



## 10 domaines d'action et 30 propositions pour la politique (des soins) de santé du futur.

2011/5  
09 | 02 | 2011



### Les défis pour nos soins de santé

Ce texte a pour objet de formuler des recommandations pour la politique (des soins) de santé du futur. Nous tentons d'y faire des propositions d'amélioration de la politique pour atteindre un niveau de santé optimal avec les moyens disponibles.

Bien que la plupart des propositions aient trait au secteur des soins de santé, nous tenons à attirer l'attention sur le fait que des aspects importants de la prévention, comme la promotion d'un mode de vie sain, ne font pas vraiment partie des soins de santé, mais occupent tout de même une place essentielle dans toute politique de santé. D'où le terme composé de « politique (des soins) de santé ».

Le principal défi pour l'avenir consiste à garantir un système durable, que l'on peut définir comme un système capable de rendre la prévention et les soins de qualité accessibles à toute la population d'une manière efficiente et équitable.

Dans tous les pays occidentaux, cette durabilité est menacée par quelques tendances : l'afflux croissant de technologies et de possibilités de traitement souvent coûteuses (qui n'apportent pas toujours un gain de santé suffisant), le vieillissement de la population (bien qu'on ne puisse pas non plus en exagérer l'impact), le nombre croissant de maladies de civilisation chroniques, les exigences croissantes de la population par rapport à une offre de soins « maximale », etc. Ces facteurs réunis remettent continuellement le système en question. Si les décideurs politiques et tous les acteurs concernés n'ont pas de réponses à y apporter, nous risquons déjà de gros problèmes dans un avenir proche sur le plan du financement et de l'accessibilité du système.

*Comment veiller à ce que les coûts de la santé restent sous contrôle ? Que devons-nous faire pour améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé et faire en sorte que les systèmes de santé répondent aux besoins de la population et de tous les acteurs ? Comment garantir une accessibilité équitable aux soins nécessaires ?*

Une étude de l'OCDE(1) indique qu'accroître l'efficacité est le seul moyen de concilier l'augmentation de la demande de soins et les contraintes du financement public. Les données internationales montrent en effet qu'il est possible d'améliorer le rapport entre le coût et la qualité des soins.

Cette recherche d'une plus grande efficacité peut se faire sous la forme d'actions concrètes : nous avons sélectionné des domaines d'action hautement prioritaires selon nous, sur la base de trois critères : 1. le développement des mesures proposées à partir de l'expérience acquise et d'études réalisées aux niveaux international(2) et national ; 2. l'application possible des mesures proposées à court terme ; 3. le choix de mesures conciliant cet objectif d'efficacité avec la croissance économique globale. En ce qui concerne ce dernier point, il ne faut en effet pas oublier que le secteur a un impact considérable en matière d'emploi direct ou indirect, qui est évalué dans notre pays à 400/500 000 personnes.

Les domaines d'action et les propositions correspondantes sont aussi bien applicables sur la base de la répartition actuelle des compétences fédérales et régionales que sur la base d'un possible développement futur de ces compétences. Les recommandations sont suffisamment générales pour être dissociées du niveau de régionalisation vers lequel on s'orienterait à l'avenir.

## Les 10 domaines d'action

### Domaine d'action 1 : une norme de croissance durable

La plupart des décideurs politiques sont bien conscients aujourd'hui du danger que représente une norme de croissance continue systématiquement plus élevée que l'élévation du niveau de vie.

Nous courrons un très grave danger d'implosion et même de privatisation de notre système (de soins) de santé si nous voulons maintenir à tout prix une norme de croissance démesurément élevée. À l'exemple des intentions initiales d'une norme de croissance, il semble nécessaire de limiter cette norme pour donner au secteur un signal clair que nous devons tendre vers une plus grande efficacité.

Tous les intéressés ne perçoivent pas encore bien aujourd'hui la nécessité de cette efficacité, un signal clair est donc nécessaire. Le but d'une limitation de la norme de croissance n'est donc pas seulement budgétaire, il touche aussi au comportement des prestataires et des citoyens/patients. Cet impact sur le comportement est un élément crucial dans l'ensemble de nos propositions : outre les restrictions purement budgétaires qui peuvent être décidées à un plus haut niveau, l'objectif d'efficacité requiert l'engagement et la motivation de tous les acteurs concernés sur le terrain.

