chroniques. Si ce phénomène accroît en continu les dépenses dans le domaine de la santé, il exerce également une véritable pression sur les besoins en soins hospitaliers et de première ligne.

Dans ce contexte, le développement de formes alternatives de prise en charge, telle que la télémédecine et les projets d'hospitalisation à domicile (HAD), permettrait de revoir l'organisation de notre système de soins en optimisant les ressources disponibles, à condition que ces alternatives ne nuisent pas à la qualité des soins et génèrent des coûts équivalents, voire inférieurs. Ces formes de prise en charge parallèles devraient idéalement permettre d'alléger le sous-financement structurel du secteur hospitalier.



## Télémédecine : les technologies de l'information et de la communication au service de la santé

La télémédecine a été définie dès 1997 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant la pratique de la médecine au moyen de techniques interactives de communication de données. De nos jours, on peut la décliner sous 5 formes principales centrées sur les technologies connectées.

### Les 5 formes de la télémédecine.

#### Consultation et aide à distance.

**Téléconsultation** : Consultation à distance par un patient d'un professionnel de la santé (médical ou paramédical).

**Téléexpertise** : Délivrance à distance d'avis entre professionnels de la santé, notamment par la consultation de dossiers patients informatisés.

**Téléassistance** : Assistance à distance par un professionnel de la santé durant une intervention, un soin, un acte diagnostic ou une urgence.

#### Diagnostic à distance.

**Télédiagnostic** : Étude à distance de l'état de santé d'un patient, par un professionnel de la santé, en vue de poser un diagnostic en se basant sur des prises ponctuelles ou rapprochées dans le temps de paramètres biométriques. Ces mesures peuvent être réalisées, par le patient lui-même ou avec l'aide d'un soignant, à l'aide d'objets intelligents (bracelets, patches, sondes, etc.), d'appareils médicaux portables, et d'applications. Les résultats peuvent être chargés sur un dossier patient informatisé.

#### Surveillance et traitement à distance.

**Télémonitoring** : Suivi à distance en continu de l'état de santé (et du traitement) d'un patient par un ou plusieurs professionnels de la santé, à l'aide d'objets intelligents, d'appareils médicaux portables et d'applications émettrices d'alertes connectés aux systèmes informatiques du cabinet médical ou de l'hôpital. La dispensation du traitement et la mesure des paramètres biométriques peuvent être entrepris par le patient lui-même ou avec l'aide d'un soignant en déplacement. Le suivi du patient comprend également des prises de contact régulières par téléphone ou en vidéoconférence en vue de le coacher et de compléter les informations obtenues par les dispositifs médicaux connectés.

En parallèle à l'optimisation de l'utilisation des ressources, la télémédecine pourrait également, grâce au suivi électronique du patient à distance, **améliorer la qualité des soins**. Cette affirmation repose premièrement sur la possibilité de suivre les paramètres vitaux de façon continue, plutôt que périodiquement. Cette façon de faire permet de **détecter de façon précoce toute détérioration de l'état de santé du patient**. Ce faisant, on réduit le nombre de visites à l'hôpital et d'hospitalisations nécessaires, ainsi que la durée de ces dernières et le risque de mortalité. Le recours à des applications de santé permet également de **renforcer l'adhésion du patient à sa thérapie** en permettant aux soignants de le coacher et de pouvoir répondre à ses questions de façon presque continue.

Une **réduction des besoins en soins et de leurs coûts** pourrait aussi être garantie via une **meilleure prédiction de certaines pathologies lourdes foudroyantes**. Grâce au monitoring continu à distance, des pathologies sévères telles que l'infarctus du myocarde pourraient ainsi être évitées, sachant que celles-ci requièrent généralement des soins aigus spécifiques et coûteux. L'usage de la technologie, de façon rentable, permettrait également de **réduire le nombre de soignants nécessaires**, en faisant en sorte que le matériel et les applications coûtent moins cher que la main-d'œuvre.

