

L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ : OSER LE DIAGNOSTIC ET LES THÉRAPIES

L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ : OSER LE DIAGNOSTIC ET LES THÉRAPIES

François Daue

Senior Fellow à l'Itinera Institute

David Crainich

Chargé de Recherches au CNRS

Professeur Associé à l'IESEG School of Management

(Université Catholique de Lille)

ASP

Couverture: Stipontwerpt, Antwerpen
Image de la couverture: Leo Timmers
Mise en page: Stipontwerpt, Antwerpen
Imprimé par: Nevelland Graphics, Drongen
Imprimé sur Printspeed, Offset, sans bois, 120g/m², PEFC

© 2008 Uitgeverij ASP sa
(Academic and Scientific Publishers sa)
Galerie Ravenstein 28
B-1000 Bruxelles
Tel. 0032 (0)2 289 26 50
Fax 0032 (0)2 289 26 59
info@aspeditons.be
www.aspeditons.be

ISBN 978 90 5487 532 1
NUR 740 / 860
Dépôt légal D/2008/11.161/076

Tous droits réservés. Aucun extrait de cet ouvrage ne peut être reproduit, ni saisi dans une banque de données, ni communiqué au public, sous quelque forme que ce soit, électronique, mécanique, par photocopie, film ou autre, sans le consentement écrit et préalable de l'éditeur.

PARTIE 1

ANATOMIE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN BELGIQUE 13

| | |
|--|----|
| 01 Les dimensions multiples de la Santé | 14 |
| 02 Les acteurs du système de Santé | 28 |
| 03 L'organisation du système de Santé | 38 |
| 04 L'évolution des politiques de Santé | 52 |
| 05 Les défis majeurs pour le XXIème siècle | 62 |

PARTIE 2

DIAGNOSTIC DES FORCES ET FAIBLESSES 75

| | |
|--|-----|
| 01 Les forces traditionnellement reconnues du système de Santé en Belgique | 76 |
| 02 L'évolution du budget doit être mieux maîtrisée | 90 |
| 03 L'objectif qualité est insuffisamment affirmé | 110 |
| 04 L'offre doit évoluer | 128 |
| 05 La prévention des maladies est sous-développée | 148 |
| 06 Il manque une vision à moyen et long terme | 160 |

| | |
|--|------------|
| PARTIE 3 | |
| SOLUTIONS POUR LE XXIÈME SIÈCLE | 169 |
| 01 Construire la troisième génération de politiques de Santé pour garantir un système de santé durable | 172 |
| 02 Agir sur l’offre et la demande plutôt que de considérer le budget comme une fin en soi | 188 |
| 03 Oser donner de nouveaux rôles à tous les acteurs et les y former | 202 |
| 04 Développer de nouveaux incitants pour mieux responsabiliser les acteurs | 220 |
| 05 Mieux prendre en compte l’efficience pour établir les priorités | 236 |
| 06 Mener de nouvelles politiques volontaristes pour réduire les inégalités socio-économiques de santé | 248 |
| 07 Mieux coordonner et exploiter le potentiel extraordinaire de l’informatique et des réseaux de communication | 260 |
| 08 Garantir les conditions de succès | 274 |
| PARTIE 4 | |
| NOS RECOMMANDATIONS | 285 |

PLAN D'ACTION POUR UN SYSTEME DE SANTE DURABLE

LES CONSTATS

Beaucoup de points de force ... | Ch. 2.1, pp. 77-89

- La liberté de choix laissée au patient, l'accès rapide aux soins et la couverture de la quasi totalité de la population. Trois points de force complémentaires : la dynamique globale de notre système de santé, la formation et la qualité des prestataires de santé ainsi que la professionnalisation croissante du management des structures de santé

Mais des menaces importantes pour l'avenir ... | Ch. 2.2 à 2.6, pp. 90-160

- De nouveaux défis majeurs pour le XXIème siècle alors que l'on observe déjà : une croissance exponentielle des dépenses qui cannibalise la sécurité sociale, un déficit potentiel de ressources humaines, des comparaisons internationales défavorables sur le plan qualitatif, des dépenses de prévention beaucoup trop faibles et une absence totale de vision à moyen et long terme.

UNE NOUVELLE VISION

- **Prendre conscience des défis immenses** qui nous attendent pour le XXIème siècle et accepter que les augmentations budgétaires ne seront une réponse ni suffisante, ni tenable dans le futur (Ch.1.5, pp. 62-74)
- **Adopter une vision beaucoup plus large de la santé** qui ne se limite pas à l'aspect curatif ou aux dépenses prises en charge par les autorités publiques mais considère le bien-être de la population dans toutes ses dimensions et associe tous les acteurs (Ch.1.1, pp. 14-27)
- **Considérer le secteur de la santé comme un vecteur de croissance** et pas uniquement comme une source de coûts avec plus de 400.000 personnes actives (Ch.1.2, pp. 28-37)

DES OBJECTIFS PRECIS

- **Capitaliser sur les points de force** de notre système sans les utiliser comme un argumentaire pour ne pas agir. En parallèle donner au citoyen-patient toutes les informations nécessaires pour bénéficier de ces points de force (Ch.2.1, pp. 76-89)
- **Mieux maîtriser les dépenses** de soins de santé en portant une vigilance toute particulière à la croissance importante des dépenses supportées par le patient (Ch. 2.2, pp. 90-109)
- **Réaffirmer avec force l'objectif de qualité** et mettre en place de manière systématique des procédures d'accréditation (Ch.2.3, pp. 110-127)
- **Garantir la disponibilité des ressources humaines** sur le plan quantitatif et qualitatif (Ch.2.4, pp. 128-147)
- **Sortir la prévention des oubliettes** (Ch.2.5, pp. 148-159)
- **Rédiger un plan à moyen et long terme** (Ch. 2.6, pp. 160-168)

DES ACTIONS CIBLEES

- **Imaginer la troisième vague de politiques de santé** centrée sur l'amélioration réelle en termes d'état de santé par rapport au budget consenti. **Oser entamer un vrai débat de société sans tabous sur des questions de fond** (Ch. 3.1, pp. 172-187)
- **Définir des seuils minima d'activité** en imposant un nombre minimum d'interventions pour une pathologie déterminée ou en informant le citoyen-patient sur le nombre d'interventions pratiquées par hôpital. (Ch.3.2, pp. 188- 201)
- **Développer une approche coordonnée des soins** et créer une véritable fonction de coordination (Ch.3.2, pp. 188- 201)
- **Former tous les professionnels de santé à leurs nouveaux rôles** par des programmes complémentaires obligatoires dans le cursus universitaire ou para-universitaire des médecins, des pharmaciens et des infirmiers (Ch.3.3, pp. 202-219)
- **Oser donner de nouveaux rôles** aux mutualités, aux assureurs privés, aux hôpitaux, aux citoyens-patients, aux autorités publiques et aux sociétés actives dans le monde de la santé (Ch.3.3, pp. 202-219)
- **Développer de nouveaux incitants et revoir la nomenclature** pour favoriser la coopération entre les prestataires et la prise en charge globale de la pathologie (Ch.3.4, pp. 220-235)
- **Mieux définir les priorités** et utiliser à cet effet toutes les analyses nationales et internationales disponibles (Ch. 3.5, pp. 236-247)
- **Mener des actions très ciblées et coordonnées pour réduire les inégalités de santé** (Ch.3.6, pp. 248-259)
- **Investir plus dans l'informatique santé** en généralisant les solutions qui permettent d'améliorer la qualité et de réduire les coûts en particulier l'échange régional ou sous-régional des dossiers médicaux (Ch. 3.7, pp. 260-273)
- **Mobiliser tous les acteurs dans une dynamique positive** en communiquant autour d'un véritable projet ambitieux (Ch. 3.8, pp. 274-284)
- **Assurer le pilotage et le suivi en exploitant systématiquement les** quantités impressionnantes de données collectées aujourd'hui et en confiant à une organisation indépendante le suivi et l'évaluation permanente du projet et des actions entreprises (Ch. 3.8, pp. 274-284)

PRÉFACE

La santé est la plus grande richesse
Virgile

Dans le discours public, le système belge des soins de santé est vanté en permanence comme l'un des meilleurs au monde. La conséquence logique de cela est de vouloir avant tout, maintenir le système. Le débat politique et sociétal relatif aux soins de santé devient dès lors principalement un débat budgétaire, plutôt qu'un débat de politiques. Nous nous focalisons essentiellement sur des cents et des pourcentages, plutôt que sur la finalité de santé publique.

Le présent livre conteste ce consensus belge. Assurément, le système belge des soins de santé est parmi les meilleurs, au niveau international, en matière d'accessibilité et de choix. Concernant le financement, nous nous trouvons plutôt au milieu du classement, avec une plus grande contribution privée que beaucoup d'autres pays européens. La qualité aussi est plutôt moyenne, du moins pour autant qu'il nous soit possible de la mesurer objectivement.

On constate avant tout que la focalisation budgétaire en matière de soins de santé en Belgique, qui a été préponderante pendant un quart de siècle, n'est pas suffisante pour le futur. Aujourd'hui déjà, on constate que la Belgique, sous une pression budgétaire croissante, se positionne peu à peu en retard par rapport à des pays comparables, dans le domaine du contrôle de qualité, de la prévention, de l'inégalité, de l'innovation ou de l'organisation de l'offre médicale. Ces tendances sont surtout ressenties de façon anecdotique dans le secteur et sont à court terme à peine visibles pour le citoyen ou le patient. A long terme, elles sont toutefois particulièrement inquiétantes.

En effet, le 21^{ème} siècle sera pour les pays occidentaux le siècle de l'économie de la santé. La combinaison de technologie, science, démographie et prospérité fera fortement remonter la part de la « santé » et des « soins de santé » dans notre économie. Afin, dans ce contexte, de pouvoir maintenir les points de force classiques du système belge de soins de santé – accessibilité, choix et prix abordable – le statu quo ne sera jamais suffisant et toujours plus inadéquat.

Nous avons donc besoin d'une vision et d'une perspective de long terme, qui dépasse l'inévitable question budgétaire. Le présent ouvrage associe ainsi la thérapie au diagnostic. Il donne aussi bien de grandes orientations que des recommandations concrètes pour un meilleur avenir du système des soins de santé en Belgique. Des exemples et des expériences internationales intéressantes servent, à cet effet, de source d'inspiration.

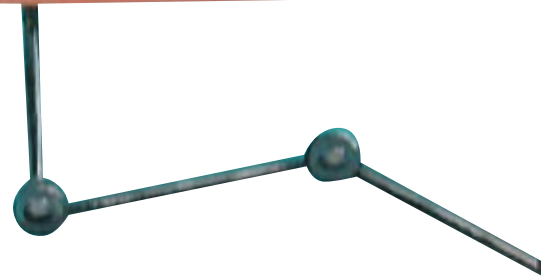
Il n'existe aucune raison pour que la Belgique doive échouer là où d'autres pays peuvent réussir. Bien au contraire, le secteur des soins de santé dispose de beaucoup d'expertise et de professionnalisme. Les divers acteurs institutionnels n'ont pas seulement la responsabilité, ils ont aussi l'opportunité de contribuer à réaliser le système des soins de santé du 21^{ème} siècle en Belgique. Ce chantier doit commencer par une ouverture du débat et l'identification des trajectoires souhaitables en matière de réforme. Ce livre veut contribuer de manière constructive à ce processus.

Les soins de santé sont un sujet très complexe, dans lequel la réforme repose sur l'engagement actif de beaucoup à de nombreux niveaux. La nécessité d'une réforme n'est pas encore suffisamment comprise comme elle l'est, par exemple, pour les pensions ou le marché du travail. Puisse ce livre aussi bien accroître cette prise de conscience que donner une impulsion positive, de sorte que la génération suivante puisse aussi s'appuyer sur « un des meilleurs systèmes de soins de santé au monde ».

Marc De Vos
Directeur de l'Itinera Institute

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce rapport. Par leurs remarques et leurs apports judicieux, elles nous ont permis de compléter, nuancer, finaliser les différentes parties de cette étude. Nous remercions tous les collaborateurs de l'Itinera Institute et les experts extérieurs qui nous ont accompagnés dans la conception et la réalisation de l'étude.



PARTIE 1

**ANATOMIE DU
SYSTÈME DE SANTÉ EN
BELGIQUE**

01

LES DIMENSIONS MULTIPLES DE LA SANTÉ



Une vision de plus en plus large de la Santé s'impose progressivement. Elle ne se limite pas à l'aspect curatif mais englobe la notion de bien-être. Elle intègre les dépenses tant publiques que privées. Elle place au centre du système le citoyen-patient. Outre les prestataires de soins et les autorités publiques, elle reconnaît le rôle essentiel joué par les organismes payeurs et les sociétés fournisseurs de biens et services.

L'APPROCHE « SANTÉ » VERSUS « SOINS DE SANTÉ »

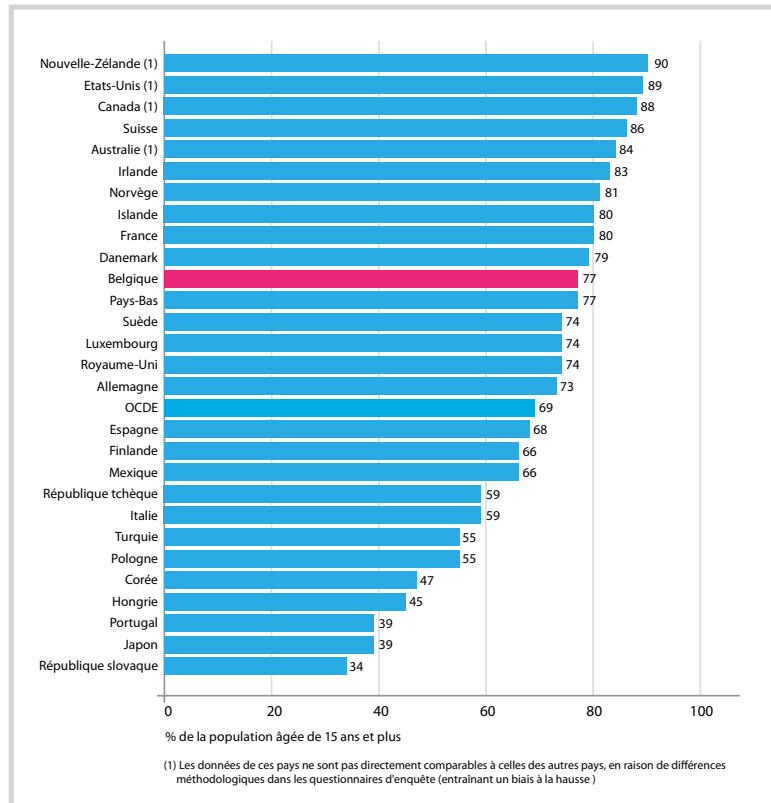
On a souvent une vision trop restrictive des soins de santé.

Il est urgent de préférer une vision plus large de la santé.

- L'axe curatif est le plus souvent mis en avant lorsque l'on évoque le système de Santé en Belgique. On utilise ainsi le terme « soins de santé » qui se traduit dans la terminologie anglo-saxonne par le terme « healthcare ».
- Cette vision est restrictive car elle réduit la santé à un de ses sous-ensembles : la partie soins. Cela suppose que l'on se situe déjà dans un état nécessitant des soins et l'approche se réduit ainsi à nouveau aux prestataires de soins et à ceux qui le financent. On oublie le citoyen en tant qu'acteur-clé de son système de santé. D'autre part, la notion de soins n'est pas synonyme de santé car les soins peuvent être inefficaces ou ne pas influencer sur l'état de santé ;
- Nous pensons qu'il est urgent de préférer une notion plus large qui ne se limite pas à l'aspect curatif mais qui privilégie la Santé comme une composante-clé de bien-être de la population. Cet état de santé de la population ne se mesure pas uniquement au travers des pathologies rencontrées dans le système curatif : hôpitaux, médecins de première ligne ... La Santé de la population se mesure ainsi avant tout par l'évaluation de l'Etat de Santé de la population dans toutes ses composantes. Si l'on examine le tableau comparatif réalisé par l'OCDE, on s'aperçoit que 77 % des Belges s'estiment en bonne Santé, ce qui nous situe nettement au-dessus de la moyenne de l'OCDE !

1 Panorama de la Santé 2007 : indicateurs de l'OCDE – OCDE Novembre 2007

POURCENTAGE DES ADULTES DÉCLARANT ÊTRE EN BONNE SANTÉ,
POPULATION TOTALE, 2005 (OU DERNIÈRE ANNÉE DISPONIBLE)



SOURCE : HEALTH AT A GLANCE : INDICATEURS OCDE – OCDE NOVEMBRE 2007

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE

De plus en plus d'importance est accordée au bien-être.

En ce début de XXI^{ème} siècle, les notions de Santé et de bien-être sont de plus en plus corrélées. Le citoyen du XXI^{ème} siècle dans nos pays industrialisés, accorde une importance de plus en plus grande à tous les soins, à tous les produits, à tous les services qui permettent d'améliorer son bien-être et d'influer à court ou moyen terme sur son état de santé.

Cette demande sans cesse croissante s'exprime sous des formes extrêmement diversifiées :

- Alimentation
- Sport
- Soins et produits de beauté
- Cures thermales
- Luminothérapie
- Kinésithérapie et relaxation
- Parapharmacie
- Appareillages de mesure et d'autodiagnostic (cardio-fréquencemètre par exemple)
- Médecines et thérapies complémentaires ...

Ceci donne lieu à une croissance très importante d'un nouveau secteur de l'économie.

Cette demande nouvelle donne lieu à une croissance très importante d'un nouveau secteur de l'économie.

Cette prise en charge par le citoyen de son bien-être ne peut être absente de notre réflexion car elle influence directement son état de santé à moyen et long terme. Certains pays, comme le Canada, ont très bien compris cette interaction entre le bien-être et l'état de santé. Ainsi, l'agence publique fédérale canadienne affiche le bien-être comme un élément –clé de sa stratégie.

Avec comme conséquence une prise en charge importante par le citoyen.

La prise en compte des dimensions publiques et privées des soins de santé

- Même si les dépenses liées à la Santé sont prises en charge de manière importante par les pouvoirs publics en Belgique, une partie importante des dépenses est prise en charge par les citoyens eux-mêmes. La récente étude de l'OCDE² montre une prise en charge de 28 % par le citoyen belge de ses dépenses de santé, ce qui nous situe

² OCDE – Health Data 2007

La Belgique est ainsi dans le peloton de tête européen.

dans le peloton de tête européen. Certaines analyses qui intègrent plus de dépenses privées avancent le rapport de un tiers – deux tiers soit 10 milliards d’euros pris en charge par le citoyen pour 20 milliards d’euros à charge des autorités publiques. Dans l’ensemble des pays de l’OCDE repris ci-dessous, seuls quatre pays demandent une prise en charge des dépenses de Santé plus élevée aux citoyens : les Etats-Unis, le Canada, l’Espagne et la Suisse.

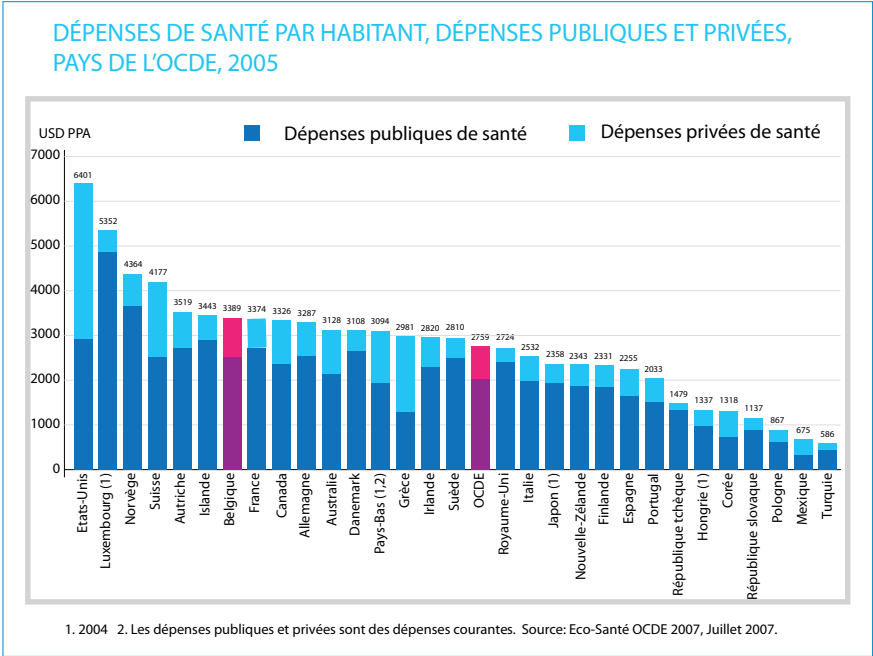
| Pays | % |
|------------------|------|
| Allemagne | 76,9 |
| Autriche | 75,7 |
| Belgique | 72,3 |
| Canada | 70,3 |
| Danemark | 84,1 |
| Espagne | 71,4 |
| Etats-Unis | 45,1 |
| Finlande | 77,8 |
| France | 79,8 |
| Irlande | 78,0 |
| Italie | 76,6 |
| Luxembourg | 90,7 |
| Norvège | 83,6 |
| Nouvelle-Zélande | 77,4 |
| Portugal | 72,3 |
| Royaume-Uni | 87,1 |
| Suède | 84,6 |
| Suisse | 59,7 |

POURCENTAGE DES DÉPENSES DE SANTÉ PRISES EN CHARGE PAR LES AUTORITÉS PUBLIQUES.
SOURCE : ECOSANTÉ OCDE 2007

La Belgique se situe aussi au-dessus de la moyenne des pays de l’OCDE en termes de dépenses de santé par habitant ajustées sur base de la parité de pouvoir d’achat des monnaies.

Les dépenses par habitant sont supérieures de 23% à la moyenne OCDE.

Pour une moyenne de 2759 USD pour l’ensemble des pays de l’OCDE, la Belgique atteint 3389 USD . Les dépenses par habitant sont donc **supérieures de 23 % à la moyenne OCDE**. On notera dans le classement que les Etats-Unis et la Suisse restent en tête mais que ce sont le Luxembourg , la Norvège, l’Autriche et l’Islande qui ont pris la place de la France et de l’Allemagne.



SOURCE : OCDE – HEALTH DATA 2007

Cette prise en charge s’est renforcée ces dernières années.

- Cette prise en charge par le citoyen d’une partie importante des dépenses de santé s’est renforcée ces dernières années, comme nous le montre le tableau suivant de l’OCDE ³et va continuer à se renforcer dans les années futures.

3 OCDE – Health Data 2007

| Année | % |
|-------|------|
| 1997 | 23,2 |
| 1998 | 23,7 |
| 1999 | 23,9 |
| 2000 | 24 |
| 2001 | 23,4 |
| 2002 | 24,8 |
| 2003 | 28,4 |
| 2004 | 26,9 |
| 2005 | 27,7 |

EVOLUTION DE LA PART PRIVÉE DES DÉPENSES DE SANTÉ EN BELGIQUE
SOURCE : OCDE – HEALTH DATA 2007

Une part croissante des revenus est consacrée à la santé.

- Au-delà de l'indispensable solidarité, les citoyens sont prêts à investir eux-mêmes pour leur propre santé. Les citoyens, s'ils en ont la possibilité et l'opportunité, sont prêts à investir dans la Santé. Nous nous devons par conséquent de prendre en compte cette dimension importante. Comme le soulignent les économistes de la santé R. Hall et C. Jones dans le très réputé *Quarterly Journal of Economics*,⁴ à mesure que le niveau de consommation s'élève, le citoyen tire de moins de moins de satisfaction d'une dépense de consommation additionnelle mais cette loi ne vaut pas pour la longévité et la Santé. Le premier réfrigérateur et la première voiture apportent une amélioration sensible de la qualité de vie ; la deuxième voiture déjà beaucoup moins. Il s'ensuit que les gens dépensent une part croissante de leurs revenus pour leur santé parce que leur dépenses additionnelles de consommation matérielle leur apportent, en proportion, de moins de moins de satisfaction. La Santé ou une année de vie supplémentaire est plus important, comme le soulignent ces auteurs, qu'« une troisième voiture, un autre téléviseur ou de nouveaux vêtements ».

⁴ R. Hall et C. Jones - *Quarterly Journal of Economics*,

LE MODÈLE DES 5 P CENTRÉ AUTOUR DU CITOYEN-PATIENT

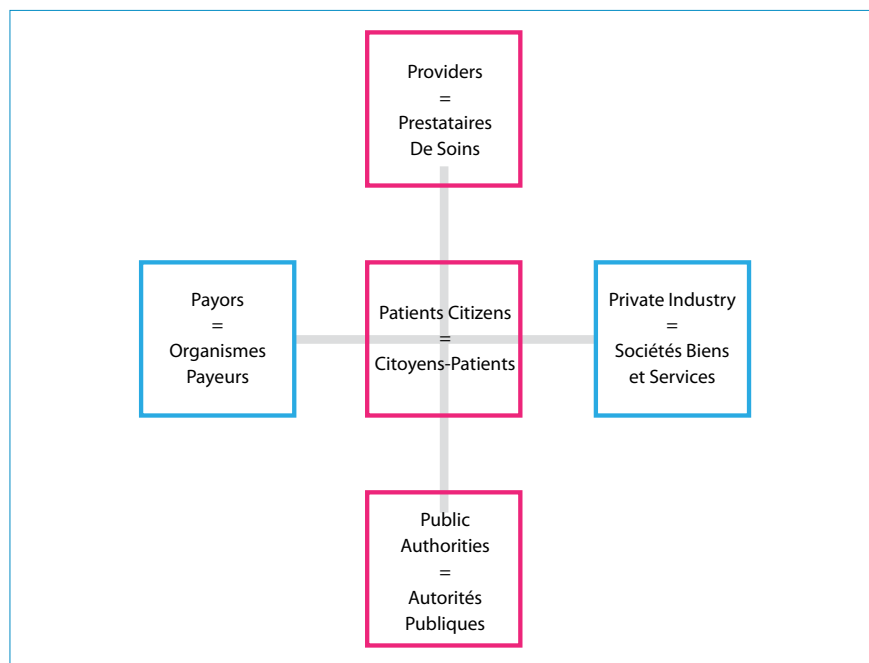
Dans le passé, on considérait deux acteurs principaux: les prestataires de soins et l'état financeur.

Aujourd'hui il faut tenir compte de cinq types d'acteurs principaux.

Dans le passé, les études réalisées sur le secteur de la santé en Belgique se concentrent et se limitent le plus souvent à considérer deux acteurs principaux dans le système de santé :

- Les prestataires de soins et les infrastructures de soins dans leurs diverses formes : hôpitaux, médecins, infirmiers ...
- L'état financeur et les différentes institutions qui composent le système (Ministère, Inami, mutualités...)

Aujourd'hui, en ce début de 21^{ème} siècle, avec l'évolution du rôle et de la place des différents acteurs, la vision qui s'impose et que nous retenons pour cette étude est beaucoup plus large et englobe non pas deux mais cinq types d'acteurs principaux : les 5 P's.



Cette nouvelle vision du monde de la Santé ne se limite plus aux prestataires de soins et aux autorités publiques. Elle place au centre du schéma le citoyen-patient.

Autour de ce citoyen-patient, gravitent 4 grands pôles qui interviennent directement dans le système de santé. On retrouve bien entendu les autorités publiques et les prestataires de soins mais aussi deux autres pôles qui jouent un rôle très important dans le système de santé :

- les organismes payeurs qui recouvrent tant les mutualités que les sociétés d'assurance privée. Traditionnellement les analyses se focalisaient seulement sur les mutualités. 4.913.000 personnes sont actuellement couvertes par une assurance santé complémentaire , 1.221.000 sous forme de contrats individuels et 3.692.000 sous forme de contrats collectifs.⁵ En 1995, ce nombre n'était encore que de 2,5 millions. Il est donc essentiel de les inclure dans le champ de l'analyse et de les associer à la réflexion sur notre système de santé.
- les sociétés fournisseurs de biens et de services issues de très nombreux secteurs : secteur télécom, secteur alimentaire, secteur bancaire, secteur pharmaceutique, équipements médicaux, intérim ...

Les prestataires de soins, les fournisseurs de biens et services, les autorités publiques, les mutualités et les assureurs privés sont au service du citoyen-patient.

Il est essentiel de bien distinguer les deux notions de "citoyen" et de "patient" :

- Le citoyen, avant d'être malade agit déjà sur le système de santé futur.
- Le citoyen devient ensuite patient, avec une concentration des dépenses sur une courte période.

Il est essentiel de bien distinguer ces deux notions de "citoyen" et de "patient" :

- Le citoyen belge, quel qu'il soit, avant d'être malade et de devenir patient développe des comportements et des habitudes de vie et de consommation qui vont influencer directement sur sa santé présente mais surtout future. Donc, sans être directement impliqué dans un processus de soins, le citoyen agit déjà sur le système de santé futur. Le phénomène de l'obésité grandissante illustre parfaitement cette responsabilité du citoyen : l'enfant en bas âge qui développe au fil du temps un profil d'obésité de par l'inactivité et une nourriture mal adaptée va directement influencer le coût et les besoins du système de santé à terme. Autre exemple : le pourcentage très élevé de fumeurs dans le passé en Belgique. Celui-ci nous positionne dans le peloton de tête européen des cancers du poumon.

⁵ Données Assuralia – Mise à jour 30.11.2007

- Le citoyen devient ensuite patient, le plus souvent pour des consultations ou des interventions mineures tout au long de sa vie. Par la suite, on assistera dans de nombreux cas, sur une période courte de la vie, à un recours et à une concentration élevée des dépenses. Cette concentration des dépenses sur une période courte de vie est le premier élément important à retenir. Le second élément essentiel à noter est la place prépondérante occupée par quelques maladies-phares. (cfr 1.5. maladies chroniques).

L'APPROCHE RETENUE

Comme décrites dans les sections précédentes, les dimensions nouvelles à intégrer sont nombreuses. Pourtant les chiffres et les données disponibles aujourd'hui se limitent le plus souvent à l'approche traditionnelle soins de santé.

La première partie de ce rapport se focalisera essentiellement sur l'approche classique soins de santé, par absence de données chiffrées sur les autres composantes de la Santé. La deuxième partie du rapport intégrera, elle, tous les nouveaux concepts dans une vision prospective.



RECOMMANDATION

Adopter une vision beaucoup plus large de la Santé qui ne se limite pas à l'aspect curatif ou aux dépenses prises en charge par les autorités publiques mais considère le bien-être de la population dans toutes ses dimensions. Cela implique d'élargir le champ d'action traditionnel de la politique de santé des prestataires de soins et des autorités publiques vers les citoyens-patients, les mutualités, les assureurs privés et les sociétés prestataires de biens et services. Tous ces acteurs doivent être reconnus comme des moteurs essentiels de changement et associés à la réflexion et à l'action.

Quick win : forum de réflexion annuel « Santé 2050 » appuyé par les autorités publiques et rassemblant tous les acteurs du monde de la Santé : autorités publiques, citoyens-patients, prestataires de soins, mutualités, assurances privées, fournisseurs de biens et services, associations.

02

LES ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ



La Santé est un secteur-clé. Si on se limite aux activités de base, la Santé occupe 400.000 personnes, soit 9 % de la population active. Un peu plus que l'enseignement, par exemple, avec 370.000 personnes et deux fois plus que le secteur de la construction. Le champ d'activité de la Santé s'élargit chaque jour. Il ne se limite plus à l'aspect curatif mais englobe une notion beaucoup plus large de bien-être de la population. Il place au cœur du système le citoyen-patient.

LES ACTIVITÉS DE BASE

Les activités de base = 400 000 personnes.

Les activités de base occupent environ **400.000 personnes**. Ce chiffre est le résultat des recherches que nous avons menées auprès des différents acteurs : les données sont pour certaines difficiles à collecter et ont nécessité des contacts personnels et de nombreuses relances téléphoniques.

Par activités de base nous entendons le personnel occupé par les autorités publiques, les mutualités et assureurs privés, l’industrie pharmaceutique et des dispositifs médicaux ainsi que les prestataires de soins.
Ces 400.000 personnes se répartissent de la manière suivante :

Les autorités publiques de la Santé = 5000 personnes.

Les autorités publiques « public authorities »

Les autorités publiques encadrent le système de santé et influent sur les comportements des différents acteurs à différents niveaux pour un total de près de 5000 personnes.

| Autorité | Nombre |
|--|--------|
| INAMI | 1306 |
| SPF Sécurité sociale | 1387 |
| SPF Santé publique | 1306 |
| Institut Supérieur de Santé Publique | 502 |
| KCE | 45 |
| Communauté Française | 83 |
| Région Wallonne (DG action sociale et santé) | NC |
| Communauté Germanophone | NC |
| Communauté Flamande | 200 |

Les mutualités = 20 000 personnes.

Les mutualités et les assureurs privés « payors »

L’adhésion à un organisme de mutuelle est obligatoire mais le choix de cette mutuelle est libre. Elles sont groupées en cinq grandes associations historiques: les mutualités chrétiennes, libérales, libres, neutres et socialistes. Le marché est fermé aux nouveaux entrants par la loi.

Les mutualités représentent, d’après nos estimations, un total de près de 20.000 personnes. Ces chiffres doivent être considérés avec prudence car ils proviennent de sources différentes et peuvent diverger quant à l’intégration ou non des ASBL satellites.⁶

| Institution | Nombre |
|---|--------|
| Mutualités Chrétiennes | 6514 |
| Mutualités Neutres | 600 |
| Mutualités Libérales | 109 |
| Mutualités Socialistes (chiffre intégrant toutes les ASBL liées) | 11300 |
| Mutualités Libres | 2864 |

A l’exception de DKV qui occupe 380 personnes⁷, les autres assureurs privés n’ont pu nous communiquer de manière distincte le personnel rattaché aux soins de santé. On peut estimer de manière tout à fait minimaliste à 500 personnes le nombre de personnes occupées.

L’industrie pharma et l’industrie des dispositifs médicaux

L’industrie pharmaceutique occupe près de 30.000 personnes en Belgique et l’industrie des dispositifs médicaux plus de 5.000 personnes :

| | |
|---------------------------------------|-------|
| Industrie pharmaceutique ¹ | 28605 |
| Matériel médical ² | 5500 |

1 Pharma.be
2 Eucomed.be

Si l’on effectue une comparaison internationale, on s’aperçoit que le volume d’emplois générés par l’industrie pharmaceutique par rapport à l’emploi total est nettement supérieur aux autres pays dont les données sont disponibles au niveau de l’OCDE⁸:

| Pays | % de l’emploi total | Nombre d’employés |
|----------|---------------------|-------------------|
| Belgique | 0,67 | 28 605 |
| Danemark | 0,5 | 13 000 |

6 Enquête Itinera
7 Rapport annuel DKV 2006
8 OCDE Health Data 2007

L’industrie pharmaceutique = 30 000 personnes.
L’industrie des dispositifs médicaux = 5000 personnes.

Les prestataires de soins = 335 000 personnes dont :

- 38 828 médecins généralistes et spécialistes
- 127 846 prestataires en dehors de l’hôpital
- 167 865 à l’hôpital (dont 92 000 assurent les soins aux patients).

| | | |
|-------------|------|---------|
| France | 0,3 | 74 000 |
| Norvège | 0,16 | 4 000 |
| Royaume-Uni | 0,24 | 65 000 |
| USA | 0,19 | 269 000 |

Les prestataires de soins « providers »

- Le groupe le plus important est composé des prestataires de soins qui représentent près de 335.000 personnes.⁹
- Le corps médical avec 38828 médecins généralistes et spécialistes représente seulement 12% des 335.000 personnes. Ce chiffre englobe tant les médecins travaillant à l’extérieur qu’à l’intérieur de l’hôpital : 18.027 médecins généralistes et 20801 médecins spécialistes.
- 127846 prestataires travaillent en dehors de l’hôpital :¹⁰

| Type de prestataires de soins | Nombre |
|--|--------|
| Dentistes, 2005 | 8655 |
| Pharmaciens hors hôpital | 11544 |
| Kinésithérapeutes hors hôpital | 20261 |
| Infirmières et sages-femmes hors hôpital | 69832 |
| Opticiens | 3255 |
| Orthopédistes | 454 |
| Bandagistes | 7786 |
| Dispensateurs d’implants | 906 |
| Logopèdes hors hôpital | 3561 |
| Audiologues | 1107 |
| Diététiciens hors hôpital | 151 |
| Podologues | 239 |
| Orthopédistes | 94 |

- 167865 personnes travaillent à l’hôpital en dehors des médecins¹¹ :
- 26 684 personnes assurent les fonctions de direction et d’administration à l’hôpital (comptabilité, secrétariat, gestion ...).

9 Rapport annuel Inami, 2006
10 Rapport annuel Inami, Année 2006
11 SPF Santé Publique, Année 2005

- 28.550 personnes assurent le nettoyage et l'entretien des hôpitaux.
- 92.032 personnes assurent les soins aux patients dans les hôpitaux (infirmières graduées, brevetées, assistantes en soins...).
- 16.748 personnes assurent l'encadrement paramédical à l'hôpital (techniciens de laboratoire, diététiciens, kinés...).
- Enfin 3851 cadres scientifiques complètent l'encadrement à l'hôpital (pharmaciens, biochimistes, psychologues ...).

LES ACTIVITÉS AUTRES

Mais ces quelques 400 000 personnes n'incluent pas de nombreuses associations et sociétés.

Dans les 400.000 personnes ne sont pas pris en compte :

- Les fournisseurs de biens et services au système de santé autres que les sociétés pharmaceutiques et d'équipement médical qui sont de nature très diverse :
 - o Les sociétés informatiques
 - o L'industrie ou les distributeurs agro-alimentaires
 - o Les sociétés d'intérim
 - o Le secteur de la banque ou de l'assurance
 - o Les sociétés de télécommunication
 - o Les sociétés de travaux publics ou d'entretiens des bâtiments...
- Les sociétés ou les associations nombreuses qui exercent des activités agissant directement sur la santé des citoyens-patients comme par exemple :
 - o Les salles de fitness
 - o Les clubs de sport
 - o Les soins et activités très diverses centrées autour des soins du corps et du bien-être : balnéothérapie, hydrothérapie, relaxation ...
- Les associations de toutes sortes actives dans le monde de la santé par exemple dans le cadre de la prévention, de la lutte contre une maladie (exemple : Fondation Belge Contre le Cancer) ou de la défense des intérêts des prestataires de soins (exemple : fédérations d'hôpitaux ...)
- Les bénévoles actifs dans la santé soit 10.716 personnes en 2006¹²

¹² Confédération des Entreprises du Non Marchand

Le remboursement récent par les mutualités d'une partie des coûts d'abonnement aux clubs de sport nous montre la nécessité d'intégrer toutes ces composantes nouvelles dans le cadre de notre approche globale.

L'IMPORTANCE COMPARATIVE

Ainsi, la santé occupe 9,38% de la population active.

En se limitant aux activités de base, avec 400.000 personnes, la Santé occupe 9,38 % de la population active soit un peu plus que l'enseignement qui occupe 372.092 personnes soit 8,73 % de la population active.¹³

C'est plus que l'enseignement...

A titre de comparaison¹⁴, cela représente deux fois plus d'emplois que dans la construction (197 000 emplois) et deux tiers des emplois de l'industrie (600.000 personnes).

... et deux fois plus que dans la construction.

Si l'on effectue une comparaison internationale ¹⁵de l'emploi occupé par le secteur de la Santé par rapport à la population, on s'aperçoit que la Belgique :

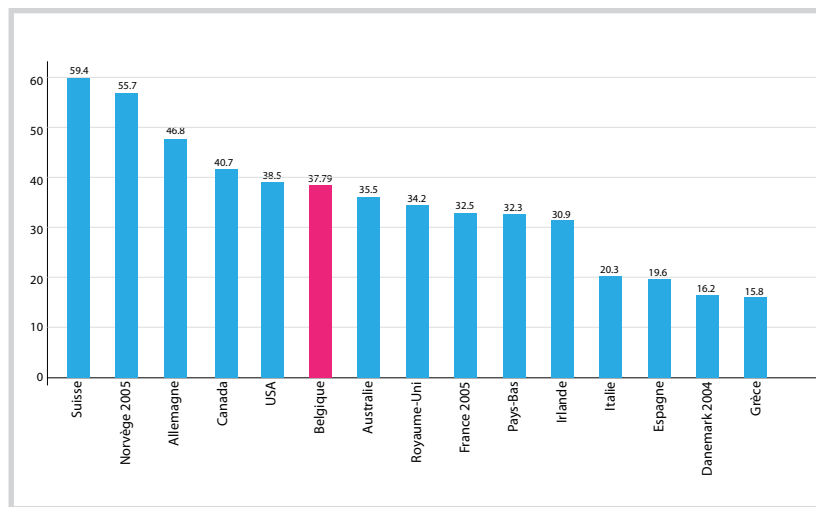
- o occupe une position proche du Royaume-Uni, des Etats-Unis, de la France et des Pays-Bas
- o est nettement inférieure à l'Allemagne, la Suisse et la Norvège
- o est nettement supérieure à la Grèce, l'Italie, le Danemark et l'Espagne

¹³ ONSS – emplois salariés 1^{er} trimestre 2007

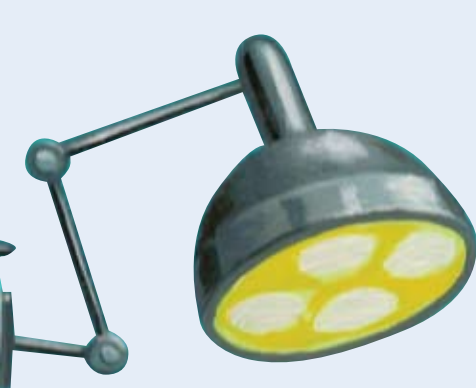
¹⁴ Belgostat 2006

¹⁵ OCDE Health Data 2007, Chiffres de 2006 + sources Itinera pour la Belgique

EMPLOIS DU SECTEUR SANTÉ PAR 1000 HABITANTS



SOURCE : OCDE HEALTH DATA 2007, CHIFFRES POUR 2006 + SOURCES ITINERA POUR LA BELGIQUE



RECOMMANDATION

Considérer le secteur de la santé comme un vecteur de croissance et pas uniquement comme une source de coûts. Quatre cent mille personnes travaillent dans le secteur de la santé. Le secteur de la santé occupe une place essentielle dans notre société en termes d'emploi, de valeur ajoutée pour une ville ou une région, de commandes de biens et services.