Mais il est aussi important de signaler qu'il ne faut pas envisager à tout prix une baisse de la norme de croissance au détriment des citoyens/patients et surtout des plus faibles et des moins nantis d'entre eux.

On pourrait dire que nous entamerons de cette façon la troisième vague de la politique de santé :

1. Première vague 1960-1980 : l'objectif de base de la politique de santé est d'arriver à une qualité maximale sans la pression de moyens limités.
2. Deuxième vague 1980-2010 : la période est caractérisée par deux grands principes : le contrôle budgétaire et la responsabilisation financière.
3. 2010 – ... vers la troisième vague : nous devons imaginer de nouvelles mesures et de nouveaux incitants, non seulement axés sur l'input (prestations, moyens financiers, etc.), mais bien plus encore sur l'output et sur la relation entre l'input et l'output : quelle amélioration obtient-on sur le plan de la santé ? Quelle est la valeur ajoutée de chaque euro que nous investissons ? Il ne faut pas oublier que l'objectif premier de toute

politique (de soins) de santé doit consister à optimiser la santé de la population dans la limite des moyens disponibles. Il s'agit de se concentrer sur de nouvelles mesures qui mèneront à une réelle amélioration en matière de santé et généreront une valeur ajoutée sans perdre le contrôle du budget.

**Proposition 1 :** baisse progressive de la norme de croissance jusqu'à un niveau qui permette de garantir l'efficacité et l'équité et qui soit supportable pour nos finances publiques. Utilisation explicite des moyens ainsi libérés par un besoin de financement à long terme de la sécurité sociale.

**Proposition 2 :** campagne de communication et de sensibilisation pour tous les acteurs du secteur de la santé : « tendons ensemble vers une plus grande efficacité qui offre la meilleure garantie d'un système de santé de qualité, durable et accessible à tout le monde ».

## **Domaine d'action 2 : mesures garantissant l'efficacité de technologies médicales**

Les technologies médicales (médicaments, instruments médicaux...) ont deux effets contradictoires : elles augmentent généralement les coûts, mais elles augmentent aussi l'espérance de santé. On ne peut parler de précieuse innovation que lorsque ces technologies apportent un véritable gain de santé et répondent à une nécessité médicale. Et une innovation ne vaut son prix que lorsque le rapport entre son coût supplémentaire et le gain de santé est acceptable (= rapport coût-efficacité) et que l'impact sur le budget est raisonnable. Aujourd'hui, l'analyse de ce rapport coût-efficacité n'est effectuée que pour les nouveaux médicaments présentant une valeur ajoutée thérapeutique potentielle. Dans un avenir proche, ces analyses devront également s'appliquer aux instruments médicaux, aux outils de diagnostic, aux programmes de soins, etc. Le rapport coût-efficacité suppose qu'à chaque traitement appliqué dans un groupe de patients bien défini, on calcule d'abord les coûts et les économies possibles pour arriver à un coût net ou à une économie nette (dans ce dernier cas, si les économies sont plus importantes que l'investissement). Nous devons ensuite vérifier – et c'est au moins aussi important – le gain de santé attendu du traitement, généralement exprimé en « années de vie de bonne qualité ». Cette estimation du coût net et des bénéfices pour la santé déterminera le caractère économiquement raisonnable d'une technologie ou d'un médicament.

Il est essentiel que chaque euro dépensé par les pouvoirs publics soit pesé pour voir si l'on peut réaliser avec l'investissement un gain de santé suffisant, si l'investissement est bien utilisé, en d'autres termes s'il n'est pas gaspillé. Cela vaut du reste non seulement pour les nouveaux médicaments et les nouvelles applications technologiques, mais aussi pour les applications qui sont utilisées dans le secteur de la santé depuis des années.

**Proposition 3 :** analyse systématique du rapport coût-efficacité des produits/services fournis dans les soins de santé, y compris ceux qui existent déjà dans le secteur depuis des années.