### ***Le télémonitoring en Belgique : Le projet de la Clinique André Renard d'Herstal***

Lancé officiellement le 1er avril 2021 dans le cadre d'une convention signée avec l'INAMI, le projet-pilote de télémonitoring de patients COVID-19 de la Clinique André Renard a pris en charge jusqu'à 12 d'entre eux simultanément.

Le Dr. Stéphanie Charpentier assure actuellement la coordination du projet et se charge de détailler celui-ci aux patients éligibles avant leur sortie de l'hôpital. Elle leur remet dans ce cadre une documentation explicative et l'appareillage connecté (thermomètre, tensiomètre et saturomètre). Une fois rentrés à leur domicile, les patients sont visités par un soignant de la Centrale de Services à Domicile (CSD) en fonction de leurs besoins et de leurs états de santé. Interrogée par santhea, le Dr. Charpentier a souligné la confiance forte qui s'établit entre les soignants et les patients grâce à la prise de contacts réguliers, ainsi que la satisfaction élevée de ces derniers concernant la possibilité de retourner plus tôt à domicile. Cette première expérience positive devrait être reproduite dans le futur en vue d'intégrer des patients souffrants de pathologies chroniques.

D'autres institutions, comme le CHwapi, EpiCURA et le CHR de la Citadelle ont lancé un projet similaire.

## ***Etat des lieux de l'hospitalisation à domicile (HAD) en Belgique***

En 2015, un accord du gouvernement fédéral a vu le jour afin de développer des formes de soins alternatives moins coûteuses que l'hôpital. Maggie De Block, alors ministre de la Santé, présentait son Plan d'Approche de la Réforme du Financement des Hôpitaux pour prôner une meilleure adéquation et coordination entre les soins ambulatoires et hospitaliers, une affectation différente des moyens financiers et une amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction des patients. Plusieurs appels à projets pilotes ont été proposés afin de tester la faisabilité pratique de certains mécanismes de politiques de santé.

Début 2018 sonnait le coup d'envoi de douze projets pilotes d'hospitalisation à domicile (HAD) en Belgique, répartis entre les trois régions - cinq en Wallonie, deux à Bruxelles et cinq en Flandre. Ils se basaient exclusivement sur l'antibiothérapie et les traitements anti-tumoraux et hémato-oncologiques et concernaient 35 hôpitaux du pays, dont 10 hôpitaux membres de santhea.

Initialement établie pour deux ans et reconduite pour un an par la suite, une convention signée par les différentes parties prenantes déterminait les modalités organisationnelles et financières des projets pilotes. L'hospitalisation à domicile y a été définie comme suit : « *Forme alternative de dispensation de soins qui consiste à délivrer des soins qui, en l'absence d'hospitalisation à domicile, nécessitent un séjour hospitalier, sous la forme d'une hospitalisation classique ou (d'une série d'hospitalisations) de jour. Les soins sont dispensés au domicile du patient ou dans un établissement de soins résidentiel* ».

Deux approches se sont dégagées quant à l'organisation des soins : soit les infirmiers hospitaliers sortaient de l'hôpital pour dispenser les soins au domicile du patient, soit les soignants de première ligne se spécialisaient afin de réaliser ces soins. Généralement, la deuxième approche a été adoptée dans le cadre de l'antibiothérapie, tandis que la première approche a été pratiquée pour les traitements anticancéreux, nécessitant des infirmiers spécialisés en oncologie.

### **NarsaHome : une asbl pour faire le lien entre l'hôpital et le domicile du patient**

Certains hôpitaux travaillent avec une plateforme médicale de liaison entre l'hôpital et le domicile du patient. Appelée NarsaHome, cette asbl a été créée spécialement pour répondre au besoin du projet pilote HAD mené par les hôpitaux liégeois. Elle est composée de coordinateurs de liaison et d'infirmiers indépendants qui organisent la sortie du patient et coordonnent tout le suivi médical dont le patient a besoin. Elle met également à disposition une permanence téléphonique accessible 24h/24 tant pour le patient que pour les prestataires de soins.

