

SYNTHÈSE

L'HOSPITALISATION À DOMICILE : ORIENTATIONS POUR UN MODÈLE BELGE



SYNTHÈSE

L'HOSPITALISATION À DOMICILE : ORIENTATIONS POUR UN MODÈLE BELGE

MARIA-ISABEL FARFAN-PORTET, ALAIN DENIS, LUT MERGAERT, FRANÇOIS DAUE, PATRIEK MISTIAEN, SOPHIE GERKENS



■ PRÉFACE

Vous ne l'avez peut-être pas remarqué sur sa couverture, mais ce rapport porte le numéro 250. Sans nous lancer dans une vaste rétrospective, on peut dire que le KCE a traité des sujets extrêmement variés et que ses conclusions et recommandations balayaient à peu près tous les domaines des soins de santé et de l'assurance maladie. Et pourtant, il se dégage de cette grande diversité quelques constantes qui, cela tombe bien, sont directement d'application pour le sujet qui nous intéresse aujourd'hui : l'hospitalisation à domicile.

Premier constat : en matière de réforme des soins de santé, il nous faut accepter une fois pour toutes qu'il n'existe pas de formule magique. Pas plus que d'autres innovations que nous avons passées en revue au fil de nos 250 études, l'hospitalisation à domicile n'est *la* solution qui va résoudre d'un coup de baguette tous les problèmes auxquels est confronté le monde hospitalier. Faire évoluer un système de santé ne peut se faire qu'à petits pas, un pied de-ci, un pied de-là, et chaque étape se conquiert prudemment, après quelques expériences pilotes sur le terrain.

Une deuxième grande ligne de force traverse en filigrane la grande majorité de nos travaux : le progrès en soins de santé ne se conçoit pas sans progrès dans leur qualité. Qualité qui elle-même exige que l'excellence professionnelle des médecins et autres soignants se double d'une dimension de multidisciplinarité, de travail en équipe et de partage d'informations. Intégration et continuité sont devenus des mots-clés incontournables. Il n'en va pas autrement pour l'hospitalisation à domicile, qui n'aura évidemment de sens que si elle s'inscrit résolument dans cette logique.

Encore un troisième refrain – et nous arrêterons là – parmi tous ceux qui nous avons souvent répétés pendant cette douzaine d'années : la prise de conscience que, dans ce 21^e siècle, la notion de « patient » perd inéluctablement son sens étymologique. De « celui ou celle qui subit », il devient partenaire à part entière, il prend sa santé en main. Ce rôle actif, parfois assumé par les aidants proches ou l'entourage, est bien entendu une condition indispensable pour qu'une hospitalisation à domicile ait un tant soit peu de chances de réussir.

Rien de neuf donc dans cette étude ? Oui et non. Pour chaque nouveau sujet qu'ils explorent, nos chercheurs s'immergent entièrement, scrutent la littérature, écoutent les acteurs du terrain... pour découvrir à chaque fois des problèmes particuliers et des solutions insoupçonnées. Cette fois aussi, ils ont mis au jour une série de questions qui cherchent encore des solutions créatives, adaptées aux contextes locaux. Ce rapport tente donc de brosser les contours des expérimentations qui devraient idéalement se dérouler.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ MESSAGES CLÉS

- L'hospitalisation à domicile (HAD) consiste à délivrer au domicile du patient des soins qui, autrement, ne pourraient être délivrés qu'à l'hôpital.
- Les différents modèles d'HAD existants sont conçus pour répondre à des besoins locaux spécifiques, eux-mêmes dépendants des systèmes de soins de chaque pays ou région. L'hétérogénéité des modèles existants et l'absence de modèle préférentiel tant dans la littérature que chez les acteurs belges renforcent l'idée qu'il est préférable de ne pas déployer l'HAD à grande échelle à l'heure actuelle, mais de commencer par des projets pilotes permettant de tester et d'évaluer soigneusement différents modèles.
- Malgré la grande hétérogénéité des études portant sur l'HAD, on peut considérer que, dans l'état actuel des connaissances, l'HAD est aussi sûre que l'hospitalisation classique. Il n'existe cependant pas de preuves que son efficacité soit supérieure à celle de l'hospitalisation classique, sauf, dans une certaine mesure, en ce qui concerne la satisfaction du patient et de son entourage. Toutefois, étant donné le manque de preuves probantes décrit dans la littérature, ceci devra être confirmé par l'évaluation des projets pilotes.
- Les exemples étrangers indiquent que les critères d'éligibilité des patients pour ce type de prise en charge sont davantage relatifs à l'intensité des soins (caractère multidisciplinaire, fréquence de passage, etc.) qu'à l'une ou l'autre pathologie spécifique. La palette de services est large et inclut des soins curatifs (médicaux et post-chirurgicaux), mais aussi des soins palliatifs et, dans une moindre mesure, des soins de révalidation et de soins de santé mentale, en fonction des besoins locaux.
- Sur le plan organisationnel, une attention particulière est donnée à l'approche multidisciplinaire autour d'un plan de prise en charge défini selon les besoins du patient, à l'empowerment et au soutien du patient et de son entourage, à la coordination des soins et des services non médicaux, ainsi qu'à la continuité des soins (24/7) et à la collaboration avec les structures existantes. Les acteurs belges ont insistés sur le fait de recourir aux structures existantes autant que possible plutôt que d'en créer de nouvelles.
- En terme de financement, les exemples étrangers montrent que celui-ci dépend généralement de l'ancrage de l'HAD dans l'offre des autres fournisseurs de soins de santé, et donc de la façon dont ces derniers sont financés. En Belgique, la manière dont l'HAD sera financée dépendra de la nature des activités médicales qui seront proposées et de la répartition des responsabilités entre les différents intervenants. Il faut cependant noter qu'un développement de l'HAD ne sera possible qu'en fournissant des incitants financiers appropriés.
- En Belgique, un cadre réglementaire assurant la sécurité et la qualité des soins fournis par ces nouvelles modalités de soins devra être définis. Il faudra également s'assurer, avant d'implémenter un tel programme, que nous disposons d'une offre suffisante de personnel qualifié, d'un financement adéquat, d'outils informatiques et d'aide à la décision appropriés, et d'un soutien adéquat à la coordination. Enfin, il sera nécessaire de jeter des ponts entre les différents niveaux de gouvernance, étant donné la distribution actuelle des responsabilités en matière de soins de santé, de services sociaux et d'aide à la personne entre les entités fédérale et fédérées. Ceci nécessitera des négociations multilatérales et la création de nouvelles règles de transfert de budgets.



- L'espoir que l'HAD permette de diminuer les coûts dépendra de la manière dont l'HAD sera organisée et financée en Belgique et reste donc une question à examiner dans le futur. Une attention particulière devra être portée à la part du patient afin d'éviter un transfert des coûts vers ces derniers. Enfin, la question d'économie potentielle ne dépendra pas seulement de la capacité à fournir des alternatives à l'hospitalisation mais aussi de la capacité à restructurer les hôpitaux.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	MESSAGES CLÉS.....	2
■	SYNTHÈSE	4
1	CONTEXTE DE CETTE ÉTUDE.....	6
1.1	QUESTIONS DE RECHERCHE	6
1.2	MÉTHODOLOGIE	7
2	LE CONCEPT D'HOSPITALISATION À DOMICILE.....	8
2.1	UNE DÉFINITION DE TRAVAIL.....	8
2.2	DIFFÉRENTS MODÈLES POSSIBLES	8
2.3	PAS DE POPULATIONS CIBLES SPÉCIFIQUES.....	8
2.4	EFFICACITÉ ET SÉCURITÉ.....	9
2.5	PREMIER CONSTAT : IL EST TROP TÔT POUR GÉNÉRALISER	9
3	ÉLÉMENTS DE BASE POUR LES PROJETS PILOTES	11
3.1	IDENTIFICATION DES PATIENTS ET CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ	12
3.1.1	Critères d'éligibilité	12
3.2	PLANIFICATION, COORDINATION ET DÉLIVRANCE DES SOINS D'HAD.....	13
3.2.1	Composer une équipe multidisciplinaire autour du patient	13
3.2.2	Établir un « plan de prise en charge » individualisé	14
3.2.3	Quels soins font partie de l'HAD ?	14
3.3	PLAN D'URGENCE.....	15
3.4	EMPOWERMENT ET SOUTIEN DES PATIENTS ET DE LEUR ENTOURAGE	15
3.5	CONTINUITÉ DES SOINS ET INTÉGRATION DES ACTIVITÉS D'HAD DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ.....	15
4	IMPLÉMENTATION D'UN PROGRAMME D'HAD BELGE : IMPLICATIONS POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ.....	16
4.1	UN CADRE STRUCTURÉ.....	17
4.1.1	Normes et législations.....	17
4.2	DU PERSONNEL COMPÉTENT EN SUFFISANCE	18



4.2.1	Former un personnel qualifié	18
4.2.2	Augmenter l'attractivité des programmes d'HAD et monitorer les ressources humaines disponibles	18
4.2.3	Nouveaux titres et fonctions.....	19
4.3	UN FINANCEMENT ADÉQUAT	19
4.3.1	Autres points à prendre en considération pour le financement	20
4.4	DES PROCÉDURES DE QUALITÉ DES SOINS.....	21
4.5	DES OUTILS ICT	22
4.6	DES STRUCTURES DE SOUTIEN À LA COORDINATION ET UNE COLLABORATION ENTRE LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE POUVOIR	22
5	CONCLUSION	23



1 CONTEXTE DE CETTE ÉTUDE

Les progrès technologiques en matière de soins de santé sont tels que certains soins jadis réservés au milieu hospitalier peuvent désormais être pratiqués dans des structures ambulatoires, voire carrément au domicile du patient. Ceci a facilité l'émergence, au cours de cette dernière décennie, de nouveaux modèles de soins qui voient s'estomper les murs de l'hôpital aigu. Mais, s'il devient plus 'poreux', l'hôpital n'en reste pas moins un port d'attache incontournable ...et irremplaçable. Le tout est de trouver la juste position du curseur entre « dedans » et « dehors ».

Le concept d'hospitalisation à domicile (HAD) s'inscrit pleinement dans cette tendance : il s'agit de fournir un maximum de soins au patient dans son environnement naturel plutôt qu'entre les murs d'un hôpital. Mais derrière cette formule consensuelle, plusieurs approches se bousculent, voire se contredisent. Quels sont les soins qui peuvent être prodigués en dehors de l'hôpital ? Qui peut fournir ces soins ? Qui les prescrit ? Comment faut-il les organiser ?