**Proposition 4 :** développer un processus décisionnel plus transparent et basé sur des critères pertinents en ce qui concerne l'intervention de l'assurance maladie<sup>(3)</sup> et éviter que les décisions prises ne soient purement budgétaires et ne tiennent pas suffisamment compte de la valeur ajoutée pour la santé.

**Proposition 5 :** dégagement explicite de budgets pour l'innovation (budgets qui peuvent être dégagés par la suppression de technologies non rentables).

**Proposition 6 :** indiquer clairement, en collaboration avec tous les intéressés, dans quels domaines le besoin d'innovations précieuses est le plus grand. Cela peut inciter l'industrie innovante à investir plus dans ces domaines.

### **Domaine d'action 3 : actions ciblées sur le plan de la prévention**

La durabilité signifie qu'on doit miser beaucoup plus qu'aujourd'hui sur la prévention. Mais il faut bien se rendre compte que toutes les formes de prévention ne sont pas rentables, pour ne pas dire efficaces. Les coûts de la prévention doivent aussi être pesés par rapport aux bénéfices qui en résultent. Les investissements dans une alimentation saine et l'exercice physique sont souvent efficaces et rentables, mais il arrive parfois aussi qu'ils ne le soient pas du tout (selon le programme, les exécutants, le groupe-cible, etc.). Les programmes de désaccoutumance au tabac combinés à l'interdiction de faire de la publicité pour le tabac et l'interdiction de fumer dans les lieux publics sont très rentables. Mais certains investissements dans la prévention de maladies chroniques ne le sont pas(4). En matière d'investissements dans la prévention, notre pays est très en deçà de la moyenne européenne. Un vaste système d'objectifs de santé, où l'on vise à atteindre une certaine réduction des maladies cardiaques, maladies vasculaires, cancers et autres tableaux cliniques pour une certaine date (par ex. 2015 ou 2020), est une phase essentielle. La coordination avec d'autres domaines politiques est aussi un élément essentiel de la prévention. Cela n'a par exemple guère de sens de promouvoir une alimentation saine si les aliments gras sont beaucoup moins chers. Le logement, les conditions de travail, etc., ont aussi un impact considérable sur la santé, et il est de la responsabilité des décideurs en politique de santé de travailler aussi sur ces facteurs.

**Proposition 7 :** travailler systématiquement avec des objectifs de santé concrets, mesurables et réalistes à court et à long terme, qui soient réalisables de façon efficace et rentable dans un paquet de compétences clairement délimité.

**Proposition 8 :** dégager des budgets spécifiques pour la réalisation de ces objectifs de façon à permettre une importante manœuvre de rattrapage budgétaire en matière de prévention.

### **Domaine d'action 4 : nouvelles mesures pour influencer le comportement des prestataires de soins (côté offre).**

Les domaines d'action 2 et 3 impliquent des moyens supplémentaires et semblent à première vue inconciliables avec le domaine d'action 1. Pour pouvoir réaliser ces deux domaines d'action, il faut mieux exploiter les moyens dans la pratique quotidienne pour ainsi dégager des budgets. Mais il ne faut pas vouloir y arriver uniquement à coups de baisses de prix linéaires et inconsidérées parce que ces baisses aboutissent souvent à une augmentation des volumes consommés. L'approche correcte consiste donc à tendre vers une pratique plus rationnelle.

Les prestataires de soins (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes...) ne constituent pas seulement un poste de dépenses important, ils ont aussi de par leur façon d'agir un impact sur d'autres dépenses (médicaments, hospitalisation...). Si notre système est caractérisé par une prestation de services rapide et généralement de qualité, on constate aussi dans notre système que les prestataires de soins génèrent des coûts plus élevés à mesure qu'ils fournissent plus de soins. Des études du KCE ont en outre souligné d'importantes variations dans les soins offerts(5) . Il s'agit donc :

1. de tendre à une pratique médicale davantage basée sur des résultats scientifiquement prouvés. On peut le faire en développant de manière plus explicite des directives pour une bonne pratique médicale, en mettant ces directives en œuvre de façon formelle et en appliquant des critères de qualité correspondants. Mais il faut savoir que ces directives ne sont pas toujours applicables dans le cas de groupes-cibles de patients présentant de nombreux tableaux cliniques (souvent le cas chez les personnes âgées).

