



COLLOQUE INTERNATIONAL

L'expérience patient, une réponse globale à une société en recherche de high touch



SPX 2020 | MESSAGES CLÉS WEBINAIRE V

COMMENT INTÉGRER
L'EXPÉRIENCE PATIENT
DANS L'ACTIVITÉ NON
PRÉSENTIELLE ?

PRÉSENTATION

L'édition 2020 du colloque international organisé par Shared Patient Experience (SPX) « L'expérience patient, une réponse globale à une société en recherche de high touch » a abordé les principales composantes pour promouvoir l'expérience patient et guider les institutions et professionnels vers ce changement de culture.

Ce document, présente les messages clés ainsi que les avis des experts ayant participé au webinaire.

Shared Patient Experience (SPX) est une organisation à but non lucratif qui travaille sur l'expérience des patients afin de l'améliorer et de la partager avec les professionnels. SPX veut promouvoir toute initiative qui vise à parfaire le Patient eXperience.

Le webinaire V a abordé "Comment intégrer le Patient eXperience dans l'activité non présenteielle ?". Il a été sponsorisé par le groupe CHC à Liège, Belgique.

Les intervenants de ce webinaire sont présentés ci-après. M. Alain Javaux, le directeur général du groupe santé CHC a modéré le webinaire.



MME. CAROLE MATZINGER

Carole a intégré le CHUV en tant que directrice administrative en charge d'un département comptant 700 collaborateurs pour un budget annuel de 120 millions. En 2012, elle quitte le CHUV pour reprendre le poste de CEO d'Euromedic Suisse, une société gérant 8 centres de radiologie en Suisse. Depuis mai 2016, elle a fondé Corpus Health avec comme objectif de mettre sur pied des projets novateurs dans le domaine de la santé. Dans le cadre de ces projets, Corpus Health lance soignez-moi.ch en Suisse Romande en octobre 2019.



PROF. GILLES KEMOUN

Spécialiste en Médecine Physique et de Réadaptation, ancien chef de service au CHU de Poitiers. Il est président de l'Institut de Recherche sur le Handicap et le Vieillessement (ISIS) depuis 2003 et depuis 2012 coprésident du conseil scientifique de l'Association pour la promotion des nouvelles technologies au service des personnes en situation de handicap (APPROCHE).



DR. PHILIPPE DEVOS

Dr. Philippe Devos est le chef de service des soins intensifs du CHC de Liège (depuis 2014) et chef associé de l'anesthésie (depuis 2015). Philippe Devos a fait évoluer le service vers un management de type participatif/bottom-up orienté innovation et lean (une méthode de management qui vise l'amélioration des performances de l'entreprise par le développement de tous les travailleurs: NDLR).



PROF. KRISTIAN KIDHOLM

Professeur d'innovation à l'hôpital universitaire d'Odense (OUH) et chef de la recherche au CIMT et responsable de l'évaluation des technologies de la santé (ETS) à l'OUH, qui fournit à la direction de l'hôpital une base de recherche pour décider si une nouvelle forme de traitement ou de technologie doit être intégrée au service aux patients de l'OUH. Il a développé le MAST (Telemedicine Assessment Model), qui est utilisé comme cadre pour évaluer la valeur de la télémédecine pour la Commission européenne.

1. Introduction

Les technologies nécessaires à la prestation de soins de santé en dehors des soins en présentiel sont disponibles, mais leur intégration et leur adaptabilité à l'usage courant n'est pas encore très répandue. Pendant la pandémie, la télémédecine, avec le soutien de nombreux acteurs, y compris des entreprises et start-ups, a franchi les barrières administratives pour s'établir et devenir un modèle incontournable dans la fourniture de soins aux patients. Dans ce contexte caractérisé par l'incertitude et la complexité, nous n'avons pas pu réfléchir à la manière de garantir l'empathie et l'expérience des patients avec l'utilisation de ces technologies. Comment intégrer l'expérience du patient dans la conception de programmes, d'instruments et de soins fournis par des solutions en télémédecine ?