Bien qu'initiée par l'hôpital, l'offre de soins est, en principe, toujours pilotée par une équipe multidisciplinaire de prestataires de soins. Elle est constituée d'infirmiers hospitaliers, de médecins spécialistes infectiologues ou oncologues, du pharmacien hospitalier, d'assistants sociaux, d'infirmiers de première ligne et du médecin traitant du patient. Tout le travail de ces acteurs de soins de première ou de deuxième ligne est organisé par un coordinateur de soins (médecin ou infirmier) interne à l'hôpital permettant de faire le relais entre les différentes lignes mais aussi par un coordinateur externe permettant d'organiser les soins et leur surveillance au domicile.

### **En pratique comment ça se passe ? Prenons le cas de l'antibiothérapie**

Après son admission à l'hôpital, quelle qu'en soit la raison, un patient présentant une infection nécessitant un traitement antibiotique peut se voir proposer par son médecin spécialiste la possibilité de continuer son traitement à domicile. Le médecin initiateur qui a référé le patient auprès du médecin spécialiste, généralement un infectiologue, se réunit avec ce dernier ainsi qu'avec le coordinateur HAD interne à l'hôpital afin d'examiner l'éligibilité médicale et psychosociale du patient. Aussitôt l'accord du médecin traitant et le consentement du patient obtenus, le coordinateur HAD hospitalier organise la prise en charge du patient avec les services d'infirmiers à domicile (CSD, ASD, etc.). Il explique les procédures au patient, organise l'approvisionnement des médicaments avec la pharmacie hospitalière, il planifie le cas échéant la pose d'un cathéter et remplit le dossier soignant et administratif. Après l'administration des deux premières doses d'antibiotique à l'hôpital, le patient peut rentrer chez lui. Dorénavant, une infirmière passera entre 1 et 2 fois par jour à son domicile afin de lui administrer son traitement et changer son pansement. Le patient devra revenir à l'hôpital en consultation hebdomadaire afin de vérifier l'évolution de son état. Généralement, c'est lors de cette consultation que la pharmacie hospitalière lui délivre ses antibiotiques pour la semaine suivante.

Les traitements autorisés à être administrés en HAD ont fait l'objet d'une validation par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), une liste limitative de médicaments a été maintenue à jour régulièrement. Le traitement débutait toujours à l'hôpital avec un minimum de deux doses administrées. La préparation et la délivrance des médicaments étaient réalisées par l'officine hospitalière, de façon hebdomadaire pour les antibiotiques et journalière pour les traitements oncologiques.

Concernant le financement, les hôpitaux pilotes en HAD ont bénéficié d'un forfait annuel pour la coordination, le suivi et l'évaluation du projet et disposaient d'une garantie budgétaire, c'est-à-dire que tous les partenaires avaient la garantie de percevoir un financement pour le patient hospitalisé à domicile identique à la somme des recettes qu'ils auraient perçues si le patient avait été hospitalisé (en hospitalisation classique ou de jour). La facturation au patient se faisait selon la nomenclature classique des prestations de santé.

Tout projet pilote nécessite une évaluation, indispensable pour pouvoir développer de nouvelles formes d'organisation de soins et les implémenter à grande échelle. Pour ce faire, une série d'indicateurs de résultat, de processus et financiers ont été suivis par les hôpitaux et ont été récoltés par le SPF : nombre de patients participants au projet pilote, durée moyenne du séjour intra et extra hospitalier, nombre de patients exclus du projet ou ayant interrompu le processus, nombre de complications au cours de l'HAD, etc. Sur les trois années de projet pilote, un très faible nombre de patients ont arrêtés, il y a eu très peu d'incidents et le taux de réhospitalisation fût quasiment nul.

