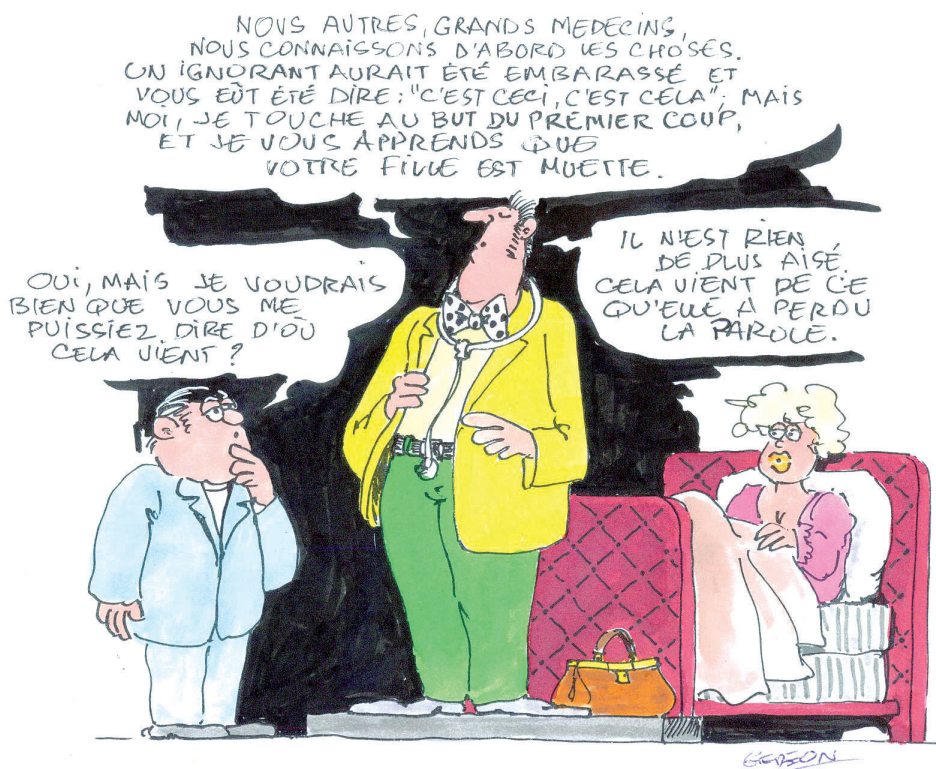




# TIC et Santé

## La télémédecine : un rôle clé dans l'essor des soins à domicile

Par Henri REBOULLET (95) et Marc-Olivier BÉVIERRE



### A. Les soins à domicile

#### 1. Les modes de prise en charge

Qu'entend-on par « Soins à domicile » ?

Il existe principalement trois types de prise en charge d'un patient à domicile, qui diffèrent en fonction du profil du patient et de la gravité de la pathologie traitée.

##### L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'HAD est véritablement un prolongement de l'hôpital au domicile du patient. Elle concerne les pathologies graves, en sortie d'hôpital (soins de suite de chimiothérapie, convalescence post-opératoire, grossesses pathologiques, soins palliatifs,...) qui nécessitent la mobilisation de moyens et de compétences médicales lourds. Aujourd'hui environ 80 000 patients sont pris en charge en HAD.

##### Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), associatifs ou libéraux

Les SSIAD, ou Soins à Domicile (SAD) simples, concernent des pathologies moins graves ; ils permettent en général de retarder ou d'éviter l'hospitalisation. Ils concernent soit des patients âgés et dépendants, soit des patients jeunes atteints de maladies chroniques ou de handicaps graves. Dans les deux cas, l'hospitalisation de ces patients serait trop coûteuse au regard des bénéfices médicaux attendus. Les SAD sont encore très peu structurés et organisés, et concernaient déjà un nombre considérable de patients, estimé à 14 millions en 2007.

##### Les Etablissements d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

Les EHPAD sont des établissements de long séjour pour personnes âgées dépendantes, pour lesquelles une prise en charge médicale est souvent nécessaire (soins in-

firmiers lourds, escarres, traitement de la douleur, démences).