Quick win : confier à un centre de recherche (par exemple le KCE) une mesure permanente en temps réel de l'emploi et de la valeur ajoutée du secteur. Ces chiffres consolidés sont aujourd'hui inexistantes et le premier exercice que nous avons réalisé a été laborieux

03

L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ



Le système de santé en Belgique est caractérisé par de nombreux niveaux de pouvoir et par un morcellement des compétences. Il est au départ d'inspiration Bismarckienne c'est-à-dire financé à la base par les cotisations sociales. Progressivement néanmoins, la part du financement des soins de santé basée sur les cotisations sociales se réduit. Le système de financement a fortement évolué depuis le début des années 1980 vers un système de financement prospectif et une responsabilisation des acteurs. Les groupes d'intérêt jouent un rôle considérable en Belgique dans toutes les discussions, réglementations, affectations de budget que ce soit au niveau fédéral ou régional.

Les autorités fédérales ont comme principale tâche de déterminer le cadre législatif général et le budget de la santé.

On compte deux services publics fédéraux : le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et le SPF Sécurité sociale.

LES TROIS NIVEAUX DE POUVOIR

Le Niveau fédéral

Les autorités fédérales ont comme principale tâche de déterminer le cadre législatif général et de déterminer le budget de la santé.

Le ministre responsable de la santé est le **ministre des affaires sociales et de la santé publique**.

Les principales compétences fédérales sont ainsi :

- La gestion de l'assurance maladie-invalidité. Celle-ci fait partie du système de sécurité sociale et est donc gérée par le gouvernement fédéral;
- Les lois concernant l'hôpital : accréditation, financement et planification des hôpitaux;
- La législation concernant les qualifications professionnelles (accords salariaux, conditions de travail, enregistrement des médicaments et détermination de leur prix,...);
- La détermination du budget général des soins de santé;
- Le contrôle et la planification des technologies liées à la santé.

C'est le gouvernement fédéral qui détermine le montant des cotisations sociales et le montant des subsides publics accordés au secteur de la santé.

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé a sous son autorité directe deux services publics fédéraux : le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et le SPF Sécurité sociale.

Le **SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement** est notamment responsable de la planification, de l'accréditation et du financement des établissements de soins (hôpitaux, maisons de repos et de soins, hôpitaux psychiatriques,...).

Le **SPF Sécurité sociale** supervise l'O.N.S.S. (Office National de Sécurité Sociale) et l'I.N.A.M.I. (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité).

L'**O.N.S.S.** est l'organisation qui est chargée de collecter les contributions sociales (employeurs et employés) et de répartir ses recettes entre les organismes centraux chargés de gérer sur le plan national les secteurs de la sécurité sociale. Le montant de ces cotisations est fixé par le gouvernement fédéral. La sécurité sociale belge compte sept branches : les pensions de retraite et de survie, le chômage, l'assurance contre les accidents du travail, l'assurance contre les maladies professionnelles, les prestations familiales, l'assurance maladie-invalidité et les vacances annuelles. L'ensemble de ce système est réparti en deux régimes : un régime pour les travailleurs salariés et un régime pour les travailleurs indépendants.

L'**I.N.A.M.I.** est l'organe responsable de l'organisation et la gestion financière du système d'assurance maladie-invalidité obligatoire. Il est notamment chargé de la préparation et de l'implémentation de la législation, de la consultation entre les différents acteurs de la santé et de la préparation du budget de la santé en Belgique. L'I.N.A.M.I. répartit également ses recettes entre les différentes mutuelles.

L'I.N.A.M.I. supervise l'organisation générale de l'assurance maladie obligatoire mais la tâche de fournir effectivement cette assurance revient aux **mutuelles**.

Le Niveau régional et communautaire

Traditionnellement, en Belgique, les **communautés** sont chargées des matières dites personnalisables c'est-à-dire des matières directement liées aux personnes. Elles sont donc notamment responsables :

- des politiques de prévention (sauf certaines grandes campagnes nationales) et de promotion de la santé
- de la mise en œuvre des normes dans les hôpitaux
- de l'accréditation des lits dans les hôpitaux et du matériel médical
- de l'autorisation de fonctionnement des hôpitaux
- des travaux de rénovation et de reconstruction des hôpitaux
- de l'autorisation et de l'accréditation pour les soins à domicile

Les communautés quant à elles sont chargées des matières dites personnalisables : prévention, normes, accréditation, travaux,

Les provinces et communes n'ont des compétences que limitées.

Les Niveaux provincial et communal

Les compétences des provinces et des communes sont relativement limitées. Les **provinces** sont notamment responsables de l'hygiène publique et du contrôle de l'authenticité des diplômes des prestataires de soins. Les **communes** quant à elle se chargent de l'organisation de l'aide aux personnes à faible revenu et de l'organisation des soins d'urgences et des hôpitaux publics.

On distingue trois grandes catégories de systèmes de santé:

Le système libéral à l'américaine via des assurances volontaires et privées.

Le système de santé à la Beveridge financé par l'impôt.

LES PARTICULARITÉS DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE

Les systèmes de santé peuvent être classés en trois grandes catégories: les systèmes professionnels ou d'inspiration Bismarckienne, les systèmes universels ou d'inspiration Beveridgienne et les systèmes libéraux à l'américaine. Les systèmes de santé empruntent généralement à chacune de ces trois catégories de sorte qu'on ne peut les classer de façon exclusive dans l'une ou l'autre d'entre elles.

La différence entre le système libéral à l'américaine et les deux autres systèmes est assez primordiale. Dans le premier système, les individus sont protégés contre les aléas qui menacent leur santé via des assurances volontaires et privées dont les primes sont basées sur les risques associés à chaque individu¹⁶. L'assurance soins de santé est à l'inverse obligatoire et basée sur les principes de la solidarité au sein des systèmes d'inspiration Bismarckienne et Beveridgienne.

Le système de santé à la Beveridge date du milieu du 20^{ème} siècle. Ses trois principes fondateurs sont l'universalité (l'aide est octroyée à tout citoyen), l'unité (le système est géré par une administration unique) et l'uniformité (l'aide est octroyée en fonction des besoins des bénéficiaires, indépendamment de leurs revenus). Le financement des systèmes d'inspiration Beveridgienne est basé sur l'impôt, même s'il n'est pas exclu que les bénéficiaires participent en partie aux frais médicaux. La majeure partie de la production de soins est organisée par les autorités publiques, mais le secteur privé peut proposer aux patients ce qui n'est pas offert par le service public. Ce système prévaut au Royaume-Uni, en Italie, en Espagne et dans les pays scandinaves.

¹⁶ Notons néanmoins que certaines assurances en matière de santé sont financées collectivement aux Etats-Unis. Elles ne couvrent néanmoins qu'une partie de la population : les individus qui disposent de faibles ressources (via le programme «Medicaid »), les personnes handicapées, celles qui souffrent d'insuffisance rénale permanente et les personnes de plus de 65 ans (via le programme « Medicare »).

Le système de santé à la Bismarck finance par les cotisations sociales des employeurs et employés.

Le système de santé belge est d’inspiration Bismarckienne.

- 1) Les prélèvements variant de façon progressive avec le revenu;
- 2) les soins sont fournis en fonction des besoins sanitaires de chacun.

Le système de santé à la Bismarck, apparu en Allemagne dès la fin du 19^{ème} siècle, se fonde quant à lui sur l’activité professionnelle des individus. Les ressources proviennent de cotisations sociales basées sur les salaires et payées par les employeurs et les employés. Ce sont donc logiquement les représentants des travailleurs et des employeurs qui gèrent un système basé sur un mode de décision contractuel, l’Etat ayant pour mission de fixer le cadre de leur action, de mettre en place des mesures correctives en cas de déficit et de financer la participation de ceux qui sont hors du marché du travail. La production de soins est le plus souvent libérale (les prestataires sont le plus souvent indépendants et payés à l’acte). Le système de santé belge est, tout comme le système allemand, français, néerlandais et autrichien basé sur les principes d’inspiration Bismarckienne.

Enfin, un système d’assurance maladie national coexiste avec plusieurs systèmes d’assurances sociales professionnelles dans certains pays (Grèce, Portugal) que l’on peut donc classer à l’intersection des systèmes de santé Beveridgien et Bismarckien.

Le tableau ci-dessous résume les différences majeures entre les systèmes d’inspiration Beveridgienne et Bismarckienne. S’il existe des divergences dans le mode de financement et dans l’organisation des soins entre ces deux grandes catégories de systèmes de santé, ils ont toutefois en commun le principe de ne pas laisser l’assurance soins de santé être organisée par l’assurance privée afin de préserver la solidarité entre individus. Les systèmes d’assurances sociales reposent en effet sur une double idée: 1) les prélèvements (impôts ou cotisations sociales) varient de façon progressive avec le revenu, la contribution de chacun au système dépend par conséquent de sa capacité à payer (principe d’équité verticale) ; 2) les soins ne sont pas fournis en fonction de la contribution financière mais des besoins sanitaires de chacun (principe d’équité horizontale).

| | Assurance sociale | Assurance universelle |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| | (Bismarck) | (Beveridge) |
| Financement | Cotisations sociales | Impôt |
| Population couverte | Les salariés et leurs ayants droit | L'ensemble de la population |
| Gestion | Privée, décentralisée | Publique, centralisée |
| Droits des bénéficiaires | Différenciés | Uniformes |
| Production de soins | Privée | Publique |

C'est le pacte social conclu entre syndicats et employeurs en 1944 qui a dessiné les contours de notre sécurité sociale.

Autre moment décisif: l'établissement de l'INAMI en 1963.

Les récentes réformes ont été marquées par une intervention croissante de l'Etat.

Par contre, la part du financement des soins de santé basée sur les cotisations sociales se réduit.

Les fondations du système de santé belge reposent sur le principe d'assurance professionnelle à la Bismarck. Dès la fin du 19^{ème} siècle, les mutualités - associations de prévoyance d'origine privée - offraient aux ouvriers la possibilité de s'assurer contre les risques de maladie. Cette assurance était à l'époque libre et, outre les cotisations payées par les travailleurs, les mutualités recevaient également une subvention de la part de l'Etat. De nombreuses extensions du champ de l'assurance maladie ont eu lieu durant le 20^{ème} siècle, incluant notamment un accroissement des services couverts et du nombre de bénéficiaires. C'est le pacte social conclu entre syndicats et représentants des employeurs - ayant donné lieu en 1944 à un projet d'accord de solidarité sociale - qui a dessiné les contours de la sécurité sociale telle que nous la connaissons aujourd'hui en instaurant un modèle Bismarckien. Ces accords ont en effet institué la gestion du système au travers de négociations paritaires entre les syndicats et les représentants des employeurs, instauré l'obligation de s'assurer et créé une structure centralisée (l'Office National de Sécurité Sociale) chargée de prélever les cotisations acquittées par les acteurs du monde du travail. L'assurance maladie obligatoire va connaître un autre moment décisif en 1963 avec l'établissement de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) au sein duquel se négocient depuis lors les honoraires entre les mutualités et les différentes catégories de prestataires de soins.

Les récentes réformes du système de santé belge ont néanmoins été marquées par une intervention croissante de l'Etat. C'est notamment vrai depuis 1995 et la réforme instaurant la fixation par l'Etat d'un budget global pour l'assurance maladie. En contrepartie, la part du financement des soins de santé basée sur les cotisations sociales se réduit. Cette tendance est aussi constatée dans d'autres pays (la France et les Pays-Bas par exemple) aux systèmes d'inspiration Bismarckienne. La raison principale de cette réduction du financement des soins de santé via les cotisations sociales est d'éviter que ces dernières ne pèsent trop sur le coût travail (qu'elles affectent directement). Par ailleurs, il y a aussi une certaine logique à ne financer via les cotisations sociales prélevées sur le travail que les prestations sociales directement liées au marché du travail (allocations de chômage et pensions) et de financer les autres prestations sociales (soins de santé, allocations familiales) par la taxation générale.

En Belgique, le système de santé est influencé par l'histoire mutualiste.

L'histoire sociale de chacun des pays européens explique la grande diversité des systèmes de santé. En Belgique, le système de santé est influencé par l'histoire mutualiste. Une des particularités du système belge est que les organismes assureurs se distinguent par leur affiliation idéologique (catholique, socialiste, libérale). On retrouve aussi cette dualité entre hôpitaux publics et privés. Cette particularité explique une grande diversité dans l'origine sociale des adhérents des diverses mutuelles et des patients des divers hôpitaux. Les dépenses des différentes institutions en sont donc affectées, ce qui rend d'autant plus compliquée la mise en place - généralisée à travers l'Europe - de financements prospectifs des institutions. La section suivante décrit le mode de financement des organismes assureurs, médecins et hôpitaux. Elle montre l'influence du modèle Bismarckien sur le mode de financement en Belgique et la différence qui existe avec les pays dont l'organisation est basée sur le modèle de Beveridge.

LE SYSTÈME DE FINANCEMENT

Les cotisations et les recettes sont distribuées aux différentes branches de la sécurité sociale.

Et c'est l'INAMI qui perçoit la majeure partie de ce montant (35,5%).

Mais ce budget est soumis à une norme de croissance de 4,5% en termes réels depuis 2003.

Le financement des prestataires et des mutuelles

Une fois les cotisations sociales et les recettes de la taxation (subsides de l'Etat et financement alternatif) perçues par l'ONSS, elles sont distribuées aux différentes branches de la sécurité sociale. C'est l'INAMI - responsable en plus de la gestion des prestations de soins de santé de celle des invalidités - qui perçoit la majeure partie de ce montant (35,5% pour les soins de santé en 2006 ; voir section 3.1.3.). L'INAMI est conjointement géré par les syndicats, les représentants des employeurs, les représentants des prestataires de soins et les mutualités. Le budget de l'INAMI est soumis à une norme de croissance de 4,5% en termes réels depuis 2003. A partir de ce budget global alloué à l'assurance soins de santé, des sous-budgets sont fixés par spécialité : soins ambulatoires, soins hospitaliers, produits pharmaceutiques, soins dentaires,... Les mutualités et les représentants des prestataires de soins déterminent alors les montants des honoraires pour chaque acte médical. Ces montants servent de base au remboursement par l'assurance soins de santé obligatoire. Notons que ce processus est propre aux pays dont les systèmes de santé sont d'inspiration bismarckienne.

Les mutuelles, quant à elles, perçoivent un budget à la fois rétrospectif et prospectif.

Ce sont les mutuelles qui sont chargées de financer la majeure partie des soins (le solde étant versé par le patient). A cette fin, elles perçoivent de la part de l'INAMI un budget à la fois rétrospectif et prospectif. Plus précisément, chaque mutuelle se voit attribuer depuis 1995 un montant théorique qui doit correspondre à la dépense attendue de ses membres. Le financement effectivement attribué aux mutuelles est alors calculé en effectuant une moyenne pondérée de ce montant théorique et des dépenses réellement encourues suivant la clé de répartition 40%-60%. Chaque mutuelle est financièrement responsable de 25% de la différence (surplus ou déficit) entre le financement qui lui est attribué et ses dépenses réellement encourues. Enfin, pour éviter que les mutuelles ne soient pénalisées par une sous-estimation de leur budget global, le déficit dont elles sont responsables est plafonné à 2% de leur budget global. Ce mode de financement des organismes assureurs n'est pas unique en Europe puisqu'on le retrouve dans d'autres pays (Pays-Bas, Allemagne, Suisse et Israël) où ces organismes sont mis en concurrence et où les gouvernements évitent de leur octroyer un budget purement rétrospectif afin de les inciter à contrôler les coûts de leurs adhérents. Dans chacun de ces pays, ce mode de financement a été adopté afin de combiner le libre choix de l'organisme assureur par les individus tout en tentant de préserver le principe de solidarité.

Les médecins en ambulatoire ou à l'hôpital sont financés à l'acte via l'assurance maladie.

Les médecins - que se soit en ambulatoire ou à l'hôpital - sont financés à l'acte via l'assurance maladie. Ce qui n'est pas le cas dans tous les pays. Les médecins peuvent aussi être salariés ou recevoir un montant fixe par patient par année (capitation). Le tableau ci-dessous fournit le mode de paiement des généralistes et spécialistes dans différents pays européens¹⁷ : honoraires, salaires ou capitation – montant fixe par patient par année.

¹⁷ Seuls les modes de paiement suffisamment représentés sont répertoriés dans ce tableau. Par exemple, certains médecins sont salariés ou payés à la capitation (dans les maisons médicales) en Belgique. Leur nombre est néanmoins trop faible que pour les inclure dans ce tableau.

| Généralistes | | Spécialistes | Pays | Généralistes | Spécialistes |
|--------------|--------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| Allemagne | H | S/H | Irlande | C/H | S |
| Autriche | S/CH/H | S/CH/H | Italie | CH | S |
| Belgique | H | H | Luxembourg | H | H |
| Danemark | CH | S/H | Norvège | S/CH | S/SH |
| Espagne | S/C/SC | S | Pays-Bas | CH/H | S/H |
| Finlande | S | S | Portugal | S/H | S/H |
| France | S/CH/H | S/H | Royaume-Uni | CH | S |
| Grèce | S/H/CH | S/H | Suède | S/CH/H | S/SH/H |

H: Honoraires; S: Salaire; C: Capitation;

Deux lettres qui se suivent indiquent des systèmes dans lesquels les paiements sont mixtes
Deux lettres séparées par / indiquent que des prestataires appartenant à des structures différentes (ambulatoire, hôpital public, hôpital privé, maison médicale) sont rémunérés différemment

Source: Esmail and Walker. How good is Canadian Health Care? 2007 Report

Le financement des services communs et cliniques des hôpitaux est basé sur les besoins et sur les performances relatives.

Les traitements médicaux effectués au sein de l’hôpital sont - tout comme en ambulatoire - rémunérés à l’acte. Le coût des services communs (hôtellerie, entretien, administration,...) et des services cliniques (personnel soignant, produits médicaux,...) était pour sa part financé jusque dans les années quatre-vingt sur une base rétrospective au travers d’un prix perçu par journée d’hospitalisation. Un tel système invitait les hôpitaux à allonger les durées de séjour. Depuis 1982, un système de financement prospectif a été graduellement introduit. Dans sa dernière version, le financement des services communs et cliniques est basé simultanément sur les besoins et sur les performances relatives des hôpitaux. Les besoins sont évalués au travers des différents types de patients traités, chaque patient étant classé en fonction de ses caractéristiques (âge, sévérité de la maladie, critères sociaux...) dans un groupe homogène du point de vue médical. Compte tenu de la structure et du nombre de ses admissions, l’hôpital se voit attribuer un nombre de journées dites “justifiées” (qui correspond à la durée moyenne nationale pour le groupe homogène dans lequel le patient est versé). Les journées excédentaires par rapport aux journées justifiées ne sont alors que partiellement remboursées et les sommes non-distribuées sont attribuées aux hôpitaux qui ont enregistré un nombre de journées inférieur à leur quota. Le système incite donc à réduire le plus possible les durées de séjour.

Cette préoccupation de relier le financement des hôpitaux à la structure des pathologies auxquelles ils font face et à la caractéristique socio-économique des patients est commune à l’ensemble des pays européens depuis les années quatre-vingt et les

Les hôpitaux publics et les hôpitaux privés sont financés de la même façon et remplissent les mêmes fonctions de base.

vagues de réformes mises en place en vue de réduire les coûts des systèmes de santé. La Belgique est donc de ce point de vue dans la tendance européenne. Signalons enfin que - tout comme en France et en Allemagne - les hôpitaux publics et les hôpitaux privés sont financés de la même façon et remplissent les mêmes fonctions de base en Belgique. Les hôpitaux privés ne remplissent un rôle supplétif par rapport aux hôpitaux publics comme c'est le cas au Royaume-Uni.

L'IMPORTANCE DES LOBBIES OU GROUPES D'INTÉRÊT

Enfin, pour terminer ce tour d'horizon des acteurs-clés dans le secteur de la Santé, nous devons consacrer une section spécifique aux groupes d'intérêt qui représentent les différents types d'acteurs décrits ci-avant.

Les groupes d'intérêt jouent un rôle considérable en Belgique. L'importance et le pouvoir relatifs de ceux-ci influent directement sur les décisions et les répartitions budgétaires.

Les groupes d'intérêt jouent un rôle considérable en Belgique dans toutes les discussions, réglementations, affectations de budget que ce soit au niveau fédéral ou régional. En effet toutes les décisions qui sont prises sont soumises à l'approbation d'instances dans lesquelles se trouvent représentés ces groupements d'intérêt.

Ces groupes sont très souvent scindés en fonction des couleurs politiques et de la région d'appartenance.

L'importance et le pouvoir relatifs de ceux-ci influent directement sur les décisions et les répartitions budgétaires. Ainsi le lobby hospitalier traditionnellement très représenté a fortement marqué et influencé l'histoire et le développement de notre système de santé en Belgique. On retrouve ainsi, sans être exhaustifs :

- Les associations hospitalières et de maisons de repos
- Les associations de médecins, infirmiers, pharmaciens, dentistes, kinés
- L'industrie pharmaceutique
- La Fédération des Entreprises de Belgique
- La Confédération des Entreprises du Non Marchand
- Les organisations mutuellistes



RECOMMANDATION

Le morcellement des compétences et les nombreux niveaux de pouvoir rendent plus complexes la définition et la mise en œuvre d'une politique de santé cohérente et structurée. Cette difficulté est renforcée par le rôle considérable joué par les groupes d'intérêt dans toutes les discussions, réglementations, affectations de budget que ce soit au niveau fédéral ou régional. Cette complexité n'a pas empêché le système de financement d'évoluer très fortement depuis le début des années 1980 mais des réformes importantes devront être poursuivies, en dehors des intérêts individuels, pour garantir la pérennité de notre système de santé. Le rôle des autorités publiques est, à cet égard, crucial et déterminant pour réfléchir en toute indépendance aux solutions optimales.

04

L'ÉVOLUTION DES POLITIQUES DE SANTÉ



L'évolution des politiques de santé est marquée par deux grandes périodes. Durant les années 60 jusqu'au début des années 1980, vingt années « fleur bleue » de maximisation de la qualité sans contrainte de ressources qui correspondent à la prospérité et au climat de confiance qui caractérisent cette période. De 1982 à 2007, vingt-cinq années « budgétaires » avec trois grands axes de réformes : les hôpitaux, les mutualités et l'Inami, l'industrie pharmaceutique et l'extension de la couverture santé.

LA PREMIÈRE VAGUE : LES VINGT ANNÉES «FLEUR BLEUE»: 1963-1982

Des années 60 jusqu'au début des années 80: la maximisation de la qualité sans contrainte de ressources.

Ceci se traduit par une inflation des coûts du système de santé.

Durant les années 60 jusqu'au début des années 1980, l'objectif de base des politiques de santé est *la maximisation de la qualité sans contrainte de ressources*. Cette politique est rendue possible par la période de prospérité économique et le climat de confiance qui caractérisent cette période. Le système de santé belge vit alors les années que l'on peut qualifier de fleur bleue.

Cette maximisation de la qualité sans contrainte de ressources va se traduire par une inflation des coûts du système de santé que l'on peut attribuer à quatre grands facteurs :

- une augmentation de la demande imputable à la généralisation du système d'assurance obligatoire et à la gratuité des soins hospitaliers pour tous les citoyens. Bien que le système d'assurance obligatoire remonte à 1945, le changement fondamental s'opère par la loi du 9 août 1963 qui étend la couverture de l'assurance santé tout en garantissant le libre choix du médecin et de l'hôpital, le paiement à l'acte et la pratique médicale indépendante. De nouvelles catégories de bénéficiaires avec des taux préférentiels de remboursement sont créées : les veuves, les orphelins, les pensionnés, les invalides. La loi de décembre 1963 instaure également le principe de soins hospitaliers gratuits pour tous les citoyens.
- une augmentation de l'offre qui se traduit entre autres par une progression très importante du nombre de lits hospitaliers et la construction de nombreux ensembles hospitaliers.
- une augmentation qualitative et quantitative des inputs consacrés au secteur (ressources humaines, médicaments ...)
- un système de remboursement rétrospectif qui consiste à rembourser les hôpitaux sur base des coûts réellement encourus. La loi de 1963 prévoyait en principe un prix de journée uniforme pour tous les hôpitaux mais comportait un article 9 qui laissait la possibilité au gestionnaire d'introduire un recours si le montant s'avérait insuffisant. Très vite cette procédure d'exception devient une généralité et laisse exploser le prix de journée et le volume de journées. Les hôpitaux augmentent les durées de séjour et négocient avec le Ministère de la Santé les augmentations de prix de journée.

LA DEUXIÈME VAGUE : LES VINGT-CINQ ANNÉES «BUDGÉTAIRES» : 1982-2007

Au début des années 1980, l'objectif central poursuivi par les autorités publiques a été modifié.

L'accent est maintenant porté sur la maîtrise des dépenses.

La période 1982-2007 est marquée par deux grands principes de contrôle budgétaire et de responsabilisation financière :

Au début des années 1980, avec la montée du chômage, le ralentissement de la croissance et l'impact des deux crises pétrolières des années 1970, on assiste à une modification de l'objectif central poursuivi par les autorités publiques en matière de santé. L'accent est maintenant porté sur la maîtrise des dépenses alors qu'auparavant les politiques publiques se préoccupaient de l'expansion des services offerts et des soins. Ces objectifs poursuivis dans le passé sont loin d'être négligés dans cette seconde période mais on leur associe une considération supplémentaire : la simple expansion des ressources ne suffit plus à atteindre l'ensemble des objectifs traditionnels. L'objectif de maximisation de la qualité à n'importe quel prix qui prévalait dans la période «fleur bleue» cède la place à un objectif nouveau : la maximisation de la qualité sous contrainte d'un certain niveau de ressources.

On peut distinguer trois périodes de réforme à l'intérieur de cette deuxième vague de contrôle budgétaire et de responsabilité financière :

Les années 1980 – les années hôpitaux

Les premières réformes entreprises touchent d'abord le secteur hospitalier à partir de 1982-1986 :

- Limitation du nombre de journées d'hospitalisation ;
- Limitation du prix de journée d'hospitalisation.

Les premières réformes entreprises touchent d'abord le secteur hospitalier à partir de 1982-1986:

- la limitation du nombre de journées d'hospitalisation par le blocage du nombre de lits et l'instauration d'un système de quotas de journées instaurant une dégressivité par rapport aux journées réalisées en 1980
- la limitation du prix de journée d'hospitalisation par la limitation du nombre d'éléments révisables et la réactualisation du prix de journée par un mécanisme de comparaison des hôpitaux pour le financement des services communs (buanderie, chauffage, alimentation ...) et les services cliniques (personnel de soins à charge du prix de journée). Les notions de RCM (Résumé Clinique Minimum) et RIM (Résumé Infirmier Minimum sont introduites en s'inspirant des systèmes utilisés aux USA (Diagnosis Related Groups) et au Canada pour la charge de travail infirmier.

Cette période de réforme produira ses effets dans toutes les décennies qui suivent.

Dès 1990, les réformes concernent les mutualités et l'INAMI:

- En 1990, un contrôle plus accru du budget global pour l'assurance santé ;
- En 1994, la responsabilité financière des mutuelles.

- la conversion de lits aigus et chroniques en lits gériatriques dans les hôpitaux et en lits de maison de repos et de soins
- une réforme importante de la psychiatrie en 1990 favorisant les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle
- le financement des tests de biologie clinique et de l'imagerie médicale revu en 1989

Cette période de réforme importante, sans doute la plus fondamentale pour les hôpitaux produira ses effets dans toutes les décennies qui suivent avec une mise en force progressive des mécanismes de comparaison. Elle sera suivie d'une réforme importante en 2002 avec des budgets hospitaliers basés sur l'activité justifiée de l'hôpital et payés mensuellement, l'inclusion de l'hospitalisation de jour dans le budget et l'attribution d'un budget spécifique pour les hôpitaux universitaires, l'inclusion de montants de référence pour les procédures chirurgicales.

Les années 1990 : les années Mutualités et Inami

Dès le début des années 1990, les réformes suivantes concernent les mutualités et l'Inami

- En 1990, un contrôle plus accru est mis en place sur les mutualités parallèlement à une confirmation de leur rôle d'administrateur du système. La loi impose alors ¹⁸ un budget fixe pour chaque sous-secteur des soins de santé de même qu'un budget global pour l'assurance santé. Des mécanismes de correction sont activés si ces limites budgétaires sont dépassées.
- En 1994, la responsabilité financière des mutuelles pour les dépenses de santé est instaurée. La quotité budgétaire de chaque organisme assureur résulte de la pondération de deux clés de répartition
 - o La première clé de répartition est constituée simplement par la part des dépenses comptabilisées par chaque organisme assureur dans les dépenses annuelles totales de l'exercice concerné. Au niveau de cette première clé, les différents organismes assureurs reçoivent donc leurs moyens financiers de façon proportionnelle aux dépenses réelles comptabilisées.
 - o La seconde clé de répartition est de nature normative et veut refléter les dépenses d'un organisme assureur en fonction de la structure de sa population. Elle prend

¹⁸ Health Care Systems in Transition – WHO – Belgium 2000

donc en compte les différences existant entre les mutualités en termes de risques socio-sanitaires.

Cette correction est appliquée de manière évolutive et progressive dans le temps. La responsabilité budgétaire des mutualités s'applique alors selon les modalités décrites dans 1.3.3.

- En 1993, une réforme importante de l'Inami voit le jour : contrôle des dépenses et procédures budgétaires plus strictes et réforme de la structure de gestion. Une série de mesures sont également prises pour renforcer la responsabilité financière des prestataires de soins.

Les années 2000 sont caractérisées par des mesures drastiques relatives au marché du médicament.

Les années 2000 : les années pharma – médecins et extension de la couverture

Les dernières années sont surtout marquées d'abord par un certain nombre de mesures drastiques relatives au marché et à la prescription des médicaments, après une première taxation sur le chiffre d'affaires déjà imposée à l'industrie pharmaceutique au début des années 1990 :

Extension de la couverture :

- En 2001 de la couverture du maximum à facturer ;
 - En 2007 du système de remboursement préférentiel à toutes les personnes se situant en dessous d'un certain revenu net (Omnio) ;
 - En 2008 des petits risques pour les indépendants.
- Dès 2001 : introduction de prix de référence pour les génériques, réforme de la procédure de remboursement, introduction de nouvelles règles pour le retrait de produits du remboursement
 - 2005 : introduction de procédures d'appel d'offres public pour certains médicaments, mesures pour limiter et contrôler la prescription des médicaments
 - 2006 : mise en place pour les hôpitaux d'un système de remboursement prospectif pour les médicaments
- Parallèlement à ces mesures de restriction sur le marché du médicament, de nombreuses mesures sont prises pour étendre la couverture pour certaines catégories de la population et mieux définir les droits du patient :
- 2001 : introduction du MAF - Maximum à Facturer c'est à dire un montant plafond de contribution du ménage calculé en fonction du statut social et du revenu
 - 2002 : réforme des droits du patient
 - 2007 : extension du système de remboursement préférentiel à toutes les personnes se situant en dessous d'un certain revenu net (Omnio)

- 2008 : extension de la couverture petits risques pour les indépendants moyennant une adaptation des cotisations

Dès 2004, l'introduction du *numerus clausus*.

Enfin, à partir de 2004, un *numerus clausus* est appliqué en médecine. Le *Numerus Clausus* est une limitation du nombre d'étudiants qui pourront recevoir l'autorisation de pratiquer dans le cadre de « l'assurance maladie invalidité » (I.N.A.M.I) et ainsi voir leurs prestations remboursées. Le nombre est défini par le Gouvernement Fédéral, et son application (la sélection des étudiants) est laissée aux Communautés.

Si l'on regarde les vingt-cinq dernières années, on peut donc distinguer trois sous-périodes qui initient successivement des réformes pour les acteurs suivants:

1. Les hôpitaux dans les années, 1980
2. Les mutualités et l'Inami dans les années 1990
3. Le marché du médicament, les bénéficiaires de soins et la limitation des prestataires de soins dans les années 2000

Ces mesures sont différentes bien sûr mais elles présentent toutes deux caractéristiques identiques :

Depuis 25 ans les mesures sont basées sur une motivation essentiellement budgétaire.

- Elles sont basées, initiées, conçues sur une motivation au départ essentiellement budgétaire. On retrouvera bien entendu ça et là d'autres mesures qui concernent d'autres aspects mais celles-ci restent marginales par rapport aux mesures les plus importantes décrites ci-dessus.
- Toutes les réformes s'effectuent de manière progressive et sur base d'un consensus de moyen et long terme : il n'existe pas de réforme drastique fondamentale du système imposée aux acteurs du système de santé dans un horizon temporel court. Ainsi par exemple, nous n'avons pas assisté à des fermetures d'hôpitaux drastiques comme celles observées en Suède ou au Canada. Le nombre d'hôpitaux a fortement diminué mais cette diminution s'est opérée par fusion des établissements, sans disparition retentissante d'hôpitaux. Un autre exemple est la réforme du statut du médecin hospitalier : les premières bases ont été posées dans les années 1980 mais sans que celles-ci soient développées par la suite. On parlera donc plutôt d'évolution sans révolution, sur base d'une batterie d'incitants mis en place. On retrouve là la volonté typiquement belge d'atteindre le consensus sans heurter les différents lobbies qui sont présents dans tous les organes de décision importants.

Toutes les réformes s'effectuent de manière progressive.

On parlera d'évolution sans révolution, sur base d'une batterie d'incitants mis en place.



RECOMMANDATION

Les vingt années « fleur bleue » et les vingt cinq années budgétaires ont permis le développement et le maintien d'un système de santé de qualité accessible à tous. Les adaptations législatives constantes ont apporté des améliorations réelles au financement et au fonctionnement de tous les rouages. Cette approche prioritairement centrée sur le budget ne sera toutefois pas suffisante pour garantir la pérennité de notre système au XXIème siècle. Dans l'esprit d'innovation et de réflexion concertée qui ont prévalu jusqu'à présent, de nouvelles politiques devront être imaginées pour faire face à tous les défis nouveaux du XXIème siècle.

05

LES DÉFIS MAJEURS POUR LE XXIÈME SIÈCLE



Les nouveaux défis du XXIème siècle sont nombreux : l'évolution des modes de vie et de consommation, le développement des maladies chroniques, l'allongement de la durée de vie et la progression des nouvelles technologies et des nouveaux traitements. Sous l'effet de ces quatre facteurs, les dépenses de santé vont connaître des taux de croissance beaucoup plus élevés que par le passé et générer de nouveaux besoins en termes de ressources humaines.

On devra faire face à des défis très importants dans les décennies à venir.

De nouveaux défis très importants attendent notre système de Santé dans les décennies à venir. Nous parlons ici de nouveaux défis car les défis traditionnels du système de santé restent d'actualité comme le maintien d'un système de qualité accessible à tous dans le cadre d'un budget limité. Ces nouveaux défis s'inscrivent donc en sus des défis traditionnels des systèmes de santé et peuvent donc être définis comme des défis majeurs du XXIème siècle :

L'ÉVOLUTION DES MODES DE VIE ET DE CONSOMMATION

Les styles de vie inadéquats pour la santé se renforcent et constituent un risque majeur pour le futur.

Il est maintenant largement reconnu qu'un risque accru de diabète, maladie cardiaque et cancer, par exemple est lié à une alimentation déséquilibrée, à des styles de vie sédentaires ou au tabagisme. Des campagnes de sensibilisation peuvent être effectives, comme dans les résultats obtenus au niveau de la diminution drastique de la consommation de tabac. Mais de manière générale, les styles de vie inadéquats pour la santé, se renforcent dans nos économies développées occidentales et constituent un risque majeur pour le futur.

Notons les remarquables progrès dans la réduction de la consommation de tabac.

Ainsi l'OCDE met en évidence que les facteurs de risque pour la santé changent. De nombreux pays de l'OCDE ont réalisé de remarquables progrès ces dernières décennies dans la réduction de la consommation de tabac bien que celle-ci demeure une des principales causes de mortalité précoce. Les taux actuels de fumeurs quotidiens parmi les adultes sont à présent inférieurs à 20 % en Australie, au Canada, aux Etats-Unis et en Suède contre plus de 32 % dans ces pays en 1980. La Grèce a fait état des taux les plus élevés (35 %) en 2000. La Belgique occupe une excellente position avec 20 % de fumeurs même si nous subissons seulement aujourd'hui les conséquences des 40 % de fumeurs du passé.

Par contre, les taux d'obésité ont progressé dans tous les pays de l'OCDE et la forte progression de l'obésité depuis 1980 aura des conséquences considérables.

Dans le même temps, l'OCDE souligne que les taux d'obésité ont progressé dans tous les pays de l'OCDE au cours des deux dernières décennies en raison de mauvaises habitudes alimentaires et de l'absence d'activités physiques. L'obésité est un facteur de risque connu de plusieurs maladies telles que le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, les problèmes respiratoires (asthme) et les maladies rhumatologiques (arthrose). Comme il y a un décalage dans le temps entre le début de l'obésité et l'accroissement des maladies chroniques qui en résulte, la forte progression de l'obésité

Ainsi, un adulte belge sur trois présente un excès de poids et un adulte sur dix est obèse.

depuis 1980 aura des conséquences considérables du point de vue de l'incidence à l'avenir des problèmes de santé et des dépenses s'y rapportant. S'il est vrai que les Etats-Unis affichent toujours le taux le plus élevé d'obésité chez les adultes, l'écart avec les autres pays se comble. Au Mexique, au Royaume-Uni et en Australie, plus de 20 % de la population sont maintenant considérés comme obèses. Les taux d'obésité sont plus élevés lorsqu'ils sont évalués à l'occasion d'examens de santé directs, mais ce type de données n'est disponible sur une base régulière que pour les Etats-Unis, l'Australie et le Royaume-Uni.

Selon les résultats de l'Enquête Nationale de Consommation Alimentaire¹⁹, un adulte belge sur trois présente un excès de poids et un adulte sur dix est obèse (excès de poids sévère). La dernière enquête réalisée par la Belgian Association for the Study of Obesity (BASO) publiée très récemment vient de remettre les conclusions de sa dernière étude appelée Bel-Stress. Elle a concerné 15000 hommes et 5000 femmes belges dont l'âge était compris entre 35 et 59 ans. Elle a confirmé que la tendance se renforce : **49% des hommes et 28% des femmes belges présentent un excès pondéral**. L'obésité concernait respectivement 14 et 13%. Ceci constitue une réelle augmentation et, à ce rythme, un adulte sur deux présentera bientôt un poids corporel trop important.

Ces chiffres sont à comparer aux 8 % de prévalence de l'obésité dans les années 70 évoqués par l'Académie Nationale de Médecine.²⁰

LE DÉVELOPPEMENT DES MALADIES CHRONIQUES

Le développement des maladies chroniques constitue un défi majeur. Elles recouvrent cinq types de pathologies: les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète.

Le développement des maladies chroniques constitue un défi majeur pour le futur partout dans le monde. Le rapport de l'OMS²¹ met en évidence que les maladies chroniques sont responsables de 60% des 58 millions de décès dans le monde soit 35 millions de décès imputables aux maladies chroniques.

¹⁹ Institut Scientifique de Santé Publique, 2005

²⁰ Nicolas Guggenbühl "HEALTH & FOOD" numéro 49, Novembre 2001

²¹ Prévention des maladies chroniques : un investissement vital : rapport OMS 2006

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la maladie chronique est «un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies.»

Quelle que soit la pathologie, elles se caractérisent outre leur durée, par l'ampleur de leurs répercussions sur la vie quotidienne des patients et de leur entourage.

Les maladies chroniques recouvrent cinq types de pathologies :

- Les maladies cardiaques
- Les accidents vasculaires cérébraux
- Le cancer
- Les maladies respiratoires chroniques
- Le diabète

Les maladies chroniques constituent une charge financière et économique importante pour le système de santé mais aussi pour les patients et leurs familles.

Le coût direct est énorme. A ce coût direct vient se superposer la perte en PIB.

Le coût direct des soins de santé et des biens et services non médicaux consommés dans le traitement des maladies chroniques est énorme. A ce coût direct vient se superposer la perte en PIB, la perte en productivité pour le pays considéré.