Pour l'année 2018<sup>1</sup>, le nombre de patients et d'épisodes de soins de tous les hôpitaux pilotes ont été recensés :

	Antibiothérapie	Oncologie
Nombre de patients participants	517	544

1 Indisponibilité des chiffres consolidés pour les années ultérieures.

De plus, une évaluation de la satisfaction des patients et des professionnels impliqués a été mise en place via des questionnaires. Il en est ressorti une **satisfaction élevée des patients** qui réintègrent le confort de leur domicile rapidement, ainsi **qu'une évaluation globalement positive des prestataires de soins** avec peu de stress supplémentaire, l'opportunité d'élargir leurs compétences professionnelles et un renforcement des liens entre les acteurs de première et de deuxième ligne. L'impact sur la satisfaction des patients et des prestataires est indéniable, cependant l'impact budgétaire de cette nouvelle organisation de soins reste quant à lui mitigé car **la coordination et l'externalisation des services et du matériel se sont montrées assez coûteuses**.

Depuis l'échéance des projets pilotes, en décembre 2020, un groupe de travail organisé par l'INAMI, le SPF Santé Publique et l'AFMPS et rassemblant diverses parties prenantes a été mis en place afin de pérenniser cette nouvelle forme de prise en charge et permettre le développement de l'HAD dans tout le pays. Des travaux sont en cours pour établir un cadre réglementaire et financier mais des discussions doivent encore avoir lieu, notamment au sujet du budget alloué et des financements attribués.

## Bénéfices et limites de ces formes de prise en charge alternatives

Qu'il s'agisse de télémédecine ou d'hospitalisation à domicile, les soins à distance présentent des **plus-values et des inconvénients** communs.

Avantages	Inconvénients
Réduction du risque d'infection nosocomiale (3,8 millions de personnes concernées par an en Europe).	Soins apportés aux patients dans un environnement moins contrôlé (internet, électricité, usage des appareillages, absence d'un aidant-proche ...).
Renforcement du confort d'une majorité de patients en les soignant à leur domicile ou dans un lieu proche de celui-ci.	Tous les patients ne sont pas éligibles à une prise en charge à distance. Ils doivent pouvoir disposer d'un logement salubre, d'un bon niveau d'alphabétisation, de communication et de familiarisation avec les nouvelles technologies.
Renforcement du sentiment d'autonomie et de sécurité pour les patients, ceux-ci disposant de plus de responsabilités, tout en étant surveillés.	La littérature scientifique en la matière est encore relativement limitée, même si les preuves de l'efficacité des soins à distance se multiplient.
Réduction des coûts via une diminution de(s) : - La durée de séjour ; - Le nombre d'hospitalisations ; - L'usage des infrastructures hospitalières ; - Frais de personnel.	

### Sources

1. OMS, *Informatique et télémédecine – Rapport du Directeur général*, Janvier 1997.
2. Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la santé publique, *Plan d'approche pour la réforme du financement des hôpitaux - Appel à projets pilotes*, 2015.
3. KCE, *L'hospitalisation à domicile : orientations pour un modèle belge*, 2015.
4. ADSP, *Télémédecine : des pratiques innovantes pour l'accès aux soins*, n°101, Décembre 2017.
5. ING Research, *My home is my hospital : Towards more technology-assisted remote hospital care*, Décembre 2020.
6. HAS, *Évaluation économique de la télésurveillance pour éclairer la décision publique*, Décembre 2020.
7. Levine D., Ouchi K., Blanchfield B., *Level Care at Home for Acutely Ill Adults : A Randomized Controlled Trial*, *Annals of Internal Medicine*, Janvier 2020.
8. Nkiruka E., Céu M., Cravo T., *Telemedicine in the OECD: An umbrella review of clinical and cost-effectiveness, patient experience and implementation*, *PLOS One*, Août 2020.