#### 2. Les pathologies traitées

Parmi le type de maladies faisant le plus souvent l'objet d'une prise en charge à domicile, on retrouve principalement les affections chroniques, celles qui nécessitent une convalescence de longue durée ou celles pour lesquelles la présence continue de l'entourage du patient est importante. L'essentiel des soins à domicile concerne les pathologies suivantes :

- ▀ Soins palliatifs
- ▀ Convalescence suite à une chimio ou radiothérapie
- ▀ Perfusions diverses (traitement de la douleur, antibiothérapie, nutrition)
- ▀ Grossesses difficiles
- ▀ Handicaps et maladies chroniques handicapantes (sclérose en plaques, mucoviscidose)

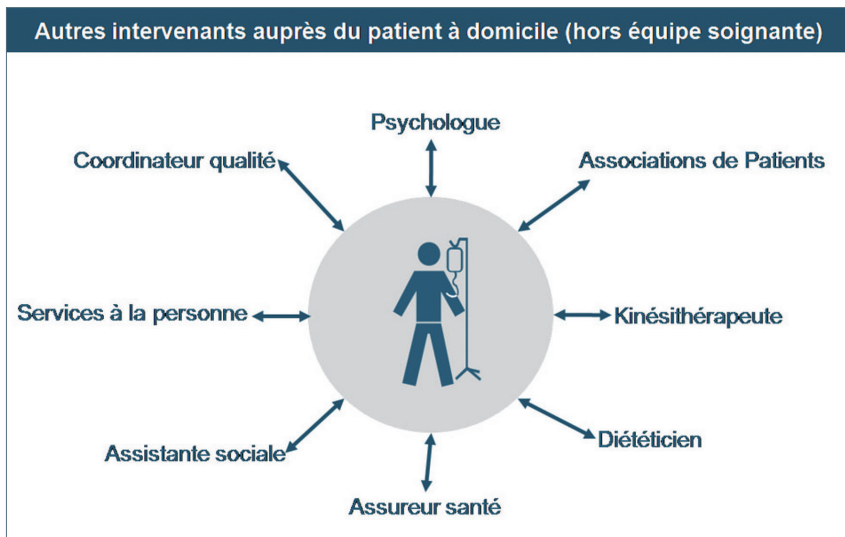
- Assistance respiratoire et apnée du sommeil
- Convalescence post-opératoire
- Soins infirmiers lourds pour personnes âgées dépendantes
- Insuffisance rénale

## B. Le développement des soins à domicile : un enjeu de santé publique

### 1. La croissance des dépenses de santé

L'Assurance Maladie, en déficit chronique depuis des années, cherche par tous les moyens à améliorer son efficacité. L'hôpital, premier poste de dépenses, fait l'objet depuis plusieurs années de toutes les attentions : réforme de la tarification à partir de 2004, nouvelle gouvernance depuis l'année dernière avec le vote de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » en juillet 2009, mise sous tutelle des établissements en déficit chronique, sont quelques exemples des initiatives prises récemment par les Autorités de santé.

Une autre approche, plus structurelle, a été également de faire en sorte de pouvoir renvoyer les malades plus tôt à domicile. Ce mouvement, qui a été fortement encouragé ces dernières années par les Autorités de santé, a conduit au développement rapide de structures de HAD : entre 2005 et 2008, le nombre de lits de HAD a augmenté en moyenne de plus de 25% par an<sup>1</sup>. Par ailleurs, le nombre de patients pris en charge à domicile (les SAD), estimé en 2007 à 14 millions<sup>2</sup>, est en constante augmentation depuis 2000<sup>3</sup>.



### 2. Les soins à domicile : une meilleure qualité de vie pour un coût moins élevé pour la société

Loin d'être un expédient, les soins à domicile correspondent réellement à une évolution qualitative de la prise en charge médicale : dans de nombreux cas en effet, les soins à domicile sont préférables à une hospitalisation qui peut s'avérer traumatisante pour un patient fragilisé ou âgé. D'autre part, une journée en HAD coûte en moyenne environ deux fois moins cher qu'une journée dans un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR, fig. 1), elle-même également moins chère qu'une journée dans un hôpital conventionnel.