2. Les solutions en télémédecine devraient s'appuyer sur la co-création avec les patients

La télémédecine est un terme qui englobe quatre grandes typologies de prise en charge des patients :

- **La téléconsultation** : la consultation à distance entre prestataire et patient par GSM, ou vidéo.
- **Le télé-expertise** : plusieurs prestataires

se concertent à distance au sujet d'un patient.

- **Le télé-monitoring** : des prestataires contrôlent et surveillent à distance les paramètres de santé d'un patient.
- **La téléassistance** : un prestataire de soins guide à distance une intervention médicale réalisée par un autre prestataire.

Afin d'augmenter l'efficacité des applications et solutions en télémédecine et à la fois de garantir la satisfaction des usagers, des processus participatifs lors du design de ces solutions sont fondamentaux. Une approche du design participative devrait se structurer en trois étapes :

- **Évaluation des besoins** des patients (entretiens, enquêtes).
- Générer des idées par moyen de **groupes de travail** (*focus groups*) afin d'innover collectivement.
- Plusieurs étapes pour **tester avec des usagers** et des patients avant de lancer la solution en télémédecine dans des parcours de soins.

Une approche participative qui permet une co-création entre chercheurs, citoyens et usagers permet de :

- Augmenter **l'efficacité de l'implémentation** des solutions en télémédecine.
- Rendre au citoyen son pouvoir par rapport à la prise en charge de sa pathologie.
- Reconnaître **la valeur du citoyen et**

usager dans la création des solutions.

- Construire sur les **compétences collectives**.
- Créer de **communautés de recherche** au-delà des limites marquées des institutions et des professions.

Les solutions en télémédecine ne sont seulement une pratique pour garantir l'accès aux soins pendant une pandémie, mais aussi des alternatives à mettre en place pour réduire les inégalités différentielles selon les territoires, et lutter contre les déserts médicaux¹.

2.1. Une plateforme de prise en charge

Une plateforme de prise en charge d'urgence est à un intérêt à faire baisser le coût de la santé de manière globale, et plus particulièrement, pour patient lui-même. Plusieurs pathologies ne nécessitent pas forcément une prise en charge présenteielle, et peuvent concerner des patients qui n'ont pas de médecin de famille et pour qui la seule voie d'accès aux soins passe par les urgences. Aux urgences, souvent le patient est examiné par plusieurs méthodes, et professionnels, ce qui n'était pas strictement nécessaire mais un tel parcours fait partie de protocoles sanitaires.

Une plateforme gratuite dirigée par un médecin urgentiste peut être une solution pour :

- Réduire **le temps d'attente** du patient pour avoir un accès aux soins.
- Réduire **le déplacement du patient**, et parfois celui de ses proches.
- **Augmenter la qualité de vie** du patient, et ses proches.
- **Réduire les patients qui accèdent aux urgences**.
- **Réduire les temps de prise en charge** du système sanitaire en général.

Une **anamnèse du patient en amont** permet de trier les cas et redistribuer les patients vers des options de soins plus personnalisées à leurs besoins (médecins de famille, une permanence, des urgences).

Une telle **plateforme permet aussi de discerner** si le patient peut être pris en charge avec une solution en télémédecine, ou s'il est nécessaire de prendre un rendez-vous en présentiel.

¹ Ministère des Solidarités et de la Santé. "Lutter contre les déserts médicaux". <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/>

2.2. Solution en télééducation pour accéder aux soins de rééducation

Les difficultés d'accès aux soins de rééducation ont de conséquences comme ;

- La perte de chances de récupération.
- L'accélération de l'entrée dans la dépendance.
- La diminution de la qualité de vie pour le patient.
- Des répercussions pour les proches aidants.
- Coût financier pour la société.