C'est aussi une approche qui peut répondre à des motivations très différentes : une manière de pallier un manque de lits disponibles dans des hôpitaux surchargés, une tentative de réduire les coûts des soins de santé en diminuant les durées de séjour et/ou les admissions, ou encore, d'un point de vue plus axés sur la demande, une manière de permettre aux patients de rester le plus possible dans leur environnement familial et de respecter en cela leurs préférences – en se basant sur le postulat que les patients préfèrent généralement rester près de chez eux.

En Belgique, nous sommes en situation de surcapacité de lits (sauf pour les lits gériatriques). Les enjeux se situent plutôt du côté de la continuité des soins, pour combler l'actuel fossé entre soins de première ligne et hôpital, et dans une volonté politique de maintenir les personnes autant que possible dans leur cadre familial.

De plus, la Belgique, s'est depuis peu lancée dans une vaste réforme du paysage hospitalier, qui remet en chantier des questions aussi fondamentales que le rôle-même de l'hôpital, son financement et son adéquation aux besoins de la population. La question de l'HAD est donc plus que jamais à l'ordre du jour et elle figure en bonne place à l'agenda politique.

Le KCE a déjà soumis, en 2012 et 2014, des propositions de réformes de l'organisation des soins sur deux volets essentiels que sont les soins aux malades chroniques et le financement des hôpitaux. Un point commun de ces deux études – qui s'alignent en cela sur une tendance internationale – est qu'il est indispensable que les hôpitaux s'intègrent davantage dans le réseau de soins qui les entoure. L'intra-muros et l'extra-muros doivent s'intégrer et se compléter au bénéfice de la continuité des soins (*seamless care*), avec comme point focal de la réflexion les besoins du patient. Autrement dit : nous devons évoluer vers un système centré sur la demande plutôt que sur l'offre.

Dans cette étude, nous avons examiné la littérature internationale consacrée à l'HAD et passé en revue les principaux modèles identifiés à l'étranger pour en analyser les forces et faiblesses, et tenter ensuite de tracer les grandes lignes d'un modèle applicable à notre pays.

1.1 Questions de recherche

Cette étude porte sur les enseignements à tirer des expériences d'HAD à l'étranger et sur leur transférabilité au système belge. Les trois questions de recherche ont été formulées comme suit :

- 1. Quels sont les éléments de preuve permettant de conclure à l'efficacité et à la sécurité de l'HAD ?**
- 2. Quelles leçons peuvent être tirées de la manière dont l'HAD est organisée dans une sélection d'autres pays/régions ?**
- 3. Quels seraient les éléments-clés à prendre en considération pour organiser l'HAD en Belgique ?**

Cette étude n'aborde par contre que brièvement la question des coûts de l'HAD, car ils dépendront des modèles d'organisation et financement qui seront retenus. Elle n'entre pas non plus dans le détail des conditions requises pour la prise en charge de pathologies spécifiques en HAD en Belgique. Ces deux points devront être approfondis dans le futur sur base d'une évaluation de projets pilotes HAD.



1.2 Méthodologie

Ce document de synthèse contient les principaux messages issus de notre travail scientifique. Le lecteur intéressé pourra trouver la méthodologie détaillée ainsi que les résultats exhaustifs dans le rapport scientifique détaillé. En résumé, la méthodologie utilisée est multiple :

Chapitre 1 : étude des revues systématiques de la littérature relative à l'efficacité et de la sécurité de l'HAD. La qualité des revues systématiques a été évaluée avec l'échelle AMSTAR.

Chapitre 2 : analyse transversale de l'organisation du système d'HAD dans 5 pays/régions : France, Pays-Bas, communautés autonomes de Valence et du Pays basque (Espagne), état de Victoria (Australie).

Nous avons sélectionné **5 pays/régions** ayant développé un modèle de soins qui correspond au concept de HAD tel que décrit dans la littérature et qui ont déjà une certaine expérience de ce modèle :

- la **France** et l'**Espagne** (communautés autonomes de **Valencia** et du **Pays Basque**), signalées comme des pays où l'offre de HAD représente une alternative de plus en plus importante à l'hospitalisation ;
- l'**Australie** (état de **Victoria**) où l'HAD a démarré dans des conditions qui ressemblent à celles de la Belgique (c'est-à-dire par des initiatives du terrain et des projets pilotes) ;
- les **Pays-Bas**, qui n'ont pas développé de structures d'HAD à proprement parler, mais qui ont une longue expérience de la délivrance de soins complexes à domicile sur une base multidisciplinaire.

Pour chaque pays, nous avons analysé les sites web des institutions gouvernementales et des associations professionnelles. Ces données ont ensuite été validées et complétées par des experts de ces différents pays. Enfin, l'analyse transversale des différents modèles d'organisation de l'HAD entre pays a été validée par des experts internationaux. Les détails de cette analyse transversale se trouvent dans le rapport scientifique détaillé, chapitre 2.

Chapitre 3 : revue et analyse d'études belges publiées sur des thèmes connexes pouvant influencer l'organisation de l'HAD. Tous les rapports du KCE ont été screenés, ainsi que d'autres études identifiées grâce à nos contacts avec les acteurs de terrain et via la méthode « boule de neige » (*snowball method*).

Chapitre 4 : discussion des possibilités d'organisation de l'HAD en Belgique, sur base d'interviews semi-structurées en face à face et de workshops avec des **acteurs belges des soins de santé**. Les résultats de ce chapitre reflètent donc des perceptions et non des « preuves ». Les personnes interrogées en face à face ont principalement été sélectionnées en raison de leur **expertise et expérience du terrain** tandis que les personnes invitées au workshop ont été sélectionnées en tant que **représentants de différentes parties prenantes**. Peu avant la finalisation du rapport, une plus large consultation des différentes parties prenantes a également été réalisée afin de présenter les résultats et recommandations de cette étude. Un résumé de cette consultation se trouve dans le supplément du rapport (section 5 du Supplément).

Les différentes personnes rencontrées au cours de ces différentes consultations sont repris dans la suite de cette synthèse sous le terme « **d'acteurs belges** ». Ils peuvent être catégorisés selon les groupes d'intérêts suivants : les décideurs politiques (fédéral et entités fédérées), les mutualités, les hôpitaux, l'industrie, les médecins généralistes et spécialistes, les pharmaciens, les praticiens de l'art infirmier, les patients, les institutions médico-sociales, les services de soins et d'aide à domicile, et les structures de coordination.



2 LE CONCEPT D'HOSPITALISATION À DOMICILE

2.1 Une définition de travail

Le concept d'HAD a beau dater des années 1950, il n'y a toujours pas de consensus sur sa définition. Un peu partout dans le monde, des modèles inédits sont proposés. Avec beaucoup d'enthousiasme et de créativité mais aussi, il faut le reconnaître, un certain désordre. Notre première tâche a donc été de nous mettre d'accord sur une **définition de travail** pour le concept d'hospitalisation à domicile (HAD) sur lequel nous allons nous pencher. Parmi toutes les définitions rencontrées, il nous a semblé que l'élément récurrent le plus pertinent était le **niveau de complexité des soins** devant être administrés, qui doit être tel que, sans la possibilité d'HAD, le patient devrait nécessairement être traité à l'hôpital. Par conséquent, nous proposons d'utiliser, dans le cadre de cette étude, la définition suivante :

L'hospitalisation à domicile consiste à délivrer au domicile du patient des soins qui, autrement, ne pourraient être délivrés qu'à l'hôpital.

Par domicile, on entend tout lieu de vie de la personne, ce qui peut également englober des maisons de repos (MR) et des maisons de repos et de soins (MRS).

Le concept d'HAD recoupe d'autres concepts qui visent de façon générale à raccourcir ou remplacer les séjours hospitaliers, et à maintenir les soins au plus proche de l'environnement naturel du patient : "discharge planning", "nurse-led care", "care pathways", "transmural care", "intermediate care" and "readmissions reduction interventions", que nous n'analyserons pas ici. Il est également important de distinguer l'Hospitalisation à domicile des Soins à domicile. En Belgique, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de statut reconnu pour l'HAD même si de nombreux acteurs pratiquent déjà l'une ou l'autre forme de soins se revendiquant comme telle. Nous avons identifié (et rencontré) plusieurs initiatives, actives dans différents secteurs: pédiatrie, oncologie, dialyse, ainsi que des projets de soins hospitaliers 'généralistes'. Cette émergence d'initiatives (non agréées) est le signal qu'il est devenu nécessaire de réfléchir à un cadre réglementaire pour assurer la sécurité et la

qualité des soins fournis par ces nouvelles modalités de soins. À noter que cette étude n'est en rien une évaluation de ces premières initiatives.

2.2 Différents modèles possibles

Notre revue de la littérature scientifique et notre analyse transversale entre pays ne nous ont pas livré beaucoup d'informations robustes sur les meilleures modèles d'organisation de l'HAD. Les différents modèles que nous avons identifiés sont généralement **issus de projets pilotes** conçus pour répondre à des **besoins locaux spécifiques**, eux-mêmes **dépendants des systèmes de soins** dans lesquels ces projets se développent..

L'analyse de littérature **ne permet pas non plus de déterminer la supériorité d'un de ces modèles sur l'autre** en termes de résultats pour le patient ou pour le système de santé.

Sur base de la littérature, nous nous avons proposé aux **acteurs belges** de réfléchir sur base de **trois modèles théoriques** : (1) un modèle où ce sont les **professionnels de l'hôpital** qui se déplacent au domicile du patient ; (2) un modèle où des **entités autonomes et indépendantes de l'hôpital** constituées principalement de professionnels de première ligne, dispensent les soins au domicile du patient et (3) un **modèle mixte** où les professionnels de première ligne et de l'hôpital accomplissent des tâches spécifiques différentes au domicile du patient.

Une **polarisation importante** des acteurs, largement en faveur du modèle correspondant à leur propre environnement de travail, a clairement émergé lors des interviews en face à face.

2.3 Pas de populations cibles spécifiques

Notre analyse transversale ne nous a pas permis de définir une liste limitative de pathologies potentiellement candidates à l'HAD parce que la plupart des critères d'éligibilité employés sont davantage relatifs à **l'intensité des soins**. Celle-ci est quantifiée de façon différente dans chaque pays, mais tient en général compte d'éléments tels que le degré de multidisciplinarité ou la fréquence de passage qui sont nécessaires pour le patient. En fait, l'éventail des pathologies concernées est large : problèmes respiratoires, cancers, problèmes hématologiques, cardiovasculaires, neurologiques, ORL, rhumatologiques, digestifs, SIDA, autres maladies infectieuses, diabète, etc.