On ne dispose pas de données chiffrées pour la Belgique mais le rapport OMS ²² donne de nombreux exemples significatifs parmi lesquels :

- Au Royaume-Uni les cardiopathies ont coûté trois milliards de dollars au système de santé publique, 4,4 milliards de dollars en soins autres et 5 milliards de dollars en perte de productivité.
- Une estimation a été également réalisée par la perte de revenu national inhérente à l'incidence de la mortalité liée aux maladies chroniques. Les pertes s'accumulent avec le temps car le nombre de décès augmente chaque année. Les pertes estimatives pour 2015 pour les mêmes pays sont entre trois fois et six fois plus élevées qu'en 2005. Ainsi le Royaume-Uni affiche dans la projection une perte cumulée de 2005 à 2015 de 33 milliards de dollars rien que pour les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète.

²² Prévention des maladies chroniques : un investissement vital : rapport OMS 2006

Les maladies cardio-vasculaires restent, en Belgique, la première cause de mortalité : 38.000 morts par an.

Le cancer constitue la deuxième cause de mortalité : 27% des décès en Belgique. Un homme sur 3 et une femme sur 4 seront atteints de cancer avant l'âge de 75 ans.

Si nous ne disposons pas de chiffres globaux pour la Belgique, des rapports récents illustrent l'importance du phénomène :

- En juin dernier, l'Observatoire des Maladies Cardio-vasculaires de la Ligue Cardiologique Belge dressait un nouveau bilan inquiétant à propos des maladies cardio-vasculaires. Les maladies **cardio-vasculaires** restent, en Belgique, la première cause de mortalité : 38.000 personnes meurent chaque année chez nous d'une affection **cardiaque**, soit plus de 100 personnes par jour ou plus de 4 par heure !
- Le « Livre blanc contre le Cancer » ²³ montre la croissance importante du Cancer en Belgique. **Le cancer constitue la deuxième cause de mortalité en Belgique**, derrière les maladies cardiovasculaires. En 1997, 36,6% des décès étaient dus aux maladies cardiovasculaires, contre 27% pour le cancer. Dans un rapport de 2004, l'OMS estimait que 29% de décès étaient dus au cancer et 34% aux maladies vasculaires en Belgique. ²⁴

Le cancer constitue la première cause de décès dans la tranche d'âge 40-60 ans. • Un homme sur 3 et une femme sur 4 seront atteints de cancer avant l'âge de 75 ans. Environ 55.000 cas de cancer sont diagnostiqués tous les ans en Belgique (extrapolation des données 2001 pour la Flandre).

Selon l'OMS, la mortalité due au cancer est plus élevée en Belgique (de presque 14%) que dans les pays européens. Selon ce rapport, la mortalité générale due au cancer en Belgique est plus élevée que la moyenne du groupe Eur-A (de presque 14 %). Les taux de mortalité sont particulièrement élevés pour le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer de la prostate. Le taux de mortalité imputable au cancer du poumon est, pour les Belges de sexe masculin, le deuxième du groupe Eur-A (derrière la Croatie), mais il a tendance à diminuer.

Les femmes, elles, sont dans la moyenne du groupe, mais leur taux augmente plus rapidement que la moyenne des femmes du groupe Eur-A. Ces chiffres sont la conséquence d'un tabagisme élevé chez les hommes il y a vingt ans et de l'augmentation du tabagisme chez les femmes dans les années '90 dans notre pays. Avec plus de 40% de fumeurs en 1980, la Belgique connaissait une prévalence du tabagisme particulièrement haute.

²³ La prise en charge du cancer en Belgique : relever les défis de demain – juin 2007

²⁴ Panorama de la santé en Belgique, 2004. Copenhague, Bureau Régional Europe, Organisation Mondiale de la Santé, 2006.

En ce qui concerne le cancer du sein, les femmes belges se situent dans les tous premiers rangs du groupe Eur-A et les femmes de 25 à 64 ans connaissent le plus fort taux de mortalité du groupe.

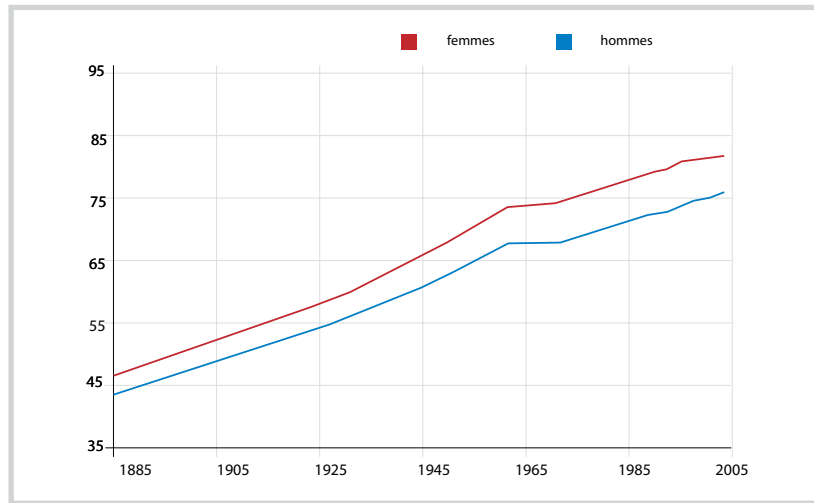
L'ALLONGEMENT DE LA DURÉE DE VIE ET LA PROGRESSION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES ET DES NOUVEAUX TRAITEMENTS

Heureusement, les pays de l'OCDE ont réalisé et continuent à réaliser des progrès considérables en termes d'espérance de vie et de réduction de la mortalité.

Les pays de l'OCDE ont réalisé et continuent à réaliser des progrès considérables en termes d'espérance de vie et de réduction de la mortalité. Ainsi, un enfant né en 2000, dans l'un des pays de la zone OCDE, peut espérer vivre neuf ans de plus en moyenne qu'un enfant né en 1960. En outre, la mortalité infantile a été divisée par cinq, et le taux de décès prématurés – mesuré par le nombre d'années de vie perdues avant 70 ans – a diminué de moitié au cours des 40 dernières années.

La croissance des dépenses de santé observées depuis 40 ans suit une courbe similaire à l'augmentation de l'espérance de vie. Ainsi les pays de l'OCDE ont dépensé en moyenne 8,4 % du PIB en 2001 contre 5,3 % en 1970.

EVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE



BRON : OESO – HEALTH DATA 2007

On remarque une progression constante des nouvelles technologies et des nouveaux traitements.

Cette augmentation de l'espérance de vie a été rendue possible par les nombreux progrès technologiques et thérapeutiques réalisés. **Cette progression constante des nouvelles technologies et des nouveaux traitements** va se poursuivre suite aux progrès constants de la recherche dans les diagnostics, les cellules souches, le traitement du cancer, la thérapie génétique ...

La conséquence directe de l'allongement de la durée de vie est le vieillissement de la population. Ce vieillissement de la population influence à la hausse les dépenses de soins de Santé, comme nous le verrons dans la troisième partie.

CROISSANCE DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DES BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES

Les dépenses de santé vont connaître des taux de croissance beaucoup plus élevés que par le passé.

La croissance des dépenses de santé = besoins croissants de ressources humaines additionnelles.

Les dépenses de santé vont connaître des taux de croissance beaucoup plus élevés que par le passé et générer de nouveaux besoins en termes de ressources humaines

L'ensemble de ces nouveaux défis vont exercer une pression à la hausse sur les dépenses de santé durant les décennies à venir. Les études divergent quant à l'amplitude de la croissance attendue mais toutes indiquent une croissance très significative.

Ainsi selon les prévisions réalisées par PriceWaterhouseCoopers : les dépenses de santé représenteront en moyenne 21 % du PIB aux USA et 16 % du PIB dans les autres pays européens, contre 15,3 % du PIB aux USA actuellement et une moyenne de 9 % en Europe. ²⁵ Stephan Bergheim se pose, lui, la question de savoir si cette évolution va s'arrêter. L'étude des tendances présentes et futures des moteurs de la croissance montre, selon lui, que cette évolution ne devrait certainement pas s'arrêter jusqu'en 2020 et vraisemblablement pas après non plus. ²⁶

La poursuite de la croissance des dépenses de santé va s'accompagner de besoins croissants de ressources humaines additionnelles : médecins, infirmières, aides-soignants, métiers de support à domicile... Il est essentiel que ces besoins croissants puissent être satisfaits à court, moyen et long terme.

Ces besoins nouveaux nous montrent que la croissance des dépenses de santé ne peut être vue considérée uniquement comme une mal nécessaire. Elle peut être considérée aussi comme une opportunité de croissance économique.

²⁵ PriceWaterhouseCoopers Healthcast 2020 : Créer un futur durable

²⁶ Stefan Bergheim – A votre santé et à encore plus de croissance – Revue problèmes économiques – 4 juillet 2007



RECOMMANDATION

Prendre conscience des défis immenses qui nous attendent pour le XXIème siècle et accepter que les augmentations budgétaires annuelles croissantes ne seront une réponse ni suffisante, ni tenable pour l'avenir. Ces défis devront être mesurés et objectivés scientifiquement.

Quick win : mise en place d'une cellule d'évaluation permanente coordonnée par le Ministère de la Santé publique et l'Inami chargés d'identifier et de quantifier les évolutions prévisibles dans les trente prochaines années.



PARTIE 2

**DIAGNOSTIC DES
FORCES ET FAIBLESSES**

01

LES FORCES
TRADITIONNELLEMENT
RECONNUES DU SYSTÈME
DE SANTÉ EN BELGIQUE



Trois points de force sont traditionnellement attribués à notre système de santé : le taux de couverture de la population par l'Assurance Maladie obligatoire, la liberté de choix du patient et l'accès au système de santé. Ces points de force qui peuvent sous certains aspects constituer des faiblesses abordées dans la troisième partie sont majoritairement reconnus à la base comme des atouts..

Nous retiendrons également trois points de force complémentaire. Atout 1- La dynamique globale induite par le système dans la prestation des activités de Santé, le statut d'indépendant des prestataires, la concurrence entre les réseaux et les institutions, la concurrence entre les mutualités ont créé et continuent à créer une émulation entre les différents acteurs du système de santé. Atout 2. La formation de base et la qualité des prestataires de santé. Atout 3. La professionnalisation de la gestion : le système de santé a réalisé durant les 15 dernières années des progrès très importants en matière de gestion. Les compétences et les profils des ressources humaines affectées au secteur ont très fortement progressé. En parallèle les organisations, les structures et les processus se sont très nettement professionnalisés : hôpitaux, mutualités, autorités publiques ...

Six points de force importants..

L'examen du système de santé en Belgique nous permet d'identifier six points de force importants.

Ces points de force peuvent sous certains aspects constituer des faiblesses qui seront parfois abordées dans les sections suivantes mais ils sont majoritairement reconnus à la base comme des points de force.

1. Le taux de couverture de la population par l'assurance maladie obligatoire

LE TAUX DE COUVERTURE DE LA POPULATION PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

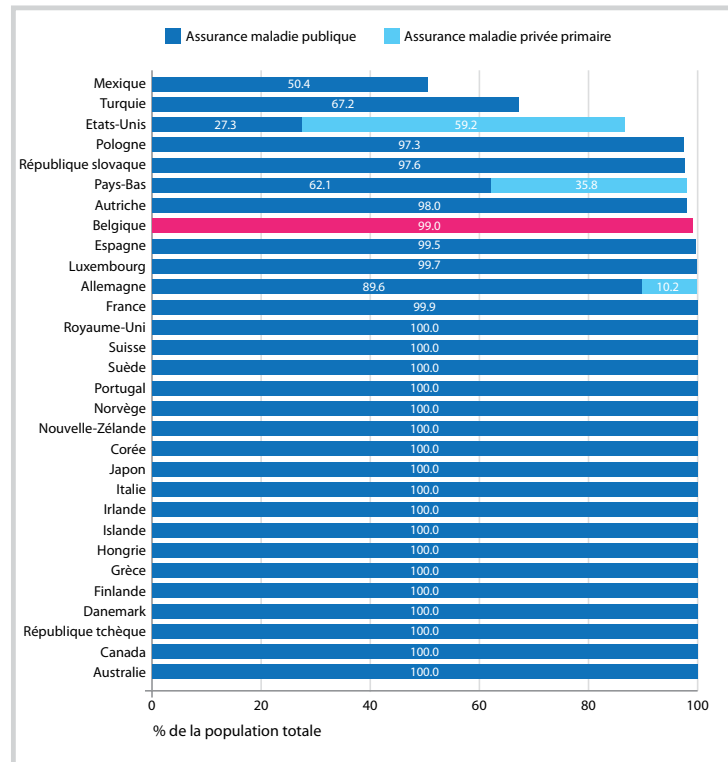
La couverture de la population est définie par l'OCDE comme la proportion de la population éligible à un ensemble de produits et de services de santé en vertu des programmes publics et de l'assurance maladie privée. Les données incluent les personnes couvertes en leur nom propre et les personnes à charge.

99 % de la population est couverte par l'assurance obligatoire.

En Belgique, 99 % de la population est couverte par l'assurance obligatoire publique. Une distinction était faite jusqu'au 01.01.2008 entre les gros risques et les petits risques, les indépendants n'étant pas couverts automatiquement pour les petits risques. A partir du premier janvier, la couverture petits risques et gros risques est assurée pour 99 % de la population.

Une comparaison internationale nous montre qu'en 2005, la plupart des pays de l'OCDE avaient mis en place une couverture maladie publique universelle ou quasi universelle des soins de santé pour un ensemble de services clés. Font exception l'Allemagne, les Pays-Bas, les Etats-Unis, la Turquie et le Mexique.

COUVERTURE DE L'ASSURANCE MALADIE POUR UN ENSEMBLE DE SERVICES, 2005 SOURCE OCDE – PANORAMA DE LA SANTÉ NOVEMBRE 2007



SOURCE: OCDE – HEALTH AT A GLANCE 2007

Mais couverture universelle ne signifie pas gratuité.

40 % de la population a souscrit une assurance maladie privée.

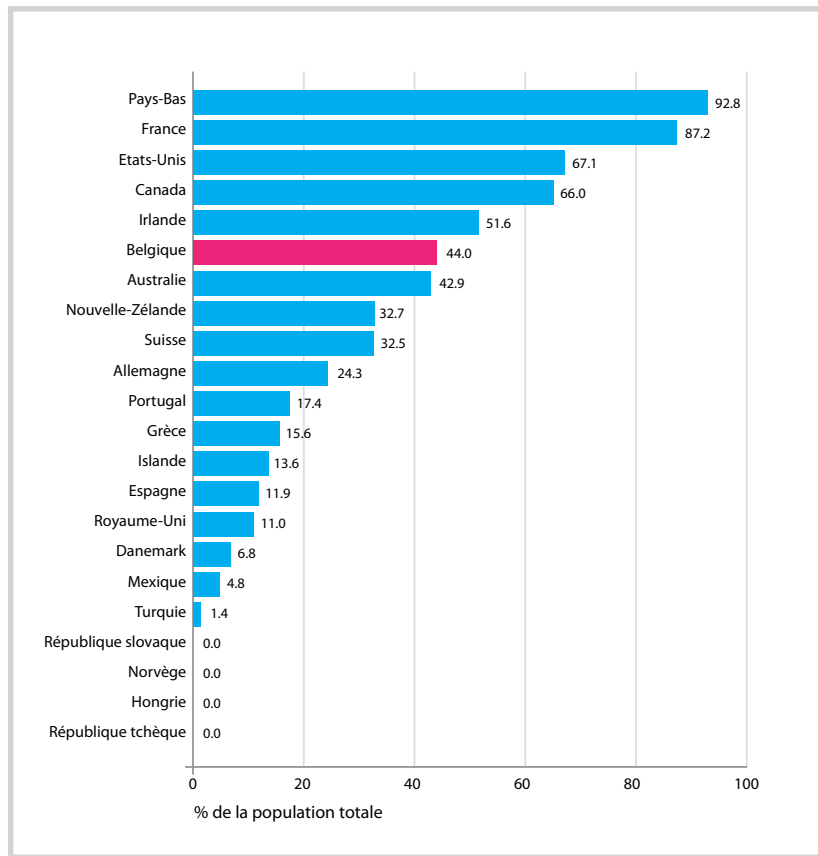
- La couverture maladie universelle ne signifie évidemment pas la gratuité des soins pour le patient. Elle signifie que l'Assurance Maladie est obligatoire mais une partie des coûts inhérents au système reste à charge des patients. Pour se prémunir de ces coûts, la population souscrit en sus de l'assurance maladie obligatoire des assurances privées.
- La proportion de la population couverte par une assurance maladie privée varie considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre. Sur les 23 pays pour lesquels

on dispose de données, cinq seulement (les Pays-Bas, la France, les États-Unis, le Canada et l'Irlande) font état d'une couverture maladie privée pour plus de la moitié de leur population en 2005. En Belgique et en Australie, plus de 40 % de la population a souscrit une assurance maladie privée ; en Nouvelle-Zélande et en Suisse, la proportion est de près d'un tiers. Dans plusieurs pays de l'OCDE (par exemple la Turquie, la République tchèque, la Hongrie, la Norvège, la Pologne et la République slovaque), la part de la population bénéficiant d'une couverture maladie privée est négligeable, voire nulle.

Même si le pourcentage de population couverte par une assurance maladie privée est important, l'Assurance Maladie Publique généralisée à l'ensemble de la population reste un acquis important de notre système de santé, le pourcentage de personnes « hors système » étant très faible. La prise en charge par le système de santé de toute personne atteinte d'un problème de santé important est assurée même sans disposer d'une assurance privée.

POPULATION COUVERTE PAR UNE ASSURANCE MALADIE PRIVÉE, 2005 (OU DERNIÈRE ANNÉE DISPONIBLE)

SOURCE OCDE – PANORAMA DE LA SANTÉ NOVEMBRE 2007



2. La liberté de choix du patient : les patients sont libres de choisir leur organisme assureur et leur prestataire de soins.

LA LIBERTÉ DE CHOIX DU PATIENT

Les soins de santé en Belgique sont caractérisés par le fait que les patients sont libres de choisir leur organisme assureur et leur prestataire de soins. Les médecins quant à eux peuvent opter pour la thérapie de leur choix.

La liberté est importante car elle permet au patient de changer si le service ne lui donne pas satisfaction.

Et elle est importante également car elle stimule le dynamisme entre institutions.

Mais cette force de base est limitée par la qualité de l'information dont le patient dispose.

3. L'accès au système de santé: la Belgique est positionnée en première position.

La liberté de choix du patient est importante car elle permet au patient de changer d'organisme assureur ou de prestataire de soins, si le service ne lui donne pas satisfaction. Elle permet également au médecin de choisir le traitement le plus approprié pour son patient.

La liberté de choix est également importante car elle stimule et rend possible la concurrence et le dynamisme entre institutions et professionnels de santé. Le patient ayant le choix va s'orienter vers la structure qui correspond le plus à ses attentes et ses besoins. L'hôpital ou le médecin non dynamique et non professionnel va très rapidement assister à une érosion progressive de sa clientèle.

L'application de ce principe n'a souffert que de peu d'exceptions jusqu'à présent. Citons à titre d'exemple :

- La prescription de médicaments génériques
- Les conditions de remboursement spécifiques relatives à certains médicaments
- La réduction du ticket modérateur pour le patient qui constitue un dossier médical unique auprès d'un médecin généraliste de son choix

De manière générale, le patient - où qu'il réside - a la possibilité de recourir à n'importe quel hôpital ou prestataire de soins en Belgique et de la sorte à l'hôpital ou au médecin de la meilleure réputation. Cette force de base est toutefois limitée par la qualité de l'information dont le patient dispose sur la performance des prestataires et des services. Cette liberté de choix peut également s'accompagner d'effets pervers dans la multiplication des actes intellectuels et techniques.

L'ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ

Dans l'étude publiée en octobre 2007 par le Health Consumer Powerhouse qui couvre 27 pays européens plus la Norvège et la Suisse, la Belgique est positionnée en première position sur les critères de :

- Accès au médecin de famille le jour même
- Accès direct au spécialiste

- Opérations importantes non aiguës inférieures à 90 jours
- Thérapie cancéreuse inférieure à 21 jours
- Résonnance magnétique nucléaire inférieure à 7 jours

Le score maximal de la Belgique (15) est suivi de l'Autriche, de l'Allemagne et de la Suisse (14) et de la France (13). Les moins bons scores sont obtenus par la Suède (6) et le Royaume-Uni (7), l'Espagne (7), le Portugal (7), la Pologne (7), l'Italie (7) et l'Estonie.

En Belgique, le phénomène des listes d'attentes pour les hospitalisations n'existe pas comme c'est le cas au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. Il est vrai par contre qu'une demande de consultation en ophtalmologie pourra prendre plusieurs mois en hôpital et trouver une réponse dans la semaine au cabinet privé pour le même médecin.

Un accès facile permet d'éviter l'aggravation de l'état de santé du patient et d'éviter les complications.

Cet accès immédiat au système de santé est bon dans la mesure où l'intervention rapide sur le patient permet d'éviter l'aggravation de l'état de santé du patient et d'éviter les complications. Ce point de vue mérite toutefois d'être nuancé, comme nous le ferons dans la deuxième partie de ce rapport, par le fait que la fonction de coordination du système de santé est peu présente et que les points d'entrée dans le système peuvent ne pas toujours être optimaux par rapport aux besoins du patient. Une entrée plus réfléchie dans le système de santé peut dans certains cas qui ne nécessitent pas une intervention urgente, s'avérer plus bénéfique pour le patient.

Mais la fonction de coordination du système de santé est peu présente.

4. La dynamique globale:

- Emulation entre les différents acteurs;
- Autonomie des conseils d'administration et des organes de direction ;
- Le statut d'indépendant.

LA DYNAMIQUE GLOBALE INDUITE PAR LE SYSTÈME

- Un point de force important est la dynamique générale que l'on retrouve dans la prestation des activités de santé.
- Les luttes politiques, la concurrence entre les réseaux et les institutions, la concurrence entre les mutualités ont créé et continuent à créer une émulation entre les différents acteurs du système de santé. Bien que le système repose sur un noyau d'ASBL et non de sociétés privées à but lucratif, nous ne retrouvons pas dans nos ASBL les aléas traditionnels des systèmes de santé étatisés.

Mais, ces facteurs peuvent générer des effets pervers si la coordination des ressources n'est pas suffisamment réalisée.

- La liberté et l'autonomie des conseils d'administration et des organes de direction expliquent cet atout essentiel : celui-ci est conforté par un arsenal législatif créé au fil des années qui stimule en permanence, au travers de différents incitants, le dynamisme du système. Les mesures budgétaires introduites au sein des hôpitaux depuis le début des années 1980 les ont ainsi amené à moderniser et à dynamiser les activités. Ce dynamisme se retrouve de manière générale dans les différents types de structure. Il souffre bien entendu de certaines faiblesses que nous développerons par la suite.
- Cette dynamique est également confortée par le statut d'indépendant de la plupart des prestataires de soins : à l'exception des hôpitaux publics et des hôpitaux universitaires, tous les médecins sont indépendants même au sein des institutions hospitalières où ils rétrocèdent une partie de leur honoraire à l'hôpital. Il en va de même pour les pharmaciens (iennes), les kinés et les infirmiers(ières) à domicile.
- Ces différents facteurs qui ont créé l'émulation et le dynamisme sur le terrain peuvent toutefois générer bien entendu des effets pervers si la coordination des ressources n'est pas suffisamment réalisée sur le plan global. L'absence de coordination sera évoquée plus loin dans les faiblesses du système.

5. Notre formation de base est reconnue comme d'un excellent niveau.

LA QUALITÉ DE BASE DE L'ENSEIGNEMENT ET DES PRATICIENS

Même si à notre connaissance aucune étude comparative n'a été réalisée sur le sujet, la formation de base sur l'art de guérir et de soigner prodiguée dans tout le pays aux médecins, infirmiers, pharmaciens et kinésithérapeutes est reconnue comme d'un excellent niveau. La présence de plus de 50 nationalités différentes sur les bancs des Facultés et des écoles supérieures atteste de l'attractivité de notre pays pour l'enseignement dispensé.

Même si certaines lacunes existent par rapport aux nouvelles évolutions des professions, comme nous le verrons plus loin, le noyau de base est d'excellente qualité. Cette formation et la présence de centres d'excellence reconnus sur le plan international confortent la réputation de qualité de nos professionnels à l'étranger.

6. On a aussi fait des progrès très importants en matière de gestion. Dans le secteur hospitalier la structure de gestion s'est profondément transformée.

Cette qualité du personnel se retrouve au niveau médical mais aussi au niveau infirmier où les formations prodiguées sont parmi les plus intensives en Europe tant dans la durée que dans le contenu. Elle est essentielle pour garantir la qualité finale du service presté.

LA PROFESSIONNALISATION DE LA GESTION

Le système de santé a réalisé durant les 15 dernières années des progrès très importants en matière de gestion. Les compétences et les profils des ressources humaines affectées au secteur ont très fortement progressé. En parallèle, les organisations, les structures et les processus se sont très nettement professionnalisés.

Un exemple particulièrement frappant est le secteur hospitalier : dans le passé, seul le directeur faisait de la véritable gestion et encore à mi-temps le reste de son temps étant consacré à des tâches de gestion journalière. Il était entouré de la comptabilité, du service du personnel, de la direction des achats ...

La structure de gestion de l'hôpital s'est profondément transformée au fil du temps. Cette évolution a commencé par la mise en place de véritables directions financières. Cette évolution était indispensable puisque la quasi totalité des hôpitaux de l'époque ne possédait pas l'accord de la « valeur jour » auprès de leurs banquiers. Pire, la majorité d'entre eux ne connaissait pas son existence et la possibilité de la négocier malgré les chiffres d'affaires très importants réalisés.

Cette évolution s'est poursuivie ensuite vers les fonctions de directions des ressources humaines, directions médicales, informatiques et logistiques. Des professionnels venant parfois du secteur privé ont mis en place de nouveaux modes de gestion faisant évoluer les fonctions d'une nature purement administrative vers une fonction de gestion. L'évolution est évidemment très variable d'hôpital en hôpital mais l'évolution globale va dans cette direction.

Cette professionnalisation de la gestion particulièrement visible dans les hôpitaux se marque aussi, avec des niveaux d'avancement divers, au niveau des autres acteurs du système : mutualités, autorités publiques ...



RECOMMANDATION

Capitaliser sur les points de force de notre système sans les utiliser comme un argumentaire pour ne pas agir. Réaffirmer avec force les objectifs et les fondements de notre système de santé : liberté de choix, accessibilité, dynamique du système. En parallèle donner au citoyen-patient toutes les informations nécessaires pour bénéficier de ces points de force. La liberté de choix ne vaut rien sans une information éclairée

Quick win : à l'instar de la France, permettre la publication dans la presse et/ou des sites web spécialisés des informations sur les points de force par spécialité des hôpitaux, leur capacité à combattre les infections nosocomiales ...

02

L'ÉVOLUTION DU BUDGET
DOIT ÊTRE MIEUX MAÎTRISÉE



Depuis 25 ans, toutes les préoccupations se sont centrées prioritairement sur le budget. Pourtant, les dépenses de santé publiques et privées connaissent une croissance exponentielle. Dans le futur, ce budget sera largement insuffisant malgré des ponctions de plus en plus importantes dans le portefeuille des ménages... Cette croissance exponentielle, comme le dénonce la Cour des Comptes n'est pas maîtrisée et cannibalise la sécurité sociale.

UNE CROISSANCE EXPONENTIELLE DES DÉPENSES DE SANTÉ PUBLIQUES ET PRIVÉES

La croissance des dépenses est largement supérieure à la croissance du PIB.

Tant les dépenses publiques que privées croient de manière exponentielle : de 7% du PIB en 1985 à 10,3% du PIB en 2005.

Les dépenses de soins de santé évoluent rapidement. La croissance de ces dépenses est largement supérieure à la croissance du PIB ces dernières années. Ce phénomène n’est pas nouveau, il s’observe en Belgique depuis bien longtemps. Le tableau ci-dessous donne le pourcentage que représentent les soins de santé dans le PIB. Lorsque ce pourcentage augmente, cela signifie que la croissance des dépenses de santé est plus forte que celle du PIB.

Les dépenses de soins de santé reprises ci-dessous englobent à la fois les dépenses engagées par les autorités publiques et par les particuliers. On parlera donc de croissance exponentielle des dépenses de santé publiques et privées. Une restriction importante doit toutefois être apportée ici : les dépenses intégrées sont les dépenses traditionnellement comptabilisées par les pays dans les soins de santé : hospitalisation, soins médicaux, infirmiers, médicaments remboursés ... Ne sont pas intégrés toutes les prestations ou les produits qui relèvent d’une vision « santé » versus « soins de santé » tels que décrits dans la première partie. On ne retrouvera ainsi pas les médicaments dits de confort, les médecines alternatives, les clubs de sport, les soins et activités très divers centrés autour des soins du corps et du bien-être ...

| | 1985 | 1990 | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Allemagne | 8,8 | 8,3 | 10,1 | 10,2 | 10,2 | 10,3 | 10,3 | 10,4 | 10,6 | 10,8 | 10,6 | 10,7 |
| Australie | 7,2 | 7,5 | 8,0 | 8,3 | 8,3 | 8,4 | 8,8 | 8,9 | 9,1 | 9,2 | 9,5 | |
| Autriche | 6,5 | 7,0 | 9,8 | 10,0 | 10,2 | 10,2 | 10,0 | 10,0 | 10,1 | 10,2 | 10,3 | 10,2 |
| Belgique | 7,0 | 7,2 | 8,2 | 8,3 | 8,4 | 8,6 | 8,6 | 8,7 | 9,0 | 10,1 | 10,2 | 10,3 |
| Canada | 8,1 | 8,9 | 9,0 | 8,8 | 9,1 | 8,9 | 8,8 | 9,3 | 9,6 | 9,8 | 9,8 | 9,8 |
| Danemark | 8,5 | 8,3 | 8,1 | 8,2 | 8,3 | 8,5 | 8,3 | 8,6 | 8,8 | 9,1 | 9,2 | 9,1 |
| Espagne | 5,4 | 6,5 | 7,4 | 7,3 | 7,3 | 7,3 | 7,2 | 7,2 | 7,3 | 7,8 | 8,1 | 8,3 |
| Etats-Unis | 10,0 | 11,9 | 13,3 | 13,1 | 13,1 | 13,1 | 13,2 | 13,9 | 14,7 | 15,2 | 15,2 | 15,3 |
| Finlande | 7,1 | 7,7 | 7,5 | 7,2 | 6,9 | 6,8 | 6,6 | 6,7 | 7,0 | 7,3 | 7,4 | 7,5 |
| France | 8,0 | 8,4 | 9,9 | 9,7 | 9,6 | 9,7 | 9,6 | 9,7 | 10,0 | 10,9 | 11,0 | 11,1 |
| Irlande | 7,5 | 6,1 | 6,7 | 6,4 | 6,2 | 6,3 | 6,3 | 7,0 | 7,2 | 7,3 | 7,5 | 7,5 |
| Italie | | 7,7 | 7,3 | 7,7 | 7,7 | 7,8 | 8,1 | 8,2 | 8,3 | 8,3 | 8,7 | 8,9 |

| | 1985 | 1990 | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Japon | 6,7 | 6,0 | 6,9 | 7,0 | 7,3 | 7,5 | 7,7 | 7,9 | 8,0 | 8,1 | 8,0 | |
| Luxembourg | 5,2 | 5,4 | 5,6 | 5,6 | 5,7 | 5,8 | 5,8 | 6,4 | 6,8 | 7,6 | 7,9 | 7,9 |
| Norvège | 6,6 | 7,6 | 7,9 | 8,4 | 9,3 | 9,3 | 8,4 | 8,8 | 9,8 | 10,0 | 9,7 | 9,1 |
| Nouvelle-Zélande | 5,1 | 6,9 | 7,2 | 7,3 | 7,8 | 7,6 | 7,7 | 7,8 | 8,2 | 8,0 | 8,5 | 9,0 |
| Pays-Bas | 7,3 | 8,0 | 8,3 | 7,9 | 8,1 | 8,1 | 8,0 | 8,3 | 8,9 | 9,1 | 9,2 | |
| Portugal | 5,7 | 5,9 | 7,8 | 8,0 | 8,0 | 8,2 | 8,8 | 8,8 | 9,0 | 9,7 | 10,0 | 10,2 |
| Royaume-Uni | 5,9 | 6,0 | 7,0 | 6,8 | 6,9 | 7,1 | 7,3 | 7,5 | 7,7 | 7,8 | 8,1 | 8,3 |
| Suède | 8,6 | 8,3 | 8,1 | 8,1 | 8,3 | 8,4 | 8,4 | 8,7 | 9,1 | 9,3 | 9,1 | 9,1 |
| Suisse | 7,8 | 8,3 | 9,7 | 10,2 | 10,3 | 10,5 | 10,4 | 10,9 | 11,1 | 11,5 | 11,5 | 11,6 |

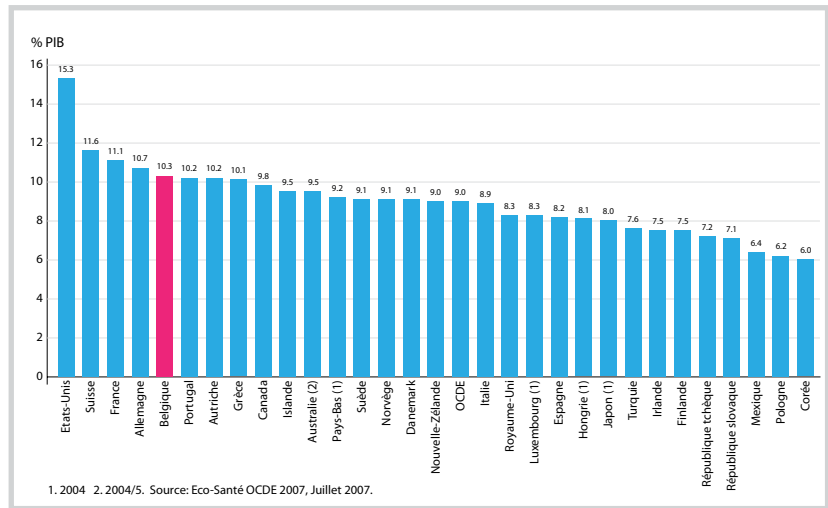
DÉPENSES TOTALES DE SOINS DE SANTÉ EN POURCENTAGE DU PIB DANS LES PAYS DE L'OCDE
 SOURCE : OCDE

En 20 ans, les dépenses de soins de santé tant publiques que privées sont passées de 7% du PIB (en 1985) à 10,3% du PIB (2005). Ce phénomène n'est cependant pas propre à la Belgique puisqu'il touche de nombreux pays de l'OCDE comme la France, les Etats-Unis, le Royaume-Uni, la Suisse, ...

Si on regarde la situation en 2005 (cfr. graphique ci-dessous), la Belgique dépense comparativement aux autres pays une part importante de son PIB en dépenses de santé.¹

¹ OCDE, Eco Santé 2007, comment la Belgique se positionne, 2007.

DÉPENSES DE SANTÉ EN PART DU PIB, PAYS DE L'OCDE, 2005



Ce pourcentage est largement supérieur à la moyenne de l'OCDE (9%)

Cette croissance n'est pas négative en soi car elle peut être productrice de retour en termes de santé et d'activité économiquement complémentaire.

Mais ce retour n'existera que si la croissance peut être financée dans le futur.

La Cour des Comptes met en évidence la non maîtrise des dépenses de santé.

Ce pourcentage (10,3% en 2005) est largement supérieur à la moyenne de l'OCDE (9%). Seuls les Etats-Unis, la Suisse, l'Allemagne et la France ont des dépenses de santé représentant une part plus importante du PIB.

Cette croissance des dépenses de santé n'est pas négative en soi car elle peut être productrice de retour en termes de santé et d'activité économique complémentaire. Il peut donc exister un volet positif en termes de retour de bien-être et de valeur ajoutée en termes économiques. **Toutefois ce retour positif n'existera que si la croissance et les effets de cette croissance sont maîtrisés et que cette croissance peut continuer à être financée dans le futur.**

Or nous constatons, à l'instar de la Cour des Comptes, que la maîtrise des dépenses n'a pas toujours été présente dans les années passées.

Le rapport de la Cour des Comptes met en évidence que les dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé sont estimées, en 2006, à 18,4 milliards d'euros, soit six fois plus qu'en 1980. Elles accusent une augmentation plus rapide que le produit intérieur brut et représentent plus d'un tiers de l'ensemble des dépenses de prestations de sécurité sociale, pour les deux régimes, travailleurs salariés et travailleurs indépendants.

En 1994 il avait été prévu d'autoriser une croissance réelle privée de 1,5%.

Toutefois, à partir de 1999, la marge a été modifiée à plusieurs reprises.

Ainsi, l'augmentation intervenue dans l'intervalle n'est pas loin du double de celle prévue en 1994.

L'évolution du budget a suivi de près celle des dépenses.

Depuis 2004, il apparaît que des efforts importants ont été réalisés au niveau du respect du budget il n'en reste pas moins un écart très important par rapport à la norme de croissance initialement envisagée. La Cour des Comptes met en

Comme l'explique la Cour des Comptes, en 1994, le plafond du budget avait été fixé à 9.791,8 millions d'euros (395 milliards de francs). Il avait alors été prévu que ce montant pouvait augmenter chaque année au maximum à concurrence de l'inflation et d'une croissance réelle de 1,5 %. Si cette marge de croissance avait été respectée, les dépenses auraient dû s'élever, fin 2004, à maximum 13.367,4 millions d'euros (+ 36,5 %).

Toutefois, à partir de 1999, la marge a été modifiée à plusieurs reprises :

- pour les années budgétaires 1999 et 2001, des dépenses exceptionnelles ou particulières d'un montant de 700,3 millions d'euros ont été accordées au-delà de la croissance autorisée par la norme de croissance et l'inflation;
- pour les années budgétaires 2000 et 2004, il a été inséré dans la législation une nouvelle base pour calculer la marge de croissance, à savoir un objectif budgétaire global de respectivement 12.412,7 et 16.257,8 millions d'euros ;
- à partir de l'année budgétaire 2001, la norme de croissance a été relevée de 1,5 % à 2,5 % (à partir de 2005, la norme est portée à 4,5 %).

La Cour des Comptes met en évidence que ces diverses modifications de la marge de croissance du budget ont eu deux conséquences importantes :

- l'augmentation du budget intervenue dans l'intervalle n'est pas loin du double de celle prévue en 1994 (le budget atteignait 16.257,8 millions d'euros en 2004, soit une croissance de 66 % au lieu des 36,5 % prévus) ; sur une base annuelle, la différence entre les dépenses budgétées et les dépenses initialement prévues selon la marge de croissance initiale de 1,5 % s'élève à présent à environ 3 milliards d'euros (fin 2004 : 2.890,4 millions d'euros).
- l'évolution du budget a suivi de près celle des dépenses : au cours de la période qui a connu la plus forte croissance des dépenses (1999-2004), le budget a été dépassé chaque année, à l'exception de celui de 2002, mais le dépassement a varié dans une fourchette allant de 0,3 % à 3,3 %.

Depuis 2004, il apparaît que des efforts importants ont été réalisés au niveau du respect du budget – il n'en reste pas moins un écart très important par rapport à la norme de croissance initialement envisagée.

évidence trois difficultés essentielles :

1. L'absence de choix clairs ;
2. Un processus budgétaire peu transparent ;
3. Les données devraient être étoffées et mieux contrôlées.

La Cour des Comptes met en évidence trois difficultés essentielles :

- « Fondamentalement, la marge toujours plus élevée a toutefois conduit à adapter le budget à l'évolution des dépenses et non l'inverse. L'effet d'une marge de croissance sur la maîtrise des dépenses est en réalité toujours plus perceptible à mesure que cet instrument demeure inchangé au fil du temps. En raison des modifications successives à brefs intervalles, cet effet n'a guère été important. La décision de récupérer auprès des organismes assureurs (« mutuelles ») et de l'industrie pharmaceutique une partie du dépassement du budget n'a eu qu'un impact relativement limité du point de vue financier sur l'évolution des dépenses ».
- « L'absence de choix clairs est sans doute aussi la cause et la conséquence du rôle décisif qu'a joué le gouvernement. La participation au processus de décision est ainsi conservée, mais uniquement dans un cadre informel et en concertation souvent bilatérale avec le (la cellule stratégique du) Ministre des Affaires sociales. Cette concertation informelle débouche toutefois sur un processus budgétaire peu transparent. Ainsi, il n'existe aucun droit de regard sur les éléments à l'origine des mesures prises en matière de nouvelles initiatives et économies, alors qu'ils constituent la clé de voûte du budget. On remarque également qu'aucun rôle n'est attribué aux structures lors de la fixation et de la correction des importants budgets des médicaments, des frais de séjour dans les hôpitaux et de l'exécution des accords sociaux ».
- « Enfin, les données indispensables à une estimation argumentée des dépenses et à une interprétation actuelle et correcte de l'évolution des dépenses devraient par ailleurs être étoffées et mieux contrôlées ».