### 3. Les freins au développement des soins à domicile

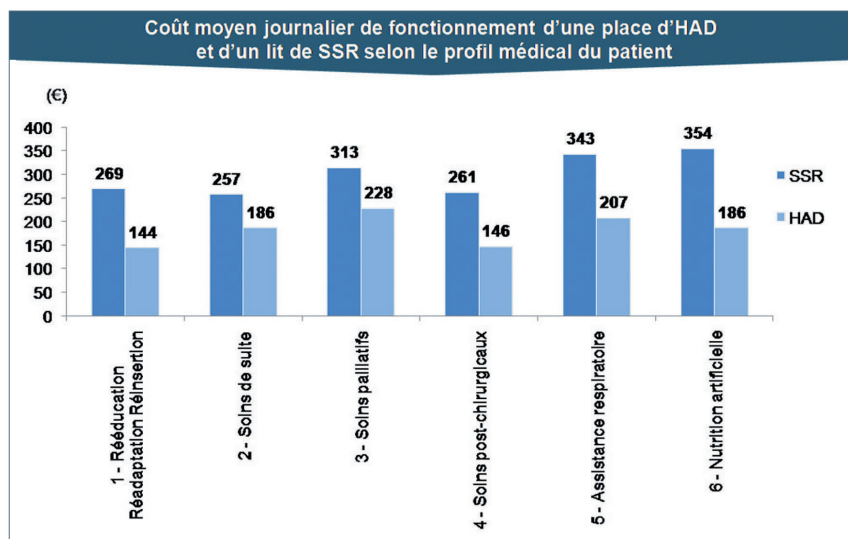
Le développement des soins à domicile, cependant, est entravé par plusieurs facteurs structurels.

*Un système encore insuffisamment structuré et sécurisé*

La prise en charge d'un patient à domicile n'est pas une opération anodine : dans de nombreux cas, sa vie est en jeu et des risques réels existent (infections, complications diverses). Malheureusement, la qualité des soins à domicile est aujourd'hui encore fortement dépendante du prestataire de soins et du personnel médical qui prend en charge le patient à la sortie de l'établissement. Le médecin, qui prescrit la sortie et la prise en charge à domicile, hésite parfois à renvoyer le patient chez lui lorsqu'il n'est pas sûr de la qualité des soins qu'il recevra. Des protocoles plus précis et plus standardisés doivent être développés et les critères de qualité mieux définis. Les accréditations du personnel médical et des organismes prestataires de soins doivent elles aussi être revues.

*La question du financement des services de soins à domicile*

La prise en charge d'un patient chez lui nécessite la mobilisation d'une logistique complexe : elle constitue également pour le patient une charge administrative importante : gestion des feuilles de remboursement, paiement des prestations, coordination de l'ensemble des activités autour





# TIC et Santé

du patient. Bien que de nombreux produits et prestations de soins à domicile soient maintenant bien pris en charge par l'Assurance Maladie, une grande partie de ce travail de coordination n'est pas reconnu ni remboursé.

*L'environnement du patient : un facteur clé de succès... ou d'échec*

Et enfin, l'environnement culturel et familial du patient est un facteur qu'il convient de prendre en compte : certains médecins n'hésitent pas à refuser une HAD lorsqu'ils n'ont pas la garantie que le patient bénéficiera d'un entourage disponible et capable d'assumer le relais de l'équipe médicale.

#### 4. Le rôle de la télémédecine dans le développement des soins à domicile

Dans ce contexte de prise en charge médicale à distance, les nouvelles technologies de l'information et de la communication peuvent être utilisées de plusieurs manières, qu'on pourrait classer en quatre catégories.

*Les différentes formes de télémédecine*

- ▶ La télésurveillance : elle permet au personnel médical (notamment hospitalier) de la chaîne de soins de garder un lien en temps réel avec les paramètres techniques du patient, en s'affranchissant de la distance. Si une anomalie est détectée, une intervention peut être déclenchée avec un maximum de réactivité.
- ▶ La téléconsultation : elle permet aux spécialistes de réaliser des consultations à distance avec l'aide d'un confrère situé aux côtés du patient. Cela évite des déplacements longs et fatigants pour les patients ne disposant pas des spécialistes à proximité et limite les coûts de prise en charge pour l'Assurance Maladie.
- ▶ La télétransmission de données médicales : elle permet le suivi médical du patient à distance par le médecin hospitalier grâce à la transmission par les infirmiers et les laboratoires d'analyses des principales données cliniques et biologiques du patient.
- ▶ Le stockage, le partage et la consultation à distance des données du patient : elle permet de mettre le dossier du patient à disposition de l'ensemble du personnel de la

chaîne de soins (avec des droits d'accès qui peuvent varier fonction des intervenants). On limite ainsi la perte d'information, source de beaucoup de gaspillages (duplication d'examen, visites inutiles,...).