Dans la littérature, nous avons trouvé autant de publications sur des **initiatives d'HAD 'généralistes'** que sur des **groupes cibles spécifiques** tels que les patients atteints de mucoviscidose, d'insuffisance respiratoire (BPCO), d'insuffisance rénale, de cancers divers, de pathologies cardiaques, d'AVC, d'embolie pulmonaire, ou de thrombose veineuse profonde. Nous avons également identifié une large gamme de techniques en HAD: dialyse, ventilation mécanique, nutrition parentérale, etc.

Les acteurs belges ont tous insisté sur la nécessité de **prévoir des critères d'éligibilité clairement définis**, mais leurs opinions divergeaient sur les publics cibles. Une majorité était d'avis qu'une initiative d'HAD devait pouvoir s'adresser à toutes les pathologies, tandis que ceux – minoritaires – qui avaient déjà l'expérience d'un projet pilote avaient tendance à favoriser des projets spécifiques par pathologie. Certains d'entre eux avaient participé à des initiatives indépendantes dont l'objectif était précisément de définir des groupes cibles susceptibles de bénéficier de l'HAD (ou pour lesquels l'hôpital aurait un intérêt financier à les transférer en HAD). Toutefois, aucune liste n'a été définie. Bien entendu, les populations cibles dépendent aussi de l'offre de soins disponible localement.

2.4 Efficacité et sécurité

Notre analyse de la littérature scientifique internationale s'est heurtée au manque de définition univoque du concept d'HAD ainsi qu'à une très grande hétérogénéité au niveau des populations de patients concernées, des interventions effectuées, de l'organisation des soins et des méthodes d'évaluation employées. Il était donc difficile d'arriver à une évaluation globale de l'**efficacité** ou de la **sécurité** des pratiques analysées.

Durée de séjour et réadmissions

Les résultats relatifs à la durée de la prise en charge sont difficilement comparables entre eux. Si certaines études mentionnent une réduction du séjour en hôpital, il n'y a par contre que peu de preuves de réduction de la **durée totale de l'épisode de soins** (hôpital + HAD) ; cet aspect ne semble pas avoir été étudié. On ne peut donc exclure qu'une HAD prolongée se substitue à des soins à domicile. Il n'y a pas non plus de preuves que l'HAD réduise ou augmente le nombre de réadmissions.

Qualité de vie

Sur le plan de la qualité de vie et de la satisfaction des patients et de leur entourage, les résultats sont équivalents entre l'hôpital ou l'HAD, ou légèrement en faveur de l'HAD. Il faut toutefois garder à l'esprit que la plupart des expériences d'HAD ont été menées sur des populations de patients ayant consenti à y participer (self-selection) et qui plus est assez strictement sélectionnés.

Complications et mortalité

Aucune publication ne signale un nombre de complications ou de décès significativement plus élevé en HAD qu'en hospitalisation classique.

Malgré quelques réserves dues à l'hétérogénéité des populations et à quelques biais méthodologiques suspectés, on peut dire que dans l'état actuel des connaissances, l'HAD ne semble pas moins sûre que l'hospitalisation classique, du moins quand elle est pratiquée dans un cadre bien structuré. Toutefois, étant donné le manque de certitudes des études actuelles, ceci devra être confirmé par une évaluation des premières initiatives en Belgique (par exemple via des projets pilotes).

Les détails de la recherche de littérature se trouvent à la section 1 du rapport scientifique détaillé.

2.5 Premier constat : il est trop tôt pour généraliser

À l'issue de cette première phase de notre travail, un constat s'impose : **l'hétérogénéité des modèles existants et l'absence de modèle préférentiel tant dans la littérature que chez les acteurs belges nous incline à penser qu'il n'est pas souhaitable de déployer l'HAD à grande échelle à l'heure actuelle, mais plutôt de lancer des projets pilotes qui permettront de tester et d'évaluer soigneusement les différents modèles possibles.**

Un constat complémentaire – et important – est que les acteurs belges sont très demandeurs et prêts à se lancer dans l'expérience. Selon leurs perceptions, les avantages d'un programme d'HAD dans notre pays seraient les suivants:



- **une amélioration de la qualité de vie et de la satisfaction des patients et de leur entourage ;**
- **la désinstitutionnalisation des patients, la libération de lits hospitaliers et la réduction des réadmissions ;**
- **une meilleure qualité de soins et une réduction des risques d'infections nosocomiales ;**
- **une revalorisation de l'image des soins de première ligne ;**
- **des soins plus orientés vers le patient et une approche plus holistique ;**
- **une meilleure complémentarité entre les différents environnements de soins ;**
- **un meilleur impact thérapeutique** (par ex. une meilleure compréhension du plan de soins, avec empowerment du patient et amélioration de la compliance) avec toutefois aussi une **Crainte de moindre compliance** (par manque de contrôle).

Par contre, **la possibilité de faire des économies** n'apparaît pas comme une motivation importante ; elle leur semble d'ailleurs fort peu plausible.

De façon générale, ils plaident surtout **contre la création de nouvelles structures**, pour une planification et une organisation de l'HAD **par zones de soins géographiques** et pour la définition de **normes spécifiques mais flexibles, pouvant être adaptées à différents modèles de prise en charge**.

À noter cependant qu'un obstacle possible au développement de l'HAD est la 'densité' nécessaire pour certains soins. En effet, on peut vouloir garder un patient hospitalisé non pas à cause d'une réelle 'complexité' de ses soins mais parce que la concentration des soins permet davantage d'efficacité et de sécurité (par ex. il est plus pratique d'avoir 20 patients sous perfusion IV dans un seul service que 20 patients chacun à son domicile).

Sur base de ce premier constat, nous proposons ici une **première série de recommandations portant sur la conception des projets pilotes**.

Dans la suite de ce rapport, nous analyserons de manière plus approfondie les données disponibles et les observations des acteurs belges pour esquisser les grandes lignes de l'opérationnalisation d'un modèle belge, et nous formulerons :

- des recommandations concrètes pour le terrain sur les activités clés qui devront être mises en place sur le terrain lors du lancement de ces projets pilotes (**section 3**) ;
- des recommandations à l'attention des autorités de santé sur les conditions qui devront être mises en place pour rendre ce modèle belge possible (**section 4**).

Recommandation 1

- **Il est préférable de ne pas déployer l'HAD à grande échelle à l'heure actuelle, mais de commencer par tester différents modèles via des projets pilotes.**
 - **Une équipe d'accompagnement de ces projets pilotes doit être mise en place pour organiser la sélection des projets, suivre leur déroulement et procéder à leur évaluation finale.**
 - **Les critères et indicateurs définis par l'équipe d'accompagnement pour l'évaluation devront être définis a priori avant de lancer les projets et être collectés par chaque projet pilote.**
 - **Ces critères et indicateurs devront permettre dans chacun des domaines des soins concernés, d'évaluer la qualité et le résultat des soins (efficacité, efficacité) ainsi que la satisfaction et la qualité de vie des patients et leur entourage, afin que ces différents items puissent être comparés avec les alternatives existantes (hôpital classique et de jour) pour l'épisode complet de soins.**
 - **La définition de ce que recouvre le terme HAD et ses caractéristiques d'organisation ne devrait actuellement pas être trop restrictive, de manière à laisser une certaine flexibilité à l'échelon local et une marge de manœuvre pour des initiatives innovantes. Une condition minimum est toutefois de respecter la définition de l'HAD à savoir se limiter à des soins qui, autrement, auraient dû être délivrés dans un hôpital.**

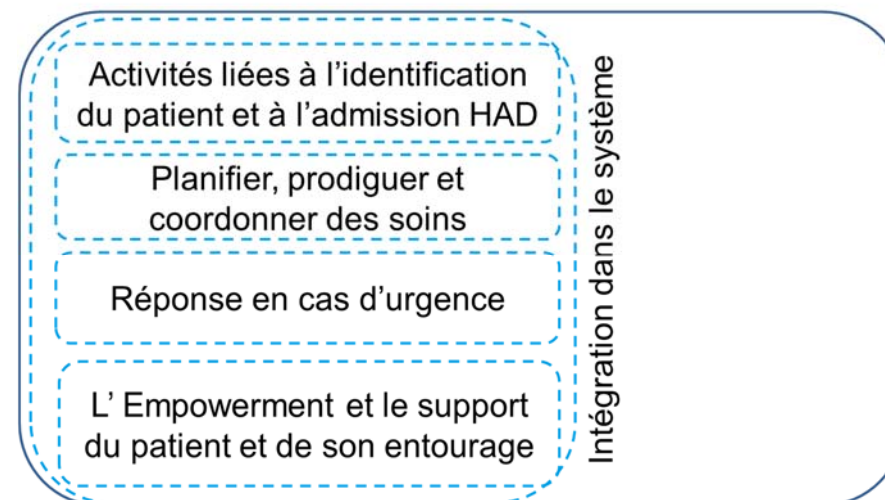


- **Chaque projet d'HAD doit définir ses propres critères d'éligibilité, définis en termes de complexité (minimale / maximale) des soins, de fréquence et durée de soins requis chaque jour, de compétences et d'équipements requis, et de zone géographique desservie.**
- **Une marge d'expérimentation sécurisée devrait être accordée aux initiatives pilotes afin de pouvoir tester différentes modalités de financement (ex. via une convention), incluant la possibilité de financer en dehors de l'hôpital des soins qui ne peuvent actuellement l'être qu'à l'hôpital.**

3 ÉLÉMENTS DE BASE POUR LES PROJETS PILOTES

Cette section est consacrée à la description des éléments de base à prendre en compte pour la conception de projets pilotes destinés à expérimenter sur le terrain divers modèles d'hospitalisation à domicile.