Pour résumer, on peut dire que la croissance des dépenses de santé publiques est encadrée par la norme de croissance, fixée par le gouvernement. Cette norme a été limitée à 1,5% entre 1994 et 1998, à 2,5% entre 1999 et 2002, depuis 2003, elle est établie à 4,5%. Même si cette norme permet de contenir l'évolution des dépenses, on constatera que dans les faits, la croissance réelle des dépenses est souvent supérieure à cette norme (vu le recours à des artifices tels que les dépenses exogènes permettant des dépenses qui ne sont pas intégrées dans le calcul de la norme).

La fixation d'une norme de croissance ne nous met donc pas à l'abri d'un dérapage budgétaire et n'indique pas que les défis futurs seront relevés.

Un financement qui repose de plus en plus sur la contribution privée.

UN FINANCEMENT QUI REPOSE DE PLUS EN PLUS SUR LA CONTRIBUTION PRIVÉE

Le financement des soins de santé comporte une part publique et une part privée qui dépend d'un pays à l'autre et qui varie au fil du temps. Le tableau suivant donne la part de dépenses publiques pour différents pays de l'OCDE.

| | 1990 | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Allemagne | 76,2 | 81,6 | 80,8 | 80,1 | 79,8 | 79,7 | 79,3 | 79,2 | 78,7 | 76,9 | 76,9 |
| Australie | 67,1 | 66,7 | 67,8 | 67,3 | 70,0 | 68,4 | 67,5 | 67,5 | 67,5 | 67,5 | |
| Autriche | 73,5 | 71,5 | 75,5 | 75,7 | 76,1 | 75,9 | 75,7 | 75,4 | 75,3 | 75,6 | 75,7 |
| Belgique | | 78,5 | 76,8 | 76,3 | 76,1 | 76,0 | 76,6 | 75,2 | 71,6 | 73,1 | 72,3 |
| Canada | 74,5 | 71,4 | 70,3 | 70,7 | 70,0 | 70,4 | 70,0 | 69,6 | 70,2 | 70,2 | 70,3 |
| Danemark | 82,7 | 82,5 | 82,3 | 82,0 | 82,2 | 82,4 | 82,7 | 82,9 | 84,2 | 84,3 | 84,1 |
| Espagne | 78,7 | 72,2 | 72,5 | 72,2 | 72,0 | 71,6 | 71,2 | 71,3 | 70,3 | 70,9 | 71,4 |
| Etats-Unis | 39,4 | 45,3 | 45,1 | 44,0 | 43,5 | 43,7 | 44,6 | 44,7 | 44,5 | 44,7 | 45,1 |
| Finlande | 80,9 | 75,6 | 76,1 | 76,3 | 75,3 | 75,1 | 75,9 | 76,3 | 76,2 | 77,2 | 77,8 |
| France | 76,6 | 78,6 | 78,6 | 78,6 | 78,4 | 78,3 | 78,3 | 78,6 | 79,4 | 79,4 | 79,8 |
| Irlande | 71,7 | 71,8 | 73,7 | 73,5 | 72,7 | 72,9 | 73,6 | 75,6 | 76,7 | 78,2 | 78,0 |
| Italie | 79,5 | 70,8 | 70,8 | 70,4 | 70,7 | 72,5 | 74,6 | 74,5 | 74,7 | 75,8 | 76,6 |
| Japon | 77,6 | 83,0 | 81,5 | 80,8 | 81,1 | 81,3 | 81,7 | 81,5 | 81,5 | 81,7 | |
| Luxembourg | 93,1 | 92,4 | 92,5 | 92,4 | 89,8 | 89,3 | 87,9 | 90,3 | 90,3 | 90,2 | 90,7 |
| Norvège | 82,8 | 84,2 | 81,3 | 82,2 | 82,6 | 82,5 | 83,6 | 83,5 | 83,7 | 83,6 | 83,6 |
| Nouvelle-Zélande | 82,4 | 77,2 | 77,3 | 77,0 | 77,5 | 78,0 | 76,4 | 77,9 | 78,3 | 77,2 | 77,4 |
| Pays-Bas | 67,1 | 71,0 | 67,8 | 64,1 | 62,7 | 63,1 | 62,8 | 62,5 | | | |
| Portugal | 65,5 | 62,6 | 65,7 | 67,1 | 67,6 | 72,5 | 71,5 | 72,2 | 73,3 | 72,0 | 72,3 |
| Royaume-Uni | 83,6 | 83,9 | 80,4 | 80,4 | 80,6 | 80,9 | 83,0 | 83,4 | 85,6 | 86,3 | 87,1 |
| Suède | 89,9 | 86,6 | 85,8 | 85,8 | 85,7 | 84,9 | 84,9 | 85,1 | 85,4 | 84,6 | 84,6 |
| Suisse | 52,4 | 53,8 | 55,2 | 54,9 | 55,3 | 55,6 | 57,1 | 57,9 | 58,5 | 58,5 | 59,7 |

PART DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SOINS DE SANTÉ (CHIFFRES OCDE)
SOURCE : OCDE

En Belgique, plus de 70% des dépenses de soins de santé sont financés par les pouvoirs publics. La part publique est largement plus importante que celle consacrée par les Etats-Unis (45%) ou la Suisse (60%).

La Belgique n’est cependant pas le pays où la part de financement public est la plus élevée : le Luxembourg et les pays scandinaves, par exemple, financent davantage leurs dépenses de soins de santé via les collectivités.

27,7% des dépenses de santé sont financés par des assurances privées ou déboursés directement par le patient.

On constatera également à la lecture du tableau qu’au fil du temps, le financement public des dépenses de santé diminue en Belgique. De 78,5% en 1995, il passe à 72,3 % en 2005. Si le financement public diminue, le financement privé augmente de facto. On assiste ainsi à une privatisation du financement des dépenses de santé : 27,7% de dépenses de santé sont donc financés par des assurances privées ou déboursés directement par le patient.

Le tableau ci-dessous distingue les éléments constitutifs du financement privé et son évolution entre 2000 et 2005. ²

| En millions d’euros | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | Croiss. annuelle moyenne |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------------------|
| Patients | 4.328,71 | 4.247,34 | 4.793,03 | 5.138,09 | 5.052,71 | 5.400,18 | 4,52% |
| | 80,43% | 78,57% | 79,18% | 78,57% | 77,04% | 77,34% | |
| Employeurs | 99,58 | 100 | 100,42 | 100,84 | 101,26 | 101,69 | 0,42% |
| | 1,85% | 1,85% | 1,66% | 1,54% | 1,54% | 1,46% | |
| Assurances Privées | 392,17 | 453,27 | 529,25 | 586,84 | 641,77 | 713,17 | 12,71% |
| | 7,29% | 8,38% | 8,74% | 8,97% | 9,78% | 10,21% | |
| Mutualités : Assurances complémentaires | 561,32 | 605,47 | 630,8 | 713,55 | 763,12 | 767,74 | 6,46% |
| | 10,43% | 11,20% | 10,42% | 10,91% | 11,63% | 10,99% | |
| Total financement privé | 5.381,78 | 5.406,08 | 6.053,50 | 6.539,32 | 6.558,86 | 6.982,78 | 5,35% |

SOURCES DE FINANCEMENT PRIVÉ DES DÉPENSES DE SANTÉ
SOURCE : ASSURALIA 2007

La part privée est essentiellement assurée par le patient directement (77,34% en 2005), le reste par les assurances privées (10,21%).

On constatera que la part privée du financement des dépenses de santé est essentiellement assurée par le patient directement (77,34 % en 2005), le reste étant financé par les assurances privées (10,21%) et par les mutuelles (10,99%). La partie reprise sous la rubrique ‘mutualités’ concerne les assurances hospitalisations, des assurances pour les petits risques des indépendants, le service ambulance (frais

² Assuralia, Les dépenses nationales en soins de santé, 4^e édition, janvier 2007

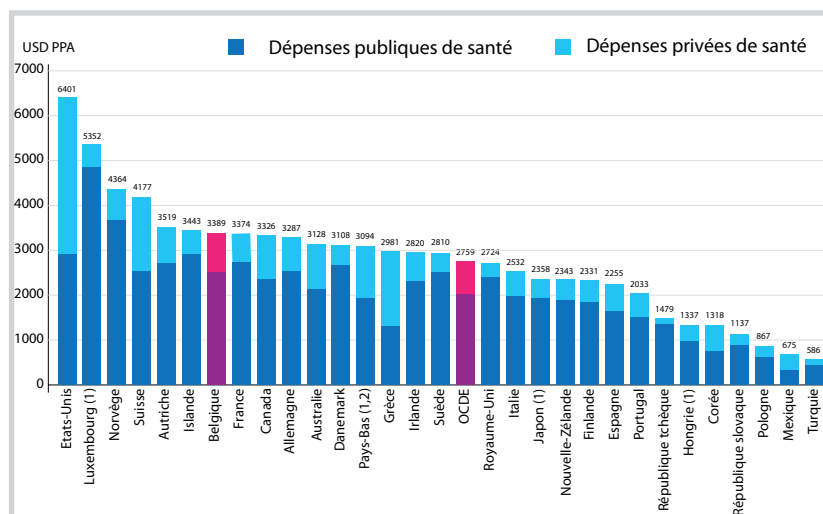
La part des assurances privées et des mutualités augmente (respectivement 12,71% et 6,46% de croissance annuelle moyenne).

de transport des malades et blessés), le service soins urgents à l'étranger et des remboursements médicaux pour lesquels l'intervention de l'assurance obligatoire est minime voire inexistante.

La part des assurances privées et des mutualités augmente au fil du temps pour se substituer progressivement au paiement direct par le patient (respectivement 12,71% et 6,46% de croissance annuelle moyenne).

Le graphique ci-dessous ³ donne une comparaison des montants de dépenses de santé par habitant pour l'année 2005 pour différents pays de l'OCDE, en distinguant la part publique de la part privée. Il nous montre qu'avec 3.383 USD de dépenses de santé par habitant, la Belgique se situe au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE (2.759 USD/habitant).

DÉPENSES DE SANTÉ PAR HABITANT, DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES, PAYS DE L'OCDE, 2005



1. 2004 2. Les dépenses publiques et privées sont des dépenses courantes. Source: Eco-Santé OCDE 2007, Juillet 2007.

SOURCE : OCDE 2007

3 OCDE, Division de la santé, Expenditure of health (total, public, private), 2007

La prise en charge par le patient des dépenses peut permettre de mieux responsabiliser le patient. Mais en Belgique il n'y a pas de politique de responsabilisation réfléchie du patient mais une pure politique budgétaire.

La prise en charge par le patient à titre privé d'une fraction des dépenses de soins de santé n'est pas mauvaise en soi puisqu'elle peut permettre de mieux responsabiliser le patient dans ses choix et dans ses actes de Santé. La faiblesse que nous pouvons relever dans le système de santé belge est que la prise en charge par le patient ne procède pas d'un choix délibéré pour le responsabiliser mais procède seulement d'un souci budgétaire. Les évolutions observées ne procèdent donc pas d'une politique de responsabilisation réfléchie du patient mais d'une pure politique budgétaire.

Depuis 1995 il y a un découplage du financement entre les différentes branches de la sécurité sociale.

La branche des "soins de santé" gagne progressivement en importance. En 1980, 23% des dépenses, en 2006 35,5%.

UN SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ QUI CANNIBALISE LA SÉCURITÉ SOCIALE

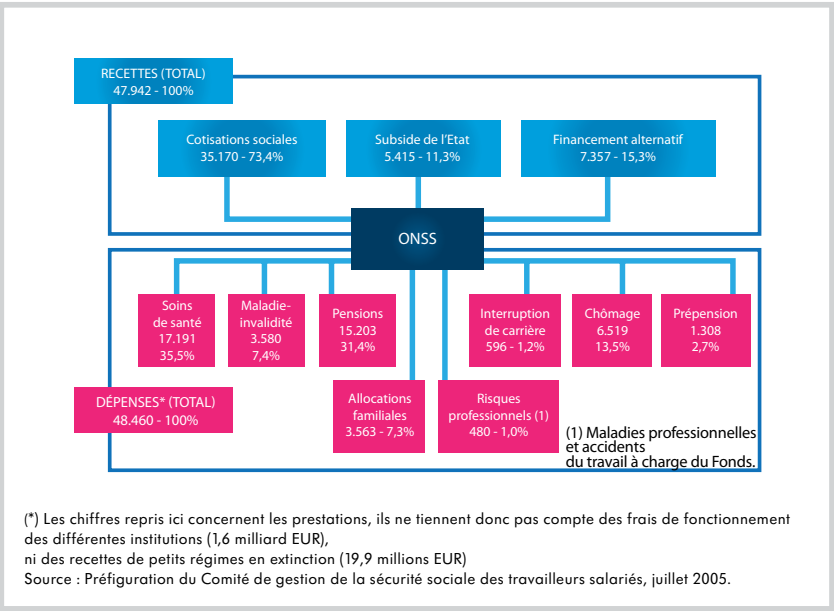
Historiquement, les cotisations de sécurité sociale (ONSS) étaient réparties entre les différentes branches de la sécurité sociale suivant une clé de répartition prédéfinie. L'employé du secteur privé ou contractuel du service public versait 13,07% de cotisations personnelles dont 3,55% pour les soins de santé. L'employeur versait 3,80% pour les soins de santé des 32,36% (employé) ou 38,36% (ouvriers).

Depuis 1995, cette clé de répartition est théorique puisque les cotisations sont gérées globalement et affectées aux différents secteurs en fonction de leurs besoins financiers. Ce découplage du financement entre les différentes branches de la sécurité sociale a permis à la branche « soins de santé » de gagner progressivement en importance. En 1980, 23% des dépenses de sécurité sociale concernaient les soins de santé. En 2006, cette part est passée à 35,5%.

Le schéma ci-dessous donne une idée de la part de chaque branche de la sécurité sociale⁴ :

⁴ FEB, Regards croisés sur la sécu, magazine Forward, décembre 2005.

LA GESTION GLOBALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
(2006, EN MILLIONS D'EUROS ET EN % DU TOTAL DES RECETTES DE 2006
OU DES DÉPENSES DE 2006)



RÉPARTITION DES RECETTES ET DÉPENSES DE LA GESTION GLOBALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

UNE TENDANCE QUI VA SE RENFORCER SOUS L'EFFET NOTAMMENT DU
VIEILLISSEMENT

Différents facteurs vont stimuler cette croissance.

Les dépenses de santé vont continuer de croître dans les années à venir, comme nous l'avons montré dans la première partie. Différents facteurs vont stimuler cette croissance mais ces facteurs n'ont fait l'objet, jusqu'à présent, que de très peu d'études prévisionnelles.

Le vieillissement de la population.

Un élément étudié est le vieillissement de la population qui va faire croître les dépenses en soins de santé puisque celles-ci progressent avec l'âge, l'augmentation du degré de dépendance des patients entraînant un besoin accru de soins.⁵ Le Comité d'Étude sur le Vieillissement a estimé l'impact du vieillissement sur les dépenses publiques.⁶

La projection induite par le Bureau du Plan nous montre l'impact important du vieillissement sur les dépenses de Santé. Les dépenses en soins de santé induites par le vieillissement passeront de 7% à 9.2% d'ici 2030 et à 10.5% du PIB d'ici 2050. Tant les soins de santé aigus que les soins de longue durée sont intégrés dans cette simulation. Il est à noter que cette estimation adopte un point de vue très global puisque les soins de longue durée incluent les soins infirmiers à domicile, les séjours en maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins, les maisons de soins psychiatriques, les habitations protégées et certaines dépenses d'assistance à la vie quotidienne des personnes dépendantes.

Pour faire face à cette évolution, la Commission d'étude du vieillissement préconise un rythme de croissance des dépenses de soins de santé inférieur à partir de 2008. Pour la projection à long terme (2009-2030), la Commission d'étude recommande en effet une croissance moyenne annuelle des dépenses publiques en soins de santé de 2,8% hors inflation, nettement inférieure à celle enregistrée actuellement.

La tâche s'annonce ardue dans la mesure où le vieillissement n'est pas la seule composante dans l'évolution des dépenses de soins de santé.

Une étude des Mutualités Chrétiennes (2005)⁷ indiquait que 38,7% de l'évolution des dépenses de soins de santé entre 1990 et 2000 est lié à l'inflation alors que 30,4% de cette augmentation est lié à un effet « prix ». Il s'agit en fait de la revalorisation des prestations et de l'évolution technologique.

⁵ Bureau Fédéral du Plan (Nicole Fasquelle, Maritza Lopez-Novella, Saskia Weemaes), Conséquences budgétaires et sociales du vieillissement : des perspectives de long terme, février 2005

⁶ Bureau du Plan - Comité d'Étude sur le Vieillissement, Rapport annuel, juin 2007

⁷ Mutualités Chrétiennes (Léonard C. et Avalosse H.), Effets du vieillissement de la population sur l'évolution des dépenses de santé – essai de clarification, 2005.

La diffusion des technologies médicales semble être un des facteurs majeurs de l'augmentation des dépenses de santé en Belgique mais aussi dans les autres pays de l'OCDE. Ainsi l'OCDE (2007) ⁸ faisait le récent constat que « le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) utilisés pour diagnostiquer de nombreuses maladies a plus que quintuplé en moyenne dans les pays de l'OCDE depuis le début des années 1990. Le nombre de scanners CT en Belgique, également en hausse durant la dernière décennie, est par contre nettement supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE ».

Cette évolution technologique fait augmenter fortement les dépenses pour de multiples raisons :

- ces nouvelles technologies sont plus coûteuses (la prestation coûte donc plus chère)
- ces technologies permettent des interventions chirurgicales moins invasives qui peuvent donc être pratiquées sur des patients plus âgés (groupe cible plus important)
- ces techniques permettent un dépistage plus précoce de la maladie (augmentation du groupe cible).

UNE AFFECTION DES DÉPENSES QUI ÉVOLUE AU PROFIT DE CERTAINS POSTES

Les secteurs qui ont connu la plus forte progression sont: les honoraires médicaux, les maisons de repos, le maximum à facturer et les forfaits maladies chroniques.

Quels sont les secteurs qui ont connu la plus forte croissance ces dernières années ? Contre toute attente, ce n'est pas le secteur des médicaments qui a connu la plus forte progression mais bien les honoraires médicaux en valeurs absolue (168 millions d'euros par an en plus). Le secteur des maisons de repos (MRS/MRPA/CSJ) (+10,44% annuel), le Maximum à facturer (+25,39%) et les forfaits maladies chroniques (22,54 %) connaissent les plus forts taux de croissance.

⁸ OCDE, Ageing and the diffusion of new technologies – Challenges for OECD social and health care systems, 2005.

| En millions d'euros | 1996 | 1998 | 1999 | 2003 | 2006 | Taux de croissance annuel moyen | Croissance absolue moyenne |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------------------------|----------------------------|
| Biologie clinique | 666,7 | 688,5 | 707,0 | 815,9 | 915,2 | 3,23% | 25,0 |
| Imagerie médicale | 621,5 | 619,5 | 657,0 | 749,7 | 866,4 | 3,38% | 24,5 |
| Consultations, visites et avis | 815,7 | 871,7 | 908,1 | 1.113,3 | 1.364,4 | 5,28% | 54,9 |
| Prestations spéciales | 734,8 | 738,3 | 780,1 | 904,5 | 984,3 | 2,97% | 24,9 |
| Chirurgie | 568,4 | 583,2 | 614,8 | 740,3 | 820,5 | 3,74% | 25,2 |
| Gynécologie-obstétrique | 50,7 | 49,8 | 53,8 | 63,6 | 71,7 | 3,52% | 2,1 |
| Honoraires de surveillance | 150,5 | 155,6 | 164,5 | 211,9 | 241,2 | 4,83% | 9,1 |
| Autres honoraires médicaux | 5,4 | 1,2 | 20,2 | 24,4 | 28,7 | n.a. | n.a. |
| Total Honoraires médicaux | 3.612,7 | 3.707,8 | 3.905,5 | 4.623,6 | 5.292,3 | 3,89% | 168,0 |
| Soins dentaires | 346,7 | 380,2 | 394,8 | 474,6 | 549,8 | 4,72% | 20,3 |
| Soins infirmiers à domicile | 407,2 | 472,1 | 510,9 | 658,7 | 799,5 | 6,98% | 39,2 |
| Spécialités délivrées en officine | 1.230,1 | 1.442,0 | 1.580,1 | 2.011,3 | 2.155,1 | 5,77% | 92,5 |
| Spécialités délivrées aux bénéf. non hospitalisés | 99,3 | 131,0 | 146,8 | 326,6 | 477,8 | 17,01% | 37,8 |
| Spécialités délivrées aux bénéf. hospitalisés | 375,6 | 379,7 | 394,8 | 474,6 | 503,0 | 2,96% | 12,7 |
| Récipés magistraux | 87,3 | 50,9 | 55,1 | 46,2 | 42,2 | -7,02% | -4,5 |
| Autres prestations pharmaceutiques | 73,5 | 77,0 | 84,8 | 96,2 | 126,4 | 5,56% | 5,3 |
| Total Prestations pharmaceutiques | 1.865,8 | 2.080,6 | 2.261,6 | 2.954,9 | 3.304,3 | 5,88% | 143,8 |
| Kinésithérapie | 334,5 | 369,1 | 381,5 | 370,5 | 427,8 | 2,49% | 9,3 |
| Bandagistes | 35,5 | 37,1 | 44,1 | 59,8 | 72,5 | 7,41% | 3,7 |
| Orthopédistes | 52,4 | 57,1 | 62,6 | 82,5 | 99,7 | 6,65% | 4,7 |
| Implants | 183,3 | 203,2 | 218,4 | 350,2 | 399,1 | 8,09% | 21,6 |
| Opticiens | 6,7 | 7,2 | 7,3 | 9,7 | 10,9 | 4,98% | 0,4 |
| Audiciens | 11,8 | 13,7 | 13,9 | 16,8 | 21,8 | 6,35% | 1,0 |
| Accoucheuses | 5,1 | 5,3 | 5,2 | 7,1 | 9,6 | 6,58% | 0,5 |
| Prix de journée d'entretien | 2.724,7 | 2.644,2 | 2.811,5 | 3.452,2 | 3.768,3 | 3,30% | 104,4 |
| Forfait pour journée d'entretien dans hôp. général | 100,7 | 127,5 | 144,7 | 108,5 | 129,0 | 2,50% | 2,8 |

| En millions d'euros | 1996 | 1998 | 1999 | 2003 | 2006 | Taux de croissance annuel moyen | Croissance absolue moyenne |
|--|--------------|--------------|--------------|----------------|----------------|---------------------------------|----------------------------|
| Honoraires médicaux dialyse | 73,9 | 85,6 | 87,8 | 109,4 | 112,9 | 4,32% | 3,9 |
| Forfait dialyse rénale | 58,8 | 68,3 | 70,0 | 92,1 | 102,7 | 5,73% | 4,4 |
| Dialyse à domicile, dans un centre | 28,1 | 33,7 | 32,8 | 54,5 | 79,8 | 11,01% | 5,2 |
| Dialyse | 160,9 | 187,6 | 190,6 | 256,0 | 295,4 | 6,27% | 13,5 |
| MRS/MRPA/Centres de soins de jour | 623,0 | 698,0 | 781,5 | 1.318,8 | 1.681,8 | 10,44% | 105,9 |
| MSP | 46,6 | 72,3 | 57,8 | 67,5 | 72,2 | 4,47% | 2,6 |
| Habitations protégées | 11,3 | 15,8 | 16,0 | 21,6 | 26,6 | 8,95% | 1,5 |
| Régularisations | -50,4 | -60,0 | -71,6 | -64,2 | -93,6 | 6,39% | -4,3 |
| Maximum à facturer/ Franchise | 30,1 | 17,8 | 17,2 | 150,4 | 288,9 | 25,39% | 25,9 |
| Rééducation, CMP, FSS | 192,7 | 210,1 | 213,8 | 314,1 | 360,1 | 6,45% | 16,7 |
| Forfait pour JE dans hôp. psychiatrique | 256,1 | 0,4 | 0,4 | 0,7 | 1,2 | -41,39% | 0,1 |
| Logopédie | | 24,5 | 27,6 | 41,7 | 49,2 | 9,15% | 3,1 |
| Autres frais de séjour et déplacement | | 5,3 | 5,3 | 8,9 | 10,1 | 8,52% | 0,6 |
| Maladies chroniques | | 11,7 | 20,4 | 60,1 | 59,3 | 22,54% | 6,0 |
| Reste (soins palliatifs, hopital militaire,...) | | 5,8 | 7,0 | 38,2 | 99,5 | n.a. | n.a. |
| Total | 10.957,3 | 11.294,0 | 12.028,1 | 15.383,7 | 17.735,3 | 4,93% | 677,8 |

UN MÉCANISME IMPARFAIT DE CONSTITUTION DU BUDGET

La constitution du budget suit une logique très mécanique: la répartition est dictée par les jeux d'influence entre acteurs.

Potentiellement, les besoins de remboursement de nouveaux soins sont infinis alors que les moyens sont limités entres autres par la norme de croissance. La distribution des moyens supplémentaires se fait cependant suivant une logique très mécanique : on part des dépenses de l'année précédente pour en dériver un niveau de dépense à politique inchangée (les estimations techniques), on attribue une masse d'index à chaque secteur en fonction de l'index utilisé dans celui-ci. En cas d'économie à réaliser ou de moyens supplémentaires restant à répartir, la répartition de ceux-ci est souvent

Ceci a engendré une mutation de notre système d’assurance maladie vers un système d’assistance sociale.

très arbitraire, dictée par les jeux d’influence entre acteurs. Les acteurs les plus influents sont les hôpitaux, les médecins et l’industrie pharmaceutique. S’ajoute à ce phénomène le fait que le ministre veut marquer les soins de santé de son empreinte.

Cette approche ‘syndicale’ de la répartition des moyens ne permet pas de réfléchir sur les besoins qui sont les plus urgents à couvrir (ce qui permettrait d’orienter l’allocation des moyens disponibles) et ne permet pas non plus de réfléchir sur la pertinence des choix et d’avoir une vision à long terme.

Ce manque de vision à long terme et la volonté des derniers ministres de laisser une trace de leur passage ont engendré une mutation progressive de notre système d’assurance maladie vers un système d’assistance sociale. De plus en plus, les critères de remboursement des prestations sont fonction des revenus et non plus fonction de la gravité de la maladie.

Un premier exemple de ce phénomène est l’apparition du remboursement majoré, d’abord un système VIPO (basé principalement sur des qualités particulières de l’assuré) puis le passage de ce système au système BIM et enfin récemment au système OMNIO. De plus en plus, ces systèmes se focalisent sur des critères de revenus (avoir des revenus inférieurs à un certain montant).

Le statut OMNIO (qui signifie “pour tous” en latin) permet aux ménages qui sont dans des conditions de revenus faibles de pouvoir bénéficier d’un tarif préférentiel (intervention majorée) dans le remboursement de leurs soins de santé. Il diffère du BIM (ex-VIPO) du fait que seule la condition de revenus entre en ligne de compte.

Un deuxième exemple est la création du Maximum à facturer qui fixe un plafond au-delà duquel le patient se voit rembourser sa quote-part personnelle (ticket modérateur). Ce plafond varie en fonction des revenus.

| En millions d’euros | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | Croissance annuelle moyenne |
|--|-------|-------|-------|--------|--------|--------|-----------------------------|
| Remboursement. Ticket modérateur dans le cadre du Maximum à facturer | 43,29 | 49,09 | 81,35 | 204,86 | 230,13 | 235,47 | 40,31% |

SOURCE : ASSURALIA (2007)

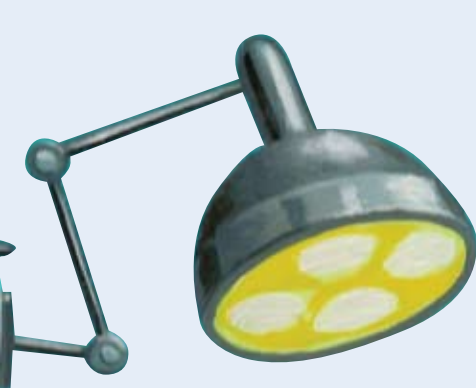
Ces mesures, si elles sont utiles pour réduire la part contributive des patients aux revenus les plus faibles posent des problèmes de coordination globale du système. Ainsi certains secteurs augmentent parfois le ticket modérateur à charge du patient afin de réaliser une économie alors qu'en réalité, comme ce ticket modérateur est remboursé par le Maximum à Facturer (Màf), l'économie pour le budget de l'assurance maladie dans son ensemble est minime...

Cette approche sectorielle ne permet pas de développer un véritable projet de santé et d'avoir une orientation santé publique du système de soins de santé. A l'heure actuelle, un médicament innovant n'est pas remboursé lorsque le budget spécifique des médicaments est épuisé alors que ce médicament permettrait par exemple de diminuer la fréquence et la durée des hospitalisations.

Vu le manque d'approche globale et la négociation syndicale par sous-secteur, le système se bureaucratise de plus en plus et se complexifie à outrance : la législation des médicaments qui change constamment (ex : législation sur les inhibiteurs de la pompe à proton), l'échelonnement des soins et le remboursement majoré de la première consultation du spécialiste en cas de renvoi par le médecin généraliste, le remboursement différencié en fonction des statuts (Omnio, Vipo), ...

Le modèle de « silos » budgétaires verticaux devrait être adapté.

D'autres approches devraient être envisagées et davantage orientées santé publique, pathologies, coordination et continuité des soins. Le modèle de « silos » budgétaires verticaux devrait être adapté au profit d'un modèle plus dynamique moins rigide et intégrant les méthodologies les plus performantes développées en matière d'Economie de la Santé.



RECOMMANDATION

Mieux maîtriser les dépenses de soins de santé

Les dépenses de santé qui connaissent une croissance exponentielle passant de 7 % du PIB en 1985 à plus de 10 % actuellement doivent être globalement mieux maîtrisées, comme le suggère le Bureau du Plan. Cette maîtrise permettra d'éviter l'aggravation de la cannibalisation de la sécurité sociale par les soins de santé qui représente en 2006 36 % des dépenses contre 23 % des dépenses en 1980.

Une vigilance toute particulière doit s'exercer sur l'augmentation de la prise en charge par le citoyen-patient qui a augmenté de près de 30 % en 10 ans passant de 21 % à 28 % des dépenses déboursées directement par le patient ou financées par des assurances privées.

Quick-win : création d'un observatoire chargé d'observer l'évolution de la prise en charge financière par le patient et de détecter les gisements potentiels de performance

03

L'OBJECTIF QUALITÉ EST
INSUFFISAMMENT AFFIRMÉ



L'approche budgétaire favorisant une approche purement quantitative, l'objectif qualité est insuffisamment affirmé. Même si des efforts sont entrepris à titre individuel, il n'existe aucune approche globale pour garantir la qualité. Les statistiques sont rares mais les comparaisons internationales en matière de qualité ne sont pas favorables à la Belgique. En outre, la transparence des informations en matière de qualité n'existe pas.

INTRODUCTION

Le citoyen a de grandes difficultés à appréhender la qualité.

La difficulté intrinsèque d'évaluer la qualité explique sans doute que cette question ait été pendant très longtemps éludée dans nos systèmes de santé. Le citoyen-patient éprouve beaucoup de difficultés à appréhender la qualité du système de santé et des soins prodigués. En effet, il existe en soins de santé une grande différence entre la qualité perçue et la qualité objective. La qualité perçue par le citoyen-patient évalue le plus souvent la qualité au travers d'éléments périphériques aux soins de santé : gentillesse du personnel soignant, qualité de la nourriture, apparence ou réputation du prestataire de soins. La qualité objective est elle difficilement mesurable et évaluable puisqu'elle consiste en une série de facteurs difficilement évaluables par les citoyens-patients eux-mêmes (qualité de l'intervention chirurgicale, hygiène du bloc opératoire ...). Le plus souvent, l'évaluation négative s'imposera seulement en cas de problèmes sérieux consécutifs à l'intervention.

L'intérêt d'une réflexion sur la qualité vient :

- De l'utilisation inappropriée des procédures ;
- De la sous-utilisation de pratiques performantes ;
- Des erreurs médicales ;
- Des problèmes d'hygiène ou d'organisation.

L'intérêt d'une réflexion sur la qualité est mis en évidence par de nombreuses études, comme le souligne le rapport de l'OCDE ⁹:

- Utilisation inappropriée des procédures : depuis 1980 la recherche a mis en évidence que certaines procédures d'intervention chirurgicale sont utilisées alors qu'il est établi scientifiquement que le risque dépasse le résultat attendu;
- Sous-utilisation de pratiques performantes : il est maintenant universellement établi que des traitements standards efficaces ne sont pas généralisés dans la pratique quotidienne. Ainsi, le bénéfice est clairement établi d'un traitement par l'aspirine et les bêtabloquants après un infarctus du myocarde aigu. Pourtant une étude a montré qu'aux Etats-Unis seulement 72 % des patients en bénéficiaient;
- Erreurs médicales : La découverte de taux alarmants d'erreurs médicales conscientise de plus en plus au problème les citoyens-patients et l'ensemble des acteurs de santé. Ainsi , le rapport de l'*Institute of Medicine* commandé en 1999 par l'administration Clinton montre que l'erreur médicale est devenue la huitième cause de mortalité aux États-Unis devant les accidents de la route et les cancers du sein. On compte quarante mille morts par an au Royaume-Uni. En décembre 2006, en France, le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* publiait les résultats d'une enquête indiquant que , chaque année, « 125.000 à 205 000 séjours hospitaliers causés par des événements indésirables liés aux soins pourraient être évités »;

⁹ Towards High-Performing Health Systems – OCDE 2004

- Problèmes d'hygiène ou d'organisation : plus récemment, les études ont montré les problèmes d'organisation, les problèmes de coordination et surtout l'absence d'hygiène flagrante relevée dans certains établissements.

Les définitions de la qualité et des dimensions que celle-ci recouvre sont très nombreuses et très variées. Afin de bien préciser l'objectif et les limites de notre analyse, retenons seulement les différents types de mesures de la qualité ¹⁰ répertoriés dans le projet HCQI (Health Care Quality Indicator) de l'OCDE qui a démarré en 2001 et qui a donné lieu en 2006 au « Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper ». 23 pays ont participé à cette réflexion et le schéma conceptuel proposé est la synthèse des expériences en termes d'indicateurs de qualité de l'ensemble des pays participants. Il s'appuie donc sur l'expérience pratique acquise par les pays membres dans l'évaluation de la qualité des soins.

La qualité peut être mesurée sous trois aspects :

1. les indicateurs de structure ;
 2. les indicateurs de processus ;
 3. les indicateurs de résultats.
- Nous nous focaliseront sur les indicateurs de résultats.

La qualité peut être mesurée sous trois aspects :

- Les indicateurs de structure (les médecins sont-ils suffisamment qualifiés ou les hôpitaux sont-ils suffisamment équipés) représentent les indicateurs des caractéristiques, des inputs du système. Ils peuvent représenter des conditions nécessaires pour la délivrance de soins de qualité mais ils ne sont pas suffisants. Leur présence n'assure pas que les processus appropriés soient exécutés ou que les résultats satisfaisants soient obtenus.
- Les indicateurs de processus représentent la mesure par laquelle les soins sont délivrés de manière appropriée ou non appropriée (le caractère approprié ou non provenant des preuves cliniques ou de l'assentiment de la profession sur l'efficacité du processus).
- Les indicateurs de résultats (comme le taux d'infections nosocomiales acquises à l'hôpital ou le taux de survie à un an après un infarctus du myocarde) cherchent à mesurer l'amélioration ou la détérioration de la santé attribuable aux soins.

Dans ce chapitre, nous nous focaliserons sur le troisième type d'indicateurs : les indicateurs de résultats. Les statistiques comparatives internationales en matière de qualité sont en effet peu nombreuses et se concentrent essentiellement sur les indicateurs de résultats.

¹⁰ Health Care Quality Indicators Project – Edward Kelley and Jeremy Hurst – OCDE 2006

Pendant très longtemps, on a considéré dans beaucoup de pays que les autorités publiques ne devaient pas intervenir en matière de qualité. La qualité est perçue comme l'affaire des professionnels de santé qui vont s'autoréguler et atteindre ainsi une qualité maximale. Les grandes variations observées dans la pratique au sein d'un même pays et entre pays montrent la nécessité d'une régulation externe qui peut s'effectuer de diverses manières : contrôles, normes, mises à disposition de l'information sur internet ...

Les études montrent que les tranches les plus riches de la population auront une meilleure vue de la qualité par une recherche et une prise de conscience plus systématiques. Les autorités publiques devront donc avoir une attention toute particulière pour garantir des mécanismes d'information et de protection accessibles à tous. Nous aborderons cet aspect dans la deuxième partie de ce rapport dans le volet responsabilisation.

LA CONTRADICTION ENTRE LA SATISFACTION DES BELGES ET LES ÉTUDES INTERNATIONALES

Les belges sont parmi les plus satisfaits de leur système de santé.

Si les Belges sont parmi les plus satisfaits internationalement de leur système de santé, les comparaisons internationales mettent en évidence des «résultats qualitatifs peu convaincants». Il existe donc une différence significative entre la qualité perçue et la qualité objective.

Les Belges évaluent de manière très positive la qualité de leur système de santé comparativement à l'ensemble des citoyens européens.

Une enquête européenne ¹¹ sur la qualité de vie a été réalisée dans les 25 pays membres de la Commission européenne et les trois pays candidats à l'adhésion. Cette enquête porte sur huit paramètres : la situation économique, le logement, l'emploi, la structure familiale, l'équilibre travail-vie privée, la santé et les soins de santé, le bien-être et la qualité perçue de la société. Dans chacun des pays, un échantillon de mille personnes âgées de plus de 18 ans a répondu à l'enquête.

¹¹ Quality of life in Europe – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

Pour le volet Santé, la question numéro 54 demandait : « En général, comment évaluez-vous la qualité des services publics (services de santé, services sociaux) dans votre pays ? Pouvez-vous la positionner sur une échelle de 1 à 10 où 1 signifie très mauvaise qualité et 10 très haute qualité » ?

Les résultats de cette enquête (cfr tableau ci-après) nous montrent que la Belgique arrive en tête des cotations avec 7,6, devancée seulement par l’Autriche avec une cote de 8, 1.

| | Evaluation Qualité |
|--------------------|--------------------|
| | |
| Autriche | 8,1 |
| Belgique | 7,6 |
| Finlande | 7,3 |
| France | 7,1 |
| Luxembourg | 7,1 |
| Danemark | 7 |
| Pays-Bas | 6,7 |
| Suède | 6,7 |
| Malte | 6,7 |
| Allemagne | 6,5 |
| Royaume-Uni | 6,4 |
| Espagne | 6,3 |
| Chypre | 6,1 |
| Italie | 5,8 |
| République tchèque | 5,8 |
| Estonie | 5,8 |
| Slovénie | 5,7 |
| Irlande | 5,3 |
| Hongrie | 5,3 |
| Lettonie | 5,2 |
| Grèce | 5,1 |
| Lituanie | 5,1 |
| Portugal | 4,9 |
| Pologne | 4,7 |
| Slovaquie | 3,7 |

Si l'on examine toutefois les études internationales qui évaluent les soins de santé en Europe, les résultats de la Belgique ne sont pas performants sur tous les critères et en particulier en matière de qualité.

« La Belgique se distingue par son accessibilité, mais enregistre des résultats qualitatifs peu convaincants».

Ainsi l'étude réalisée par le «Health Consumer Powerhouse»¹² affirme en conclusion de synthèse que « la Belgique se distingue par son accessibilité, mais enregistre des résultats qualitatifs peu convaincants».

L'étude compare les 27 pays de la Commission européenne plus la Suisse et la Norvège. La Belgique obtient de bons résultats sur l'accueil réservé au patient et le temps d'attente pour obtenir un traitement ... Par contre en matière d'indicateurs qualitatifs, les résultats ne sont pas brillants.

Nos résultats très moyens voire mauvais sont:

- le taux de mortalité ;
- le taux de survie au cancer ;
- les infections nosocomiales.

Les indicateurs qualitatifs provenant de différentes études européennes qui montrent des résultats qualitatifs très moyens voire mauvais sont les suivants

- taux de mortalité suite à une attaque cardiaque
- taux de mortalité infantile
- taux de survie au cancer après 5 ans
- mortalité évitable - nombre d'années potentielles de vie perdue
- infections nosocomiales

Les mauvais résultats obtenus dans ce classement en termes de qualité par rapport aux autres pays ne positionnent la Belgique globalement qu'à la dixième place du classement malgré les bons scores obtenus dans d'autres catégories.

Pour l'ensemble des indicateurs disponibles, la Belgique se situe entre la 15ème et la 20ème place du classement sur 28 pays.

Ces résultats sont confirmés par les statistiques de l'OCDE et par l'étude réalisée par le Fraser Institute au Canada sur cette base¹³. Si ces statistiques doivent être analysées et interprétées avec énormément de prudence, il est frappant de constater que pour l'ensemble des indicateurs disponibles, la Belgique se situe entre la 15ème et la 20ème place du classement sur 28 pays. Cela signifie que la Belgique se situe dans le bas du classement. Si chacun de ces tableaux pris isolément peut être remis en question quant à sa pertinence et l'influence du système de santé sur l'indicateur, la convergence des indicateurs est significative et doit nous amener à nous interroger.