2. de prévoir éventuellement des sanctions en cas de pratiques intolérables permanentes qui peuvent avoir des conséquences néfastes pour le patient et/ou la société. Il y a suffisamment d'exemples connus, comme la facturation indue malgré le non-accomplissement d'actes médicaux, la pression exercée par les directions sur les médecins pour qu'ils effectuent des interventions ou des examens supplémentaires, etc.(6)

**Proposition 9 :** établissement et diffusion plus formelle de directives pour une bonne pratique et une pratique efficace. Ces directives, avec les critères de qualité correspondants, doivent être établies et élaborées en collaboration avec les prestataires de soins pour une acceptation et une cohésion maximales au sein des groupes professionnels.

**Proposition 10 :** élaboration, avec les prestataires de soins et les hôpitaux, d'un système d'indicateurs de qualité généralement admis, pouvant également servir plus tard de base pour une liaison à une indemnisation financière (voir aussi domaine d'action 5).

**Proposition 11 :** dépister à l'aide de méthodes scientifiques correctes et gérer – par le contrôle de pairs – les pratiques non conformes.

**Proposition 12 :** établir une liste de pratiques réellement intolérables et déterminer des sanctions applicables en la matière. Des contrôles sont déjà effectués à cet effet, mais les listes devraient a priori clarifier les choses pour tout le monde en matière de pratiques punissables. Ces listes doivent aussi être établies et élaborées en collaboration avec les prestataires de soins, et les sanctions possibles doivent être a priori transparentes et suffisamment importantes. Les listes devraient être largement diffusées via un site Internet spécialement créé à cet effet et accessible à tous les intéressés, et être régulièrement actualisées.

## **Domaine d'action 5 : nouveaux systèmes de paiement des prestataires de soins et des hôpitaux**

Les systèmes de paiement actuels pour les prestataires de soins et les hôpitaux n'offrent pas la meilleure

garantie de qualité à un coût acceptable. La qualité n'est pas suffisamment rétribuée. Le système de paiement par prestation doit partiellement et progressivement faire place à des systèmes de paiement rétribuant directement la qualité.

Dans le système de paiement par prestation, il faut aussi davantage veiller à ce que ce paiement corresponde mieux à l'effort fourni, à la responsabilité médicale et à la prestation intellectuelle.

La façon dont les hôpitaux sont payés doit aussi être revue. Dans le système de paiement actuel avec des montants dits de référence, les hôpitaux sont parfois financièrement récompensés lorsque des complications se présentent pendant une hospitalisation : en effet, ce séjour entre alors dans une catégorie « plus lourde » qui donne lieu à une meilleure rétribution. Lorsqu'un patient doit être rapidement ré-hospitalisé après sa sortie (par ex. en cas de complications), l'hôpital est aussi financièrement récompensé pour cela. De façon générale, on peut dire qu'un traitement positif d'un point de vue social (parce qu'il réduit le risque de rechute) ne sera pas aujourd'hui financièrement intéressant pour un hôpital. Les montants de référence et les paiements forfaitaires par séjour hospitalier n'apportent pas de solution au problème parce qu'ils ne sont axés que sur les économies et pas sur la qualité. Le système d'indicateurs de qualité dont il est question dans le domaine d'action 4 peut servir de base à une révision du système de rémunération. On doit en arriver à un système hybride dans lequel les systèmes de paiement actuels sont améliorés et en même temps complétés par le paiement de la qualité.

L'instauration de ce genre de systèmes de paiement liés à la qualité doit bien sûr aussi se faire en concertation avec les prestataires de soins et les hôpitaux.

**Proposition 13 :** révision du paiement des prestataires de soins et des hôpitaux pour récompenser les pratiques souhaitées (collaboration, coordination, prévention, utilisation d'outils informatiques, bonnes pratiques, etc.). Instauration de méthodes « Pay for Quality » reprenant toutes les dimensions du concept de qualité(7).