La télééducation est une offre de services de réadaptation / rééducation fournis à distance à l'aide de nouvelles technologies de communication et de l'information². La littérature scientifique est le fondement de ses solutions et montre qu'un système accompagné par le digital permet de fournir des exercices avec une efficacité qui s'approche de ce qui est fait en présentiel. Ces solutions en télééducation permettent aux patients de travailler en autonomie depuis chez eux, et avoir un suivi à distance par leur thérapeute en suivant un programme d'exercices de rééducation selon de protocoles personnalisés avec un retour d'information de données de connexion.

² Cottrell, 2016; American Telemedicine Association, 2016; Fraudet, 2015; Kairy, 2009.

Ils existent aussi des options, qui réunissent dans une même plateforme des solutions de téléconsultation et des services d'auto-rééducation supervisée comme AutonHome de façon synchrone ou asynchrone.

3. Evaluation des applications de la télémédecine

Pour intégrer l'expérience patient dans la télémédecine, il est nécessaire de s'intéresser une fois que les solutions apportées par la télémédecine ont été intégrées, à la satisfaction du patient lors de son utilisation.

En 2009, la Commission Européenne a développé the Model for ASsessment of Telemedicine applications (MAST)³ qui fournit une base solide pour la prise de décision en ce qui concerne l'introduction et l'utilisation de la télémédecine. Le modèle définit un cadre d'évaluation pertinent pour l'effet de la télémédecine⁴ et signale 7 variables d'évaluation : le patient et la technologie, la sécurité des patients, l'efficacité clinique, les perspectives des patients,

³ MAST a été développé par Kristian Kidholm, professeur d'innovation et directeur de recherche au Centre for Innovative Medical Technology (CIMT). Le modèle est le cadre le plus utilisé pour l'évaluation de la télémédecine en Europe, et la Commission européenne recommande le modèle pour l'évaluation des projets de télémédecine.

⁴ <https://cimt.dk/gb/mast-model-for-assessment-of-telemedicine/>

les aspects économiques, les aspects organisationnels et les aspects juridiques et éthiques. Les perspectives des patients est la dimension qui se focalise le plus sur la manière comment le patient vie ces applications en télémédecine, et récolte les informations par moyen d'enquêtes de satisfaction.

4. Les défis pour l'intégration d'un modèle de soins en télémédecine

Aujourd'hui, la situation est incontournable et l'usage de la télémédecine va progresser dans les années à venir, toutefois quelques défis et contraintes sont identifiés ci-après.

4.1. Les contraintes culturelles et organisationnelles

Des enquêtes et aperçus des professionnels et des patients antérieurs et postérieurs à la pandémie du COVID19 signalent ils existent encore des contraintes culturelles et organisationnelles :

- Le manque **d'acceptation par le patient** de ce type de solution.
- Le **manque d'acceptation de la part des médecins** que l'accès aux soins peut être facilité par la téléconsultation.
- La **manque d'efficacité** dans l'organisation des rendez-vous en téléconsultation.
- La **méfiance et/ou la résistance** à utiliser des solutions en télémédecine comme la téléconsultation sans avoir rencontré

en présentiel avant tant le professionnel comme le patient.

- La manque d'acceptation pour **annoncer un diagnostic** par moyen solutions de solutions en télémédecine.

4.2. Les contraintes réglementaires

Ci-après, une liste de quelques contraintes réglementaires au niveau européen :

- **Le gatekeeping**

En Suisse, les assurés doivent se soumettre à une téléconsultation avant de rencontrer physiquement des professionnels de la santé, ce processus est désigné par le terme *gatekeeping*. Les patients assurés reçoivent en échange de réductions sur leurs primes d'assurance. Comme conséquence, en Suisse la téléconsultation est présente depuis plusieurs années et mise en avant principalement par Medgate et Medi24 .