¹² Euro Health Consumer Index – Health Consumer Powerhouse - 2007

¹³ How Good Is Canadian Health Care? 2007 Report An International Comparison of Health Care Systems Nadeem Esmail and Michael Walker

PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LES PAYS DE L'OCDE

| Statistiques démographiques de la mortalité | | | | Mortalité relative à l'efficacité de l'accès aux soins « indicateurs de niveau pathologique » | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|--|-------------------|
| | Espérance de vie sans handicap physique marqué / Espérance de vie Rang 2002 | Mortalité Infantile Rang 2004 | Mortalité périnatale Rang 2004 | Mortalité relevant de l'accès aux soins Rang 2002 | Années potentielles de vie perdues Rang 2003 | Mortalité relative au cancer du sein Rang 2002 | Mortalité combinée relative au Cancer du colon / rectum Rang 2002 (1) | Rang cumulatif |
| Australie | 15 | 20 | 2 | 2 | 6 | 5 | 2 | 1 |
| Japon | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 11 | 4 | 2 |
| Suède | 1 | 3 | 9 | 6 | 4 | 1 | 9 | 2 |
| Canada | 17 | 22 | 15 | 4 | 9 | 10 | 2 | 4 |
| Islande | 15 | 1 | 5 | 16(2) | 1 | 4 | 7 | 5 |
| Italie | 4 | 11 | 8 | 5 | 8 | 11 | 5 | 6 |
| Suisse | 10 | 14 | 25 | 16(2) | 3 | 9 | 1 | 6 |
| France | 13 | 8 | 27 | 1 | 12 | 6 | 11 | 8 |
| Finlande | 4 | 5 | 9 | 11 | 7 | 2 | 14 | 9 |
| Norvège | 8 | 4 | 5 | 8 | 5 | 8 | 14 | 10 |
| Luxembourg | 4 | 8 | 11 | 16(2) | 11 | 6 | 6 | 11 |
| Corée | 26 | 22 | 7 | 17 | 19 | 3 | 7 | 12 |
| Nouvelle-Zélande | 23 | 24 | 19 | 13 | 18 | 13 | 10 | 13 |
| Autriche | 10 | 18 | 14 | 10 | 13 | 16 | 17 | 14 |
| Allemagne | 1 | 11 | 13 | 15 | 16 | 14 | 12 | 15 |
| Grèce | 18 | 11 | 16 | 12 | 9 | 17 | 19 | 15 |
| Espagne | 9 | 10 | 11 | 7 | 14 | 21 | 18 | 17 |
| Pays-Bas | 7 | 16 | 18 | 9 | 14 | 23 | 16 | 18 |
| Royaume-Uni | 20 | 21 | 19 | 18 | 21 | 15 | 13 | 19 |
| Belgique | 18 | 15 | 17 | 16(2) | 18(2) | 18 | 20 | 20 |
| Irlande | 22 | 19 | 24 | 16 | 17 | 24 | 21 | 21 |
| Danemark | 13 | 16 | 22 | 14 | 20 | 21 | 25 | 22 |
| Portugal | 21 | 7 | 4 | 19 | 22 | 19 | 23 | 23 |
| Pologne | 27 | 26 | 23 | 20 | 24 | 20 | 22 | 24 |
| Turquie | 28 | 28 | 28 | 16(2) | 18(2) | 28 | 28 | 25 |
| République tchèque | 10 | 6 | 3 | 21 | 23 | 25 | 24 | 26 |
| République slovaque | 25 | 26 | 19 | 22 | 25 | 27 | 26 | 27 |
| Hongrie | 23 | 25 | 26 | 23 | 26 | 26 | 27 | 28 |

(1) La mortalité combinée est la moyenne des pourcentages de mortalité hommes et femmes
(2) Toutes les informations ne sont pas disponibles pour tous les pays. Quand les données ne sont pas disponibles, le classement des valeurs moyennes a été inséré
Sources : OCDE, 2007; Ferlay et al., 2004 ;WHO, 2006 ; calculs par les auteurs

1. **Pourcentage de vie en bonne santé** = rapport entre l'espérance de vie en bonne santé et l'espérance de vie totale
2. **Taux de mortalité infantile** = nombre de décès en-dessous d'un an par 1000 naissances
3. **Taux de mortalité périnatale** = nombre de décès en-dessous de 7 jours plus décès durant la grossesse à partir de 28 semaines
4. **Mortalité attribuable aux soins de santé et Années potentielles de vie perdues** non pertinentes pour la Belgique – données non disponibles
5. **Mortalité du cancer du poumon** = rapport entre le nombre de décès liés au cancer du poumon et le nombre de nouveaux cas estimés du cancer du poumon
6. **Mortalité du cancer du colon et du rectum** = rapport entre le nombre de décès liés au cancer du colon et du rectum et le nombre de nouveaux cas estimés du cancer du colon et du rectum

Les infections nosocomiales: 2500 à 3000 morts par an.

Les infections nosocomiales acquises lors d'un séjour à l'hôpital constituent l'exemple le plus frappant avec 2500 à 3000 morts par an. Elles constituent une menace réelle de santé publique dans certains établissements. Les difficultés de la réforme de la cardiologie hospitalière constituent un second exemple intéressant.

Infections nosocomiales

107 500 infections hospitalières par an, ce qui signifie une dépense annuelle de 116 mille euros supplémentaires.

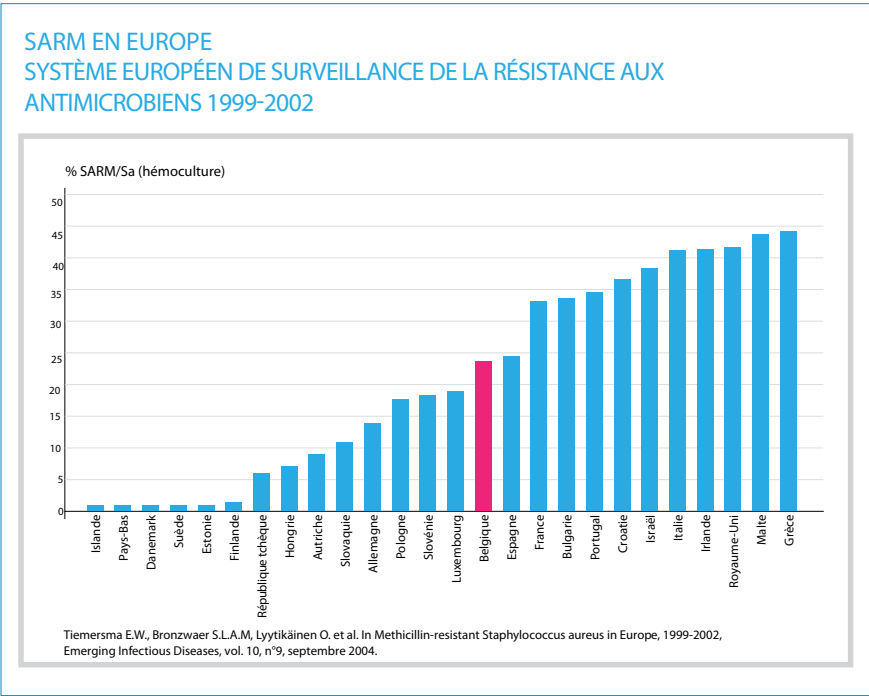
Dans une réponse au Sénat datée du 5 juillet 2006,¹⁴ le Ministre de la Santé, indique qu'il y a environ **107 500 infections** hospitalières par an en Belgique et ce uniquement dans les hôpitaux aigus.

Ces infections prolongent la durée d'hospitalisation, nécessitent des actes diagnostiques et thérapeutiques supplémentaires et augmentent la mortalité. Les calculs figurant dans cette note indiquent une dépense annuelle de 116 322 800 euros pour les journées supplémentaires d'hospitalisation dues à ces infections. Ce surcoût n'inclut pas encore les dépenses supplémentaires occasionnées par le diagnostic et la thérapie supplémentaires.

¹⁴ Réponse reçue le 5 juillet 2006 au Sénat du Ministre des Affaires sociales à la question écrite de Monsieur Christian Brotcorne

Par ailleurs le nombre de décès directement liés à une infection hospitalière est estimé entre **2.500 et 3.000 par / an.**

L’ampleur du problème est très différente de pays en pays et l’objectif doit être de rejoindre les pays où la prévalence est la plus faible : Islande, Pays-Bas, Danemark, Suède.



PRÉVALENCE DU MRSA EN EUROPE – RÉSULTATS DE L’EARSS (EUROPEAN ANTIMICROBIAL RESISTANCE SURVEILLANCE SYSTEM 1999-2002

Certains hôpitaux sont très actifs dans la gestion du problème mais aucun tableau de bord n’est disponible et ne permet au citoyen-patient de comparer les résultats et de stimuler la résolution du problème.

Des efforts ont été entrepris (plate-forme sur l'hygiène hospitalière, financement du cadre ...) mais les efforts sont laissés à la libre initiative individuelle et il n'existe aucune forme de sanction ou de régulation.

Des efforts ont été entrepris mais il n'existe toujours aucune forme de sanction ou de régulation.

Une étude menée par l'Institut Scientifique de Santé Publique¹⁵ montre que les infections nosocomiales sont également très présentes dans les maisons de repos et de soins pour les personnes âgées. L'étude fait état d'une prévalence de MRSA dans les 60 MRS étudiés de 18,9 % en Belgique, de 17,6 % en Flandre, de 18,9 % à Bruxelles et de 22 % en Wallonie.

Réforme de la cardiologie hospitalière

La réforme de la cardiologie hospitalière a été entreprise en Belgique afin de limiter le nombre de centres agréés pour réaliser de la chirurgie cardiaque. Cette réforme orientée dès le départ vers une meilleure qualité des soins prodigués aux patients se heurte aux intérêts financiers ou stratégiques individuels des hôpitaux : on arrive de la sorte à une sous-optimisation du nombre et de la localisation des centres. L'objectif de base se heurte aux intérêts individuels.

La réforme de la cardiologie est une bonne illustration d'une politique nouvelle orientée vers la qualité.

Cette réforme de la cardiologie est une bonne illustration d'une politique nouvelle orientée vers la qualité. Elle contraste avec les politiques traditionnellement menées jusqu'à présent qui consistaient uniquement à favoriser la quantité. Cette politique se heurte aux intérêts individuels et ne pourra atteindre pleinement les résultats attendus que si les objectifs sont poursuivis avec vigueur et détermination. Elle nécessite une réflexion sur les conditions de mise en œuvre pour exclure ou à tout le moins limiter très fortement les stratégies visant à contrecarrer la mesure.

Elle se heurte aux intérêts individuels mais les objectifs doivent être poursuivis avec vigueur et détermination.

¹⁵ Fréquences et facteurs de risque associés au portage de MRSA dans les MRS – Jans Béatrice – Institut Scientifique de Santé Publique – mai 2005

L'ABSENCE DE MÉCANISMES FORMELS DE GARANTIE DE QUALITÉ À L'ÉCHELLE NATIONALE

Les politiques ont négligé le volet qualité.

Les politiques de santé en Belgique centrées prioritairement depuis plus de trente ans sur le budget et l'équité ont négligé le volet qualité - il n'existe aucun plan qualité à l'échelle nationale.

Les démarches sont laissées à la libre initiative.

La qualité a été pendant très longtemps considérée comme du ressort des prestataires de santé. L'intervention des autorités publiques est restée, dans ce contexte, très limitée.

Cela ne signifie pas qu'aucun effort n'est entrepris à l'échelon individuel. Beaucoup d'institutions et beaucoup de prestataires de santé ont entrepris des démarches qualité à titre individuel. Mais ces démarches sont laissées à la libre initiative. Cela signifie que tous les prestataires et les organisations de Santé ne développent pas les mêmes efforts pour améliorer la qualité.

La loi sur les hôpitaux de 1963, poursuivait quatre objectifs essentiels :

- fournir des soins hospitaliers gratuits à tous les assurés
- assurer la viabilité financière des hôpitaux publics et privés
- introduire la planification dans le secteur hospitalier
- et améliorer la qualité des soins, par l'utilisation de normes et l'accréditation

Les trois premiers objectifs ont été une préoccupation constante depuis 40 ans et se retrouvent très présents dans toutes les lois et arrêtés du secteur santé. Par contre, la dimension qualité est très limitée et peu présente.

Les initiatives en matière de qualité existent mais restent très limitées.

L'Observatoire européen des Systèmes et des Politiques de Santé ¹⁶ montre que les initiatives en matière de qualité existent en Belgique mais restent très limitées :

1. L'accréditation des médecins est la seule dimension relevée par l'observatoire en rapport avec la qualité dans son rapport 2005 – L'accréditation permet au corps médical de bénéficier d'honoraires plus élevés sous les conditions d'accréditation suivantes : 1250 contacts par an, participation à un groupe de peer review local, formation continue et tenue d'un dossier médical individuel

¹⁶ Health System in transition – Belgium Health System Review – Dirk Corens

2. La surveillance nationale des infections à l'hôpital relevée dans le rapport 2007 reste trop confidentielle, n'est pas généralisée à l'ensemble des hôpitaux et est basée sur l'auto-évaluation
3. Le Conseil national pour la promotion de la qualité est chargé de promouvoir la qualité en encourageant les bonnes pratiques médicales et en fournissant des indicateurs de surconsommation. L'accent est mis ici plus sur le financement que sur la poursuite intrinsèque de la qualité.

Cela contraste avec les politiques développées par d'autres pays.

Cette absence ou ce manque de politiques qualité contraste fondamentalement avec les politiques développées par d'autres pays en matière de qualité comme la France qui a mis en place de nombreuses mesures qui portent aujourd'hui leurs fruits :

- mise en place d'une agence nationale en charge de la qualité
- élaboration d'un véritable plan qualité à l'échelle nationale
- classification nationale des hôpitaux sur base d'indicateurs de performance et de qualité
- mise à disposition des citoyens sur internet de tableaux de bord sur les infections nosocomiales ; ces tableaux de bord permettent au patient de comparer la situation des différents hôpitaux et créent une émulation au sein des établissements hospitaliers
- participation des citoyens-patients au sein des organes de gestion

Comme le souligne, le KCE, des pays tels que l'Australie, la Grande-Bretagne, les Etats-Unis et les Pays-Bas ont adopté une mesure de la qualité des soins en utilisant des indicateurs de qualité. Certains pays ont simplement pour objectif de contrôler et d'améliorer la qualité, d'autres utilisent ces systèmes comme base de financement des hôpitaux. Le Centre Fédéral d'expertise des Soins de Santé affirme ainsi :

« La Belgique possède les meilleurs soins de santé du monde. C'est en tous cas ce que l'on entend souvent. Mais en fait, nous ne sommes pas en mesure de le prouver car nous ne mesurons pas de manière systématique la qualité de nos soins de santé. »¹⁷

« La Belgique possède les meilleurs soins de santé du monde ». C'est en tous cas ce que l'on entend souvent. Mais en fait, nous ne sommes pas en mesure de le prouver.

Le contrôle qualité externe est très peu présent que ce soit sous la forme directe d'un contrôle qualité externe, l'obtention d'un label ou la mise à disposition d'informations relatives à la qualité

¹⁷ Communiqué de presse du Centre Fédéral d'expertise des soins de santé – 19.10.2006

Cet absence de contrôle peut produire des manquements graves.

Les contrôles relatifs à la qualité se limitent au renouvellement de l'agrément octroyé par les Communautés. Sauf dans les cas extrêmes, ce contrôle ne produit que très rarement des sanctions, celles-ci touchant au renouvellement de l'agrément dans son ensemble. Le plus souvent le pouvoir de sanction est limité à la durée de renouvellement de l'agrément et donc à la fréquence des visites opérées. Les lobbies hospitaliers présents dans les Commissions d'Agrément défendent avec talent leurs membres et limitent les pouvoirs de sanction.

Cette absence de contrôle peut produire des manquements graves : la situation des blocs opératoires dans notre pays est ainsi excessivement variable : si certains blocs sont d'une qualité irréprochable, d'autres connaissent des problèmes graves sur le plan architectural, qualitatif et organisationnel

LA NÉCESSITÉ DE PASSER D'UNE LOGIQUE DE MOYENS À UNE LOGIQUE DE RÉSULTATS

Toute l'attention s'est portée sur les moyens.

On a très longtemps considéré en Belgique que fournir les moyens est suffisant pour garantir les résultats. Toute l'attention s'est donc portée sur les moyens sans mettre l'accent sur la nécessité d'analyser les résultats et de communiquer des informations sur ces résultats.

En termes d'avantages, les comparaisons internationales mettent en évidence la réactivité de notre système (absence de listes d'attentes, possibilité d'avoir une deuxième opinion) et son avantage sur la santé du patient. Une force importante et reconnue du système est aussi que le patient dispose de la liberté de choix du médecin (généraliste et/ou spécialiste) et de l'hôpital.

Mais cet atout est fortement limité par le fait que les citoyens-patients ne disposent pas d'informations pour éclairer leur libre-choix dans la sélection des prestataires et services qui offrent la meilleure qualité de services. Les citoyens ne disposent pas d'informations comparatives sur la qualité.

Il est nécessaire de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats.

Si l'on souhaite passer d'une logique de « champion de la réactivité » à une logique de « champion de la qualité » il est nécessaire de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats. Cela implique la collecte et la mise à disposition des informations qualité : ce partage de l'information permet au citoyen-patient d'éclairer son choix et joue un rôle dynamisant auprès de l'ensemble des prestataires de santé.



RECOMMANDATION

Réaffirmer avec force l'objectif de qualité

Nous avons jusqu'à présent supposé que la mise à disposition des moyens suffit à garantir la qualité. Or les comparaisons internationales ne sont pas favorables à la Belgique et nous montrent que cela n'est pas suffisant.

Nous pouvons aujourd'hui revenir dans le top des meilleurs systèmes de santé du monde si nous mettons en place une approche globale pour garantir la qualité. Collecter, mesurer, contrôler et mettre à disposition les informations relatives à la qualité sont une priorité, comme le souligne le KCE, pour prouver « les meilleurs soins de santé » du monde.

Cette nouvelle priorité permettra de renforcer la dynamique du système et d'éclairer le choix du patient

Quick win : mettre en place des procédures d'accréditation en bénéficiant de toutes les expériences et de tous les manuels déjà disponibles au niveau européen

04

L'OFFRE DOIT ÉVOLUER



Les quotas sont contre-productifs et généreront dans le futur des déficits en matière de ressources humaines : médecins, assistants de soins ... En outre, la collaboration entre les différents niveaux de soins, la mise en place de réseaux intégrés de soins et la spécialisation sont largement insuffisants. A l'instar du budget, tout le système est organisé verticalement alors que les nouveaux défis exigent une intégration horizontale.

A moyen terme nous aurons des problèmes pour trouver l'équilibre entre la demande et l'offre.

Dans cette partie, nous n'examinerons pas spécialement l'infrastructure en matériel, mais plutôt l'infrastructure en personnel des soins de santé en Belgique. Historiquement, la Belgique dispose d'un grand potentiel en main d'oeuvre dans le secteur de la santé, et à certains niveaux, on peut même parler d'un excédent.

Et pourtant, à très court et moyen terme, pour différents métiers de la santé, nous serons confrontés à des problèmes pour maintenir ou pour trouver l'équilibre entre la demande et l'offre dans le domaine des soins de santé. Ainsi, on peut se poser la question de savoir si le contingentement actuel des médecins est toujours utile et/ou nécessaire, ou s'il constitue plutôt un danger puisqu'on risque de créer ainsi un important déficit en médecins pour l'avenir. A moyen terme, y aura-t-il encore suffisamment d'infirmiers ? Comment encourager les jeunes à opter pour le métier d'infirmier et comment motiver les plus âgés à prolonger leur carrière ? Réussira-t-on à réaliser un passage plus souple entre le grand intérêt des jeunes pour les formations d'infirmier et le marché de l'emploi ?

Cependant, les professionnels et les institutions de santé ne sont pas les seuls concernés par les soins de santé. Dans le cadre de soins plus intégrés pour le patient, on peut s'attendre à ce que les nouvelles formes de collaboration entre les prestataires de soins entre eux (par exemple les pratiques de groupes) et entre les prestataires de soins et les institutions de soins (par exemple les réseaux de soins) prennent de plus en plus d'importance. D'ailleurs, le patient lui-même est de plus en plus impliqué dans cette collaboration, mais une véritable participation du patient à la politique de santé en est encore à ses débuts.

Egalement les soins à domicile, notamment les soins des personnes âgées dans leur milieu familial, sont actuellement encore (trop) peu développés en Belgique. Compte tenu du vieillissement croissant de la population, un encadrement légal et financier, ainsi qu'un développement plus solide d'un système de soins à domicile, semblent constituer un des défis majeurs des années à venir.

Un important déficit en médecins pour l'avenir.

UN IMPORTANT DÉFICIT EN MÉDECINS POUR L'AVENIR

| | Be | P-B | All | R-U | Europe du Sud | Europe de l'Est | Europe du Nord | USA | Japon |
|---|------|------------|------|------|---------------|-----------------|----------------|------|-------|
| Nombre de médecins actifs | 4.00 | | 3.41 | 2.34 | 3.80 | 2.29 | 3.27 | 2.66 | 1.98 |
| Nombre de généralistes actifs (OECD 2000) | 2.1 | 0.5 | 1.1 | 0.6 | | | | 0.8 | |
| Nombre de spécialistes actifs (OECD 2000) | 1.8 | 0.9 (2003) | 2.2 | | | | | 1.4 | |

NOMBRE = SUR 1000 HABITANTS
Be=BELGIQUE; P-B=PAYS-BAS; All=ALLEMAGNE; R-U=ROYAUME-UNI; EUR DU S= L'EUROPE DU SUD AVEC COMME EXEMPLE L'ESPAGNE; EUR DE L'E=L'EUROPE DE L'EST AVEC COMME EXEMPLE LA POLOGNE; EUR DU N=L'EUROPE DU NORD AVEC COMME EXEMPLE LA NORVÈGE
OECD 2005 DATA SAUF SI MENTIONNÉ AUTREMENT¹⁸

Dans le tableau ci-dessus, vous retrouvez le nombre de médecins actifs (total, généralistes, spécialistes) sur 1000 habitants pour la Belgique en comparaison avec quelques pays européens, les Etats-Unis et le Japon. Par médecins actifs, nous entendons les médecins qui pratiquent activement la médecine dans le secteur public ou privé et, dans la plupart des pays, les médecins en formation sont compris dans ces chiffres.

Cependant, les chiffres pour les différents pays ne sont pas toujours complètement comparables. Ainsi, par exemple en Espagne, les dentistes et les stomatologues sont également pris en compte et en Norvège, on compte le nombre d'équivalents temps plein au lieu du nombre total de médecins. Le chiffre hollandais comprend tous les médecins qui sont autorisés à exercer une pratique.

Les médecins actifs dans l'administration et dans la recherche pourraient représenter 12 à 25% du nombre total.

Contrairement à la plupart des pays, en Belgique (et par ailleurs également aux Etats-Unis) on considère également comme médecins actifs les médecins qui travaillent dans l'industrie, dans l'administration et dans la recherche. Ces catégories pourraient représenter 12 à 25% du nombre total. Pour arriver à une comparaison objective entre la Belgique et les autres pays, il faut donc diminuer le nombre de médecins belges de 12 à 25%, ce qui apporte une forte nuance au nombre de médecins historiquement élevé en Belgique qui se rapproche donc déjà beaucoup plus du niveau des pays voisins. Notez cependant la différence remarquable entre la Belgique et les autres pays en ce

¹⁸ OECD Health Data 2000, 2003, 2005

qui concerne le nombre de généralistes et de spécialistes actifs : la moyenne de tous les pays de l'OECD ensemble était de 0.8 généralistes et 1.7 spécialistes sur 1000 habitants en 2000. En cette même période, la Belgique comptait 2.1 généralistes et 1.8 spécialistes actifs sur 1000 habitants.

Mais prudence dans la comparaison des chiffres internationaux.

Cependant, il faut de nouveau être prudent en comparant les chiffres des différents pays, car l'interprétation de la profession et des tâches du médecin généraliste peut fortement différer d'un pays à l'autre.

Et pourquoi pas l'introduction de quotas pour contrecarrer la croissance?

Tant au niveau international (croissance de 3% par an) qu'en Belgique (augmentation de 1.5 à 3.2 médecins sur 1000 habitants) il y a eu une croissance explosive du nombre total de médecins entre 1970 et 1990. Vers la fin des années '90 du siècle précédent, la Belgique a introduit le contingentement pour remédier à cet excédent. A cause de cette mesure, il n'y a qu'un nombre restreint de jeunes diplômés (quota) qui a réellement accès à l'exercice de la profession de médecin (en pratique cela signifie une agrégation auprès de l'Inami dans le cadre du remboursement des soins médicaux). Actuellement, il s'agit de 700 jeunes diplômés par an, dont 60% en Flandres et 40% en Wallonie.^{19 20} En plus de la limitation du nombre de médecins, cette mesure voulait également mettre fin à l'explosion des coûts des soins de santé et maintenir la qualité élevée de la médecine en Belgique.

L'introduction de quotas est cependant basée sur des suppositions :

1. le surnombre de médecins ;
2. le surnombre de médecins est la cause principale des coûts croissants ;
3. le surnombre de médecins pourrait causer une baisse de la qualité de la médecine ;
4. on peut planifier le futur besoin en médecins...

L'introduction de quotas est cependant basée sur un nombre de suppositions. Ainsi, on présumait qu'à la fin du vingtième siècle, il y avait un surnombre de médecins, mais les résultats d'études ne le démontrent pas si clairement. Tel que le tableau nous l'apprend, la densité des médecins est en effet plus élevée en Belgique que dans les pays environnants, mais nous avons déjà signalé que ce chiffre mérite d'être nuancé et qu'en outre, on ne peut pas en conclure qu'il y a nécessairement un excédent. L'organisation des soins de santé, et notamment les tâches des médecins, peuvent fortement varier d'un pays à l'autre.

Une deuxième supposition qu'on fait, est que le surnombre de médecins serait la cause principale des coûts croissants des soins de santé. Il est cependant clair qu'il y a d'autres évolutions, par exemple le vieillissement et les développements technologiques, qui sont

¹⁹ Corens D. Belgium Health System Review. Health Systems in Transition (Volume 9, n°2, 2007)

²⁰ La planification de l'offre médicale en Belgique: médecins. Rapport 2006. Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Bruxelles, octobre 2007.

également, et peut-être surtout, responsables de l'augmentation des coûts. En plus, les dépenses de santé augmentent également dans les pays qui ont déjà depuis longtemps limité l'accès à la profession de médecin.

Il y a néanmoins quelques indications qu'une importante 'offre' de certaines catégories de médecins pourrait causer une 'surconsommation' de certaines prestations (OECD data 2002). Ainsi, la Belgique et la Suède disposent d'un nombre élevé de chirurgiens généraux (respectivement 15 et 18 sur 100.000 habitants) et dans ces pays, on constate également un nombre élevé de prothèses de hanche (respectivement 183 et 123 sur 100.000 habitants) et d'appendicectomies (respectivement 160 et 117 sur 100.000 habitants). Aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, travaillent beaucoup moins de chirurgiens généraux (respectivement 6 et 10 sur 100.000 habitants) et on y effectue beaucoup moins d'appendicectomies (respectivement 96 et 82 sur 100.000 habitants) et de prothèses de hanche (seul le chiffre pour le Royaume-Uni, notamment 94 sur 100.000 habitants, est disponible). La Norvège fait cependant exception : malgré le fait qu'on y retrouve 20 chirurgiens sur 100.000 habitants, il n'y a que 36 appendicectomies sur 100.000 habitants. Evidemment, un nombre d'autres facteurs peuvent expliquer partiellement ou totalement ces différences, par exemple des différences dans la composition en âge de la population, des indications différentes pour une certaine intervention, des différences dans le système de santé en matière de remboursement d'une certaine prestation, ...

En troisième lieu, on suppose qu'un surnombre de médecins pourrait causer une baisse de la qualité de la médecine parce qu'on part du principe que pour fournir des soins de qualité, un médecin devrait être confronté à un nombre suffisant de syndromes. Dans ce cas, on considère la qualité exclusivement comme une donnée quantitative. Alors, on peut quand même difficilement conclure qu'une limitation de l'offre augmenterait la qualité des soins ! De ce point de vue, il serait en outre difficile d'expliquer le niveau élevé actuel des soins de santé en Belgique.

Une dernière supposition qui était à la base de l'introduction du contingentement, est le fait qu'on part du principe qu'on peut planifier le futur besoin en médecins. La commission de planification-offre médicale, dans laquelle siègent des experts des autorités fédérales, des communautés, des organisations des médecins, des mutualités et des universités, fixe des années à l'avance le nombre de médecins qui auront accès à l'exercice de la médecine au cours d'une année déterminée. A cet effet, ils doivent prévoir l'offre et la demande médicale à court et à moyen terme. La commission de

planification essaie en effet de réaliser ces prévisions, mais pas sans subir parfois des critiques.

... alors que toutes les études remettent en cause les quotas : celle d'Alain De Wever (ULB), du SESA (UCL) ou encore du KCE.

Déjà en 2005, une étude du Prof. Alain De Wever (ULB) a ainsi démontré que les chiffres qu'on a utilisés afin de calculer l'offre actuelle, ne correspondaient pas toujours à la réalité. Le nombre de médecins actifs (actuellement et éventuellement à l'avenir) serait fortement surestimé, entre autres parce que ce calcul se fait sur base du fait qu'ils disposent, oui ou non, d'un numéro Inami. En plus, un nombre de médecins conserveleur numéro Inami jusqu'à la mort, mais en réalité, ils n'exercent plus la profession ou ne sont plus que partiellement actifs dans le secteur curatif. On dit même qu'un nombre de médecins, que la commission de planification avait retenus comme 'actifs', était en réalité déjà décédé ! ²¹

Encore plus récemment, la SESA (Socio-Economie de la Santé) ^{22 23} de l'UCL a publié un rapport de synthèse qui compare trois modèles dans lesquels on essaie de calculer et de prévoir le futur besoin en médecins. Quoique les différents modèles utilisent des paramètres et des estimations différents, il y en a quand même deux qui arrivent à des résultats très similaires en ce qui concerne l'avenir à moyen terme (2015-2025) : lorsque les quotas actuels sont maintenus, nous serons confrontés à un déficit de médecins, même si on accepte qu'actuellement, il y ait un surnombre. Une première raison en est la diminution relative de l'offre en médecins (en fait, il s'agit essentiellement du nombre d'équivalents temps plein (ETP)) causée par la féminisation et le vieillissement toujours croissants du corps médical. Une deuxième raison est que, pendant la période 2015 à 2025, énormément de médecins disparaîtront du marché de l'emploi et que les quotas restrictifs actuels ne sont pas en mesure de le compenser. En fait, le contingentement a été introduit trop tard. Cette mesure aurait été très efficace dans les années 1975 à 1990 puisqu'alors, il y avait une forte croissance du nombre de jeunes diplômés en médecine. Mais maintenant que cette mesure a été finalement introduite, elle ne sera applicable que pendant un nombre d'années limité (jusqu'en 2012). Pour 2012 le quota a été majoré (833), mais après, il devra certainement encore être revu à la hausse.

21 Interview A. De Wever, Le Soir 18-12-2007.

22 Deliege D et al. Ressources humaines pour la santé. Offre, demande et besoins actuellement et à l'avenir. Phase 2-3 : Offre et besoins de médecins : perspectives d'avenir. SESA Health Systems Research – Ecole de Santé Publique UCL (2006)

23 Artoisenet C. Medical Workforce in Belgium: Assessment of future supply and requirements. SESA Health Systems Research – Ecole de Santé Publique UCL (2006)

En août 2006, la SESA²⁴ a d'ailleurs adapté son 'vieux' modèle de planification sur base des données de 2004 et avec des perspectives jusqu'en 2044-2054. En outre, un nombre de paramètres pouvant influencer l'offre et/ou la demande en médecins a été ajouté et/ou modifié. Compte tenu du scénario le plus probable, notamment qu'à l'avenir, la consommation de soins médicaux continuera à augmenter, ils ont conclu que maintenir le *numerus clausus* à 1025 à partir de 2014 sera insuffisant. Cela signifierait que le nombre de ETP diminuerait de 10% (Communauté flamande) à 25% (Communauté française) avant 2024 et même de 20% (Communauté flamande) à 40% (Communauté française) avant 2044, et ceci dans l'hypothèse que, pendant cette période, le comportement 'spécifique' du médecin flamand et wallon reste inchangé. Petite particularité : le degré de productivité du médecin wallon est de 17% à 26% inférieur à celui de son collègue flamand. En moyenne, le médecin wallon reçoit moins de patients par jour, mais il leur consacre plus de temps. Même si on ne tient pas compte de l'augmentation attendue de la consommation de soins médicaux et même si on veut seulement maintenir le nombre actuel de médecins (ETP) actifs dans la médecine curative, le quota devrait être augmenté à 1150 à partir de 2014, puis à 1350 entre 2020 et 2030 pour seulement descendre à 1000 après 2040 (ce n'est qu'à ce moment que le grand nombre de médecins diplômés entre 1975 et 1990 sera finalement remplacé).

Un rapport très récent du KCE²⁵ (Centre d'expertise) confirme les résultats des autres études. Après 10 années de *numerus clausus* pour les étudiants en médecine, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a fait le bilan de l'offre médicale en Belgique. Seulement 65% des médecins enregistrés sont effectivement des médecins en exercice. Ces dernières années, le nombre de médecins en exercice a baissé de 7%, tandis que le nombre de spécialistes est resté stable. Plus d'un quart du quota pour médecins généralistes n'est pas utilisé tandis que le nombre de nouveaux spécialistes dépasse le quota. Nous sommes confrontés à une féminisation et à un vieillissement de la profession de médecin. L'afflux de médecins étrangers augmente (12 % des nouveaux médecins). Le KCE plaide en faveur d'une planification de l'offre médicale mieux étayée et fondée sur une collecte de données plus performante.

24 Delière D et al. Ressources humaines en santé : Phase 2 : Les médecins dans 23 pays industrialisés : densités et place des spécialistes. SESA Health Systems Research – Ecole de Santé Publique UCL (2006)

25 Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van de Voorde C, Vrijens F, Léonard C. L'offre de médecins en Belgique : situation actuelle et défis. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports 72B D/2008/10.273/08

L'ADAPTATION DU PROFIL DE L'INFIRMIER EST NÉCESSAIRE

Le nombre de jeunes diplômés infirmiers sera suffisant.

Mais il sera important de maintenir les infirmiers actifs sur le marché de l'emploi.

Et rendre la profession plus attrayante en élargissant par exemple le profil.
Exemple : le « nurse practitioner ».

D'autres professions dans le secteur des soins de santé sont également confrontées à un défi. Depuis plusieurs années, on se pose la question si à l'avenir, il y aura encore suffisamment d'infirmiers. En 2005 - 2006, le Hoger Instituut Voor de Arbeid (HIVA) a établi un modèle de planification concernant la demande et l'offre en infirmiers en Belgique²⁶ ²⁷. A partir de données de 1995, 1998 et 2003-2004 on a établi une prévision de la demande et de l'offre en 2010, 2020 et même jusqu'en 2050. Pour toute la Belgique, le nombre de jeunes diplômés nécessaires pour satisfaire à la demande se situe entre 2200 et 2500 personnes, tandis qu'environ 3000 jeunes terminent leurs études dans les deux communautés ensemble. Cela suffit pour ne pas devoir faire face à d'importants déficits dans un proche avenir, mais pour avoir suffisamment de marge, on doit certainement faire le nécessaire pour que l'offre de l'enseignement reste élevée.

Dans ce but, on a entrepris une tentative à l'aide du Projet 600 grâce auquel le personnel soignant pouvait entamer une formation en art infirmier avec maintien de la rémunération et suite auquel le nombre d'étudiants en art infirmier avait augmenté de 14% dans l'année académique 2006-2007. **Cependant, il sera également important de maintenir les infirmiers actifs sur le marché de l'emploi** et d'optimiser le passage des jeunes diplômés de l'enseignement vers le marché de l'emploi. Ainsi, la convention nationale du personnel infirmier, soignant et assimilé incite les travailleurs plus âgés (≥ 45 ans) à continuer à travailler en leur octroyant des jours de congé supplémentaires ou des primes. **Cependant, on pourrait également arriver à ce résultat en rendant la profession d'infirmier plus attrayante, par exemple en multipliant les tâches ou en élargissant le profil.**

Le (advanced) nurse practitioner (cf. Pays-Bas), qui peut reprendre un nombre de tâches médico-techniques (par exemple des frottis, le suivi de maladies chroniques, des travaux de laboratoire, ...) et administratives du médecin généraliste, en est un bon exemple. Dans une pratique de médecine générale, cela pourrait mener à une 'gestion' plus

²⁶ Pacolet J e.a. Plus est en vous herbekeken. Manpower planning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 6: Synthese voor de zorgsector in België 1995-2020. Onderzoek in opdracht van VESOFO (2005)

²⁷ Pacolet J et al. Het planningsmodel verpleegkunde en vroedkunde: vraag en aanbod. Interuniversitair onderzoeksproject 'Wetenschappelijke werkgroep bij de planningscommissie' in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2006)

efficace et à une meilleure qualité des soins. Aux Pays-Bas, il existe une formation spécifique pour cette profession.

Selon un projet pilote, 50% des médecins généralistes belges seraient également favorables aux nurse practitioners, mais actuellement, en Belgique, ni la formation, ni la législation ne sont déjà adaptées dans ce sens. On peut en outre se poser la question de savoir si on doit aller aussi loin que par exemple les Etats-Unis ou le Royaume-Uni, où les nurse practitioners ont le droit d'établir des diagnostics, de commencer un traitement et éventuellement de prescrire des médicaments pour des maladies aiguës et chroniques mortellement graves et où, dans certains états des Etats-Unis, peuvent même exercer de façon tout à fait autonome dans leur propre cabinet. Actuellement, une formation en soins infirmiers spécialisés est également possible.

On aura besoin d'infirmiers spécialisés.

A l'avenir, le besoin en infirmiers spécialisés se fera certainement encore plus sentir puisque, à cause de l'évolution scientifique et technique, la complexité de certaines fonctions a fortement augmenté. Ainsi, dans certains hôpitaux, on offre déjà des formations pour infirmiers spécialisés dans les soins de plaies, dans la douleur, en diabétologie,... Une de leurs principales tâches est de suivre de très près les dernières évolutions dans leur spécialité et de transmettre ces informations au sein de leur organisation. On ne peut cependant perdre de vue les 'groupes à problèmes' dans les soins infirmiers. Ainsi, la profession d'infirmier gériatrique est, depuis de nombreuses années, considérée comme un métier en pénurie. Cependant, à l'avenir, on aura besoin de plus en plus d'infirmiers gériatriques à cause du vieillissement croissant. C'est pourquoi il reste important de motiver le plus possible les jeunes à opter pour ce métier. Créer une formation spécialisée en gériatrie pourrait déjà partiellement remédier au problème.

Et de plus en plus d'infirmiers gériatriques.

Ou encore la valorisation du métier d'aide-soignant.

Une autre possibilité pour rendre la profession d'infirmier plus attrayante est la valorisation du métier d'aide-soignant. Ainsi, l'infirmier aurait plus de temps pour des tâches plus complexes et pour des tâches de coordination. Dans ce but on a récemment créé un cadre légal dans lequel il est décrit quelles tâches 'infirmières' peuvent être effectuées par un aide-soignant, mais en pratique, les aides-soignants reprenaient déjà depuis longtemps certaines tâches des infirmiers.

IL Y A ÉGALEMENT UNE MENACE DE PÉNURIE D'AIDES-SOIGNANTS

A court et moyen terme, tant en Flandre qu'en Wallonie, il y aura une pénurie d'aides-soignants.

La formation devra être adaptée aux besoins du secteur.

Le transfert de certaines tâches vers les aides-soignants n'est cependant possible que lorsqu'il y a suffisamment d'aides-soignants sur le marché de l'emploi. Mais en pratique, on constate également des problèmes dans ce domaine. En 2005-2006, le HIVA a également établi une analyse de l'offre et de la demande en 2020 pour ce métier.^{28 29} Lorsqu'on compare l'offre et la demande, on constate qu'il y aura, **aussi bien à court qu'à moyen terme (2020), tant en Flandre qu'en Wallonie, une pénurie d'aides-soignants, mais en Wallonie, ce déficit sera plus important et plus inquiétant.**

Il y a pourtant beaucoup de candidats pour les études d'aide-soignant, mais il y a une faible pénétration du marché de l'emploi. En Wallonie, il n'y a que 35 à 50% des aides-soignants diplômés qui optent effectivement pour une profession de soignant. Malgré le fait que le secteur des soins a besoin d'eux, il y a un taux de chômage élevé parmi les aides-soignants. A l'origine, ce phénomène se manifestait essentiellement en Wallonie, mais depuis quelques années on l'observe également en Flandre et à Bruxelles. Pour inverser cette tendance, la formation d'aide-soignant devra être adaptée aux besoins du secteur des soins et une rééducation professionnelle ou une formation supplémentaire peut s'avérer nécessaire.