**Proposition 14 :** révision du paiement de base des hôpitaux pour mettre davantage l'accent sur la qualité et l'efficacité. On peut imaginer des « épisodes de soins » où une ré-hospitalisation éventuelle dans une certaine période sera à la charge de l'hôpital. Un système de ce genre ne peut pas non plus récompenser financièrement des complications qui se présentent pendant le séjour.

**Proposition 15 :** avec le développement de ce genre d'incitants financiers, il faut aussi mettre progressivement un terme à l'exigence de rentabilité et au maintien allant de pair d'une capacité inutile dans les hôpitaux.

## **Domaine d'action 6 : l'élaboration de programmes de recherche en disease management**

Des mesures doivent être élaborées de manière à permettre une approche de la maladie qui ne soit pas segmentée ni passive, mais bien dynamique, proactive et intégrée. Outre les risques de surconsommation déjà mentionnés, notre système actuel est tel que beaucoup d'actes médicaux et d'initiatives médicales pouvant prévenir une maladie, en limiter les conséquences et les complications et améliorer la coordination, ne sont pas rétribués.

De plus en plus de pays développent donc un système de « disease management ». Le disease management signifie qu'on entreprend des interventions coordonnées et qu'on axe la communication sur une population bien définie pour réduire la fréquence d'une certaine maladie ou en limiter la gravité (elle est généralement appliquée aux maladies chroniques). Le disease management implique une forme de coordination et surtout des accords clairs de répartition des tâches, où chaque intéressé sait exactement ce qu'il ou elle doit faire ou ne doit pas faire. Par exemple, dans le cas de patients diabétiques, un programme de gestion thérapeutique comprendra les éléments suivants : éducation du patient, éducation des prestataires de soins, respect de directives médicales, adressage du patient en temps opportun, collecte et centralisation des données du patient... tout cela coordonné par un médecin traitant ou un autre prestataire de soins apte à le faire, et en collaboration avec d'autres prestataires de soins tels que les pharmaciens, les diététiciens, les spécialistes...

L'effet attendu pour le patient est une amélioration de son état de santé, l'effet attendu pour la société est une réduction potentielle des coûts en matière de coûts d'hospitalisation, d'actes techniques, etc. Étant donné que le succès du disease management dépend fortement de l'élaboration et de la mise en œuvre du programme, il est recommandé d'inscrire toute réalisation de ce programme dans un cadre de recherche.

**Proposition 16 :** encourager des programmes de recherche en matière de disease management pour des maladies bien déterminées, soutenus et financés en partenariat par différents acteurs principaux du secteur de la santé : caisses d'assurance maladie ou assureurs privés, prestataires de services, industrie pharmaceutique et technologique, pouvoirs publics, associations de patients...

**Proposition 17 :** évaluation continue des résultats de ces initiatives pour permettre une généralisation des initiatives les plus réussies et prévoir un encouragement financier pour les consortiums qui soutiennent les projets.

### **Domaine d'action 7 : vers un nouveau rôle des prestataires de soins et des organisations de soins**

Les recommandations faites dans le précédent domaine d'action ne doivent cependant pas être vues comme une aspiration à une approche dite verticale où chaque état pathologique est abordé sans penser aux autres problèmes du patient. Un patient avec une maladie cardio-vasculaire peut aussi avoir un problème psychiatrique. Une approche verticale ne permet pas de discerner suffisamment cela. Nous devons rapidement évoluer vers une nouvelle approche horizontale et coordonnée des soins de santé, où le patient est abordé dans son ensemble.