Figure 1 – Liste des activités nécessaires pour développer un programme de HAD de qualité et centré sur le patient (inspiré du position paper sur les soins aux patients chroniques ([KCE Report 190](#)))





3.1 Identification des patients et critères d'éligibilité

Recommandation 2

- **En plus de l'évaluation clinique, la décision d'admission de chaque patient doit reposer sur une évaluation de son environnement social et familial, afin de déterminer s'il bénéficie d'un soutien suffisant et si son environnement de vie est suffisamment sûr et approprié pour une HAD.**
- **Le patient et son entourage doivent être pleinement informés des choix possibles entre l'HAD et d'autres modalités (en général, l'hôpital) et doivent donner leur consentement s'ils décident (le patient mais aussi son entourage) d'opter pour l'HAD.**

Dans les modèles étrangers, aussi bien les **médecins spécialistes** que **généralistes** peuvent en théorie proposer une HAD, mais dans la pratique, il est rare qu'une telle proposition émane d'un professionnel extrahospitalier. On peut établir un parallèle entre cette situation et celle rencontrée actuellement en Belgique dans le domaine des soins palliatifs, où l'on observe une réticence similaire des médecins généralistes à proposer (ou à proposer à temps) ces soins aux patients qui pourraient en bénéficier. Pour cette raison, les pays étudiés entreprennent actuellement des initiatives de **sensibilisation des médecins généralistes**. Nous avons également identifié quelques outils informatiques conçus pour soutenir l'**identification proactive** des patients susceptibles de bénéficier d'une HAD. Cependant, ces derniers sont uniquement développés dans des services hospitaliers (en particulier dans les services d'urgences). Pour des détails à ce sujet voir le supplément de ce rapport, sections « *IT Services* ».

La responsabilité finale de la décision d'hospitaliser un patient en HAD ne fait pas l'unanimité parmi les acteurs belges. Selon certains, cette responsabilité est exclusivement celle du **prescripteur** (le MG ou le spécialiste hospitalier selon le modèle), selon d'autres, cette décision doit être **partagée** entre le prescripteur, le patient et sa famille, et d'autres acteurs de terrain potentiels, comme par exemple les structures responsables de soins à domicile. Un rôle de **médecin coordinateur** ou de **centre coordinateur** a également été évoqué.

3.1.1 Critères d'éligibilité

Il est important que, dans la conception des projets pilotes, une certaine latitude soit laissée à l'expérimentation. Chaque projet doit néanmoins prévoir des **critères clairs d'inclusion et d'exclusion** pour l'HAD. Ceci permettrait notamment d'éviter l'inclusion de patients qui devraient recevoir des soins classiques de nursing à domicile.

Comme mentionné ci-dessus (section 2.3), les programmes d'HAD à l'étranger utilisent des critères davantage basés sur l'**intensité des soins** (caractère multidisciplinaire, fréquence des passages, etc.) que sur une pathologie spécifique. Les critères utilisés pour caractériser cette intensité de soins varient d'un pays à l'autre et évoluent avec le temps et les techniques (voir le supplément du rapport pour une description de ces critères par pays). De plus en plus, ils s'apparentent à de véritables guidelines par type/technique de soins.

En plus des critères liés à l'intensité des soins, l'analyse internationale et les interviews et focus groups avec les acteurs belges soulignent l'importance de respecter également les conditions suivantes:

- le patient doit être dans un **état stable** ;
- son état ne doit pas nécessiter la disponibilité d'un équipement lourd ni la présence permanente d'un professionnel ;
- le patient doit **être suffisamment bien entouré** ;
- le **lieu de vie** doit être approprié et sans danger ;
- le patient et ses proches doivent avoir **marqué leur accord** pour être hospitalisés à domicile, ce qui implique qu'ils ont été clairement **informés de la possibilité de choisir** entre l'hôpital et le domicile, et qu'ils ont marqué leur choix de manière formelle ;
- la **distance géographique** que doit parcourir l'équipe de HAD a également été citée comme critère.



3.2 Planification, coordination et délivrance des soins d'HAD

Recommandation 3

- **Une équipe multidisciplinaire, partageant un plan de prise en charge répondant aux besoins du patient et adapté à la situation locale doit être mise en place. Le rôle et les responsabilités de chaque professionnel de santé et autre intervenant impliqués dans la prise en charge – ainsi que ceux du patient et de son entourage – doivent être clairement décrits dans ce plan de prise en charge. Ce plan doit entre autres déterminer qui coordonne les activités entre les différents services de santé mais aussi entre les services de santé et les services sociaux, qui est le médecin responsable du suivi médical et qui est responsable de la mise à jour du dossier du patient.**
- **Les services médicaux et non médicaux fournis par le projet HAD doivent le plus possible s'appuyer sur des services, structures et programmes déjà existants. Pour les interventions très spécialisées ou « rares », des conventions entre le service d'HAD et des « centres spécialisés » ou des « professionnels de santé spécialisés » doivent être privilégiées.**

Tant l'analyse transversale que les stakeholders belges ont insisté sur l'importance d'une prise en charge par **équipe multidisciplinaire** et sur l'élaboration d'un **plan de prise en charge** individualisé, précis et détaillé, définissant les rôles de chaque intervenant, mais prenant aussi en compte le patient et son entourage.

3.2.1 Composer une équipe multidisciplinaire autour du patient

L'importance d'une approche multidisciplinaire déterminée par les besoins du patient traverse tant la littérature que les modèles mis en œuvre dans les différents pays que nous avons étudiés. Les rôles de chacun des intervenants professionnels doivent être clairement définis :

Le rôle du médecin

L'implication du médecin spécialiste et/ou généraliste (MG) dans les visites à domicile ne suit pas la même logique dans tous les pays. En France c'est un MG – et de préférence le médecin traitant du patient – qui est responsable du suivi médical. Dans les régions autonomes d'Espagne, ce rôle revient à un médecin attaché à l'HAD, généraliste ou interniste. Dans le comté de Victoria (Australie) et aux Pays-Bas, le suivi médical reste principalement aux mains d'un spécialiste travaillant à l'hôpital.

Pour les acteurs belges, **l'implication du MG est essentielle pour assurer la continuité des soins**, mais il persiste des divergences de vues quant au degré de cette implication. Quelques conditions sont toutefois indispensables pour permettre aux MG d'assurer le **suivi médical**, : la possibilité pour le MG de garder un contact étroit avec le spécialiste, la possibilité de se faire remplacer par un collègue en cas d'empêchement, et l'existence d'une coordination efficace entre les soins médicaux, les services sociaux et les services de support. Le modèle de fonctionnement actuel des soins palliatifs a été à plusieurs reprises évoqué comme une solution adaptable à l'HAD, avec une équipe de soutien spécialisée en appui pour le médecin généraliste.

Le rôle du personnel infirmier

Toutes les sources que nous avons consultées **attribuent aux infirmiers un rôle majeur** dans les initiatives d'HAD. Pour ceux qui travaillent en première ligne (soins à domicile) des formations spécifiques peuvent être nécessaires (voir section 4.2). Dans les situations exigeant des soins très complexes ou lorsque l'expertise nécessaire n'est pas disponible en première ligne (par ex. pour des maladies rares), il a été suggéré de pouvoir faire appel aux équipes de nursing de l'hôpital. Mais ceci se heurte à la difficulté de définir ce que l'on entend par « soins complexes ».

Le rôle du pharmacien

Le rôle du pharmacien dépend avant tout du lien de l'HAD avec l'hôpital. En Australie, certains pharmaciens d'hôpital font partie de l'équipe d'HAD. En France, où des unités autonomes d'HAD sont possibles, le rôle du pharmacien d'officine dans le suivi de la médication du patient est en train de se prendre de plus en plus d'importance. Nous y reviendrons plus loin (voir section 4.2)



Le rôle des autres professionnels

L'analyse transversale montre que l'implication d'autres professionnels (de santé et autres) semble le plus souvent être déterminée au cas par cas. En Belgique, étant donné la perspective de voir de plus en plus de patients recevoir leurs soins hospitaliers à domicile, les acteurs belges estiment qu'il serait souhaitable d'intégrer ces autres professionnels de façon plus structurée dans les processus de soins.

Le rôle des techniciens et de l'industrie

Le rôle des techniciens qui délivrent des dispositifs spécifiques et les services associés n'est mentionné que dans les projets français. Les acteurs belges ont souligné l'importance de bien **définir le rôle de l'industrie** concernant l'utilisation des dispositifs médicaux et la délivrance de certains médicaments en HAD.

3.2.2 Établir un « plan de prise en charge » individualisé

Le plan de prise en charge (expression préférée à « plan de soins » parce qu'il s'agit d'une prise en charge plus globale que les seuls soins) doit être conçu en fonction d'**objectifs définis en collaboration avec le patient et ses proches**. Il doit décrire le partage des responsabilités médicales, la gestion des médicaments, le planning du suivi, la date de début, la marche à suivre en cas d'urgence et une limite claire à partir de laquelle le patient ne sera plus considéré comme en HAD. Le plan doit également tenir compte des besoins psychologiques et sociaux du patient.

Les exemples étrangers montrent que les **aspects non médicaux**, comme la livraison de repas, l'aide à domicile, etc. sont parfois aussi inclus dans le plan de prise en charge, en fonction de l'étendue de l'offre des initiatives d'HAD et des services disponibles localement.

Dans le cas où le patient requiert également la présence de services de **soins à domicile classiques**, comme des soins de toilette, il est important que le plan de prise en charge prévienne si ces services sont fournis par l'HAD ou par des services locaux existants ; dans ce dernier cas, le plan doit prévoir une coordination avec ces services.

3.2.3 Quels soins font partie de l'HAD ?

Dans tous les pays que nous avons étudiés, la nature des soins délivrés dépend de l'organisation et de l'infrastructure de soins locales. Un principe de base est que les patients doivent recevoir des **services équivalents**, qu'ils soient à l'hôpital ou à domicile. Cependant, la question de la prise en charge des soins non médicaux reste ouverte et nous n'avons pas trouvé de réponse simple quant à la manière dont cela peut se mettre en place en pratique.

Pour les soins médicaux : l'analyse des données internationales en provenance des pays sélectionnés et de la revue de littérature donne une large palette de services incluant des soins curatifs (médicaux et post-chirurgicaux), mais aussi des soins palliatifs et, dans une moindre mesure, des soins de révalidation et de soins de santé mentale.

En France, la **nécessité de coopération entre l'HAD et des services spécialisés** est un élément important. Plutôt que de développer des compétences spécifiques au sein du programme d'HAD, il apparaît préférable d'établir une collaboration avec d'autres services spécialisés existants, afin d'assurer la sécurité et l'efficacité des soins et d'éviter une redondance des services et une multiplication des acteurs locaux.