INSUFFISAMMENT DE COOPÉRATION, DE RÉSEAUX DE SOINS ET DE SPÉCIALISATION

Des soins de santé de bonne qualité exigent une bonne coopération entre les professionnels de la santé (médecin généraliste, spécialiste, infirmier, ...) entre eux, et avec les institutions de santé (par exemple les hôpitaux). Une des mesures qu'on a récemment prise, dans l'espoir de favoriser la coopération entre le médecin généraliste et le spécialiste (mais aussi dans l'espoir d'améliorer la qualité des soins de santé et de

28 Pacolet J et al. Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 6: Synthese voor de zorgsector in België 1995-2020. Onderzoek in opdracht van VESOFO (2005)

29 Pacolet J et al. Het planningsmodel verpleegkunde en vroedkunde: vraag en aanbod. Interuniversitair onderzoeksproject 'Wetenschappelijke werkgroep bij de planningscommissie' in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2006)

limiter les coûts), est l'échelonnement. Echelonnement signifie l'introduction d'un accès échelonné à des soins de santé hiérarchisés où le médecin généraliste fait fonction de filtre et où le patient peut bénéficier d'une diminution de son intervention personnelle pour les consultations de spécialistes avec mot d'envoi de son médecin généraliste.³⁰

L'échelonnement actuel 'modéré'.

L'échelonnement actuel 'modéré', qui est d'application depuis le 1^{er} février 2007, détermine qu'il n'y a diminution du ticket modérateur que pour une consultation de certains spécialistes sur envoi par le généraliste. Cette diminution ne peut être accordée qu'une fois par an pour un certain spécialiste et n'est valable que pour les patients qui font gérer leur dossier médical général (DMG) par leur médecin généraliste. Cependant, des données récentes provenant aussi bien des MLOZ que de la MC démontrent que le principe de l'échelonnement n'a que peu de succès. D'après les MLOZ, selon la spécialité, seulement 0.08% jusqu'à un maximum de 1.59% de toutes les consultations de spécialistes seraient la conséquence d'un envoi par le généraliste. La MC a calculé qu'en moyenne 0.75% des consultations de spécialistes se font avec envoi du médecin généraliste.

Un échelonnement 'horizontal' est beaucoup plus approprié que le modèle 'vertical' actuel.

En outre, pour arriver à une meilleure coopération entre le généraliste et le spécialiste, **un échelonnement 'horizontal' est beaucoup plus approprié que le modèle 'vertical' actuel.**³¹ Dans l'intérêt du patient – à qui les soins multidisciplinaires profitent souvent dès le début – il faut tout d'abord une coopération meilleure et plus intensive entre le généraliste et le spécialiste. Celle-ci **pourrait entre autres être réalisée par un renforcement et une généralisation du DMG et du DME** (Dossier Médical Electronique), par la mise à jour du DMG, par un meilleur feedback entre les différents acteurs avec éventuellement des primes pour le médecin (par exemple pour la mise à jour du DMG) et/ou pour le patient (par exemple pour l'ouverture d'un DMG chez son médecin généraliste).

Dans le cadre de l'échelonnement, il faut d'ailleurs également se poser la question de savoir si le médecin, en tant que généraliste, a bien un avenir puisque la médecine devient de plus en plus spécialisée et la quantité de connaissances toujours plus grande. Il faut peut-être penser à redéfinir les tâches du médecin généraliste, avec par exemple un rôle plus important dans le domaine de la prévention ou avec une position centrale pour informer, conseiller et soutenir le patient...

³⁰ Van Emelen J e.a., Echelonnement; Une étude des Mutualités Libres (2004)

³¹ Van Emelen J e.a., Echelonnement; Une étude des Mutualités Libres (2004)

Une coopération meilleure par la naissance d'autres formes de collaboration et la création de réseaux de soins.

Une coopération meilleure et plus transparente entre les prestataires et les institutions de soins peut également être stimulée par la naissance d'autres formes de collaboration entre les médecins généralistes (cabinets de groupes, associations,...) et spécialistes (accommodation, secrétariat et matériel médical communs...), et par la création de ce qu'on appelle des réseaux de soins.

Ceux-ci existent depuis longtemps (sous une forme légèrement différente) aux Etats-Unis, notamment les HMO's ou les Health Maintenance Organisations. Un réseau de soins a comme objectif d'harmoniser maximale l'offre de soins de santé et les besoins du patient dans une certaine région. Par la création de programmes de soins au niveau de la législation et d'itinéraires cliniques au niveau des hôpitaux, le processus de dispensation des soins occupe une place encore plus centrale.

Réseaux de soins organisés autour de certaines régions ou certaines villes.

Les réseaux de soins ³² peuvent s'organiser autour de certaines régions (par exemple Zorgnetwerk Noordoost Limburg), autour de certains pouvoirs organisateurs (par exemple les Frères de la Charité), autour de certaines pathologies (par exemple l'oncologie), ... Ils peuvent aussi s'organiser à différents niveaux. Ainsi, on peut, au sein d'une même ville ou région, harmoniser de façon optimale le fonctionnement de l'hôpital local et des soins de première ligne avec les autres professionnels de la santé ou réseaux (par exemple un réseau palliatif). Au sein d'une région plus vaste (plus de 250.000 habitants) un hôpital peut être relié à des centres ambulatoires et constituer ainsi un groupement plus large. Cela peut varier d'une coopération spontanée sur une base contractuelle à une fusion totale et mener à des soins mieux intégrés et des effets d'échelle économiques. Au niveau de la Flandre, il s'agit le plus souvent d'une coopération entre plusieurs hôpitaux dans un but d'harmonisation des flux de patients, de coordination de la formation des médecins spécialistes et de collaboration dans le domaine de la recherche (exemple Vlaams Ziekenhuisnetwerk KULeuven). Des réseaux de soins internationaux sont plutôt limités et se situent principalement dans des zones frontalières, autour de programmes de soins spécifiques, ou il existe des liens de collaboration entre hôpitaux universitaires.

Pour des soins mieux intégrés et des effets d'échelle économiques.

³² Interview avec Bart Van Daele, Directeur Général UZ Gasthuisberg. Un tissu d'acteurs, d'organisations et de directives. www.hospitals.be. (n°4, 2005)

Une **HMO** ou **Health Maintenance Organisation** est un plan de santé payé d'avance. Cela signifie que les membres d'une HMO paient une prime mensuelle et qu'en échange, la HMO vous offre (à vous et à votre famille) des soins médicaux tels que les frais de médecin, les frais hospitaliers, les soins d'urgence, les analyses sanguines, ... La HMO organise elle-même ces soins grâce à son propre cabinet de groupe ou à d'autres médecins ou professionnels de santé ayant conclu un contrat avec eux. Le plus souvent, les membres ont un choix limité en matière de thérapies, médecins, hôpitaux, ... notamment ceux avec lesquels la HMO a conclu un contrat, mais, par exemple en cas d'urgence, il y a des exceptions. Une HMO reçoit un montant fixe pour les soins médicaux offerts au patient. Une HMO a donc intérêt à offrir des soins de santé de base pour remédier à des problèmes simples avant qu'ils ne deviennent graves. Le plus souvent, les examens préventifs ou la détection précoce de certaines maladies, comme par exemple une mammographie, sont donc compris dans le prix. Au sein d'une HMO, vous disposez également d'un médecin de 'première ligne' (médecin généraliste) qui s'occupe de la plupart des soins médicaux et qui peut e.a. vous renvoyer à un spécialiste.

Le groupe **CAPIO**³³ peut être considéré comme un réseau de soins 'spécial', on pourrait même parler d'un réseau 'industriel'. Il y a environ 10 ans, CAPIO a été créé en Suède et maintenant le groupe est un des principaux 'Health Care Providers' en Europe. Le groupe CAPIO se développe principalement par l'achat d'hôpitaux et d'autres structures médicales (par exemple des laboratoires) et est déjà présent dans plusieurs pays européens (la Suède, la Norvège, La Finlande, le Danemark, le Royaume-Uni, la France, l'Espagne). Son objectif est de trouver de nouvelles pistes pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins, tant au niveau socio-économique qu'au niveau clinique, avec une attention maximale pour les besoins et la satisfaction des patients. Il veut également développer et offrir de nouveaux modèles pour des soins optimaux. Evidemment, fournir une qualité constante et comparable des soins dans toutes les composantes de l'organisation constitue un important défi. Dans ce but, on a développé le standard CAPIO, qui décrit les exigences minimales pour, entre autres, les principes éthiques, la vision, l'attitude envers le personnel, ... qui doivent être identiques dans toute l'organisation. Il y a également le manuel CAPIO qui contient les règles et les procédures devant être prises pour normes dans toutes les structures du réseau CAPIO (dans une nouvelle 'acquisition', son implémentation doit se faire dans les deux ans). On

³³ CAPIO Quality, Processes and Achievements brochure 2005, www.capio.com

effectue régulièrement un contrôle de qualité de cette implémentation et, si besoin en est, des mesures d'amélioration doivent être prises. Dans la structure CAPIO, l'hôpital local est considéré comme base pour toutes les opérations et le 'outcome' de certains processus est mesuré en permanence afin de pouvoir garantir une bonne qualité continue ainsi que pour apporter éventuellement des améliorations. Dans le concept CAPIO, le patient occupe une place centrale et il est donc dans une grande mesure tenu compte de ses attentes. Pour cela, on organise au moins une fois par an, dans chaque hôpital, une enquête et les plaintes des patients sont systématiquement traitées. Le patient n'est plus un récepteur de soins passif, mais un consommateur actif. Le personnel du groupe CAPIO (médecins, infirmiers, ...) donne des conseils, soutient et informe le patient, mais les décisions en matière d'examens, de traitements,... sont prises ensemble avec le patient. Au sein du groupe CAPIO on paie également beaucoup d'attention aux employés, puisque leurs compétences et leur engagement sont considérés comme la base du succès du groupe CAPIO. C'est pourquoi, par exemple, ils trouvent très important la création d'un environnement de travail agréable. Dans ce but, on a également développé un système d'évaluation, le baromètre CAPIO, à l'aide duquel chaque employé peut annuellement évaluer son environnement de travail et proposer des modifications ou des améliorations éventuelles.

LES SOINS À DOMICILE ET LA PARTICIPATION DU PATIENT SONT INSUFFISAMMENT DÉVELOPPÉS

Une **MRS** est une maison de repos et de soins destinée à des patients (le plus souvent âgés) très dépendants du point de vue des soins, mais sans problèmes médicaux aigus nécessitant une supervision médicale permanente.

Il y a une pénurie de soignants dans le secteur des soins à domicile et pour les personnes âgées.

Un des secteurs dans lequel, à l'avenir, il y aura certainement une pénurie de soignants est le secteur des soins à domicile et plus spécifiquement les soins pour personnes âgées dans le cadre familial. Dans le cadre du vieillissement, le développement des soins à domicile peut éventuellement éviter ou reporter les soins institutionnels pour personnes âgées (qui sont plus coûteux).

En Flandre il y a moins de soins aux personnes âgées institutionnalisées.

Alors qu'en Wallonie et à Bruxelles, les soins sont plus orientés vers des solutions institutionnelles.

En Flandre, on a constaté deux fois plus de prestations de soins à domicile qu'en Wallonie, et quatre fois plus qu'à Bruxelles.

En Belgique, pour les personnes âgées, il y a à la fois des services résidentiels, des services transmuraux ou semi-résidentiels et des services à domicile. Dans une perspective internationale, on peut conclure que la Belgique se situe parmi les pays avancés sur le plan du développement des services, mais qu'elle est plutôt orientée vers des solutions institutionnelles. En Belgique, il y a environ 7 places par 100 personnes de 65 ans ou plus dans les soins aux personnes âgées institutionnalisés. En Flandre, il y a un peu moins de soins aux personnes âgées institutionnalisés, essentiellement à cause de l'existence de résidences-services, qui peuvent être considérées comme une forme limitée d'aide à domicile. En Wallonie et à Bruxelles, les soins aux personnes âgées sont cependant beaucoup plus orientés vers des solutions institutionnelles. A titre d'illustration, nous pouvons mentionner que le taux d'institutionnalisation en MRS de personnes de plus de 60 ans est de 4,4% en Flandre, de 5,8% en Wallonie et de 6,8% à Bruxelles.

A l'aide des données mises en commun des enquêtes de santé belges de 1997, 2001 et 2004, Joanna Geerts ³⁴(sociologue de l'UA) a déterminé le pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus faisant appel à des 'services à domicile' c'est-à-dire des soins infirmiers à domicile et/ou des services d'aide à domicile et/ou un service de repas chauds à domicile. En 2004, dans la Communauté Flamande, 24.3% de toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus faisaient appel à une ou plusieurs formes de services à domicile : 11.9% à des services d'aide à domicile et 17.3% à des soins infirmiers à domicile. Dans la Région Wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale, ces pourcentages étaient respectivement de 24.7% et 17.6% pour les différentes formes de services ensemble, de 7.8% et 7.0% pour les services d'aide à domicile et de 18.7% et 11.5% pour les soins infirmiers à domicile. Cependant, lorsqu'on examinait le nombre de prestations de soins à domicile, on a constaté qu'en Flandre, il y en avait deux fois plus qu'en Wallonie et quatre fois plus qu'à Bruxelles. Il n'y a pas d'explication réelle pour la consommation moins élevée en soins à domicile à Bruxelles. Les facteurs suivants pourraient éventuellement y jouer un rôle favorisant : le fait qu'à Bruxelles, il y aurait une concentration plus importante de groupes socioprofessionnels plus élevés et que ceux-ci feraient moins souvent appel aux soins à domicile; le fait qu'à Bruxelles il y aurait une offre insuffisante en services d'aide aux familles et en soins infirmiers à domicile à cause d'un manque de financement et de personnel ; la présence d'une importante population d'origine allochtone qui est peu familiarisée avec le système.

³⁴ Geerts J e.a. Regionale zorgverschillen in het gebruik van longterm care diensten door Belgische ouderen (2006)

À l'avenir, il y aura un important besoin en habitations pour personnes âgées: de 43 000 à 56 000 places supplémentaires avant 2020.

Avant 2020, les soins à domicile augmenteront de 1.7 fois en Wallonie et de 3.4 fois à Bruxelles.

Le besoin en soins à domicile est de 20% supérieur au soutien effectivement offert.

Les différents niveaux de pouvoirs en Belgique constituent pour cela un problème supplémentaire.

Dans le cadre du vieillissement et puisque le taux d'institutionnalisation en MRS et en maisons de repos augmente fortement avec l'âge (actuellement ce taux est de 23% pour les personnes entre 85 et 89 ans et de 77% pour les plus de 95 ans), **il y aura à l'avenir un important besoin en habitations pour personnes âgées.** Selon le fait qu'on tienne compte ou pas d'une espérance de vie plus élevée illimitée, il s'agira de 43.000 à 56.000 places supplémentaires avant 2020. **Ces places supplémentaires seront principalement situées en Flandre (+29.000 à +36.000), un peu moins en Wallonie (+13.000 à + 18.000) et presque pas à Bruxelles.**³⁵

Puisque la consommation ou le besoin en soins à domicile augmente avec l'âge, (X 14 pour les catégories d'âge 65-69 ans et + 95 ans !), on s'attend également à une augmentation du besoin en soins à domicile de 29% à 40% avant 2020, selon le fait qu'on tienne compte ou pas d'une espérance de vie plus élevée illimitée. Et **si le taux de consommation des soins à domicile en Wallonie et à Bruxelles augmente comme il le fait déjà en Flandre, alors il devrait y avoir, avant 2020, une augmentation de X 1.7 en Wallonie et même de X 3.4 à Bruxelles!**³⁶

Dans toute la Belgique, on peut donc s'attendre à une demande croissante en soins à domicile, ce qui en soi est évidemment une évolution positive. Reste cependant le problème aigu du financement. En Flandre, par exemple, les autorités flamandes se sont engagées à augmenter annuellement de 4% le budget pour les soins à domicile. Cependant, cet engagement a uniquement été respecté en 2000, et en 2007 il n'y avait qu'une augmentation de 2.38%. La Mutualité Socialiste a récemment calculé que le besoin en soins à domicile est de 20% supérieur au soutien effectivement offert.

Un problème supplémentaire et spécifique pour la Belgique en matière de soins à domicile est le fait que les différents niveaux, le niveau fédéral et le niveau communautaire, accordent de l'aide et des financements. Cela crée une situation très complexe qui n'est pas toujours favorable à la coordination. Ainsi, par exemple, les médecins et les infirmiers relèvent de la compétence des autorités fédérales, et les aides familiales de la compétence des communautés.

³⁵ Pacolet J et al. Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België. Working Paper van DGSOC van Directie-generaal Sociaal Beleid van de FOD Sociale Zekerheid (2005)

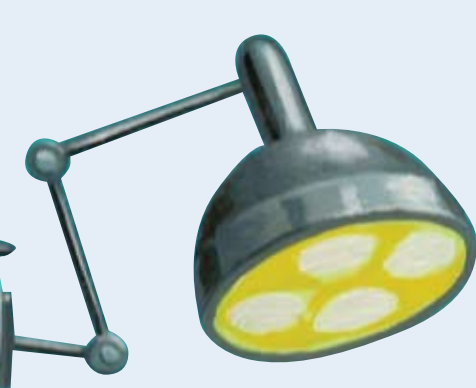
³⁶ Pacolet J et al. Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België. Working Paper van DGSOC van Directie-generaal Sociaal Beleid van de FOD Sociale Zekerheid (2005)

Mais il y a des initiatives intéressantes en Wallonie et en Flandre.

En Flandre, deux structures sont actives dans le domaine des soins à domicile, notamment les équipes de soins infirmiers à domicile et les initiatives de coopération en matière d'aide à domicile, dites les SIT, qui sont financées sur base d'un plan de soins. En Wallonie, les 'centres agréés' fournissent en exclusivité des services et des soins à domicile. Ici, le financement se fait sur base de tâches concrètes et de la population couverte. Les 'centres agréés' ont été créés autour de trois groupements : un groupement d'inspiration chrétienne, socialiste et multidisciplinaire. A Bruxelles, la situation est encore plus complexe, puisque les soins à domicile y relèvent de la compétence d'une ou de deux communautés ainsi que du niveau fédéral.

Les différents systèmes présentent tous des points forts et des points faibles. Les points forts du système flamand sont la multidisciplinarité, l'indépendance des groupements d'inspiration religieuse ou politique, l'organisation par région et la croissance à partir de la base. Cependant, ce système souffre d'un financement insuffisant, des différences d'échelle et d'une couverture géographique incomplète. Dans le système wallon, le financement, qui se fait principalement sur base de données réelles, est un point positif. Un désavantage est la structure organisée autour des 3 groupements, ce qui fait que ces trois groupements peuvent être actifs dans la même région.

Finalement, nous voudrions souligner que stimuler et encourager les soins à domicile n'est évidemment pas seulement important pour des raisons financières, mais que cela doit également être considéré dans le cadre d'une politique de soins intégrée, qui offre aux personnes plus âgées la possibilité de rester le plus longtemps possible dans leur cadre familial, éventuellement à l'aide de mesures de transition comme les centres de soins de jour et les centres de court séjour.



RECOMMANDATION

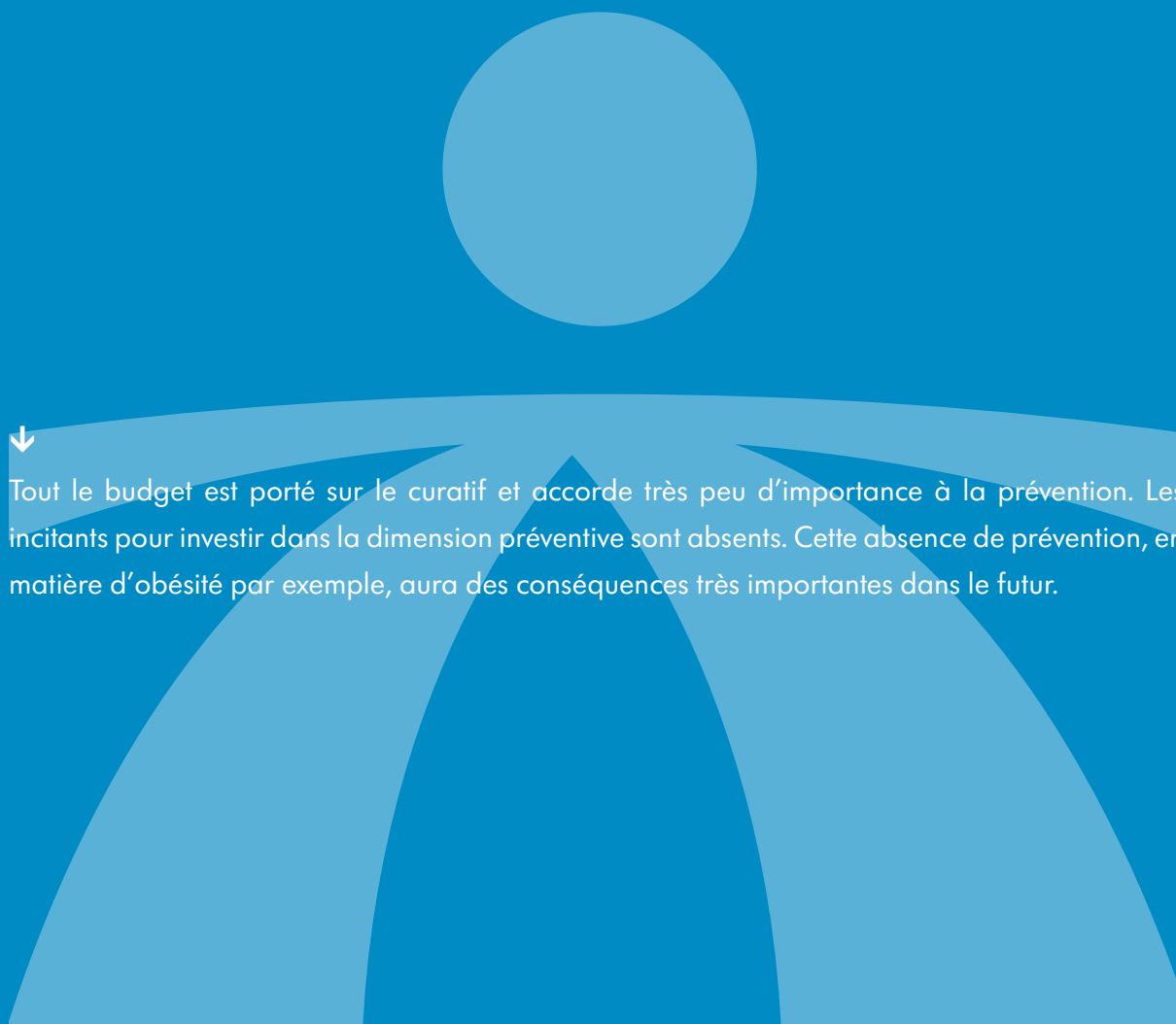
Garantir la disponibilité des ressources humaines sur le plan quantitatif et qualitatif

Il est essentiel pour le futur de disposer de pharmaciens, d'assistants de soins, de personnel médical et infirmier en nombre suffisant et motivés par leurs fonctions et leurs environnements de travail. Toutes les professions médicales et paramédicales sont potentiellement menacées par un déficit. Nous suggérons une réflexion en profondeur sur la valorisation des métiers et l'évolution nécessaire des fonctions débouchant sur une adaptation législative des profils.

Quick win : suppression de tout type de quotas et mise en place d'une task force chargée de l'évolution législative des fonctions attribuées aux différentes professions de la santé

05

LA PRÉVENTION DES MALADIES EST SOUS- DÉVELOPPÉE



Tout le budget est porté sur le curatif et accorde très peu d'importance à la prévention. Les incitants pour investir dans la dimension préventive sont absents. Cette absence de prévention, en matière d'obésité par exemple, aura des conséquences très importantes dans le futur.

INTRODUCTION

On distingue:

- La prévention primaire;
- La prévention secondaire;
- La prévention tertiaire.

La prévention en matière de santé regroupe l'ensemble des activités qui permettent de réduire les risques futurs de maladie. La distinction entre la prévention primaire, secondaire et tertiaire est généralement effectuée, même si les actions de prévention n'appartiennent pas nécessairement de façon exclusive à l'une de ces trois catégories. La **prévention primaire** fait référence aux activités qui réduisent la probabilité d'apparition d'une maladie, par exemple arrêter de fumer pour réduire la probabilité de cancer. La **prévention secondaire** est associée aux actions qui atténuent la gravité de la maladie lorsqu'elle se déclare, c'est notamment le cas d'une mammographie qui permet de détecter et de traiter plus rapidement et donc plus efficacement un cancer du sein. La **prévention tertiaire** regroupe les activités qui visent à réduire les risques de rechutes, par exemple cesser certaines activités à risque ou soigner son alimentation après un infarctus pour éviter qu'il ne se reproduise.

Dans tout les cas, la décision de prévention, qui est prise par les individus ou par la société en dehors d'une maladie effective, se distingue de la médecine curative qui est mobilisée après l'apparition des symptômes. L'activité de prévention revêt à la fois un caractère individuel (pratique du sport, arrêt du tabagisme, attention portée à l'alimentation,...) et collectif (organisation de dépistages, de vaccinations, éducation à la santé,...). Mais, même lorsque les décisions qui affectent l'état de santé sont individuelles, un engagement des pouvoirs publics peut aider les individus à infléchir leurs comportements dans un sens favorable à leur santé. A titre d'exemple, l'arrêt du tabagisme est une décision individuelle mais les autorités publiques peuvent aider les individus à arrêter de fumer via différents dispositifs qui peuvent être légaux (interdiction de fumer dans les lieux publics, interdiction de vente aux mineurs,...), financiers (taxes sur le tabac) ou autres (aide au sevrage tabagique, information,...).

Mais la prévention n'est pas une priorité politique.

En plus, les compétences sont morcelées.

Les dépenses sont très faibles: 0,1% du PIB par rapport aux 10% consacrés au curatif.

LA PRÉVENTION N'EST PAS UNE PRIORITÉ POLITIQUE

En Belgique, les compétences en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé sont morcelées. Parmi les actions qui affectent la santé publique, certaines relèvent exclusivement du gouvernement fédéral (taxes sur le tabac et l'alcool) alors que d'autres (vaccination contre la polio et contre l'hépatite B, dépistage du cancer du sein,...) font l'objet d'une coopération entre le gouvernement fédéral qui finance entièrement ou en partie les programmes et les Communautés qui les organisent. La santé étant une matière personnalisable, ces compétences ont toutefois été en grande partie attribuées aux Communautés. Sans être exhaustifs et sans se focaliser sur les priorités établies par chacune des deux Communautés³⁷, les actions mises en place, aussi bien en Communauté française que flamande, concernent les programmes de vaccination, les dépistages, les actions anti-tabagisme, la prévention des cancers, la prévention des maladies cardiovasculaires, la prévention du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles, la santé mentale...etc. Il semble néanmoins que, par rapport au budget octroyé à la médecine curative, les efforts entrepris par les autorités publiques belges en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé soient minimaux. Allouer 0,1% de son PIB à de telles activités paraît en effet insignifiant lorsque, dans le même temps, 10% de ce même PIB est consacré à financer le traitement de ces maladies³⁸. Si le système de santé belge est apprécié pour sa réactivité et sa capacité à rendre disponible des traitements à un coût raisonnable pour les utilisateurs, la politique en matière de prévention - qui exige une vision et la mise en place de stratégies à plus long terme - ne semble pas constituer une priorité politique.

³⁷ Pour plus de détails, voir Corens D. Health System review: Belgium. *Health Systems in Transition*, 2007; 9 (2): 1-172.

³⁸ OCDE, Eco-santé 2006

L'attention modeste accordée aux politiques de prévention des maladies et de promotion de la santé n'est cependant pas propre à la Belgique. Le tableau ci-dessus permet de comparer notre dépense publique de prévention par habitant par rapport à celle d'autres pays de l'OCDE³⁹.

| Pays | Dépense publique de prévention par habitant (€ PPA) - 2003 |
|---------------------|---|
| Danemark | 7,97 |
| République slovaque | 9,42 |
| Italie | 10,14 |
| Mexique | 13,04 |
| Espagne | 14,49 |
| Corée | 14,49 |
| République tchèque | 15,94 |
| Pologne | 16,66 |
| Portugal | 18,83 |
| Luxembourg | 18,83 |
| Japon | 21,73 |
| Finlande | 26,80 |
| Autriche | 27,52 |
| Belgique | 28,97 |
| Islande | 31,15 |
| Suisse | 40,56 |
| Irlande | 42,74 |
| Norvège | 44,91 |
| France | 51,43 |
| Pays-Bas | 57,22 |
| Allemagne | 68,09 |
| Canada | 131,83 |
| États-Unis | 144,87 |

Source: OCDE Eco-santé 2006

39 L'OCDE renseigne en fait une dépense publique de prévention de 35€ par habitant en Belgique pour l'année 2003. Mais pour permettre une comparaison entre pays, nous avons utilisé le taux de change PPA (parité de pouvoir d'achat) qui intègre à la fois le taux de change d'une devise à l'autre et le niveau général des prix afin de mieux évaluer les actions qui peuvent être entreprises avec un montant donné dans chaque pays. Ainsi corrigée la dépense publique de prévention par habitant en Belgique est de 28€.

Ou une dépense de 28€ par habitant.

Ainsi, la Belgique devrait augmenter sa dépense de 88 millions d'euros pour s'ajuster sur la dépense moyenne des autres pays.

Selon les statistiques de l'OCDE pour l'année 2003, la dépense publique consacrée à la prévention des maladies de la Belgique était de 28€ par habitant. A titre comparatif, la France y consacrait la même année 51€, les Pays-Bas 58€, l'Allemagne 67€, le Canada l'équivalent de 131€ et les Etats-Unis l'équivalent de 144€. La Belgique n'est toutefois pas la lanterne rouge de ce classement puisque l'Espagne, l'Italie et le Danemark notamment font encore moins bien en consacrant respectivement 14€, 10€ et 8€ par habitant à des dépenses publiques de prévention.

A titre indicatif, la Belgique devrait augmenter sa dépense publique totale de prévention approximativement de 88 millions d'euros pour s'ajuster sur la dépense moyenne des autres pays mentionnés dans le tableau. Il serait toutefois erroné de limiter la prévention à une politique budgétaire. La prévention passe aussi par la définition de nouvelles politiques qui ne sont pas uniquement de nature budgétaire. Citons à titre d'exemple la politique des sports, la législation relative au tabac ou les actions menées par les mutualités pour favoriser une meilleure alimentation ou des comportements de vie plus sains.

LES AVANTAGES DE LA PRÉVENTION

La prévention présente de nombreux avantages:

- Une meilleure qualité de vie ;
- Une capacité additionnelle de croissance économique ;
- Des économies pour l'assurance maladie.

Les activités de prévention présentent de nombreux avantages. Le premier effet de la prévention est d'assurer à l'ensemble de la population une meilleure qualité de vie en réduisant l'occurrence ou la gravité des maladies. Au-delà de ces bénéfices intangibles, la prévention a aussi des effets financiers importants. Une amélioration de l'état de santé général représente d'abord une capacité additionnelle de croissance économique et donc une source de revenus supplémentaire. En guise d'illustration, 440000 décès prématurés dus au tabagisme ont été enregistrés chaque année aux Etats-Unis entre 1995 et 1999 et le coût consécutif à la perte annuelle de productivité a été estimé à 81,9 milliards de dollars US par an⁴⁰. Du même coup la prévention permet aussi de réaliser des économies pour la sécurité sociale en réduisant la durée d'indisponibilité des travailleurs.

⁴⁰ Morbidity and Mortality Weekly Report Highlights, April 12, 2002, Vol. 51, No. 14.

Il faut favoriser les programmes qui présentent un ratio coût-efficacité élevé.

Sept facteurs de risques expliquent près de 60% de la charge de la morbidité en Europe.

Ensuite, une politique de prévention ciblée peut également permettre de réaliser des économies pour l'assurance maladie en tant que telle en évitant ou en réduisant le coût des traitements futurs. Le tabagisme aurait ainsi engendré 75,5 milliards de dollars US de dépenses médicales annuelles supplémentaires durant la période 1995-1999⁴¹. Ce dernier effet n'est cependant pas toujours présent et dépend du type d'intervention. Dans tous les cas, c'est l'évaluation précise des coûts et des bénéfices (tangibles et intangibles) associés à chaque programme de prévention qui va déterminer la pertinence de sa mise en œuvre. Car il ne convient évidemment pas d'adopter tous les programmes ou de nécessairement les appliquer à l'ensemble de la population. Allouer d'importants moyens financiers à des programmes de prévention dont l'efficacité est limitée est manifestement inopportun. Et si les analyses économiques ne montrent pas qu'il faille systématiquement allouer les moyens publics disponibles aux activités préventives plutôt que curatives, le déséquilibre actuel dans l'organisation des soins de santé en Belgique est certainement inapproprié.

Il existe en effet un grand nombre de programmes qui présentent un ratio coût-efficacité tel que leur mise en œuvre soit justifiée. Les pneumonies à pneumocoque sont par exemple responsables de 2.000 décès annuels en Belgique. Une vaccination efficace existe pour prévenir ce type de maladies respiratoires mais ce vaccin est en Belgique uniquement remboursé pour les enfants de moins de 2 ans. Or, de nombreuses études ont montré que cette vaccination mise en œuvre chez les personnes âgées était coût-efficace⁴¹. Ces travaux invitent donc les autorités publiques à encourager ce type de vaccins pour toutes les personnes âgées de plus de 65 ans (voir par exemple De Graeve et al. 2000⁴²). Il existe de nombreux autres exemples du même type.

Alors que les pressions budgétaires déterminent de plus en plus l'organisation de notre système de santé, une intensification de la politique de prévention pourrait constituer une mesure intéressante en vue de dégager des marges. Il suffit d'examiner les données épidémiologiques pour s'en convaincre. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), sept facteurs de risque expliquent près de 60% de la charge de la morbidité en Europe: l'hypertension (12,8%), le tabagisme (12,3%), l'abus d'alcool (10,1%), l'hypercholestérolémie (8,7%), le surpoids (7,8%), la faible consommation de fruits et de

⁴¹ Ce qui signifie qu'un programme de vaccination des personnes âgées engendrerait - comparativement aux autres programmes de santé entrepris - des bénéfices liés à une meilleure qualité de vie qui justifient son application.

⁴² De Graeve, Verhaegen et al., Kosteffectiviteit van vaccinatie tegen pneumokokkenbacteriëmie bij bejaarden : resultaatent voor België, *Acta Clinica Belgica*, 2000, 55,5, pp 257-265.

L'élimination des principaux facteurs de risque permettrait d'éviter 80% des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et du diabète de type II, ainsi que 40% des cancers.

légumes (4,4%) et la manque d'activité physique (3,5%). Ces facteurs constituent en effet les causes majeures des principales maladies en Europe (maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, problèmes de santé mentale, cancers, diabète,...). La lecture de ces facteurs de risque nous indique à quel point la prévention et la promotion de la santé constituent le moyen le plus efficace de lutter contre ces maladies. Car, toujours selon l'OMS, l'élimination des principaux facteurs de risque permettraient d'éviter 80% des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et du diabète de type II, ainsi que 40% des cancers.

LE DÉCOUPAGE DES COMPÉTENCES N'INCITE PAS À LA PRÉVENTION

Deux obstacles:

1. les effets ne se voient souvent qu'à long terme ;
2. l'architecture institutionnelle de notre pays.

Quels sont les éléments qui permettent d'expliquer un tel déséquilibre entre les moyens financiers alloués à la prévention et ceux attribués au traitement des maladies? Les dépenses effectuées à des fins de prévention présentent un double inconvénient pour les autorités compétentes en matière de santé en Belgique. Le premier problème n'est pas propre à la Belgique et résulte du fait que les effets des efforts de prévention ne se voient souvent qu'à long terme. Les autorités qui se lancent dans un vaste programme de prévention s'exposent donc à ne jamais entrevoir les bienfaits de leur politique (dont les bénéfices vont revenir à leurs successeurs). L'architecture institutionnelle de notre pays - outre le fait qu'elle favorise les actions dispersées et peu coordonnées - constitue un deuxième frein à l'investissement dans de coûteux programmes de prévention des maladies. Ce domaine est en effet du ressort des Communautés. L'assurance maladie - qui prend en charge la majeure partie des coûts engendrés par les traitements - est quant à elle gérée au niveau fédéral. Ce qui signifie que l'effort de prévention entrepris par les Communautés profite surtout aux autorités fédérales. Bien évidemment, le bénéfice des politiques de prévention ne peut uniquement se réduire à un gain financier prenant ici la forme de coûts évités. Les Communautés sont chargées des politiques liées aux personnes (et donc à leur bien-être) et sont donc à ce titre tenues de leur éviter des maladies. Elles sont par conséquent aussi jugées sur l'état de santé de la population. Mais le fait qu'elles ne soient pas affectées par toutes les conséquences de leurs politiques crée un sérieux problème d'incitation économique. Etant données les contraintes budgétaires, les autorités ne sont donc pas incitées à investir dans une politique qui ne leur rapporte pas.

Pour deux solutions:

1. renvoyer toutes les compétences soit au niveau fédéral, soit au niveau communautaire ;
2. une compensation financière proportionnelle à l'effort de prévention.

Comment sortir de cette impasse? Deux solutions - politiquement compliquées compte tenu du contexte institutionnel de notre pays - semblent évidentes. Elles sont basées sur le principe du paquet homogène de compétences que les autorités publiques devraient gérer. Autrement dit, il conviendrait de renvoyer toutes les compétences en matière de santé – y compris la politique de la prévention – soit au niveau fédéral, soit au niveau communautaire. Une autre solution peut être mise œuvre tout en évitant ce débat politiquement sensible dans notre pays. Le gouvernement fédéral, dans la mesure où il bénéficie aussi des politiques menées au niveau des Communautés, devrait inciter ces dernières à effectuer plus d'efforts de prévention. Par le biais de quels mécanismes peut-il atteindre cet objectif ?

Une compensation financière proportionnelle à l'effort de prévention des Communautés peut contribuer à la mise en place d'une politique plus active.

Un des dispositifs suggéré par la théorie économique est celui dit des «matching grants». Suivant ce principe, l'Etat fédéral devrait octroyer aux Communautés une compensation conditionnelle à leur effort de prévention. La compensation peut par exemple prendre la forme d'un montant de x € accordés par le fédéral aux Communautés pour chaque euro dépensé par ces dernières. Ceci nécessite un effort de coordination entre la politique de la santé et la politique des soins de santé, par le biais de programmes déterminés en commun accord entre les différents niveaux de compétence.

Partant du même principe, on pourrait envisager une compensation conditionnelle non pas à une dépense des Communautés mais aux résultats obtenus par ces dernières en matière de santé publique. La compensation pourrait ainsi être basée sur l'évolution d'indicateurs tels que la proportion de fumeurs dans la population, le taux de survie 5 ans après le diagnostic d'un cancer, la prévalence de certaines maladies évitables,... etc. Cette politique, plus ambitieuse, aurait le mérite d'inciter les Communautés à utiliser plus efficacement les moyens publics. Une telle mesure - qui ne constitue pour le moment qu'une piste de recherche - devrait néanmoins être appliquée avec précaution pour plusieurs raisons. La première provient de la mesure, parfois contestable, des indicateurs sur lesquels pourrait être basée la compensation. Par ailleurs, les autorités publiques en place ne sont pas les seules responsables de l'état de santé général de la population. Ce dernier résulte en effet aussi, d'une part, des décisions prises auparavant éventuellement

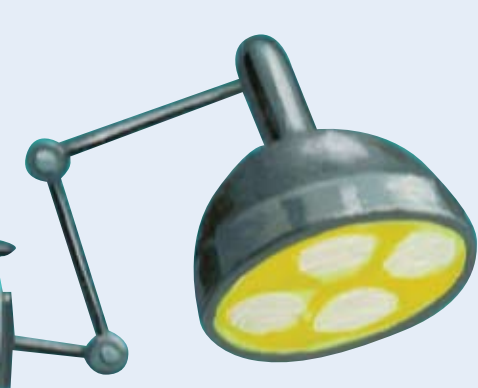
par d'autres autorités (les objectifs de santé publics résultent de politiques à long terme) et, d'autre part, du mode de vie des individus sur lequel les gouvernements n'ont pas complètement prise.

Les deux mesures suggérées partent d'un principe commun qui consiste à conditionner le financement du gouvernement fédéral à des actions - si possible efficaces - entreprises par les Communautés. Notons ici qu'il est essentiel que la compensation accordée prenne - fût-ce partiellement - la forme d'une compensation conditionnelle à une action et non d'un montant forfaitaire qui n'aurait aucun effet incitatif pour les Communautés.

UNE FOCALISATION QUASI EXCLUSIVE SUR LA DIMENSION CURATIVE

Une politique volontariste engendrerait des gains considérables en termes de qualité de vie pour la population et de réduction des coûts.

Le contexte budgétaire qui caractérise la Belgique engendre une politique de santé qui se développe presque exclusivement autour du traitement des maladies. Dans un environnement où les dépenses sont strictement limitées et où les possibilités d'allocation du budget sont multiples, il n'est en effet pas payant pour les Communautés d'investir massivement dans des activités de prévention dont les bénéfices ne se réalisent qu'à long terme et qui ne leur profitent pas politiquement compte tenu du découpage des compétences en matière de santé dans notre pays. Pourtant, la prévention comporte des avantages. Outre le fait qu'elle permettrait d'améliorer la productivité de travailleurs en meilleure santé et d'éviter le coût de certains traitements, une politique de prévention volontariste engendrerait des gains considérables en termes de qualité de vie pour la population.