Pour développer cette nouvelle approche, les fonctions de tous les acteurs doivent elles aussi progressivement évoluer pour mieux répondre aux attentes des patients et relever les défis mentionnés. Cette évolution est d'une importance fondamentale pour la réussite de notre système de santé et doit se traduire par des modifications légales. Elle doit faire en sorte que :

- le médecin intègre sa pratique médicale actuelle dans une dimension plus large que le traitement médical isolé, travaille davantage à partir d'une vision sociale du système de santé, choisisse des alternatives mieux adaptées et travaille en étroite collaboration ou en équipe avec des collègues ;
- le médecin généraliste joue plus particulièrement le rôle de pivot central dans des collaborations flexibles de première ligne, et avec la deuxième ligne, mais il joue aussi le rôle de coach du patient. Les diététiciens, les kinésithérapeutes, les psychologues, les pharmaciens... ont tous une place dans ces collaborations flexibles.(8)
- l'infirmier assume certaines tâches nouvelles : promotion de la santé (simples bilans de santé, éducation du patient...), coordination des soins (mais de moins en moins de soins de base comme les toilettes) et traitement du patient. Ainsi, de nouvelles formes de collaboration se créeront entre les médecins et le personnel infirmier ;
- le pharmacien fournisse toujours plus de services supplémentaires avec une grande valeur ajoutée : (1) la fonction de conseil et d'information sur le système de santé, l'accompagnement vers des choix plus adéquats et l'observance thérapeutique, (2) le rôle de prévention et (3) le rôle de coordination avec d'autres acteurs.

Nous devons en même temps donner de nouveaux rôles aux caisses d'assurance maladie, aux assureurs privés, aux hôpitaux et à l'industrie. Les caisses d'assurance maladie et les assureurs privés ne peuvent plus être de simples organismes de remboursement. Ils doivent conseiller et informer les patients ; ils doivent travailler avec les prestataires de soins pour améliorer la qualité et participer activement à la coordination. Les hôpitaux doivent être incités à se spécialiser et à accroître la qualité. Un séjour hospitalier doit rester la toute dernière solution dans l'offre de soins. Le travail de proximité (où les patients sont suivis par l'hôpital après leur sortie pour éviter par exemple toute rechute) ne doit pas entrer en compétition avec la première ligne, mais doit être conçu pour soutenir cette dernière. L'industrie (pharmaceutique, instruments médicaux, outils de diagnostic...) doit être plus activement associée au processus d'information, au processus de consultation et à la recherche collective de solutions.

**Proposition 18 :** clarification du partage des rôles et de l'environnement de travail des prestataires de soins. Aujourd'hui, la situation est souvent chaotique du fait du manque de paquets de compétences homogènes qui fait que les instances fédérales et régionales se gênent mutuellement.

**Proposition 19 :** limitation au strict minimum des tâches administratives pour les prestataires de soins.

**Proposition 20 :** organisation d'un cursus interuniversitaire pour tous les nouveaux professionnels de la santé. Cette formation doit être axée sur la pratique et mettre l'accent sur des méthodes et des principes liés à de « bonnes pratiques médicales », l'efficacité, l'égalité d'accès, les solutions informatiques, etc. Elle permettra aussi aux futurs diplômés de découvrir l'organisation des soins, d'entrer en contact avec des représentants du SPF, de l'INAMI, des prestataires de services... qui peuvent partager leurs expériences et les préparer aux nouvelles attentes.

**Proposition 21 :** révision et élargissement des missions légales dans les professions de la santé, avec une position claire du médecin généraliste comme pivot central. Cette révision sera organisée en concertation avec les organisations professionnelles et se traduira aussi par un réajustement des formations.



## **Domaine d'action 8 : nouvelles mesures visant à influencer le comportement du citoyen/patient (demande de soins médicaux)**

Les citoyens/patients ont aussi une influence considérable sur le niveau des dépenses et l'utilisation du système (de soins) de santé, tant à court terme qu'à moyen et à long terme. À court terme par la consommation de soins médicaux de leur propre initiative (visite inutile aux urgences, visite de plusieurs spécialistes pour un certain problème...). À moyen et à long terme par l'adoption d'un style de vie qui aboutit à un moins bon état de santé (cf. supra : prévention). Il s'agit ici aussi de prendre de nouvelles mesures pour encourager les bons comportements et décourager les mauvais. Le défi consiste à sensibiliser le consommateur à sa responsabilité de façon à ce qu'il fasse un usage plus juste et plus modéré des soins de santé, mais aussi à l'encourager financièrement et même à le récompenser pour ses efforts et un comportement plus approprié. Une meilleure connaissance des coûts et des choix faits et une fonction explicite de conseil et de soutien des associations de patients sont des pistes possibles.