L'accès aux produits pharmaceutiques et aux dispositifs médicaux est un point d'attention. Il nécessite d'établir des canaux de collaboration clairs entre les programmes d'HAD et les pharmacies. Quand il s'agit d'un programme émanant d'un hôpital, c'est en général **la pharmacie de cet hôpital** qui gère la fourniture des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux. Dans le cas contraire, il faut prévoir des accords avec des **pharmacies locales**, mais aussi avec des pharmacies hospitalières pour les médicaments et dispositifs qui ne sont disponibles qu'à l'hôpital. Aux Pays-Bas et en France, l'industrie peut délivrer directement des produits à l'HAD.

La gestion des déchets doit également faire partie des tâches à prendre en compte.

Pour les services non médicaux : les services correspondant à la « fonction d'hôtellerie » de l'hôpital se trouvent dans une situation plus floue. Ils reposent en partie sur la **famille** et en partie sur des **services d'aide à domicile**, dans la mesure de leur disponibilité. Les autorités des pays analysés favorisent généralement les **accords de collaboration** avec



d'autres services spécialisés plutôt que le développement de compétences spécialisées au sein de la structure d'HAD. Le '*position paper*' du KCE sur les soins chroniques (KCE Report 190) insistait également sur le **recours aux structures existantes** chaque fois que c'est possible plutôt que de créer de nouvelles structures. Cette position correspond à celle des stakeholders belges, et devra faire l'objet d'une réflexion approfondie lorsqu'il s'agira de déterminer quelles activités devront être développées en HAD.

Le développement **d'outils informatisés** devra également prendre en compte ces acteurs extérieurs.

3.3 Plan d'urgence

Recommandation 4

- **Pour chaque programme d'HAD, un plan d'urgence détaillé doit être conçu. Il doit mentionner le rôle et les responsabilités de chaque intervenant en cas d'urgence.**

Dans tous les pays que nous avons examinés, les programmes d'HAD prévoient un **plan d'action détaillé en cas d'urgence**, qui comprend les rôles et responsabilités des professionnels concernés, leurs coordonnées pour un contact rapide et le processus de réaction prévu. Ce processus repose toujours sur les professionnels de l'HAD dans un premier temps ; les services d'urgences ne sont impliqués qu'en complément et ne substituent pas aux activités de l'équipe d'HAD.

La garantie d'une **accessibilité 24h/24 et 7jours/7** était une condition impérative dans tous les pays, ce qui implique la conclusion de conventions avec les hôpitaux locaux (voir également section 3.5).

Les acteurs belges, pour leur part, étaient d'avis qu'il ne fallait pas créer des structures d'urgences spécifiques aux HAD et qu'il fallait plutôt privilégier les **collaborations avec les structures existantes**, quitte à renforcer celles-ci.

3.4 Empowerment et soutien des patients et de leur entourage

Recommandation 5

- **Le patient (avec son entourage) doit être impliqué dans son plan de prise en charge. Une attention particulière doit également être portée à l'éducation du patient et de son entourage. En outre, il faut veiller à soutenir l'entourage afin de prévenir son épuisement.**

La décision éclairée et active des patients et de leur entourage dans le choix de bénéficier de l'HAD est un principe qui se retrouve dans les programmes d'HAD de tous les pays que nous avons étudiés, de même que leur empowerment. Il est toutefois difficile de dire dans quelle mesure et de quelle manière ce dernier principe est mis en œuvre ; cela dépend notamment de ressources mises à disposition pour former et informer les bénéficiaires.

Dans les situations complexes, la participation des soignants informels peut devenir très lourde, et il peut alors être nécessaire de prévoir un soutien supplémentaire pour éviter l'hospitalisation ou la ré-hospitalisation.

Les acteurs belges partageaient tout à fait ce point de vue, tout en ajoutant que l'empowerment et l'éducation du patient ont aussi de l'importance pour augmenter la compliance au traitement.

Les recommandations du KCE au sujet de l'empowerment des patients, issues du *position paper on chronic care* (KCE Report 190), sont rappelées dans le rapport scientifique détaillé, section 3.8.



3.5 Continuité des soins et intégration des activités d'HAD dans le système de santé

Recommandation 6

- **Pour assurer la continuité des soins, le travail en réseau, avec des accords avec d'autres prestataires et services de soins, tant en amont (hôpitaux) qu'en aval (première ligne) de l'HAD doit être privilégié.**

L'intégration et la continuité des soins à travers les différents niveaux du système sont des buts que poursuivent les autorités de santé de tous les pays examinés. Les solutions mises en place consistent généralement à **formuler des règles claires** et à **prévoir des incitants** pour favoriser la collaboration entre tous les prestataires de soins, **tant en amont qu'en aval de l'HAD**. Toutefois, les informations que nous avons pu rassembler à ce sujet vont surtout dans le sens de recommandations et d'objectifs politiques, mais les évaluations des mesures préconisées sont rares.

Nous avons relevé plusieurs points d'attention particuliers :

- **le manque d'intégration de l'HAD avec la première ligne.** L'envoi de patients par la première ligne reste bas dans tous les pays étudiés. C'est toutefois moins le cas lorsque les prises en charge de HAD se font en partie via le médecin généraliste, comme c'est le cas en France ;
- **le risque de voir les services d'HAD utilisés de façon inappropriée**, en particulier pour des cas moins complexes, qui ne les nécessitent pas, en raison du manque de coordination entre services de soins et des limites mal définies des prérogatives des uns et des autres. Ceci est surtout le cas lorsque la même entité ou groupement de professionnels de la santé peuvent fournir des soins en HAD et des soins à domicile plus courants ;
- **une rupture de continuité dans la fourniture des produits pharmaceutiques** au patient à l'entrée et/ou à la sortie du programme d'HAD.

En Belgique aussi, la **transition entre les différentes lignes de soins** a régulièrement été désignée comme un élément très important. Les acteurs belges interviewés partent tous du principe que notre paysage de soins doit accorder une **priorité à la continuité** et que, dans les plans de prise en charge, une attention toute particulière doit être portée aux **transitions**, en amont et en aval de l'HAD, ce qui implique de développer et de promouvoir l'usage de **protocoles de soins** et de **dossiers informatisés partagés** entre institutions (voir section 4.5).

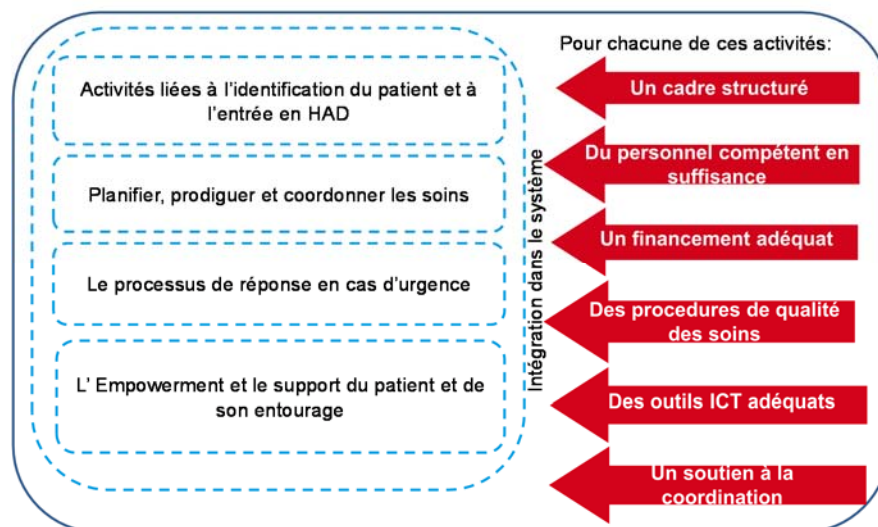
C'est aussi pour cette raison que les programmes d'HAD doivent être incités à collaborer avec les autres acteurs du terrain et à établir avec eux des conventions qui décrivent de façon explicite leurs missions respectives. En particulier, la collaboration avec les **services de soins à domicile** est primordiale pour s'assurer du suivi du patient à sa sortie de l'HAD, mais aussi pour éviter que le patient reste trop longtemps en HAD alors que son état ne le nécessite plus (avec un accord clair sur la fin de l'HAD). Notre analyse transversale montre cependant qu'il reste encore de larges marges d'interprétation sur la traduction en pratique de ces conventions.

Nous avons également pu constater qu'à l'étranger, **tout programme d'HAD est toujours lié à un hôpital**. En effet, même les programmes d'HAD autonomes et indépendants des hôpitaux doivent conclure une convention avec un hôpital pour assurer la continuité des soins, notamment en cas d'urgence.



4 IMPLÉMENTATION D'UN PROGRAMME D'HAD BELGE : IMPLICATIONS POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

Figure 2 – Exigences liées aux activités clés en HAD



4.1 Un cadre structuré

4.1.1 Normes et législations

Recommandation 7

- Une évaluation des critères d'éligibilité utilisés par les différentes initiatives pilotes devra être faite afin de définir les critères à retenir pour l'implémentation à large échelle de l'HAD. Les instruments choisis pour évaluer ces critères d'éligibilité devront avoir été validés

Recommandation 8

- Un cadre légal de base devra être élaboré, avec des normes de sécurité et de qualité des soins adaptés aux spécificités de l'HAD. Ce cadre légal devra aussi prévoir des normes en termes de subsidiarité, de délégation et de responsabilité.

Dans tous les pays, les programmes d'HAD prévoient des normes organisationnelles. Ces normes prévoient notamment un système de communication à distance, une liaison permanente entre le patient, sa famille et le personnel d'HAD, et l'obligation de garantir un nombre minimal de prestataires. Chaque pays ou région a également défini des **critères d'éligibilité détaillés** (en termes d'intensité des soins) pour définir le plus précisément possible quels sont les patients qui peuvent être pris en charge en HAD.

Pour les projets belges, il serait bon de définir également un cadre légal pour garantir la qualité et la sécurité de l'HAD. La réflexion autour de ces conditions dépendra de l'évaluation des projets pilotes, et sera notamment fonction du type d'articulation de l'HAD avec l'hôpital et/ou les soins de première ligne. C'est également sur base de l'évaluation des projets pilotes qu'il faudra **définir des critères d'éligibilités clairs** qui seront valables pour l'ensemble des programmes d'HAD belges. Cette étape est considérée comme essentielle par les acteurs belges.

Étant donné que l'HAD n'entre pas dans le cadre de la définition légale d'une hospitalisation classique, il sera également important d'examiner les questions relatives aux réglementations qui devront être suivies, aux interventions qui pourront ou ne pourront pas être pratiquées en dehors de l'hôpital, etc.