*Les avantages*

On réduit de facto la distance entre le praticien spécialiste, le médecin hospitalier et le patient, qu'il soit en téléconsultation dans un autre établissement ou en suivi dans le cadre d'un protocole de soins à domicile. Le patient n'est plus « livré » par le médecin hospitalier à une chaîne de soins à domicile dont il ne maîtrise pas la qualité des intervenants et sans contrôle médical a posteriori. On réduit ainsi le principal frein au développement des soins à domicile. On construit la première pierre d'un dossier patient informatisé qui pourrait être accessible par Extranet pour tous les médecins intervenant sur un malade, voire être mis à disposition du patient lui-même.

*Les questions ouvertes*

Il est une chose de disposer de moyens modernes pour s'assurer d'un suivi temps réel du patient et d'une réactivité maximum en cas de besoin, mais rien ne sera rendu possible sans une industrialisation de la chaîne de soins à domicile autour de protocoles de soins élaborés avec rigueur en concertation avec le personnel hospitalier, assortis d'un label qualité pour les prestataires de soins. Par ailleurs, le développement de la télémédecine ne pourra se faire sans la validation d'un modèle économique de prise en charge des prestations techniques nécessaires à la mise en place des systèmes. De nombreux projets de télémédecine sont en train de prendre forme sous l'impulsion et avec le financement de certains acteurs (hôpitaux, laboratoires pharmaceutiques, opérateurs télécoms, sociétés informatiques,...) mais il faudra rapidement impliquer les autorités pour la construction d'un modèle économique viable pour l'ensemble des parties prenantes. Cette condition sera déterminante pour le développement futur des services de télémédecine, et donc également des soins à domicile, ce qui paraît très souhaitable à la fois pour le patient et pour la pérennité de notre système de santé. ■



*Ingénieur diplômé de Télécom ParisTech (1995), Henri REBOULLET a passé 15 ans dans les Télécoms, tout d'abord comme consultant (Arthur D Little et The Boston Consulting Group), puis a occupé successivement diverses fonctions internationales et opérationnelles au sein d'opérateurs Télécoms (dans le fixe et le mobile). Il a notamment été Directeur Marketing et Ventes de BLR Services (groupe LD Com), Directeur des Ventes de Tele2 Mobile et a dirigé une filiale de Tele2 de 2001 à 2008, pour la France puis pour la France et le Bénélux, avant de rejoindre CEPTON, où il s'occupe aujourd'hui de l'activité Télécoms.*  
Courriel: [hjr@cepton.net](mailto:hjr@cepton.net)



*Ingénieur diplômé de l'Ecole Polytechnique, Marc-Olivier BÉVIERRE est titulaire d'un Doctorat de Chimie Organique et d'un MBA de l'INSEAD. Il a passé 16 ans dans l'industrie pharmaceutique, occupant successivement diverses fonctions internationales et opérationnelles, allant de la Recherche à la direction de BU, en passant par des responsabilités marketing et terrain. De 2004 à 2008, il a été Directeur de la Stratégie chez Janssen-Cilag, avant de rejoindre CEPTON, où il s'occupe aujourd'hui de l'activité Santé.*  
Courriel: [marc.olivier.bevierre@cepton.net](mailto:marc.olivier.bevierre@cepton.net)

1 Rapport d'activité de la Fédération Nationale d'Établissements d'Hospitalisation à Domicile, 5 juin 2009

2 Source: Assurance Maladie (LPP)

3 L'activité des soins à domicile (hors HAD) est assez bien représentée par l'évolution du montant total des remboursements effectués par l'Assurance Maladie au titre de la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR). Celui-ci est passé de 2 à plus de 5,5 milliards d'euros entre 2000 et 2007 (Source Assurance Maladie).