**Proposition 22 :** communication annuelle au patient du coût total de sa consommation auprès de prestataires de soins (le coût supporté par le patient et le coût supporté par la communauté). Il faut cependant veiller à ce que ce genre d'initiative n'aboutisse pas à une stigmatisation des patients qui présentent une grande consommation justifiée.

Les factures des séjours hospitaliers devraient toujours mentionner le coût total. L'intervention d'un médiateur doit être possible, tant pour les traitements ambulatoires que pour les hospitalisations, comme proposé par la Fondation Roi Baudouin(9).

**Proposition 23 :** meilleure information du patient en matière de trajets de soins optimaux et de critères de qualité. Cette information devrait être fiable, confirmée et organisée en concertation avec les prestataires de soins et les associations de patients. Cela doit se faire progressivement, il faut commencer par quelques pathologies pour lesquelles des trajets de soins ont déjà été élaborés.

**Proposition 24 :** pour pouvoir influencer davantage sur le comportement souhaité, prévoir un relèvement du ticket modérateur pour les soins moins rentables et un abaissement du ticket modérateur pour les soins présentant un meilleur rapport coût-efficacité.(10)

## **Domaine d'action 9 : nouvelles initiatives sur le plan de la logistique et de l'informatique**

Pour pouvoir réaliser les objectifs susmentionnés, de nouvelles mesures devraient être prises pour utiliser davantage et mieux utiliser les technologies de l'information et de la communication, qui sont encore trop peu présentes aujourd'hui (en moyenne moins de 3 % du budget, contre 4 à 6 % dans d'autres secteurs). L'introduction généralisée des technologies de l'information (télésanté) est indispensable dans la recherche d'un système durable. Ces technologies n'entraînent pas toujours une baisse des coûts, mais elles aboutissent en général à une plus grande efficacité parce qu'elles offrent les possibilités suivantes (11)

1. une approche horizontale des soins de santé (= meilleure coordination ; voir aussi plus haut),
2. une amélioration du suivi de la qualité,
3. une prévention plus et mieux ciblée,
4. une information plus rapide et plus claire pour tous les intéressés,
5. une approche plus ciblée des populations avec des affections spécifiques.

L'automatisation des flux d'information entre les prestataires de soins doit s'accompagner d'une réorientation des fonctions des organisations qui sont aujourd'hui chargées de la gestion de ces flux. De meilleurs systèmes sont également nécessaires pour l'enregistrement et le suivi des données (de soins) de santé. Et ces systèmes doivent pouvoir servir à des fins de recherche pour tous les intéressés, à condition que la protection de la vie privée soit respectée.

Les versions papier de dossiers médicaux, prescriptions, adresses et rapports d'examen ne contribuent pas à la précision, à l'accessibilité ni au partage de l'information. Là où ils ont déjà été installés, les systèmes d'information automatisés ont généralement eu un impact positif, tant sur la qualité que sur les coûts de la prestation de soins. (Rahimi & Vimarlund, 2007)(12)

**Proposition 25 :** automatisation de tous les flux d'information et généralisation rapide du dossier médical électronique qui permet la centralisation des données sur la consommation médicale et les tableaux de bord qui y sont liés et permet une automatisation de tous les flux de données entre les prestataires de soins (suppression progressive des flux de papiers)

**Proposition 26 :** utilisation d'un certain pourcentage du budget total de la santé pour des projets informatiques choisis pour leur contribution à l'amélioration de la performance du système : par exemple le dossier médical global ou la prescription électronique. Au lieu de disperser nos efforts qui n'auront qu'un impact limité, mieux vaut se concentrer sur un nombre limité de grands projets.

**Proposition 27 :** créer une banque de données centralisée et sécurisée garantissant la protection de la vie privée de tous les intéressés, reprenant l'ensemble des données collectées et permettant de faire des études pour améliorer l'efficacité du système.