4.2 Du personnel compétent en suffisance

4.2.1 Former un personnel qualifié

Recommandation 9

- **En fonction du modèle choisi, des programmes de formation appropriés devront être développés comme par exemple des programmes d'éducation continue adaptés aux exigences des interventions complexes fréquemment effectuées en HAD ou encore des programmes de formation par des personnes du terrain (collaboration avec le secteur hospitalier, création de plateformes d'échange).**

Dans les expériences étrangères étudiées, l'essentiel du personnel était constitué d'infirmiers ; en général, ceux-ci n'avaient pas de qualifications ou de formations spécifiques pour l'HAD, mais l'accent était mis sur l'expérience de terrain et la formation continue.

Les acteurs belges confirment qu'il est indispensable à leurs yeux que le personnel infirmier de l'HAD, puisse acquérir des compétences et une expérience suffisantes, et que cela n'est possible qu'à force de pratique de terrain.

Un manque de personnel qualifié pourrait limiter les possibilités de trouver des remplacements, de sous-traiter ou de déléguer des soins à des professionnels qui ne travaillent pas de façon régulière dans l'équipe d'HAD.

Un autre problème mis en avant est le manque d'expertise des soignants de première ligne, en Belgique, pour la pratique de soins complexes habituellement délivrés en milieu hospitalier. Il est donc important de prévoir des modules de formation tant dans les cursus des futurs diplômés que dans la formation continuée.

Il ne serait cependant pas réaliste de demander que tous les infirmiers soient spécialisés dans tous les soins complexes pouvant être administrés lors des HAD, surtout les soins rarement prodigués. Dans certains pays, on préfère passer par des conventions avec des structures ou des professionnels spécialisés.

4.2.2 Augmenter l'attractivité des programmes d'HAD et monitorer les ressources humaines disponibles

Recommandation 10

- **L'attractivité des programmes d'HAD pour les médecins et les praticiens de l'art infirmier devra être renforcée, notamment via une information proactive sur le concept d'HAD.**

Le manque d'informations sur le concept de HAD et des financements inappropriés ont été considérés dans les autres pays comme des barrières importantes à son développement. Mal informés sur le sujet, le corps médical s'est montré sceptique sur la valeur ajoutée de l'HAD et réticent face aux contraintes qu'il y voyait.

Ceci a été particulièrement visible en France, où le rôle du médecin généraliste est prépondérant. Les autorités de santé françaises travaillent actuellement à améliorer la visibilité et l'attractivité de l'HAD en les informant proactivement, en impliquant leurs représentants dans les réflexions autour de son développement et en augmentant le nombre de stages en HAD lors de leurs études. Une adaptation de leur rémunération est également en discussion.

Il ressort de notre consultation d'acteurs belges que la **volonté des médecins généralistes** de s'investir dans les programmes d'HAD et la **disponibilité de professionnels de soins qualifiés** sont des conditions critiques qui doivent être réunies avant de lancer un projet d'HAD. Le manque d'infirmiers suffisamment qualifiés et la pénurie de médecins généralistes sont donc perçus comme des facteurs très péjoratifs. Des mesures en vue d'augmenter l'attractivité de ces professions ont été prises ces dernières années ; la possibilité de travailler dans le cadre d'HAD pourrait en être une supplémentaire, mais l'analyse des expériences menés à l'étranger montre l'importance de bien informer les professionnels sur ce que recouvre ce concept, pour désamorcer certains préjugés.

Pour les infirmiers, l'HAD représente une nouvelle possibilité de spécialisation susceptible de renforcer l'attractivité du métier mais, en contrepartie, cela pourrait aussi aggraver la pénurie de personnel infirmier dans les hôpitaux et autres structures de soins. Il est donc important de mettre sur pied un monitoring des ressources humaines.



4.2.3 Nouveaux titres et fonctions

Recommandation 11

- **La nécessité de nouvelles descriptions de fonction pour certains professionnels de santé devra être évaluée sur base des projets pilotes.**
- **La coordination de la prise en charge autour du patient étant un point clé de l'HAD, les réflexions actuelles sur la fonction de « gestionnaire de cas » (case manager) pour les patients chroniques devraient tenir compte de la possibilité d'élargir cette fonction aux patients en HAD.**

Infirmiers spécialisés

De nombreux nouveaux titres et fonctions infirmiers apparaissent au niveau international : *nurse practitioner*, *advanced practice nurse*, *nurse consultant*, *clinical nurse specialist*, etc., mais ceux-ci ne sont pas liés à l'HAD. Parmi les stakeholders belges, la possibilité de reconnaître le titre de *clinical nurse specialist*, qui n'existe pas encore chez nous, a été évoqué comme piste intéressante pour l'HAD. Cependant, l'opinion la plus largement répandue est qu'il est préférable que l'HAD fonctionne avec les titres existants.

Une fonction de gestion de cas (*case-management*)

Un point commun à tous les programmes d'HAD recensés à l'étranger est le rôle central dévolu au *case manager*. Dans ces pays, cet acteur essentiel est un professionnel de la santé ; il gère les plans de prise en charge des patients et coordonne les différents intervenants à son chevet (y compris les services non médicaux).

L'importance de la **fonction de gestionnaire de cas** fait également l'unanimité en Belgique ; elle est d'ailleurs actuellement au centre de réflexions dans le cadre des soins pour les patients chroniques. Les acteurs belges interviewés proposent également qu'une telle fonction soit intégrée à des structures comme par exemple les groupements de médecins généralistes ayant développé une équipe multidisciplinaire, ou les organisations de soins à domicile.

Une extension du rôle du pharmacien

Certains programmes d'HAD à l'étranger envisagent d'élargir le rôle du pharmacien d'officine et de l'impliquer dans la gestion de la médication des patients. La Belgique commence également à développer ce nouveau rôle. Le rôle des pharmaciens hospitaliers devra également faire l'objet d'attention si le nombre d'HAD devait augmenter de façon importante.

Obstacles à la création de nouvelles fonctions en Belgique

Déjà dans le position paper sur les soins chroniques (2012), nous avons mis en lumière les obstacles potentiels à l'implémentation de nouvelles fonctions au sein des soins de santé en Belgique, notamment la résistance des autres professionnels de la santé, la difficulté à adapter les législations aux différents niveaux de compétence, le besoin de financer correctement ces nouvelles fonctions, le manque de formations adéquates et la pénurie actuelle de personnel infirmier.

4.3 Un financement adéquat

Recommandation 12 :

- **Les modalités de financement testées durant les projets pilotes devront être évaluées. Le choix d'un système tiendra compte de tous les coûts directs et indirects liés aux soins du patient (y compris la coordination des soins, l'éducation du patient et de l'aidant proche, etc.). Le financement devra être cohérent avec les autres cadres de soins, de manière à permettre des transferts dans le meilleur intérêt du patient.**
 - **Il faudra porter une attention particulière à la rémunération des professionnels de santé afin qu'elle reflète le niveau de charge de travail et de spécialisation nécessaire.**
 - **Une attention particulière devra également être accordée au remboursement des médicaments.**
 - **Le coût pour le patient et les questions des suppléments et de la transférabilité des assurances hospitalisation devront être investiguées spécifiquement pour l'HAD.**



En matière de financement, il apparaît clairement, à l'analyse des exemples étrangers, que la manière dont les services HAD sont financés dépend étroitement de leur ancrage dans le système de soins global et donc du type de financement des autres prestataires de soins. En d'autres mots, il est impossible de proposer des modalités de financement indépendantes pour l'HAD ; il faut plutôt la voir comme une extension du système auquel elle est attachée.

Comme pour tous les soins de santé, la grande question est de trouver comment allouer au mieux les ressources. Notre analyse transversale montre que l'utilisation de **groupes d'activités homogènes** tels qu'ils sont définis dans les hôpitaux comme base de financement pour l'HAD est une solution très controversée. En effet, les systèmes de classification de l'hôpital ne correspondent pas nécessairement aux schémas de prise en charge utilisés dans l'HAD. Seule la France a développé **une classification spécifique pour l'HAD**, différente de celle des patients hospitalisés. Cette classification, basée sur une liste de modes de prise en charge, trouve cependant aussi ses limites. En effet, ces modes de prise en charge n'étant pas toujours suffisamment précis, cela a ouvert la porte à des pratiques de codage injustifiées afin d'augmenter les revenus.

Un autre problème mis en lumière par notre analyse transversale est celui des **frais de déplacement des prestataires**. L'absence de prise en compte de ces frais peut fragiliser la santé financière de certains programmes d'HAD, notamment en zone rurale.

Pour plus de détails sur les modes de financement dans chaque pays, voir le rapport scientifique section 2.11.3.

La manière dont l'HAD sera financée en Belgique dépendra de la nature des activités médicales qui seront proposées et de la répartition des responsabilités entre les différents intervenants. Cependant, indépendamment de la discussion autour du cadre organisationnel de l'HAD, les acteurs belges se sont montrés favorables à un **système de financement mixte**, avec un forfait de base et des paiements additionnels pour la rémunération de certains services spécialisés, ou pour des médicaments ou dispositifs particuliers.

Il faut également noter que si les tarifs sont déconnectés des coûts, les paiements forfaitaires risquent d'entraîner une sélection des patients. Les acteurs belges ont donc insisté sur la nécessité de **lier les tarifs à la**

consommation de ressources – tout en soulignant la difficulté d'un tel procédé, ce qui leur fait craindre que nous ne soyons pas prêts pour cela. Ils ont également tenu à préciser que si le choix se porte sur un système mixte, il sera indispensable de définir très clairement ce qui sera recouvert par le forfait, en particulier pour les médicaments et les dispositifs médicaux.

Bien entendu, ces discussions sur le financement de l'HAD doivent rester alignées sur celles actuellement en cours sur la réforme globale du financement hospitalier. Ces discussions comportent des pistes pour un affinement du financement basé sur les *Diagnosis Related Groups* (DRG), sur base des coûts moyens (ce qui requiert un système de collecte des coûts basé sur un échantillon représentatif des hôpitaux), un lien avec la qualité et une possibilité, dans le futur, d'évoluer vers un financement global des épisodes de soins.