RECOMMANDATION

Sortir la prévention des oubliettes

Consacrer 0.1 % du budget à la prévention ou 29 euros par Belge par an frôle le ridicule. L'obésité aura des conséquences catastrophiques pour la santé des générations futures et pour les finances publiques de demain si nous n'investissons pas aujourd'hui. Cela implique de mettre en place une politique volontariste et coordonnée entre les régions et le fédéral.

Quick win : Consacrer dans un premier temps un minimum de 88 millions d'euros supplémentaires pour rejoindre la moyenne – encore bien trop faible des autres pays européens - promouvoir une approche ciblée par pathologie pour réduire les risques de diabète, de maladie cardiaque et de cancer.

06

IL MANQUE UNE VISION
À MOYEN ET LONG TERME



On constate une absence totale de vision à moyen et long terme. Toutes les politiques sont centrées sur des préoccupations de court terme. L'approche retenue est trop conservatrice et ne tient pas compte des nouveaux défis du XXIème siècle. Une plate-forme de réflexion sur les réformes à entreprendre et sur les solutions nouvelles à imaginer s'impose. Outre les composantes nationales, celle-ci doit intégrer les évolutions et les meilleures expériences européennes et internationales.

LA DYNAMIQUE ACTUELLE DU SYSTÈME CENTRÉE SUR LE COURT TERME

Trois principes essentiels dominent :

1. la dynamique budgétaire : toutes les préoccupations sont centrées sur le budget ;
2. le modèle de concertation : l'affectation et les règles de fonctionnement sont soumis aux partenaires du secteur lui-même ;
3. l'approche verticale : une affectation budgétaire séparée des différentes composantes.

La dynamique actuelle du système repose sur trois principes essentiels : la dynamique budgétaire, le modèle de concertation et l'approche verticale.

- La dynamique budgétaire.

Comme nous l'avons souligné dans l'analyse des politiques, depuis 25 ans, toutes les préoccupations sont centrées sur le budget.

Les récentes discussions budgétaires illustrent très bien la prépondérance de cette dynamique budgétaire et du modèle de concertation.

En effet, la loi prévoit une norme de croissance de 4,5 % + inflation (indice santé) + facteurs exogènes.

L'Inami sur base de l'historique des dépenses réalise d'abord un certain nombre de simulations pour déterminer, si l'on ne change rien, à paramètres constants, quel montant de dépenses sera atteint. Ce calcul réalisé par l'Inami donne la marge restant disponible.

- Le modèle de concertation

L'affectation du budget et la définition des règles de fonctionnement du secteur sont soumises aux partenaires du secteur lui-même. Ces partenaires se retrouvent présents au sein des organes de décision les plus importants et arbitrent l'ensemble des choix. Le consensus s'établit progressivement par un équilibrage des forces en présence les plus importantes.

Les forces les plus actives et les plus représentées au sein du système sont ainsi:

- o Les hôpitaux
- o Les prestataires de soins
- o L'industrie
- o Les mutualités

- L'approche verticale

Les hôpitaux, les maisons de repos, la médecine de première ligne constituent autant d'entités séparées qui revendiquent individuellement leur budget.

L'affectation des moyens humains et financiers procède d'une analyse séparée et d'une affectation budgétaire séparée des différentes composantes du système de santé.

Ces trois dimensions sont centrées sur une approche de court terme :

1. On arrête le budget pour une année ;
2. En fonction des besoins et du pouvoir de négociation des différentes parties en présence ;
3. Avec une répartition, non pas en fonction des pathologies, mais sur base des différentes structures de prestations de soins.

LA NÉCESSITÉ D'UNE VISION PROSPECTIVE POUR FAIRE FACE AUX NOMBREUX DÉFIS

De nombreux défis s'imposent à nous, une analyse de court terme n'est pas suffisante.

Comme nous l'avons souligné dans la partie Anatomie, ce début de XXIème siècle se caractérise par l'émergence de nombreux défis :

- L'évolution des modes de vie et de consommation;
- Le développement des maladies chroniques;
- L'allongement de la durée de vie et la progression des nouvelles technologies et des nouveaux traitements;
- La croissance des dépenses de Santé et des besoins en ressources humaines.

Ces nombreux défis s'inscrivent dans le temps et leurs effets s'amplifient avec le nombre d'années. Une vision et une analyse de court terme n'est pas suffisante si l'on veut y apporter des solutions durables. Une approche prospective qui ne se limite pas à l'année en cours s'impose donc si l'on veut à terme garantir les atouts de notre système de santé.

L'ABSENCE ACTUELLE DE VISION ET DE PLAN À MOYEN ET LONG TERME

Dans une étude réalisée en 2005, le bureau d'Etudes Mc Kinsey ⁴³ met en évidence le manque de vision à long terme qui résulte en un manque d'objectifs et de priorités clairs. Les acteurs-clés interrogés lors de l'enquête réalisée pensent que les dépassements systématiques du budget ces dernières années ont amené à une focalisation exclusive sur cette dimension et sur le court terme.

Aucun plan d'ensemble couvrant le moyen et long terme.

Depuis la réalisation de cette enquête, cette situation perdure : il n'existe aucune politique ou aucun plan d'ensemble couvrant le moyen et long terme. La prise de responsabilité à moyen et long terme des autorités publiques est donc absente.

Aucune organisation n'est chargée en Belgique de la rédaction et du suivi d'un plan à moyen et long terme.

Aucune organisation n'est aujourd'hui officiellement chargée en Belgique de la rédaction et à fortiori du suivi d'un plan à moyen et long terme. La focalisation sur la dimension budgétaire explique le rôle de plus en plus important joué par l'Inami ces dernières années. Cette vision budgétaire éclipse l'indispensable réflexion sur les priorités à moyen et long terme de notre système de santé.

Même si un premier pas intéressant a été donné par le Plan Cancer.

Un premier pas intéressant a été réalisé dans le bon sens par le Plan Cancer. L'absence de vision à moyen et long terme avait été dénoncée par le livre blanc contre le cancer⁴⁴. Celui-ci mettait en évidence la nécessité d'un plan à moyen et long terme. Dans un pays où une femme sur trois et un homme sur quatre sont touchés par le fléau, il affirmait l'absolue nécessité de mettre en place cet outil et mettait en évidence le danger réel pour notre système de santé en l'absence d'une réaction rapide :

« Notre système de soins de santé, basé sur la solidarité et l'excellence des soins, semble donc soumis à de fortes pressions. Dans le domaine de l'oncologie en particulier, la pression se fait de plus en plus forte suite à l'arrivée de nouveaux traitements et à l'augmentation du nombre de patients. A tel point que dans 5 à 10 ans, nous risquons de ne plus pouvoir assurer l'accès à des soins de qualité à tous les patients souffrant de cancer en Belgique. De plus, le cancer évolue de plus en plus vers une maladie chronique

⁴³ Perspectives sur les soins de Santé en Belgique – Mc Kinsey – Septembre 2005

⁴⁴ Livre blanc . La prise en charge du cancer en Belgique : relever les défis de demain – 2 juin 2007

nécessitant des traitements au long cours.

Dans ce contexte, il est devenu impératif de décider à très court terme, c'est-à-dire pour 2008 au plus tard, des mesures préventives à mettre en place en vue de préserver la qualité des soins oncologiques en Belgique et de développer une vision à long terme dans ce domaine. Il n'est certes pas encore trop tard, mais il est temps d'agir afin d'éviter l'instauration d'un système à deux vitesses au détriment de la grande majorité des patients. »

Le Plan Cancer est intéressant à un double titre:

- Cibler une pathologie particulière ;
- Adopter une réflexion à moyen terme.

La Plan Cancer introduit ce 2 mars 2008 est intéressant à un double titre : d'abord parce qu'il décide de cibler une pathologie particulière, d'y affecter des moyens budgétaires et de définir une politique spécifique. Jusqu'à présent, en effet les moyens budgétaires étaient affectés toutes pathologies confondues et de façon séparée entre les différents acteurs (hôpitaux, médecins, ...). Le deuxième intérêt est d'adopter cette réflexion de moyen terme qui fait cruellement défaut dans le secteur de la santé en général aujourd'hui.

Au-delà du cancer, il est essentiel d'élargir cette vision à moyen et long terme à toutes les priorités de notre système de santé. Une vision à moyen et long terme implique de réaliser une évaluation globale du système en place et de dresser une liste de l'ensemble des priorités pour le futur.

Il faudrait élargir cette vision à moyen et long terme à toutes les priorités de notre système de Santé.

De bons exemples à l'étranger existent. Ainsi la France a développé une évaluation et une réflexion sur les priorités pour le futur. Le rapport 2007 du Haut Conseil de l'Assurance Maladie ⁴⁵ est ainsi consacré à un premier bilan de la politique entreprise et de ses résultats et à l'analyse des priorités pour les années à venir.

Il est crucial d'opérer des choix et d'établir des priorités pour le futur.

La démarche d'évaluation et de planification stratégique pour le moyen et long terme n'est pas encore une réalité dans la plupart des pays. Confronté à un secteur qu'ils appréhendent ou comprennent souvent mal, les gouvernements préfèrent palier à l'urgence à court terme plutôt que d'entamer une véritable réflexion stratégique qui définit les priorités et les actions à moyen terme. Pourtant cette démarche nouvelle devient aujourd'hui indispensable. Dans un contexte de pression croissante sur les coûts et de nouveaux défis, il est crucial d'opérer des choix et d'établir des priorités pour le futur.

⁴⁵ Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie – Juillet 2007



RECOMMANDATION

Rédiger un plan à moyen et long terme

Une analyse et une vision de court terme ne sont pas suffisantes si l'on veut faire face à tous les défis du XXIème siècle. Il faut sortir de la logique budgétaire à 1 an et de l'affectation purement verticalisée des moyens. Cette nouvelle vision ne pourra voir le jour et se concrétiser que si une task force se voit confier cette tâche de manière tout à fait explicite.

Quick win : réunir les compétences de haut niveau et les talents souvent oubliés au niveau de l'administration pour rédiger un plan ambitieux mais réaliste sur les objectifs poursuivis et les moyens à mettre en œuvre à 5 ans, 10 ans et 20 ans. Cette cellule pourra se faire aider dans sa tâche par des professionnels indépendants des groupes de pression en place.



PARTIE 3

**SOLUTIONS POUR LE
XXIÈME SIÈCLE**

Nous avons montré précédemment les nombreux atouts de notre système de santé mais également les dangers qui le menacent face aux nombreux défis nouveaux de ce XXIème siècle.

Même si les défis sont nombreux, nous pensons qu'il n'est pas trop tard pour agir car notre système possède des atouts très importants. Si nous réagissons à temps, nous pourrons continuer à garantir l'accès aux soins et la qualité tout en maîtrisant les coûts. Cette troisième partie de l'étude propose huit **pistes de réflexion pour un système de santé durable**. Celle-ci ne se veut pas exhaustive – elle propose à tous les acteurs du système de santé des pistes de réflexion qui pourront être approfondies par la suite.

Nous nous attacherons à décrire les solutions qui nous paraissent pertinentes pour la Belgique. Bon nombre d'entre elles ne sont toutefois pas spécifiques à notre pays : les principes de base sont similaires mais les modalités d'application divergent en fonction des spécificités d'organisation et de financement.

Nous développerons dans chacune des sections suivantes ces sept opportunités à saisir pour un système de santé durable qui garantisse un système de soins de qualité accessibles à tous :

1. Construire la troisième génération des politiques de santé pour garantir un système de santé durable
2. Agir sur l'offre et la demande plutôt que de considérer le budget comme une fin en soi
3. Oser imaginer et former les acteurs à leurs nouvelles fonctions
4. Développer de nouveaux incitants pour responsabiliser les acteurs à leurs nouveaux rôles
5. Mieux prendre en compte l'efficience
6. Mener des politiques volontaristes pour réduire les inégalités socio-économiques de santé
7. Mieux exploiter et coordonner le potentiel extraordinaire de l'informatique et des réseaux de communication
8. Garantir les conditions de succès

01

CONSTRUIRE LA TROISIÈME
GÉNÉRATION DE
POLITIQUES DE SANTÉ POUR
GARANTIR UN SYSTÈME DE
SANTÉ DURABLE



Le 21ème siècle sera Santé. On sait qu'un jour, la Santé représentera un tiers du PIB et les prévisions les plus modérées affichent déjà plus de 20 % de notre PIB généré par la Santé. Cette évolution est positive car elle correspond aux aspirations de tous les citoyens que nous sommes à vivre mieux, à vivre plus longtemps et à utiliser les formidables progrès de la médecine existants ou attendus pour ce siècle. Elle permet une vie non seulement plus productive mais aussi plus longue et plus heureuse.

Le défi majeur pour le futur est d'assurer la durabilité de notre système de santé. Ce défi majeur n'est pas spécifique à la Belgique mais concerne les systèmes de santé de tous les pays industrialisés dans le monde. Il apparaît, en effet, de plus en plus évident que la viabilité des systèmes de santé tels qu'ils existent aujourd'hui sera radicalement remise en cause dans les quinze prochaines années si des changements importants ne sont pas mis en œuvre.

Dans ce contexte, il faut oser aujourd'hui en Belgique entreprendre la troisième vague de nos politiques de santé :

- 1. Première vague :** durant les années 60 jusqu'au début des années 1980, l'objectif de base des politiques de santé est la maximisation de la qualité sans contrainte de ressources.
- 2. Deuxième vague :** la période 1982-2007 est marquée par deux grands principes le contrôle budgétaire et la responsabilisation financière.
- 3. En route vers la troisième vague :** la politique budgétaire entreprise ces 25 dernières années dans notre pays n'est plus suffisante aujourd'hui, il faut aller plus loin, en imaginant de nouvelles mesures et de nouveaux incitants. Aujourd'hui il faut **imaginer de nouvelles mesures qui ne seront pas seulement centrées sur l'input mais beaucoup plus sur l'output et sur la relation entre l'input et l'output : quelle est l'amélioration obtenue en terme de santé ?**

S'orienter vers de nouvelles mesures qui conduisent à une amélioration réelle en termes plus-value de santé, qui apportent de la plus-value - tout en gardant le budget sous contrôle - telle est l'ambition de ce rapport et de toutes les pistes de solutions développées ici.

Il faut en parallèle oser entamer un vrai débat de société, sans tabous, sur des questions de fond :

- Jusqu'où les autorités publiques peuvent et doivent-elles aller en matière de remboursement ?
- Comment doivent évoluer dans le financement la part des impôts directs, des impôts indirects, de la sécurité sociale, des assurances privées et de la quote-part personnelle ?
- Quel est le rôle des assureurs privés et comment éviter une anti-sélection en fonction de la situation socioéconomique ?

LE 21ÈME SIÈCLE SERA SANTÉ

D'ici vingt ans, des dizaines de maladies seront enfin guéries grâce aux prodigieuses avancées des biotechnologies et de l'électronique. Ces avancées se manifesteront dans tous les domaines de la médecine. On évoque ainsi :

- En cancérologie, les nouvelles molécules et les nouveaux vaccins avec une cible très précise comme le vaccin contre le cancer de l'utérus introduit récemment
- En neurologie, le vaccin contre la maladie d'Alzheimer
- En soins dentaires, le vaccin anticaries
- En cardiologie, la réparation du cœur par les cellules souches après un infarctus et l'intervention d'un minirobot sans opérer
- En ophtalmologie, l'opération au laser sans cicatrice pour les presbytes ou l'implant électronique pour rétablir la vue des aveugles
- En chirurgie réparatrice, le pilotage des membres artificiels ou la reconstitution des cartilages abîmés
- Dans le traitement du sang, le vaccin antisida ou la production de globules rouges en labo
- Ainsi que les progrès constants dans les technologies de diagnostic et d'intervention

Nous avons déjà réalisé de formidables progrès dans la médecine moderne.

Il ne s'agit là bien entendu que de quelques exemples parmi tant d'autres des formidables progrès qui nous attendent et nous ne pouvons sans doute pas encore imaginer les progrès les plus remarquables qui vont être réalisés.

En parallèle à tous ces progrès tous les citoyens vont aspirer de plus en plus à vivre mieux, à vivre plus longtemps et à utiliser tous les moyens mis à leur disposition par la médecine.

Cette évolution est positive car elle répond aux aspirations des citoyens à vivre mieux et plus longtemps.

Cette évolution est positive car elle répond aux aspirations des citoyens : elle s'insère dans l'évolution de notre société, d'une société, essentiellement agricole au 19^{ème} siècle, vers une société industrielle au 20^{ème} siècle et une société de services au 21^{ème} siècle.

La médecine d'aujourd'hui n'a plus rien de comparable avec la médecine d'hier et n'aura rien de comparable avec la médecine de demain.

Comme le souligne le forum santé en Suisse ¹: « Si les Suisses sont prêts à consacrer près de 12 % de leur PIB à la santé, c'est parce qu'ils voient l'utilité de la filière santé et la considèrent comme un investissement pour le bien-être de chacun ».

Durant les cinquante dernières années tous les Etats ont ainsi investi dans l'innovation en termes de connaissance, de nouveaux équipements de diagnostic, de nouveaux médicaments et de nouvelles pratiques. La comparaison avec les décennies précédentes montre les avancées remarquables accomplies : la médecine d'aujourd'hui n'a plus rien de comparable avec la médecine d'hier et n'aura rien de comparable avec la médecine de demain.

UN DÉFI POUR TOUS LES SYSTÈMES DE SANTÉ

Le défi majeur est de maîtriser les coûts et de permettre un accès équitable à des soins de qualité.

Le défi majeur pour le futur est d'assurer la durabilité de notre système de santé. Ce système de santé durable se définit comme ² « un système de santé capable de maîtriser les coûts et de permettre un accès équitable à des soins de qualité ». Ce défi majeur n'est pas spécifique à la Belgique mais concerne les systèmes de santé de tous les pays industrialisés dans le monde.

« La soutenabilité » du système est remise en cause dans les quinze prochaines années. Car, nous expérimentons des tendances fortes aux conséquences considérables.

Il apparaît, en effet, de plus en plus évident que la « soutenabilité » des systèmes de santé tels qu'ils existent aujourd'hui sera radicalement remise en cause dans les quinze prochaines années si des changements importants ne sont pas mis en œuvre.³

Tous les systèmes de santé sont menacés par des tendances fortes aux conséquences considérables : attentes croissantes des citoyens-patients, développement des maladies chroniques, progression des technologies et des traitements, vieillissement de la population ... Toutes les études convergent pour indiquer que tous ces facteurs conjugués vont exercer une très forte pression sur les coûts.

¹ Politique de santé : où va-t-on ? 10 ans de propositions en perspective , forum santé Berne 17 janvier 2008

² Pricewaterhousecoopers – Healthcast 2020 : créer un futur durable

³ Pricewaterhousecoopers “ HealthCast 2020 : créer un future durable”

Il est pour cela essentiel de réfléchir sur les solutions possibles à moyen et long terme.

Il est essentiel de réagir et de réfléchir sur les solutions possibles à moyen et long terme. En effet, sans réaction de la part de notre gouvernement et de toutes les forces vives du système de santé, ces tendances lourdes vont finir par peser sur notre système de santé en posant des problèmes très graves de financement et d'accès aux soins tant au niveau du pays que des citoyens.

Un bon exemple de prévision et de réflexion à long terme nous est donné récemment par la Suisse où les premiers scénarios prévisionnels ont été élaborés dans le domaine de la santé.

Ces scénarios sont élaborés à partir du rapport sur les perspectives à long terme des finances publiques en Suisse, qui met en évidence l'évolution des finances des trois niveaux de collectivités publiques et des assurances sociales à l'horizon 2050. L'Administration fédérale des finances (AFF) a présenté la première édition de ce rapport en mai 2008. Ce rapport montre que les dépenses publiques pour la santé et les soins de longue durée des personnes de plus de 65 ans passeront à 20,2 % du PIB. On admet que les recettes augmentent proportionnellement au PIB mais dans ce cas, dit le rapport, la croissance des dépenses sera supérieure à la croissance du PIB et entraînera des problèmes de financement.

Les scénarios prévisionnels montrent que le vieillissement de la population devrait conduire à un surcroît considérable des charges financières, notamment dans le domaine des soins de longue durée des personnes de plus de 65 ans. Dans le reste du domaine de la santé, des effets ne dépendant pas de la démographie, tels que les progrès de la médecine, constituent un facteur de coûts plus important que le vieillissement de la population. Les scénarios prévisionnels montrent en outre que l'état de santé de la population représente un facteur important pour l'évolution des dépenses dans le domaine de la santé

OSER ENTREPRENDRE LA TROISIÈME « VAGUE » DE NOTRE POLITIQUE DE SANTÉ

Il faut oser entreprendre la troisième génération de nos politiques de santé.

Pour optimiser notre système de santé et faire face aux défis de ce siècle, il nous semble essentiel d'oser entreprendre la troisième génération, la troisième vague de nos politiques de santé :

Première vague : durant les années 60 jusqu'au début des années 1980, l'objectif de base des politiques de santé est la maximisation de la qualité sans contrainte de ressources. Cette politique est rendue possible par la période de prospérité économique et le climat de confiance qui caractérisent cette période.

Deuxième vague : au début des années 1980, avec la montée du chômage, le ralentissement de la croissance et l'impact des deux crises pétrolières des années 1970, on assiste à une modification de l'objectif central poursuivi par les autorités publiques en matière de santé. L'accent est maintenant porté sur la maîtrise des dépenses alors qu'auparavant les politiques publiques se préoccupaient de l'expansion des services offerts et des soins. La période 1982-2007 est marquée par deux grands principes le contrôle budgétaire et la responsabilisation financière.

En route vers la troisième vague:

- De nouvelles mesures centrées sur l'amélioration obtenue en termes de santé.
- S'orienter vers de nouvelles mesures qui conduisent à une amélioration de santé – tout en gardant le budget sous contrôle.

En route vers la troisième vague :

La politique budgétaire entreprise ces 25 dernières années dans notre pays n'est plus suffisante aujourd'hui, il faut aller plus loin, en imaginant de nouvelles mesures et de nouveaux incitants.

Les incitants introduits jusqu'à présent ont surtout visé à réaliser des économies de coûts comme le souligne Ivan Van de Cloot ⁴: « Il y 20 ans, on s'est rendu compte que le système du tiers payant favorisait la surconsommation et on a introduit des systèmes de budget, de forfaitisation, de financement des pathologies ... Cette prise de conscience a conduit à des économies de coût réussies. »

⁴ Des soins de santé gérables – Ivan Van de Cloot – Bulletin financier ING – septembre 2003

Aujourd'hui il faut **imaginer de nouvelles mesures qui ne seront pas seulement centrées sur l'input (prestations ...) mais beaucoup plus sur l'output et sur la relation entre l'input et l'output : quelle est l'amélioration obtenue en termes de santé ?**

Comme énoncé dans les conclusions du forum santé 2008 en Suisse⁵, la Santé publique ne doit pas être considérée uniquement comme un facteur de coût mais aussi dans sa globalité, comme un investissement économique et social majeur. Dépenser plus pour sa santé n'est pas forcément une mauvaise chose.

Mais de nombreuses études récentes montrent qu'une dépense de santé plus élevée n'est pas forcément synonyme de meilleure qualité des soins.

S'orienter vers de nouvelles mesures qui conduisent à une amélioration réelle en termes de santé - tout en gardant le budget sous contrôle - telle est l'ambition de toutes les pistes de solutions développées dans les chapitres suivants.

Nous nous attacherons donc dans ce rapport à toutes les mesures qui peuvent donner de la valeur ajoutée et créer de la valeur.

OSER ENTAMER UN VRAI DÉBAT DE SOCIÉTÉ SUR LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

Oser entamer un vrai débat de société.

Face à toutes ces évolutions et tous les défis qui nous attendent dans ce siècle, il nous faut en parallèle oser entamer un vrai débat de société sur le financement des soins de santé et le rôle des assureurs privés en ne niant pas une réalité déjà bien présente : la part de plus en plus importante du financement privé aujourd'hui.

A l'instar de toute la réflexion développée dans d'autres pays, comme les Pays-Bas par exemple, il est urgent d'entamer dans notre pays un vrai débat de fonds sur les questions essentielles comme :

⁵ Politique de santé : où va-t-on ? 10 ans de propositions en perspective, forum santé Berne 17 janvier 2008

Remboursement?

- Jusqu'où les autorités publiques peuvent et doivent-elles aller en matière de remboursement ? (le récent rapport du KCE ⁶ sur la chirurgie plastique illustre cette question)

Financement?

- Comment doivent évoluer dans le financement la part des impôts directs, des impôts indirects, de la sécurité sociale, des assurances privées et de la quote-part personnelle ?

Rôle des assureurs privés?

- Quel est le rôle des assureurs privés ? Comment octroyer un bonus aux assureurs affichant une qualité supérieure à la moyenne ?
- Comment éviter une anti-sélection en fonction de la situation socioéconomique ? (Les personnes à revenus faibles affichant des risques de santé plus élevés, les assureurs pourraient être tentés de les refuser de crainte de ne pas atteindre les normes de qualité. Notons quand même que dans un position paper de 2002 ⁷ le secteur des assureurs privés offre de n'exclure personne qui veuille "entrer" dans l'assurance d'un paquet universel de couverture pour la vie)

Comme le souligne le rapport de l'observatoire européen sur le financement des soins de santé⁸, la plupart des systèmes de santé en Europe sont financés par un mixte de ressources qui incluent :

- La taxation
- Les contributions de l'assurance sociale santé
- Les primes d'assurance volontaires
- Les paiements out-of-pocket

La taxation et l'assurance sociale dominant comme méthode de financement dans presque tous les pays européens avec un apport supplémentaire de l'assurance privée volontaire.

⁶ Comparaison internationale des règles de remboursement et aspects légaux de la chirurgie plastique, KCE, De Gauquier K, Senn A, Kohn L and Vinck, Etude n° : 2007-25

⁷ De positie van de private ziektekostenverzekeraars in de Belgische gezondheidszorg: pleidooi voor een volwaardig partnership, Novemvre 2002, BVVO

⁸ Funding health care : options for Europe – European Observatory on Health Care Systems

Le mode de financement a très fortement évolué. La participation du patient est de plus en plus importante. En 10 ans, on a vu un accroissement de 49,7% du financement privé.

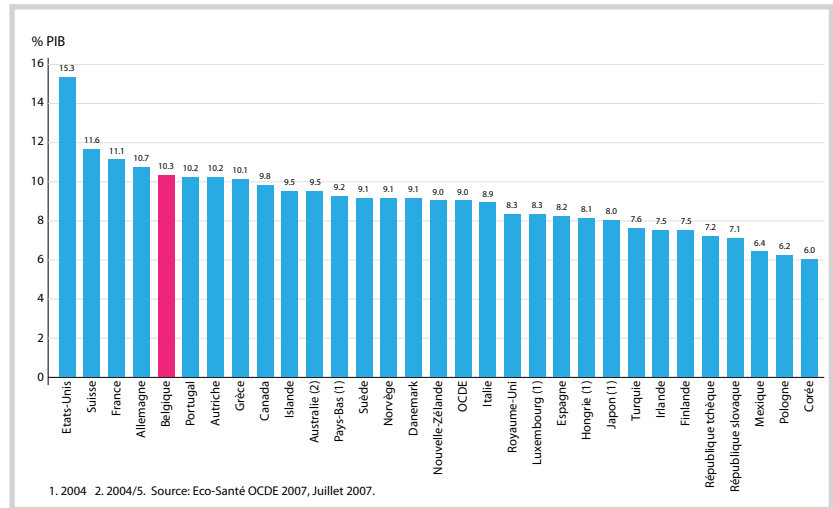
Si l’on examine les données de l’OCDE, on s’aperçoit que le mode de financement de la Belgique a très fortement évolué durant ces dernières années. La Belgique s’est orientée vers un modèle où la participation du patient est de plus en plus importante.

En 1997, le financement privé ne représente que 18,7% des dépenses de santé comme le souligne le tableau suivant :

| Modes de financement des dépenses de santé | | | | | |
|--|----------------------|------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|
| | Financement publique | | | Financement privé | |
| | Taxation directe (%) | Taxation indirecte (%) | Sécurité sociale (%) | Assurance privée (%) | Contributions propres (%) |
| Belgique (1997) | 21.7 | 17.4 | 42.1 | 3.4 | 15.3 |
| Danemark (1981) | 65.6 | 20.2 | 0.0 | 1.0 | 13.0 |
| Danemark (1987) | 72.5 | 12.2 | 0.0 | 1.5 | 13.8 |
| Allemagne (1989) | 10.5 | 7.2 | 65.0 | 7.1 | 10.2 |
| Finlande (1987) | 47.8 | 24.5 | 11.2 | 0.0 | 16.6 |
| Finlande (1990) ⁷⁰ | 60.9 | 22.1 | 10.8 | 0.0 | 16.2 |
| Finlande (1991) ⁷⁰ | 54.5 | 18.1 | 11.3 | 0.0 | 16.1 |
| Finlande (1992) ⁷⁰ | 53.4 | 15.0 | 11.1 | 0.0 | 20.5 |
| Finlande (1993) ⁷⁰ | 52.6 | 11.3 | 12.1 | 0.0 | 24.0 |
| Finlande (1994) ⁷⁰ | 50.7 | 11.8 | 13.0 | 0.0 | 24.5 |
| Finlande (1995) ⁷⁰ | 49.7 | 12.5 | 13.3 | 0.0 | 24.5 |
| Finlandd (1996) | 50.5 | 11.4 | 14.0 | 0.0 | 24.1 |
| France (1984) | 10.0 | 0.0 | 77.3 | 7.7 | 15.1 |
| France (1989) | 10.0 | 0.0 | 72.6 | 6.3 | 20.1 |
| France (1995) | | | 73.9 | 11.4 | 13.9 |
| Irlande (1987) | 28.5 | 39.3 | 7.3 | 10.0 | 14.9 |
| Italie (1987) | 19.6 | 22.7 | 37.7 | 0.0 | 20.0 |
| Italie (1991) | 21.0 | 17.2 | 39.2 | 1.8 | 20.9 |
| Pays-Bas (1987) | 5.2 | 4.9 | 63.3 | 17.2 | 9.4 |
| Pays-Bas (1992) | 6.3 | 5.0 | 64.6 | 16.3 | 7.7 |
| Pays-Bas (1999) | 6.9 | 7.2 | 62.2 | 14.2 | 9.2 |
| Portugal (1980) | 23.2 | 42.8 | 5.2 | 0.6 | 28.2 |
| Portugal (1990) | 20.7 | 34.5 | 6.0 | 1.4 | 37.4 |
| Espagne(1980) | 7.5 | 6.4 | 61.7 | 3.0 | 21.3 |
| Espagne (1990) | 30.3 | 25.5 | 22.0 | 2.4 | 19.3 |
| Royaume-Uni(1985) | 38.3 | 31.2 | 17.0 | 4.8 | 8.7 |
| Royaume-Uni (1993) | 29.0 | 35.0 | 20.0 | 7.0 | 9.0 |
| Royaume-Uni (1981) | 23.1 | 6.6 | 14.4 | 26.3 | 29.6 |
| Etats-Unis (19987) | 26.1 | 7.4 | 13.3 | 25.2 | 22.1 |
| Suède (1980) | 61.6 | 10.4 | 19.9 | 0.0 | 6.1 |
| Suède (1990) | 63.5 | 8.4 | 17.8 | 0.0 | 10.3 |
| Suisse (1982) | 31.6 | 7.4 | 1.5 | 40.9 | 18.6 |
| Suisse (1992) | 28.9 | 4.8 | 6.9 | 40.6 | 23.9 |

En 2006, soit 10 ans plus tard, le financement privé couvre 28 % des dépenses de santé soit un accroissement de 49,7 % du financement privé.⁹ Cette participation est d'autant plus importante en valeur absolue que nous nous situons dans le peloton de tête des pays qui enregistrent les dépenses de santé par habitant les plus élevées. La Belgique consacre 10,4 % de son PIB en 2006 aux dépenses de santé contre une moyenne de 8,9 % pour l'ensemble des pays de l'OCDE. Le financement privé est ainsi devenu aujourd'hui une réalité importante en Belgique où 72 % des dépenses courantes de santé (excluant les investissements) sont financées par des fonds publics, un niveau proche de la moyenne des pays de l'OCDE.

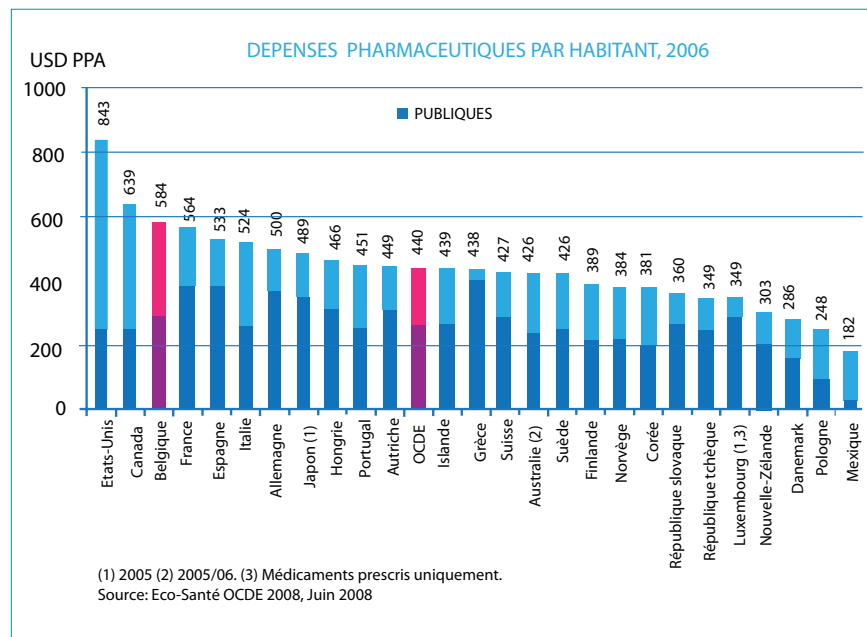
DÉPENSES DE SANTÉ EN PART DU PIB, PAYS DE L'OCDE, 2005



L'importance de la participation privée est particulièrement significative dans le secteur du médicament.

L'importance de la participation privée est particulièrement significative dans le secteur du médicament, comme nous le montre le graphique suivant :

⁹ Eco-santé OCDE 2008 – Comment la Belgique se positionne



Quelle que soit l'évolution du contexte, notre pays ne peut éluder un vrai débat de fonds. Il est préférable d'agir plutôt que de subir.

Face à ces évolutions majeures de notre système de santé, il est essentiel de donner de nouvelles priorités à moyen et long terme en tenant compte de différents scénarios possibles d'évolution du contexte. L'évolution du contexte est en effet essentielle car elle va déterminer la capacité à dégager suffisamment de revenus pour financer les soins de santé.

Le rapport de l'observatoire européen identifie six facteurs qui peuvent influencer la taille potentielle du pool de revenus :

1. Les structures politiques (processus politique, stabilité des institutions, décentralisation, capacité administrative)
2. L'activité économique (structure du marché du travail, taux d'emploi, taux de croissance, revenus du capital et du travail ...)
3. L'évolution démographique
4. Les facteurs environnementaux
5. Les pressions externes (directives et législation européennes et internationales)
6. Les valeurs sociales (confiance dans le gouvernement, valeurs de solidarité, ...)

Quelle que soit l'évolution du contexte, notre pays ne peut éluder un vrai débat de fond sur les questions fondamentales pour l'avenir. Ce débat doit se faire sans tabous en ne niant pas des réalités déjà bien présentes qui risqueraient, si on les nie, de devenir non contrôlables.

Ainsi, en Belgique, si l'on constate aujourd'hui que la part contributive du patient augmente sans cesse, il est possible d'entreprendre pour demain une réflexion sur le niveau que nous souhaitons atteindre plutôt que de subir l'évolution. Il en va de même pour les modes de financement de la croissance inéluctable des soins de santé : comment allons-nous garantir à terme le financement de notre système de santé ? De ces objectifs de moyen et long terme pourront découler ensuite de véritables plans d'actions étalés dans le temps.



RECOMMANDATION

Imaginer la troisième vague de politiques de Santé. Après la maximisation de la qualité sans contrainte de ressources jusqu'au début des années 1980 et la priorité essentielle accordée au contrôle budgétaire de 1982 à 2008, le temps est venu d'inventer de nouvelles mesures axées sur l'amélioration réelle en termes d'état de santé par rapport au budget consenti. Une dépense de santé plus élevée n'est en effet pas forcément synonyme de meilleure qualité des soins

Quick win : Oser entamer un vrai débat de société sans tabous sur des questions de fond : limites de l'intervention publique et privée, évolution des sources de financement, rôle et implication des assureurs privés...

02

AGIR SUR L'OFFRE ET LA
DEMANDE PLUTÔT QUE DE
CONSIDÉRER LE BUDGET
COMME UNE FIN EN SOI



Le budget ne constitue ni une fin en soi, ni un instrument d'action unique pour le futur. Les dépenses de soins de santé sont fondamentalement la résultante de l'offre et de la demande de soins. Si l'on veut maintenir ou infléchir la croissance du budget, il faut agir sur ces deux composantes essentielles que sont l'offre et la demande de soins. Cette action sur l'offre et la demande de soins s'opère au travers d'un certain nombre d'outils

L'action sur l'offre poursuivra trois objectifs :

L'action sur l'offre de soins veillera d'abord à transformer l'offre de soins pour offrir une approche intégrée et coordonnée des soins prévention – soins de première ligne – soins hospitaliers – soins à domicile ... Les expériences internationales montrent que plus l'intégration est poussée plus la qualité des soins est élevée et plus les coûts diminuent.

Elle veillera ensuite à promouvoir la qualité des soins en assurant :

- Le développement et la dissémination des guidelines cliniques
- L'évaluation des technologies de la santé
- L'évaluation des pratiques professionnelles des médecins
- Le développement et la mise en œuvre des procédures d'accréditation des hôpitaux
- La certification de l'informatique médicale comme les sites web ou les logiciels de prescription

Pour ce faire osons bénéficier du remarquable travail réalisé par nos voisins pour l'adapter voire l'améliorer en tenant compte des spécificités et des priorités de la Belgique.

Enfin, un réajustement de l'offre de services sera réalisé afin de :

- a. Garantir un volume d'activités suffisant dans les institutions de santé pour le traitement d'une pathologie déterminée. Il est unanimement reconnu que la qualité et les résultats des interventions pratiquées sont directement proportionnels au nombre de cas traités.
- b. Réduire les duplications de services et les sources d'inefficience
- c. Transformer l'offre de soins actuelle. Aujourd'hui, l'offre de soins partout dans le monde est centrée sur le traitement épisodique de soins aigus. Dans le futur, l'offre doit évoluer des services de soins aigus vers la prévention et la gestion des maladies chroniques.

L'objectif n'est pas de limiter la liberté de choix du patient mais de garantir que celui-ci sera traité dans les meilleures conditions. En effet, aujourd'hui le patient ne dispose que de peu d'informations pour guider son choix. Le traitement du cancer du sein, la cardiologie et les infections nosocomiales constituent autant d'exemples d'améliorations potentielles.

L'utilisation maximale des données actuellement disponibles rendra possibles ces réajustements.

Des actions ciblées sur la demande de soins seront entreprises pour amener les citoyens-patients à évoluer progressivement d'une attitude passive à une approche proactive :

- Accorder une importance accrue aux styles de vie plus sains et à la gestion de leur santé non seulement à court mais aussi à moyen et long terme
- Développer une relation active et participative avec leur prestataire de soins
- Rechercher les services et les prestataires les plus adaptés et les plus performants au travers de l'internet et de toutes les sources d'information qui sont mises à leur disposition
- Centraliser toutes leurs informations médicales dans un dossier médical personnel informatisé et accessible sur internet
- Prendre conscience du coût généré par le recours au système de santé tant à titre privé qu'au niveau de la société
- S'interroger et se renseigner sur la pertinence des services et des médicaments qu'ils soient ou non remboursés

L'action sur la demande de soins poursuivra deux objectifs : **promouvoir une consommation responsable** des soins de santé au travers d'une meilleure information sur le choix et les coûts et **promouvoir des modes de vie sains**.

La prise de conscience de tous les acteurs est indispensable : il s'agit de montrer **les gains importants que peuvent représenter ces changements pas seulement en termes de coûts ou de quantités mais aussi et surtout en termes de qualité**.

INTRODUCTION

Pour répondre aux nouveaux défis et aux nouvelles priorités définies précédemment, le modèle actuel de fonctionnement de notre système de santé n'est pas suffisant. Les priorités nouvelles imposent de définir les fondements d'un nouveau modèle plus adapté aux exigences de ce siècle nouveau. Toutes les études réalisées à ce jour qui ont étudié les principaux enjeux et les mutations nécessaires convergent dans ce sens.

Le nouveau modèle repose sur un schéma très simple: agir sur l'offre et sur la demande.

Cette nécessité d'évolution ne concerne pas seulement la Belgique mais également l'ensemble des pays de l'OCDE. Des évolutions importantes des systèmes de santé partout en Europe sont nécessaires.

Le nouveau modèle repose sur un schéma très simple qui, s'il semble évident, a été complètement inversé ces dernières années en Belgique

Evolution de l'offre

Evolution de la demande



Evolution du budget

AGIR SUR L'OFFRE

L'approche verticale traditionnelle n'est plus adaptée. Il faut aller vers une approche dite de « continuum of care » qui intègre toute la chaîne de santé.