- **Le cadre réglementaire est un frein aux innovations**

L'évolution des lois n'est pas toujours adaptée aux solutions innovantes en télémédecine et cela dépend du pays. En Suisse, le cadre législatif est déjà en place depuis plusieurs années, et à la Belgique le cadre est né de la crise sanitaire de la pandémie du COVID19. En France, pendant la pandémie le cadre législatif a évolué pour ouvrir les solutions en télémédecine aux paramédicaux. Par conséquence, une évolution des cadres législatifs afin de permettre de diffuser des typologies

de soins par moyen de solutions qui ne passent pas par la téléconsultation est encore nécessaire.

4.3. Les contraintes financières

La problématique du financement est encore un des freins plus importants pour l'implémentation des solutions en télémédecine :

- **Systemes de paiement**

Les systèmes de paiement, comme les cadres réglementaires, peuvent s'ériger comme des obstacles à l'implémentation de solutions en télémédecine. En Belgique, quand les médecins se sont retrouvés sans matériel de protection pour garantir la sécurité des malades et d'eux-mêmes lors de la première vague du COVID19, des solutions en télémédecine ont été mise en place. Le syndicat des médecins a sollicité un remboursement pour la téléconsultation en Belgique afin de garantir la continuité et l'accès aux soins directement au Ministère de la Santé. Cela a permis 4 million de consultation en 3 mois.

4.4. Les contraintes technologiques

Des contraintes à l'implémentation des solutions en télémédecine existent :

- La **robustesse des systèmes et la fiabilité** des composantes pour universaliser ses solutions.
- La **facilité d'usage des solutions** pour

les patients et les médecins. Un écart générationnel à l'usage des nouvelles technologies de l'information et la communication est une contrainte pour garantir l'accès aux parcours de soins en télémédecine.

- **L'adaptation universelle** de certaines solutions.
- Avoir une **connexion à internet** (filaire, wifi, 4G) qui permet accéder à ce type de plateformes et de solutions.
- La **sécurité des données digitales** pour assurer la confidentialité de la prise en charge du patient.
- **Interopérabilité** des solutions.
- Le **stockage des données** pour pouvoir faire un suivi dans le temps de la prise en charge, de l'évolution du patient, etc.
- **L'installation et maintenance** dans l'espace intime ou privé d'appareils ou outils.
- **Les coûts** liés à une offre d'accès aux soins en télémédecine, et les technologies associées.

5. Conclusion

Telles sont les principales conclusions qui ont été tirées de la session :

- La télémédecine est devenue **un modèle incontournable** lors de la pandémie du COVID19 qui a perturbé les systèmes de santé et déclenché une crise sanitaire qui a ouvert le terrain aux solutions en télémédecine.
- La **co-création** dans le design de solutions et la participation des patients et usagers sont primordiales pour faire avancer la télémédecine de manière efficace dans tous les parcours de soins.
- Les contraintes pour l'implémentation des solutions en télémédecine sont multiples : culturelles, organisationnelles, financières et technologiques.

Les membres des institutions faisant partie du Club de Shared Patient Experience sont :

- AZ Jessa, Hasselt - Belgique
- AZ Maria Middelaes, Gand - Belgique
- AZ Nikolaas, Saint-Nicolas, Belgique
- CHC Liège, Liège, Belgique
- Clinique Saint Jean, Bruxelles, Belgique
- Ensemble Hospitalier de la Côte, Morges, Suisse
- Hospital Clínic, Barcelone, Espagne
- Hôpital Riviera-Chablais, Rennaz, Suisse
- Hopitaux Robert Schumann, Luxembourg, Luxembourg
- Hospital Plató, Barcelone, Espagne
- Institut de Pathologie et de Génétique (IPG) Charleroi, Belgique
- Unicancer, Paris, France
- UZ Brussel, Jette, Belgique



Shared Patient Experience collabore en alliance stratégique avec l'Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux (BVZD-ABDH) depuis 2019.



Shared Patient Experience a bénéficié du support opérationnel d'Antares-Consulting.



www.spexperience.org