4.3.1 *Autres points à prendre en considération pour le financement*

Adapter le système de rémunération des professionnels à une meilleure prise en compte de leur charge de travail et de leur niveau de spécialisation

En Belgique, les médecins spécialistes et généralistes sont le plus souvent payés à l'acte (à l'exception des spécialistes travaillant dans les hôpitaux universitaires, qui sont le plus souvent salariés). Tant l'analyse transversale que l'analyse des rapports belges a montré que ces tarifs à l'acte doivent être adaptés à la charge de travail et au niveau de spécialisation. En France par exemple, certains MG sont réticents à participer à un programme d'HAD parce qu'ils estiment que la rémunération prévue ne correspond pas à la charge de travail, elle-même liée à la complexité des cas, ni au temps passé à des activités qui ne relèvent pas du soin proprement dit, comme les activités de coordination, ou l'éducation du patient et de son entourage.

Pour les infirmiers, si un paiement à l'acte est choisi, il faudra modifier la nomenclature actuelle, c'est-à-dire que, là aussi, la rémunération devra tenir davantage compte de la charge de travail et du niveau de spécialisation. Elle devrait également inclure davantage de prestations.



Une cohérence entre les mécanismes de financement des différents modèles et une attention aux doubles paiements

La littérature internationale indique que le financement d'un programme d'HAD doit également être **adapté aux autres cadres de soins** (hôpital, hôpital de jour, ambulatoire). On a en effet pu constater que les différences de niveaux de rémunération entre les différents cadres de soins, combinées à un manque de critères d'éligibilité clairs, peuvent entraîner une mobilisation des ressources de l'HAD pour des cas qui ne le nécessitaient pas réellement.

Quelques études belges soulignent la nécessité d'une plus grande **neutralité** entre les mécanismes financiers des différents cadres de soins, pour éviter, par exemple, que le patient soit maintenu à l'hôpital pour des raisons financières. Afin d'augmenter cette neutralité, il est préférable de lier les différents mode de paiements de ces cadres de soins à la consommation de ressources. Quelques réflexions ont également été menées au sujet d'incitants pour optimiser les choix entre les différentes modalités de soins. Sans bons **incitants financiers** (par ex. si l'hôpital est financièrement plus intéressant), l'HAD ne pourra pas se développer en Belgique.

Notre analyse transversale a également attiré notre attention sur le **risque de paiements multiples** pour un même épisode de soins. Ce risque peut se présenter, par exemple, lorsque le patient change « momentanément » de cadre de soins (par ex. pour passer en hôpital de jour) : il pourrait alors être considéré comme recevant des soins des deux côtés, donnant lieu à un double paiement. En France, une réflexion est en cours pour installer plus de cohérence entre les différents cadres de soins (hôpitaux, hôpitaux de jour, institutions médico-sociales, centres de revalidation, HAD).

Enfin, nous n'avons pas pu trouver, dans la littérature internationale, d'évaluation des coûts portant sur la **totalité d'un épisode de soins** (en partie à l'hôpital, en partie en HAD). Même si certaines études mentionnent une réduction de la durée du séjour hospitalier, le nombre de jours en HAD pourrait être plus long et il est important de vérifier que l'HAD ne se substitue pas à des soins à domicile classiques (ou à des soins ambulatoires).

Attention à l'accessibilité

Tous les pays tentent de maintenir les coûts de l'HAD neutres pour les patients. Néanmoins, en pratique, les limites de ce qui est couvert par le programme d'HAD n'est pas toujours clair, notamment sur le plan des arrangements pris pour couvrir les besoins non médicaux, qui peuvent occasionner des frais supplémentaires pour le patient. En Belgique, on sait que des suppléments d'honoraires sont régulièrement demandés aux patients ; ceci devra donc faire l'objet d'une réflexion particulière. Les discussions sur le financement de l'HAD devront aussi inclure le problème du **remboursement des médicaments** afin d'éviter que celui-ci diffère en fonction du statut du patient et de l'organisation de la fourniture des médicaments (ambulatoire ou hôpital). Le rôle des assurances « hospitalisation » dans la couverture de leurs frais doit également encore être étudié.

Outre les éléments purement financiers, l'accès à l'HAD dépend aussi directement de l'environnement physique du patient, ce qui peut induire de facto une **inégalité d'accès** aux soins.

4.4 Des procédures de qualité des soins

Recommandation 13

- **Un processus d'assurance de la qualité et de la sécurité devra être mis en place ; il devra être accompagné d'une collecte d'indicateurs de processus et de résultat (sécurité, efficacité) et d'indicateurs socio-économiques (efficacité). La satisfaction et la qualité de vie du patient et de son entourage doivent également être évalués.**

Recommandation 14

- **Des guidelines, des protocoles, des outils d'information et des outils de screening proactif du patient devront être développés.**

Dans les pays que nous avons étudiés, le niveau d'intégration de l'HAD dans le reste des soins de santé détermine en large partie les **normes de qualité** auxquelles elle doit s'astreindre. Pour cette raison, il existe **peu d'indicateurs de processus ou de résultats spécifiques à l'HAD**.



La qualité des soins doit être une motivation essentielle de l'HAD ; elle doit donc faire l'objet d'un monitoring soigneux. Ceci implique, d'après les stakeholders belges, une meilleure coordination entre les niveaux de décision et les différentes organisations concernées par la qualité des soins, notamment pour éviter de dupliquer des récoltes de données.

4.5 Des outils ICT

Recommandation 15

- **Des systèmes d'échanges informatisés de données (intégré au plan national e-health) sont indispensables, pour permettre le partage d'informations entre professionnels de santé et entre les différents cadres de soins, le recueil de données pour le financement et le suivi de la qualité des soins.**

Il existe peu d'outils informatisés spécifiques pour l'HAD. Dans les pays que nous avons analysés, l'utilisation d'outils ICT dans les interventions d'HAD est avant tout corrélée au niveau de développement global d'informatisation dans les soins de santé. Mais il est clair que l'existence d'un **dossier informatisé partagé** pour chaque patient est une condition préliminaire essentielle à toute volonté d'implémentation d'HAD.

Par ailleurs, les programmes d'HAD doivent aussi pouvoir disposer de **moyens de communication** leur permettant de maintenir **un contact permanent** (24h/24; 7d/7) entre les patients, leur entourage et l'équipe de soins.

Nous n'avons pas trouvé beaucoup d'informations au sujet de l'utilisation de la **télé-médecine** dans les programmes d'HAD. À Valence, certaines initiatives ont développé des programmes spécifiques pour le contrôle à distance des paramètres des patients.

En Belgique, l'informatisation des soins de santé est liée au **programme eHealth**, dont l'objectif est d'arriver à un usage généralisé des services de santé en ligne aux alentours de 2018.

Certains stakeholders estiment qu'il serait nécessaire d'investir davantage dans des **systèmes de télé-monitoring** permettant par exemple à l'équipe d'HAD présente au chevet du patient de demander l'avis du spécialiste hospitalier.

Enfin, soulignons que plusieurs points de réflexion déjà cités exigent un investissement informatique :

- L'accès au dossier médical pour tous les professionnels impliqués requiert une compatibilité entre les systèmes informatiques de tous les lieux de soins et de tous les professionnels ;
- L'informatique est également indispensable pour extraire les données nécessaires au monitoring de la qualité ;
- Des rappels automatiques (aides à la décision) pourraient être utilisés pour identifier les patients éligibles pour l'HAD et pour améliorer le respect des guidelines.

4.6 Des structures de soutien à la coordination et une collaboration entre les différents niveaux de pouvoir

Recommandation 16

- **Pour soutenir la coordination des services mobilisés pour l'HAD, il faudra poursuivre le développement des structures de coordination et des réseaux locaux existants et s'appuyer sur ceux-ci.**

Recommandation 17

- **Un accord entre les différents niveaux de compétence devra être négocié, en vue d'une meilleure coordination entre les politiques d'aides à la personne et les politiques de santé, et de modalités de financement qui soutiennent le meilleur intérêt du patient.**

L'analyse internationale a montré que tous les pays accordent une attention particulière à la coordination entre les services de santé mais aussi entre les services de santé et les services sociaux. Ceci implique de confier un rôle central à des structures de soutien plus générales au niveau de la communauté. En Belgique, de nombreuses structures de coordination, plateformes et réseaux locaux existent déjà, tant dans le domaine médical que dans celui du support social. Les redondances et le manque d'interaction entre ces structures a toutefois été dénoncé. Il faut donc continuer à développer ces structures de coordination mais aussi les simplifier et rationaliser.



L'intégration et la continuité des soins implique de formuler des règles claires et de prévoir **des incitants pour favoriser la collaboration** entre tous les prestataires de soins.

Enfin, une **collaboration entre les différents niveaux de gouvernance en Belgique** sera nécessaire. Etant donné la répartition actuelle des compétences entre les entités fédérales et fédérées dans le secteur social et celui de la santé, la mise en œuvre de l'HAD en Belgique nécessitera des négociations entre ces différents acteurs, ainsi que la création de nouvelles règles de transfert des budgets.

5 CONCLUSION

Ce rapport vise à identifier les différents éléments-clés nécessaires à l'élaboration d'un cadre organisationnel pour l'HAD en Belgique. Le concept même d'HAD reste difficile à définir ; il peut s'appliquer à un grand nombre de pathologies et impliquer une grande variété de soins (parfois complexes) et de technologies. Aussi est-il essentiel, si l'on veut éviter qu'elle soit mise en œuvre de façon inappropriée, de préciser clairement les contours de la prise en charge en HAD (définition, critères d'inclusion et d'exclusion, financements, normes, ...). D'après la littérature, la sécurité de l'HAD ne semble pas poser de problèmes, tandis que la qualité de vie et la satisfaction des patients apparaît au moins équivalente à celle de l'hospitalisation classique. Toutefois, étant donné le manque de preuves probantes décrit dans la littérature, ceci devra être confirmé par une évaluation des premières initiatives en Belgique (par exemple via des projets pilotes).

L'hétérogénéité des modèles existants et l'absence de modèle préférentiel tant dans la littérature que chez les acteurs belges renforcent l'idée qu'il est préférable de ne pas déployer l'HAD à grande échelle à l'heure actuelle, mais de commencer par des projets pilotes permettant de tester et d'évaluer soigneusement différents modèles.