## **Domaine d'action 10 : une réflexion pour garantir un financement durable, équitable et solidaire**

Outre les actions susmentionnées, une réflexion profonde sur le financement à long terme des soins de santé est nécessaire :

- Jusqu'où les pouvoirs publics peuvent-ils et doivent-ils aller en matière d'intervention dans les dépenses ?
- Comment la part des impôts directs, des impôts indirects, de la sécurité sociale, des assurances privées et de l'individu dans ce financement doit-elle évoluer ?
- Quel est le rôle des différents acteurs : caisses d'assurance maladie, assureurs privés, pouvoirs publics...
- Où se situe la limite en ce qui concerne la contribution personnelle du patient, qui a fortement augmenté ces dernières années ? Cette limite n'est-elle pas atteinte depuis longtemps ?

- Quelles mesures doivent être prises pour combattre les suppléments excessifs ?
- Le défi consiste globalement à garantir à l'avenir le financement d'un système de haute qualité, accessible à tous. Nous devons pour cela faire des choix clairs et explicites, élaborer des modèles de simulation économique, fixer des objectifs, prévoir des clignotants et entamer une véritable réflexion, sans tabous, à moyen et à long terme.

**Proposition 28 :** mesure systématique et « en temps réel » de l'évolution des dépenses par type et par source de financement, avec les toutes dernières techniques d'entreposage et d'exploration de données, non seulement pour les dépenses qui font l'objet d'un remboursement par les pouvoirs publics, mais aussi pour les dépenses du patient qui ne font l'objet d'aucun remboursement.

**Proposition 29 :** aménagement d'une cellule de réflexion sur le financement à long terme des soins de santé, capable de formuler des recommandations concrètes.

**Proposition 30 :** sensibilisation et association des commissions parlementaires de la santé publique à cette problématique, mais aussi à l'ensemble des propositions susmentionnées.

## Lieven Annemans - François Daue

Senior Fellows Itinera Institute

### Footnotes

(1) voir OCDE (2004), Vers des systèmes de santé plus performants OCDE. Paris.

(2) OCDE (2010). Health Care Systems. Efficiency and Policy Settings.

(3) Rapport KCE 147A. Les systèmes de remboursement des médicaments : comparaison internationale et recommandations aux décideurs. 2010

(4) Neyt, M., De Laet, C., Van de Sande, S., Hulstaert, F., Paulus, D., Van den Bruel, A. et al. (2008). Cancer screening: EU recommendations and current practice in Belgium. Arch Public Health, 66, 109-124.

(5) KCE. L'examen préopératoire, Rapport KCE 5A. 2004

(6) Voir Desmet, M. (2009). Liefde voor het werk in tijden van management. Tiel : Lannoo.

(7) Annemans L. et coll. Avantages, désavantages et faisabilité de l'introduction de programmes « Pay for Quality » en Belgique. 2009. KCE Reports vol. 118A. D/2009/10.273/50.

(8) Nuyens Y. Syntheserapport. Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg. Anvers, 11 décembre 2010.

(9) Fondation Roi Baudouin, 2010, « Gestion des plaintes et médiation en soins de santé. Un bref état de la question en Belgique. »

(10) Braithwaite and Rosen, 2007, « Linking Cost Sharing to Value : An Unrivaled Yet Unrealized Public Health Opportunity. »

(11) voir : Itinera Institute, « L'avenir des soins de santé : diagnostic et thérapies », pages 264-271 ; voir aussi Spinewine, A., Foulon, V., Claeys, C., De Lepeleire, J., Chevalier, P., Desplenter, F. et al. (2010). Continuité du traitement médicamenteux entre l'hôpital et le domicile. Rapport KCE 131 A.

(12) Rahimi B, Vimarlund V. Methods to evaluate health information systems in healthcare settings: a literature review. J Med Syst. Oct. 2007 ; 31(5) : 397-432.

Pour une croissance économique  
et une protection sociale durables



THINK TANK INDÉPENDANT

**DES IDÉES, DES ACTIONS**

Itinera Institute ASBL

Boulevard Leopold II 184d B-1080 Bruxelles  
T +32 2 412 02 62 - F +32 2 412 02 69

[info@itinerainstitute.org](mailto:info@itinerainstitute.org)  
[www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)

Editeur responsable: Marc De Vos, Directeur