Nous avons toutefois pu identifier de nombreux points d'attention, tant pour la conception des projets pilotes que pour le cadre futur du programme d'HAD belge. Sur le plan organisationnel, il sera nécessaire d'accorder une attention particulière à l'approche multidisciplinaire autour d'un plan de prise en charge défini selon les besoins du patient, à une offre de services adaptée aux besoins locaux, à la coordination des soins et des services non médicaux, à l'empowerment et au soutien du patient et de son entourage, ainsi qu'à la continuité des soins et à la collaboration avec les structures existantes. Un processus d'agrément incluant des critères de sécurité et de qualité minimaux devra être mis au point. Il faudra également s'assurer, avant d'implémenter le programme, que nous disposons d'une offre suffisante de personnel qualifié, d'un financement adéquat, d'outils informatiques et d'aide à la décision appropriés, et d'un soutien adéquat à la coordination. Enfin, il sera nécessaire de jeter des ponts entre les différents niveaux de gouvernance, étant donné la distribution actuelle des responsabilités en matière de soins de santé, de services sociaux et d'aide à la personne entre les entités fédérale et fédérées. Ceci nécessitera des



négociations multilatérales et la création de nouvelles règles de transfert de budgets.

L'espoir que les alternatives à l'hospitalisation – dont l'HAD – pourront diminuer les coûts reste une question à examiner en détail au niveau belge. Ceci implique d'abord de mesurer les coûts à charge des différentes parties, y compris pour les patients et leur entourage. Ensuite, il est important de rappeler que faire des économies ne requiert pas seulement d'offrir des alternatives aux soins mais aussi de restructurer la capacité des hôpitaux, en d'autres mots, de fermer des lits, voire des services entiers. Ceci reste un décision politique difficile, qui demandera un ajustement précis de la manière dont les différents services – intra- et extra-hospitaliers – seront financés. Le cadre organisationnel de l'HAD ne pourra être tracé sans prendre en considération les rôles des prestataires de soins des première, deuxième et même troisième lignes.

Les limites de ce qui peut utilement être pris en charge en HAD sont mal définies à ce jour et sont en plus étroitement liées aux évolutions technologiques qui rendent possible le transfert des soins de l'hôpital vers le domicile. Toutefois, ce ne sera pas seulement la possibilité de transférer, mais aussi la manière dont le transfert sera mis en œuvre qui seront déterminants. De plus, même si en théorie, l'HAD est vue comme une possibilité de réduire les durées de séjour ou d'éviter les admissions en hôpital, on constate qu'en pratique, les programmes d'HAD répondent plus souvent au premier motif qu'au second. La diminution des admissions via l'HAD fait encore actuellement l'objet de recherches.

Enfin, dans un monde idéal où nous pourrions repartir à zéro pour imaginer un nouveau système de soins de santé, les services d'HAD seraient intégrés – et jamais opposés – aux autres prestataires de soins. Ce qui nous fait dire que la discussion actuelle sur les alternatives à l'hospitalisation sont une excellente opportunité de nous demander comment transformer un système qui est progressivement devenu un patchwork bien intentionné de services destinés à satisfaire des besoins non rencontrés en un système unique et global de services interconnectés.



COLOPHON

Titre :	L'hospitalisation à domicile : orientations pour un modèle belge – Synthèse
Auteurs :	Maria-Isabel Farfan-Portet (KCE), Alain Denis (Yellow Window), Lut Mergaert (Yellow Window), François Daue (Yellow Window), Patriek Mistiaen (KCE), Sophie Gerkens (KCE)
Coordinateur de projet :	Nathalie Swartenbroeckx (KCE)
Rédaction de la synthèse	Karin Rondia (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Relecture :	Anja Desomer (KCE), Nadia Benahmed (KCE), Carine Van de Voorde (KCE), Dominique Paulus (KCE), Raf Mertens (KCE)
Experts externes :	Daniel Crabbe (RIZIV – INAMI), Bart Criel (ITG), Juan Gallud (Conselleria de Sanitat Comunitat Valenciana, Spain), Jan Heyrman (KU Leuven), Romain Jarry (Statelys, France), Charles Mentink (Marente, The Netherlands), Michael Montalto (Hospital in the Home, Royal Melbourne Hospital ,Australia), Saskia Van den Bogaert (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Ann Van Hecke (Universiteit Gent), Jan Veerkamp (Zorgverzekeraars Nederland, The Netherlands)
Stakeholders :	Diego Backaert (E-VITA), Frédérique Basselet (UGIB), Christine Bierme (Direction Générale Opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé), Frédéric Chaussade (Stratelys pour la Fédération des Hôpitaux Privés de Belgique (FHPB)), Aude Cleve (Union National des Mutualités Libres (MLOZ)), Claudio Colantoni (Fédération des Centrales de Services à Domicile (FCSD)), Lode De Bot (Vlaams Patiëntenplatform), Paul De Munck (GBO pour le Cartel), Bernard Debbaut (CM), Wouter Decat (AUVB), Guy Defraigne (Domus Medica), Jean Desbeek (Conférence des Hôpitaux Acadamiques de Belgique (CHAB)), Ellen De Wandeler (NVKVV pour l'AUVB), Pierre Drielsma (Fédération des Maisons Médicales (FMM) pour le Cartel), Micky Fierens (Ligue des Usagers des Soins de Santé (LUSS)), Aline Hotterbeex (Fédération des Institutions Hospitalières (FIH)), Liselotte Huyghe (RIZIV – INAMI), Fred Mabrouk (Arémis pour la Fédération des Hôpitaux Privés de Belgique (FHPB)), Michel Mahaux (Santhea), Isabelle Martin (Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales (FNAMS)), Laurent Mont (Direction Générale Opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé), Guy Navarre (Ligue des Usagers des Soins de Santé (LUSS)), Mathias Neelen (Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten (NVSM)), Ingrid Nolis (Zorgnet Vlaanderen), Stefaan Noreilde (Solidariteit voor het Gezin), Louis Paquay (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw), Alex Peltier (MC), Edgard Peters (Fédération Aide et Soins à Domicile (FASD)), Geert Peuskens (Agentschap Zorg en Gezondheid), Marie-Claire Sepulchre (Fédération wallonne de services d'aide à domicile (FEDOM)), Daphné Thirifay (Union National des Mutualités Socialistes (UNMS)), Isabelle Van der Brempt (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Hendrik Van Gansbeke (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw), Michel Van Halewyn (Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)), Thierry Vandenbussche (Forum des Associations de Généralistes (FAG)), Patrick Verliefde (RIZIV – INAMI), Karel Verlinde (UNAMEC), Annelies Veys (Nationaal



verbond van socialistische mutualiteiten (NVSM)), Dirk Vos (Algemene Pharmaceutische Bond (APB)), Dominique Wouters (Association Belge des Pharmaciens Hospitaliers (APBH))

Validateurs externes : Karine Chevreul (Unité de recherche clinique en économie de la santé de l'Île-de-France (URC ECO), France), Jozef Pacolet (KU Leuven), Jean Macq (UCL)

Remerciements : Daniel Crabbe (RIZIV – INAMI), Lieselotte Huyghe (RIZIV – INAMI), Isabelle Van Der Brempt (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Anneleen Craps (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Saskia Van Den Bogaert (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Virginie Verdin (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Frédéric Chaussade (Stratelys), Fred Mabrouk (Arémis), Martine Braem (Mederi), Sofie Menu (Mederi) et toutes les personnes ayant accepté d'être interviewées.

Autres intérêts déclarés : Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Fred Mabrouk (Arémis), Jean Desbeek ((CHAB), Cliniques Universitaires Saint-Luc), Mathias Neelen (NVSM), Annelies Veys (FNBV), Claudio Colantoni (FCSD), Frédéric Chaussade (Stratelys), Louis Paquay (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw), Christine Bierme (Direction Générale Opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé, SPW DGO5 direction soins hospitaliers), Ingrid Nolis (staff member Zorgnet Vlaanderen), Isabelle Martin (FNAMS), Daphné Thirifay (UNMS), Michel Mahaux (Santhea), Dominique Wouters (UCL St Luc; ABPH), Pierre Drielsma (le Cartel; FMM; GBO), Bernard Debbaut (médecin conseil LCM – ANMC), Wouter Decat (AUVB), Guy Navarre (LUSS Namur), Romain Jarry (Santelys), Hendrik Van Gansbeke (coordinateur général Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw)

Titulaire de droits de propriété intellectuelle (brevet, promoteur d'un produit, copyrights, marques déposées, etc.) : Fred Mabrouk (Arémis titulaire de la marque déposée Benelux 'Cité Sérine')

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Jean Desbeek (Cliniques Universitaires Saint-Luc projet pilote en cours concernant l'antibiothérapie à domicile), Claudio Colantoni (FCSD conseiller pour un hôpital; projet 'Hospital at home'), Frédéric Chaussade (Stratelys), Pierre Drielsma (service d'étude FMM; analyses de données)

Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Fred Mabrouk (CEO Arémis), Stefaan Noreilde (Solidariteit voor het Gezin est une entreprise des soins à domicile qui voudrait (dans le futur) offrir la possibilité des soins hospitaliers à domicile), Karel Verlinde (travaille comme adjoint-conseiller pour l'UNAMEC), Bernard Debbaut (médecin conseil MC), Romain Jarry (consultance pour Santelys), Hendrik Van Gansbeke (coordinateur général Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw)

Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Pierre Drielsma (rémunération des frais de voyage pour EFPC, SUG, WONCA...)

Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Fred Mabrouk (président et député pour Arémis), Marie-Claire Sepluchre (FEDOM), Louis Paquay (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw), Ingrid Nolis



(Zorgnet Vlaanderen membre du comité d'un hôpital), Michel Mahaux (Santhea), Pierre Drielsma (service d'étude FMM), Dirk Vos (premier secrétaire APB) , Hendrik Van Gansbeke (coordinateur général Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw)

Autres intérêts possibles qui pourraient mener à un potentiel ou réel conflit d'intérêts : Wouter Decat (coordinateur AUVB)

Layout :

Ine Verhulst

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

9 juillet 2015 (3^{ème} print; 2^{ème} print: 3 juillet 2015 ; 1^{er} print : 3 juillet 2015)

Domaine :

Health Services Research (HSR)

MeSH :

Home Care Services, Hospital-Based; Organization and Administration; Delivery of Health Care, Integrated; Patient-Centered Care; Continuity of Patient Care

Classification NLM :

WY 115

Langue :

Français

Format :

Adobe® PDF™ (A4)

Dépôt légal :

D/2015/10.273/66

Copyright :

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.





Comment citer ce rapport ?

Farfan-Portet M-I, Denis A, Mergaert L, Daue F, Mistiaen P, Gerkens S. L'hospitalisation à domicile : orientations pour un modèle belge – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 250Bs. D/2014/10.273/66.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.