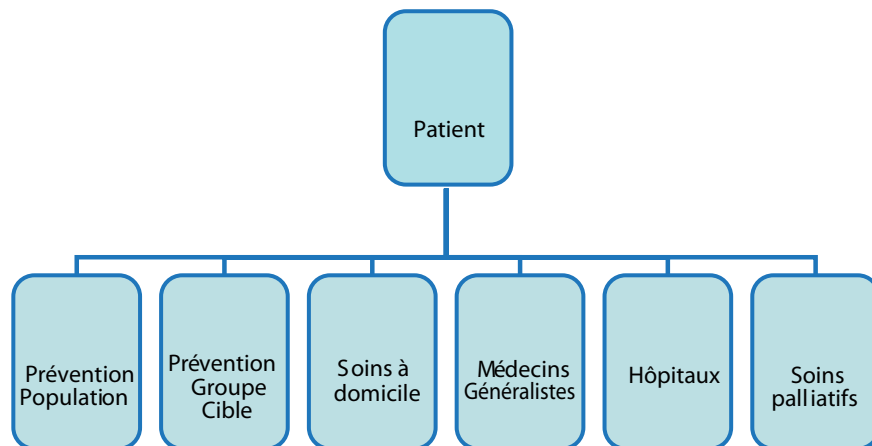
Développer une nouvelle approche intégrée et coordonnée des soins

Face aux nouveaux défis, comme par exemple le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, l'approche verticale traditionnelle n'est plus adaptée.

Les hôpitaux, les médecins de première ligne, les infirmiers, les kinés, les soins à domicile, les mutualités et les autorités publiques doivent travailler en commun pour renforcer la coordination et l'accès aux soins.

En lieu et place d'une approche segmentée, on adopte une approche dite de « continuum of care » qui intègre toute la chaîne de santé. L'OMS donne la définition suivante du continuum of care : « Le continuum of care consiste à fournir un ensemble complet de services depuis l'hôpital jusqu'au domicile, qui requiert la mise en commun des services médicaux et sociaux à l'intérieur de la communauté et la création de liens entre les initiatives de soins à tous les niveaux du système de soins de santé ».

Cette nouvelle approche intègre toute la chaîne de valeurs et tous les partenaires du système de santé.



Pour chaque patient et chaque type de pathologie, l'offre de soins la mieux adaptée est choisie.

Dans cette approche horizontale, la gestion de l'offre de soins est centrée sur le patient. Pour chaque patient et chaque type de pathologies, l'offre de soins la mieux adaptée est choisie : cela signifie que la structure la plus adéquate sera choisie en fonction, non pas des critères de rentabilité, mais d'adéquation optimale par rapport aux besoins des patients. Cela signifie également qu'une coordination sera établie entre les différents niveaux de soins et entre les différents prestataires de santé.

Promouvoir la qualité

L'observatoire européen sur les systèmes et les politiques de santé, dans un excellent rapport¹⁰ réalisé dans le cadre du 6^{ème} programme cadre, montre le potentiel très important qui reste à exploiter en matière d'assurance qualité.

Le rapport montre que si la qualité de certains éléments du système de Santé est contrôlée avec soins (médicaments, formation professionnelle ...), beaucoup d'autres éléments ne sont aujourd'hui pas sous contrôle comme la qualité des systèmes de soins de santé, des organisations et des processus. Dans très peu de pays, on observe des progrès importants. Dans la plupart des pays, ce qui existe est le fruit du travail de quelques personnes avec peu d'impact sur l'ensemble des professionnels.

Il reste donc un potentiel très important à exploiter et cela d'autant plus que la panoplie des mesures envisageables est très étendue :

Beaucoup d'autres éléments ne sont aujourd'hui pas sous contrôle comme la qualité des systèmes de soins de santé, des organisations et des processus.

¹⁰ Assuring the quality of health care in the European Union – a case for action – Observatory Studies Series N 12

- Mesures législatives (sécurité du patient, approbation des médicaments et de l'appareillage médical, formation, enregistrements et licences ...)
- Evaluation de la qualité de l'organisation (normes ISO, accréditation, EFQM)
- Evaluation de la qualité clinique (guidelines cliniques, indicateurs de qualité, peer review...)

Le rapport suggère que chaque pays ne réinvente pas la roue.

Le rapport suggère que chaque pays ne réinvente pas la roue mais s'inspire des expériences positives à l'étranger. Ainsi, l'expérience de la France est particulièrement intéressante. La France a mis en place une Haute Autorité de la Santé qui est une autorité publique scientifique indépendante dont l'objectif est de promouvoir les bonnes pratiques à l'intérieur du système de santé français.

L'expérience de la France est particulièrement intéressante.

Les missions de la Haute Autorité de Santé sont :

- **d'évaluer** scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et de proposer ou non leur remboursement par l'assurance maladie;
- **de promouvoir** les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé;
- **d'améliorer** la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville;
- **de veiller** à la qualité de l'information médicale diffusée;
- **d'informer** les professionnels de santé et le grand public et d'améliorer la qualité de l'information médicale;
- **de développer** la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger.

La haute Autorité de la Santé met à notre disposition des documents de très grande qualité qui peuvent être directement réutilisés.

Via son site internet, www.has-sante.fr, la Haute Autorité de la Santé, met à notre disposition des documents de très grande qualité qui peuvent être directement réutilisés comme :

- Le rapport sur la nouvelle vision qualité « Définir ensemble les nouveaux horizons en qualité de la santé »
- Le manuel technique de certification des établissements de santé – Version adaptée mai 2008
- Le manuel pour préparer la procédure de certification
- L'IPAQH : indicateurs de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière

Osons bénéficier du remarquable travail réalisé par nos voisins pour l'adapter voire l'améliorer.

Autre exemple intéressant: la gestion des infections nosocomiales.

Réajuster l'offre de services :

1. Créer des centres de compétences disposant d'un volume d'activités plus important ;
2. Réduire les duplications de services ;
3. transformer l'offre de soins vers la prévention et la gestion des maladies chroniques.

- Le manuel d'évaluation des pratiques professionnelles

Nous suggérons de nous inspirer des actions et des méthodologies très précises définies à l'étranger pour assurer :

- Le développement et la dissémination des guidelines cliniques
- L'évaluation des technologies de la santé
- L'évaluation des pratiques professionnelles des médecins
- Le développement et la mise en œuvre des procédures d'accréditation des hôpitaux
- La certification de l'informatique médicale comme les sites web ou les logiciels de prescription

Investir dans la qualité, oser définir des objectifs ambitieux mais réalistes pour le futur ouvrent des perspectives constructives pour tous les acteurs de la Santé : citoyens-

patients, autorités publiques, prestataires de santé, mutuelles, assurances privées ...

Osons bénéficier du remarquable travail réalisé par nos voisins pour l'adapter voire l'améliorer en tenant compte des spécificités et des priorités de la Belgique.

A titre d'exemple, nous pouvons citer la gestion des infections nosocomiales. De nombreuses expériences intéressantes existent à l'étranger pour réduire le risque d'infections nosocomiales : tableaux de bord, publications des résultats, normes plus contraignantes ... Il s'agit ici également d'informer le patient pour lui permettre de mieux choisir, ce qui incite directement les organisations de santé à donner une priorité plus grande à cette problématique. Les études réalisées en France montrent très clairement qu'après publications des résultats, des efforts beaucoup plus importants ont été déployés au sein des hôpitaux. Cela a permis de réaliser des avancées très significatives bénéfiques pour le patient, pour l'hôpital et pour le système de santé dans son ensemble.

Réajuster l'offre de services

Dans cette optique, les pouvoirs publics, les mutualités et les fournisseurs de soins travaillent de concert pour mieux organiser et répartir l'offre de soins de manière à :

- augmenter la qualité des soins par la création de centres de compétences disposant d'un volume d'activités plus important dans une pathologie déterminée. Il est unanimement reconnu que la qualité et les résultats des interventions pratiquées sont directement proportionnels au nombre de cas traités.
- Réduire les duplications de services et les sources d'inefficience
- Transformer l'offre de soins actuelle. Aujourd'hui, l'offre de soins partout dans le monde est centrée sur le traitement épisodique de soins aigus. Dans le futur, l'offre

doit évoluer des services de soins aigus vers la prévention et la gestion des maladies chroniques.

Deux exemples:

1. les interventions chirurgicales pour le cancer du sein: en-dessous de 150 interventions, l'expérience est insuffisante pour optimiser la qualité.
2. la cardiologie : l'activité est considérée correcte à partir d'un seuil de 400 angioplasties par an.

Deux exemples illustrent parfaitement cette nécessité :

- Les interventions chirurgicales pour le cancer du sein

Les normes internationales définissent qu'en-dessous de 150 interventions du cancer du sein par an, l'expérience des équipes chirurgicales est insuffisante pour optimiser la qualité¹¹. De nombreux hôpitaux n'atteignent pas ce seuil minimal en Belgique. Nous suggérons de limiter le nombre de centres de compétences pour atteindre le niveau minimal d'expérience recommandé par les normes internationales. L'objectif n'est pas de limiter la liberté de choix du patient mais de garantir que celui-ci sera traité dans les meilleures conditions. En effet, aujourd'hui le patient ne dispose d'aucune information pour guider son choix. Ces normes garantissent un volume suffisant d'activités pas seulement pour opérer dans les meilleures conditions mais aussi et surtout pour disposer de l'expérience nécessaire pour décider du type d'intervention nécessaire (par exemple va-t-on procéder à une mastectomie ...). Un volume insuffisant peut en effet conduire à des interventions plus radicales et pas nécessairement toujours justifiées.

- La cardiologie

Le même raisonnement prévaut pour la cardiologie. L'efficacité et la qualité des soins est directement liée au nombre d'actes pratiqués annuellement. La société française de cardiologie affirme ainsi ¹² que « les critères de qualité restent liés à l'effet « volume d'activité » pour la sécurité du geste d'angioplastie. » En conséquence, les seuils de la Société Française de Cardiologie sont pour les centres formateurs d'au moins 600 angioplasties par an et pour les autres centres, l'activité est considérée correcte à partir d'un seuil de 400 angioplasties par an avec un niveau de sécurité optimal à partir de 600.

Le nombre d'actes ne constitue évidemment pas le seul facteur mais il constitue un élément essentiel. La réforme envisagée dans ce secteur a suscité un grand émoi : il conviendra de poursuivre la réflexion et les efforts entrepris dans une optique de collaboration entre tous les professionnels de santé pour garantir au patient le meilleur traitement possible.

¹¹ Recommandations formulées par l'EUSOMA et l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Résolution du Parlement européen du 7 mai 2003 sur le cancer du sein dans l'Union européenne

¹² SMAMIF - MESPEs - Objectifs quantifiés - Cardiologie interventionnelle - février 2005

Les informations et les études de qualité dont nous disposons constituent une formidable opportunité à exploiter.

Ceci constitue une base de réflexion très intéressante au niveau national pour étudier une pathologie et son évolution dans le temps.

Une exploitation maximale des données disponibles

Les informations et les études de qualité dont nous disposons constituent une formidable opportunité à exploiter. Un premier exemple particulièrement frappant est la collecte des informations rendues obligatoires dans tous les hôpitaux au niveau du RCM (Résumé Clinique Minimum), RIM (Résumé Infirmier Minimum), RFM (Résumé Financier Minimum) pour le financement. Dans chaque hôpital, une équipe est affectée plein temps à l'encodage de ces données. La taille de cette équipe est variable mais peut aller de 5 à plus de 10 personnes plein-temps. Ces informations sont très riches puisqu'elles contiennent toutes les données liées à la pathologie du patient, ses caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques de son séjour ... Aujourd'hui elles ne sont exploitées systématiquement qu'à des fins financières alors qu'elles peuvent constituer une base de réflexion très intéressante au niveau national pour étudier une pathologie et son évolution dans le temps (nombre de cas, durée de séjour, examens pratiqués, caractéristiques démographiques, spécialisation des hôpitaux). Un deuxième exemple nous est donné par la grande qualité des études produites au niveau national par de nombreuses organisations et en particulier le centre fédéral d'expertise.

AGIR SUR LA DEMANDE

Agir sur la demande:

1. La promotion de la consommation responsable par une meilleure connaissance des coûts et des choix opérés ;
2. L'encouragement des styles de vie « sains » et de la gestion personnelle de sa propre santé.

Un élément fondamental de réponse aux défis du futur est de promouvoir une évolution adéquate de la demande sous deux axes :

- La promotion de la consommation responsable par une meilleure connaissance des coûts et des choix opérés. Aujourd'hui les citoyens-patients disposent de peu d'informations pour opérer des choix rationnels, qualitativement et économiquement optimaux.

Une responsabilisation et une orientation plus grandes par rapport aux choix et aux possibilités du système est nécessaire. Celle-ci permettra de limiter le recours abusif ou injustifié au système. Elle doit permettre également d'orienter le patient vers la filière de prise en charge la plus adaptée.

- L'encouragement des styles de vie « sains » et de la gestion personnelle de sa propre santé. Aujourd'hui de nombreux comportements inadéquats en matière de santé influencent très négativement la Santé des citoyens et des finances publiques. Il est aujourd'hui largement reconnu qu'un risque accru de diabète, d'accident cardiaque, de cancer par exemple est fortement lié aux habitudes alimentaires, aux styles de vie sédentaires et au tabagisme. Pourtant des modes vie inadéquats pour la santé persistent et même s'accroissent dans nos pays occidentaux et la Santé d'une partie de la population continue à se détériorer. L'information et la prise de conscience sont considérées comme essentielles.

Cette responsabilisation doit permettre une réduction de la demande mais également une meilleure adaptation de l'offre, induite par les choix plus judicieux opérés par les citoyens-patients eux-mêmes dans les possibilités offertes par les filières de soins.

Des actions ciblées doivent donc être entreprises pour amener les citoyens-patients à

- Accorder une importance accrue aux styles de vie plus sains et à la gestion de leur santé non seulement à court mais aussi à moyen et long terme
- Développer une relation active et participative avec leur prestataire de soins
- Rechercher les services et les prestataires les plus adaptés et les plus performants au travers de l'internet et de toutes les sources d'information qui sont mises à leur disposition
- Centraliser toutes leurs informations médicales dans un dossier médical personnel informatisé et accessible sur internet
- Prendre conscience du coût généré par le recours au système de santé tant à titre privé qu'au niveau de la société
- S'interroger et se renseigner sur la pertinence des services et des médicaments qu'ils soient ou non remboursés

Des actions ciblées pour amener les citoyens-patients à une gestion active de leur santé, par :

- Une relation participative avec leur prestataire de soins ;
- Rechercher les services et les prestataires les plus adaptés ;
- Le dossier personnel informatisé ;
- Prise de conscience du coût généré.

Exemple de réussite: la consommation du tabac. Il est possible de s'attaquer avec la même vigueur au problème de l'obésité.

Les formidables progrès enregistrés en Belgique en matière de consommation du tabac nous montrent l'impact potentiel très significatif d'une action proactive des pouvoirs publics dans le domaine. Il est possible de s'attaquer avec la même vigueur au problème de l'obésité. Quelques exemples intéressants nous sont donnés à l'étranger¹³ : obliger les industriels de l'agro-alimentaire à adopter des étiquetages simples qui fassent ressortir les spécificités et l'impact des aliments (Royaume-Uni), interdire ou limiter la

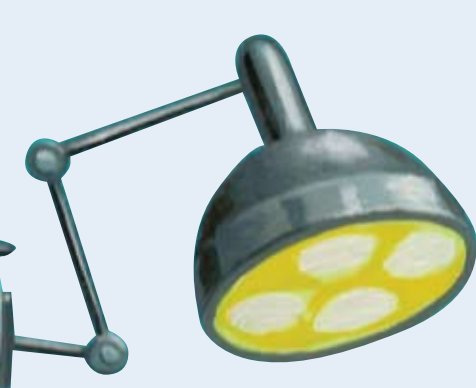
¹³ PWC Healcast 2020 : créer un futur durable

Ce rôle de promotion de la santé peut être délégué par les autorités publiques aux acteurs du système à l'instar du Japon.

publicité, taxer les aliments présentant une valeur élevée en lipides et en glucides (Suède). L'exemple des Etats-Unis qui, en 2005, ont présenté de nouvelles recommandations diététiques et ont créé un site internet sur lequel les gens peuvent suivre leurs apports alimentaires et leurs besoins en exercice physique est également intéressant. Le site a enregistré 160 millions de visiteurs dans ses 72 premières heures d'existence.¹⁴

Ce rôle de promotion de la santé peut être délégué par les autorités publiques aux acteurs du système à l'instar du Japon. Au Japon, les assureurs seront responsables de check-up santé réguliers et de services pour améliorer les comportements en matière de santé de leurs membres. Les assureurs sont amenés ainsi à jouer un rôle plus actif pour prolonger une vie en bonne santé comme pour contenir les coûts du système de soins de santé.

¹⁴ "Building the pyramid : the government's updated nutrition icon lets you personalize its recommendations", The Washington Post, Avril 2005



RECOMMANDATIONS

Définir des seuils minima d'activité.

Il est unanimement reconnu que la qualité et les résultats des interventions chirurgicales pratiquées sont directement proportionnels au nombre de cas traités et à l'expérience acquise par les professionnels de santé pour chaque type d'intervention. Ce nombre annuel minimal en regard des normes internationales n'est pas atteint dans de nombreux cas. Deux mesures sont envisageables : soit imposer des normes minimales d'activités par hôpital, soit informer correctement le citoyen-patient sur le nombre d'interventions pratiquées par hôpital.

Quick win : Cancer du sein. Communiquer sur un site web dédié les données RCM disponibles sur le nombre d'interventions chirurgicales pratiquées par hôpital pour le cancer du sein. Accompagner les données du commentaire suivant : « Les normes internationales EUSOMA définissent qu'en dessous de 150 interventions du cancer du sein par an, l'expérience des équipes chirurgicales est insuffisante pour optimiser la qualité »

Développer une approche coordonnée des soins

Aujourd'hui chaque acteur de la chaîne de santé agit individuellement et prend en charge « son » patient sans réelle coordination d'ensemble. Personne n'est officiellement en charge ou rémunéré pour la coordination. Une véritable approche intégrée par pathologie intégrant tous les maillons de la chaîne peut progressivement se mettre en place en privilégiant les pathologies pour lesquelles les gains de coordination sur les plans tant financiers que qualitatifs sont les plus tangibles.

Quick win : Créer une fonction de coordination et l'attribuer de manière effective et officielle sur base d'un descriptif de fonction et d'une rémunération ad hoc

03

OSER DONNER DE
NOUVEAUX RÔLES À TOUS
LES ACTEURS ET LES Y
FORMER



Les ressources humaines sont une composante essentielle de succès de notre système de santé au XXIème siècle. Les fonctions de tous les acteurs doivent évoluer de manière progressive pour mieux répondre aux attentes des patients et aux nouveaux défis de ce siècle. Il s'agit d'une réelle opportunité à saisir. Cette évolution progressive des fonctions et des rôles est fondamentale pour la réussite de notre système de santé.

Le médecin du futur sera meilleur et plus performant car il réussira à intégrer sa pratique médicale actuelle dans une dimension plus large. Le médecin sera beaucoup plus percutant encore car intégré dans une dynamique qui ne repose pas seulement sur l'acte médical isolé.

Il en va de même pour les pharmaciens et pour le personnel infirmier qui intégreront de nouvelles dimensions dans leur pratique professionnelle quotidienne.

Cette évolution des prestataires de soins ne pourra se réaliser qu'au prix d'une intégration de ces nouvelles dimensions dans la formation de base ou dans la formation complémentaire des praticiens (médecins, pharmaciens, infirmiers, ...). Des modules spécifiques obligatoires seront intégrés dans le cursus universitaire et dans les formations complémentaires afin que tous les médecins puissent y trouver une réponse concrète à leur intérêt pour ces nouvelles dimensions du métier.

Les hôpitaux vont se spécialiser, collaborer beaucoup plus sur une base horizontale avec les médecins de première ligne, les soins à domicile et les autres hôpitaux. Ils s'organiseront non plus par service mais dans une nouvelle structure orientée patient en donnant une priorité de plus en plus grande à la qualité, vu les exigences accrues des patients. La fonction de coordination sera décrite clairement et assurée par une personne de référence.

Les mutualités et les assureurs privés vont évoluer d'une fonction de remboursement vers une participation beaucoup plus active dans le choix et la guidance des services , en travaillant de manière active et ciblée avec les prestataires de soins pour améliorer la qualité, informer le patient et favoriser la prévention.

Ces fonctions nouvelles vont amener également les autorités gouvernementales et les fournisseurs de biens et services à évoluer positivement dans leur manière d'agir et d'interagir avec le secteur des soins de santé.

Toutes ces évolutions des fonctions sont positives et doivent être considérées comme une opportunité à saisir et à stimuler car elles permettent d'augmenter la qualité tout en maîtrisant mieux les coûts.

Elles exigeront une réflexion de fond sur les adaptations à apporter aux fonctions et aux organisations (allègement des tâches administratives - mise en place de descriptifs de fonction - nouveaux modes d'organisation centrés sur le patient). Elles produiront pleinement leurs effets si elles s'accompagnent d'une communication positive et d'une association de tous les acteurs.

LES RESSOURCES HUMAINES : UNE COMPOSANTE ESSENTIELLE

Les ressources humaines sont une composante essentielle du succès.

Les fonctions de tous les acteurs doivent évoluer pour répondre aux nouveaux défis de ce siècle.

« [...] Les métiers de la santé ont connu des changements majeurs. Le partage des rôles entre professionnels de la santé, l'articulation des différentes interventions, la coordination des compétences professionnelles autour du patient sont en perpétuelle évolution. »

Les ressources humaines sont une composante essentielle du succès de notre système de santé au XXI^{ème} siècle. Les fonctions de tous les acteurs doivent évoluer de manière progressive pour mieux répondre aux attentes des patients et aux nouveaux défis de ce siècle. Il s'agit d'une réelle opportunité à saisir. Cette évolution progressive des fonctions et des rôles est fondamentale pour la réussite de notre système de santé.

Cette évolution importante et rapide des métiers de la santé est mise en évidence par le récent rapport de la Haute Autorité de la Santé paru en avril 2008 ¹⁵ : « Du fait des progrès de la recherche scientifique et des innovations cliniques et techniques, de l'émergence des problèmes de santé publique et, aussi, des transformations plus générales de la société, les métiers de la santé ont connu des changements majeurs. Le partage des rôles entre professionnels de la santé, l'articulation des différentes interventions, la coordination des compétences professionnelles autour du patient sont en perpétuelle évolution. »

Le rapport de l'OMS paru en 2006 ¹⁶ montre également que « tirer le meilleur parti du personnel de santé existant » est crucial pour quatre raisons :

- Cela produit des résultats plus rapides que des stratégies visant à augmenter les effectifs
- Les ressources humaines sont limitées et cela s'impose d'autant plus dans un contexte de pénurie
- Les ressources humaines motivées facilitent le recrutement et la fidélisation
- Cela permet une utilisation la plus équitable et financièrement la plus efficace

¹⁵ Haute Autorité de la Santé (Avril 2008) « Délégation, transferts, nouveaux métiers ... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? »

¹⁶ OMS (2006) « Rapport sur la Santé dans le monde 2006 : tirer le meilleur parti du personnel de santé existant »

DES RÔLES NOUVEAUX POUR TOUS LES ACTEURS

Tous les acteurs vont évoluer vers des rôles nouveaux. Nous avons voulu donner une image concrète de la manière dont cela pourrait se traduire dans la réalité quotidienne.

Le médecin du futur sera meilleur et plus performant car il réussira à intégrer sa pratique médicale actuelle dans une dimension plus large.

Les médecins de demain...
...intègrent des
préoccupations de gestion ;

...travaillent en collaboration plus
étroite avec ses pairs;

Il ne suffit pas de décréter l'évolution nécessaire des fonctions et des tâches, encore faut-il donner une image concrète de la manière dont cela pourrait se traduire dans la réalité quotidienne de chacun des acteurs.

Pour ce faire, nous avons réalisé une synthèse des idées qui nous paraissent les plus pertinentes dans les derniers rapports prospectifs globaux publiés¹⁷ ¹⁸ ¹⁹ et nous les avons complétées d'études plus spécifiques et de notre expérience et de notre vision.

Des rôles nouveaux pour les médecins

Le médecin du futur sera meilleur et plus performant car il réussira à intégrer sa pratique médicale actuelle dans une dimension plus large. Le médecin sera beaucoup plus percutant encore car intégré dans une dynamique qui ne repose pas seulement sur l'acte médical isolé.

- Les médecins aujourd'hui
 - o La préoccupation principale des médecins est la prestation de l'acte médical proprement dit aujourd'hui. Toute la formation prodiguée lors des études l'oriente dans ce sens.
 - o Il travaille sur une base plutôt individualiste
 - o Il est payé à l'acte
 - o Il établit une relation de prescription vis-à-vis de son patient
 - o Il se base le plus souvent sur des informations papier ou stockées dans sa mémoire. Il n'a que peu d'informations sur la masse d'informations disponibles ailleurs
 - o Il décide individuellement du meilleur traitement sur base de son expérience et des dialogues avec ses pairs
- Les médecins demain
 - o L'acte médical proprement dit n'est plus la seule préoccupation – il intègre des préoccupations de gestion du système de santé et choisit les alternatives les plus adéquates
 - o Il travaille en collaboration beaucoup plus étroite ou en team avec ses pairs.

¹⁷ IBM « Healthcare 2015 : Win-win or lose-lose ? A portrait and a path to successful transformation »

¹⁸ Pricewaterhousecoopers " HealthCast 2020 : Créer un future durable "

¹⁹ Deloitte "The future of Health Care : an outlook from the Perspective of Hospital CEOs"

...de nouveaux incitants intègrent une dimension de long terme;

...utilise toutes les possibilités de l'informatique.

Comme le souligne le collège des médecins du Québec²⁰, le médecin de famille de demain aura non seulement un rôle de dispensateur de soins mais aussi un rôle de coordinateur et d'intégrateur de soins. L'importance de la coopération sous toutes ses formes que ce soit en milieu hospitalier ou en première ligne est également soulignée par le rapport de la Haute Autorité de Santé²¹.

- o De nouveaux incitants sont introduits dans la rémunération pour favoriser la prévention, la gestion des maladies chroniques. Ils intègrent une dimension de long terme et pas seulement de court terme.
- o Il établit un partenariat de collaboration avec son patient et partage avec lui sa connaissance dans la prise de décision
- o Il utilise toutes les possibilités de l'informatique et accède en temps réel à toutes les informations. Il se base sur des procédures standardisées et optimisées de traitement qu'il adapte par rapport au cas spécifique de son client.

Des rôles nouveaux pour le personnel infirmier

En parallèle à l'évolution de la profession médicale, la profession infirmière va elle aussi évoluer fortement et ce, sous plusieurs axes.

De nombreuses tâches sont souvent assumées par les infirmiers sans que celles-ci ne leur soient officiellement attribuées sur le plan juridique. L'infirmière de demain devrait se voir confier de nouvelles tâches et ces tâches devraient être confirmées dans le cadre de leurs responsabilités légales.

En plus, de nouveaux modes de coopération se dessinent entre les médecins et le personnel infirmier.

D'abord, comme le souligne Cécile Fontaine²², « le plus grand défi sera de déterminer ce qui relève de la responsabilité et des activités de l'infirmier ». En effet, aujourd'hui, de nombreuses tâches sont souvent assumées par les infirmiers sans que celles-ci ne leur soient officiellement attribuées sur le plan juridique. L'infirmière de demain devrait se voir confier de nouvelles tâches et ces tâches devraient être confirmées dans le cadre de leurs responsabilités légales.

D'autre part, de nouveaux modes de coopération se dessinent entre les médecins et le personnel infirmier. Une revue effectuée par le CREDES²³ montre que, dans les pays anglo-saxons en particulier, des infirmières ayant reçu une formation complémentaire travaillent en complémentarité avec les médecins. Elles se voient ainsi confier la promotion de la santé (bilans de santé, éducation du patient, dépistage), le suivi de pathologies chroniques stabilisées (asthme, diabète, cardio-vasculaire) et les consultations de

20 Collège des médecins du Québec (2005) « Le médecin de famille : un rôle essentiel à moderniser »

21 Haute Autorité de Santé (décembre 2007) « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé »

22 Cécile Fontaine « La profession infirmière demain : un défi pour les managers hospitaliers » Revue Hospitals.be/ N247

23 Midy F. « Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmiers » Credes, 2003

Elles se voient ainsi confier la promotion de la santé, le suivi de pathologies chroniques stabilisées, et les consultations de première ligne.

Ces évolutions sont très importantes pour optimiser le système de soins, régulariser les pratiques existantes non reconnues et apporter une légitime reconnaissance.

Le rôle du pharmacien va lui aussi évoluer de façon significative et fournir des services additionnels à forte valeur ajoutée :

1. la fonction de conseil, d'orientation dans le système de santé et de guide vers les choix les plus adéquats ...

première ligne (bilan initial de certains patients avec prise en charge autonome ou en le référant au médecin généraliste).

Enfin, les fonctions infirmières vont utiliser de manière très intensive les technologies de l'information pour optimiser le diagnostic et le suivi infirmier au travers du dossier infirmier.

Ces évolutions sont très importantes, comme le souligne le rapport Berland²⁴, pas seulement pour « faire face à la diminution annoncée de la démographie médicale mais aussi pour optimiser le système de soins, régulariser les pratiques existantes non reconnues et apporter une légitime reconnaissance. »

Cette évolution des fonctions s'inscrit dans une évolution vers une fonction plus orientée santé publique²⁵ et donc dans une notion de prise en charge beaucoup plus horizontale que verticale.

Des rôles nouveaux pour les pharmaciens

Le rôle du pharmacien va lui aussi évoluer de façon significative. Comme le souligne Filip Babylon de de l'APB (Association Pharmaceutique Belge), le pharmacien se situe actuellement à une croisée de chemins et il va être amené à se repositionner.

Avec le développement des spécialités, les préparations magistrales deviennent de plus en plus rares et la dispensation du bon médicament, si elle est importante et toujours prioritaire dans la formation académique, ne sera qu'une des composantes du métier de pharmacien. La formation universitaire reste aujourd'hui centrée sur le médicament mais le métier évolue et va continuer à évoluer vers d'autres dimensions. De plus en plus le pharmacien va être amené à fournir des services additionnels à forte valeur ajoutée :

Une première dimension nouvelle importante est la fonction de conseil, d'orientation dans le système de santé et de guide vers les choix les plus adéquats ... En effet, comme le souligne, le Dr Sandrine Motamed²⁶, « que recherche un client qui se rend à l'officine ?

24 Berland Y. « Rapport de la mission Coopération des professionnels de santé : le transfert des tâches et des compétences » Paris Ministère de la Santé 2003

25 J. Pommier "Les infirmières et la santé publique : évolution des missions et des formations ", Santé Publique 2004/2, N°42

26 Sandrine Motamed, André Rougemont (2007) : « Vers un nouveau profil professionnel pour le pharmacien » Bulletin des médecins suisses

Un médicament (prescrit par son médecin ou non) ? Son mode d'emploi ? Un suivi thérapeutique ? C'est ce qui à priori ressort des textes définissant la profession. Il suffit cependant de passer dix minutes sur place pour s'apercevoir que le gros de l'activité du pharmacien est ailleurs : conseil pour un problème de santé, avis sur la gravité d'une situation, orientation dans le réseau de santé. »

2. le rôle de prévention

Une autre dimension importante est le rôle de prévention. Alain Deccache ²⁷ montre ainsi que les pharmaciens pourraient jouer un rôle préventif important. Ils sont les plus consultés, voient les patients parfois plus souvent que les autres soignants. Plusieurs études montrent également en Suède, au Canada et en Grande Bretagne l'efficacité de l'intervention du pharmacien dans le cadre de campagnes de prévention nationales ou locales (écoles, clubs ...).²⁸

3. le rôle de coordination avec le médecin généraliste ou la maison de repos.

Enfin, de plus en plus, l'importance du rôle de coordination avec le médecin généraliste ou la maison de repos est mise en évidence. La fonction essentielle du pharmacien dans le cadre du travail multidisciplinaire est mise en exergue. Ainsi l'étude réalisée par le KCE ²⁹ montre clairement que la qualité de la prescription des médicaments est meilleure si la maison de repos travaille avec un pharmacien hospitalier ou un pharmacien local impliqué dans la gestion des médicaments.

Des rôles nouveaux pour les hôpitaux

- Les hôpitaux aujourd'hui

Leurs activités couvrent le plus large éventail de services possibles. Même si le nombre d'hôpitaux s'est très fortement réduit, le nombre de lits ne s'est pas réduit en conséquence, chacun s'attellant à maintenir en place l'offre disponible.

La concurrence est importante entre les institutions et la collaboration est très peu répandue. La collaboration avec les autres composantes de la chaîne des soins est peu développée, chacun travaillant dans le cadre d'une organisation verticale.

²⁷ Alain Deccache « Education pour la santé : reconnaître le nouveau rôle des médecins et pharmaciens » La santé de l'homme N°376

²⁸ Anderson C. Health « Promotion in community pharmacy : the UK situation » Patient Education and Counseling

²⁹ KCE (2006) « L'utilisation des médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins en Belgique »

L'hôpital est organisé par services et l'axe budgétaire est la préoccupation principale.

Les hôpitaux de demain...
...se spécialisent;

- Les hôpitaux demain

Les hôpitaux se spécialisent et ne couvrent plus toute la chaîne de services. Cette spécialisation amène une collaboration beaucoup plus grande entre institutions et un transfert de cas en fonction des compétences avérées.

...collaborent sur une base
horizontale devient la norme de
fonctionnement

La collaboration voire l'intégration sur une base horizontale devient la norme de fonctionnement : la médecine de première ligne, les soins à domicile sont intégrés dans la stratégie et l'activité de l'hôpital

...s'organise dans une nouvelle
structure orientée patient.

L'hôpital s'organise non plus par service mais dans une nouvelle structure orientée patient. Les exigences accrues de qualité des patients accentuent la priorité de qualité qui vient en sus de la préoccupation budgétaire.

Des rôles nouveaux pour les mutualités et les assureurs privés

- Les mutualités et les assureurs privés aujourd'hui

Ils assurent le remboursement des prestations de soins. A ce titre, ils se veulent garants du budget et de l'accessibilité au système de santé.

L'information fournie aux membres est essentiellement de type administratif.

La concurrence s'établit sur base des services offerts par la mutualité ou l'assureur privé. Un effort de différenciation par la gratuité ou l'addition de nouveaux services est réalisé.

Ils connaissent peu les organisations dont ils couvrent le remboursement et ne peuvent donc orienter leurs membres en fonction de la qualité des services offerts. Les contrôles sont opérés pour le remboursement de certaines prestations spécifiques.

Les mutualités et les assureurs privés
de demain
...n'assurent plus seulement une
fonction de remboursement dans
le système mais participent plus
activement dans le choix et la
guidance des services ;

- Les mutualités et les assureurs privés de demain

Ils n'assurent plus seulement une fonction de remboursement dans le système mais ils participent plus activement dans le choix et la guidance des services. Ils connaissent donc les organisations et les services dont ils couvrent le remboursement. Ils donnent de l'information et guident les patients vers les services les plus adaptés.

...travaillent avec les prestataires de services ;

...s'impliquent activement dans la coordination des soins.

Les autorités publiques vont être amenées également à revoir leurs priorités et leurs rôles :

- Intégrer davantage le moyen et long terme ;
- Davantage d'attention sur la qualité ;
- Une démarche plus indépendante ;
- Favoriser l'approche verticale.

Il faut également réinsister sur les rôles nouveaux des citoyens-patients et citer l'évolution du rôle des fournisseurs de biens et services.

Ils travaillent activement avec les prestataires de services pour améliorer la qualité et l'efficacité des pratiques médicales. De plus en plus, ils adoptent une approche proactive et segmentée des maladies (disease management) et ils favorisent la prévention et la gestion proactive des maladies chroniques.

Globalement, ils s'impliquent activement dans la coordination des soins et dans la nouvelle vision horizontale intégrée : un exemple intéressant en ce sens nous est donné en France où la loi du 13.08.2004 instaure un parcours de santé coordonné. Les mutuelles santé doivent intégrer dans leurs activités l'instauration d'un parcours de soins. Cette réforme ³⁰ « constitue un défi essentiel pour la mutualité dans l'organisation et l'accès au système de soins ».

Des rôles nouveaux pour les autorités publiques

Dans ce contexte d'évolution des fonctions des différents acteurs du système de santé, les autorités publiques vont être amenées également à revoir leurs priorités et leurs rôles :

- o intégrer les préoccupations de moyen et long terme et les traduire dans des plans pluriannuels
- o élargir leurs priorités au-delà des préoccupations budgétaires de court terme vers la qualité et l'amélioration de la santé en général
- o réaliser des études pour mieux appréhender les besoins et les solutions de terrain
- o adopter une démarche plus indépendante des lobbies et de la défense des intérêts individuels et oser légiférer dans des domaines restés tabous depuis longtemps
- o favoriser l'approche horizontale et la coordination des soins de santé en considérant le citoyen-patient comme un vecteur de changement essentiel

Dans ces évolutions de rôles et de fonctions, il faut également réinsister sur les rôles nouveaux des citoyens-patients évoqués et développés dans le premier chapitre. Ceux-ci sont cruciaux. Il faut également citer l'évolution du rôle des fournisseurs de biens et services qui vont :

- o vouloir mieux comprendre comment leur produit ou leur service s'intègre dans le continuum of care

³⁰ Mutualité française « La Mutualité Française dans l'Union Européenne : mutations et nouveaux défis »

- o intégrer dans le développement et la recherche d'autres considérations comme l'incidence économique, le rapport coût efficacité
- o être considérés comme des partenaires à part entière dans les projets de santé publics comme les projets de disease management qui s'attaquent à une maladie ou à un groupe de malades particuliers

LES CHANTIERS À ENTREPRENDRE

Adapter les formations pour guider vers les nouvelles fonctions.

Adapter les formations pour guider vers les nouvelles fonctions

L'évolution des différentes professions - pharmaciens, médecins, infirmiers, kinés- vers les nouvelles fonctions ne se fera pas naturellement sans un apport complémentaire en termes de formation. En effet, pour chaque profession, il s'agit d'une ou plusieurs dimensions nouvelles à intégrer dans la pratique quotidienne :

- o Intégration des préoccupations de gestion du système de santé et choix des alternatives les plus adéquates
- o Travail en collaboration beaucoup plus étroite ou en team avec ses pairs
- o Intégration d'une dimension de long terme et pas seulement de court terme
- o Partenariat de collaboration avec le patient et partage avec lui de sa connaissance dans la prise de décision
- o Utilisation de toutes les possibilités de l'informatique

Ce changement dans les habitudes, les préoccupations et les modes de travail au quotidien nécessite à la fois une formation et un accompagnement à la gestion du changement.

Car, les formations délivrées en Belgique, ne répondent pas ou de manière très partielle aux besoins nouveaux.

Si nous examinons aujourd'hui les formations délivrées en Belgique, force est de constater que celles-ci ne répondent pas ou de manière très partielle aux besoins nouveaux.

La formation de base à la gestion est quasi inexistante dans le cursus universitaire des médecins. A l'exception d'une université, aucune formation de base à la gestion n'est intégrée dans toutes les années de formation des nouveaux médecins.

Ainsi, les programmes de formation de base doivent être revus. En parallèle, des formations courtes, délivrées localement sur des thématiques très précises seront organisées.

Une réflexion de fond sur l'adaptation des métiers aux nouvelles exigences de ce siècle est fondamentale.

Les formations complémentaires existent et sont parfois d'excellente qualité mais elles nécessitent un investissement personnel très important et ne sont pas généralisées. Une généralisation de ces formations à l'ensemble des professionnels de la Santé est nécessaire. D'autre part les thèmes abordés dans ces formations doivent recouvrir l'ensemble des dimensions explicitées ci-avant.

Les programmes de formation de base doivent être revus pour intégrer ces nouvelles dimensions. En parallèle, des formations courtes, délivrées localement sur des thématiques très précises seront organisées et apporteront une plus-value maximale tant aux prestataires qu'à l'ensemble du système de Santé.

La connaissance du système de santé, l'intégration des préoccupations de gestion, l'importance de la collaboration, la formation à l'informatique sont autant de thèmes qui passionnent les prestataires de soins. L'étude réalisée récemment par l'Inami montre les attentes immenses des médecins pour une formation à l'informatique. L'intérêt des étudiants est immense et la participation massive dans la seule université qui délivre aujourd'hui une formation de base à la gestion.

Oser réfléchir et redéfinir à l'échelon fédéral ou régional les fonctions et les nouvelles formes de coopération

A l'instar des travaux réalisés en France par la Haute Autorité de Santé³¹, une réflexion de fond sur l'adaptation des métiers aux nouvelles exigences de ce siècle est fondamentale. Celle-ci devrait pouvoir déboucher sur une redéfinition des changements de rôles professionnels et du changement des interfaces entre les services.^{32 33} :

Les changements de rôles professionnels :

- La délégation : désigne l'action par laquelle le professionnel de santé délègue à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soins ou d'une tâche
- Le transfert : action de déplacer l'acte de soins d'un corps professionnel à l'autre
- L'innovation : création de nouveaux métiers

31 Haute Autorité de la Santé (Avril 2008) « Délégation, transferts, nouveaux métiers ... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? »

32 Sibbald B., Shen J. et Mc Bride A. (2004), "Changing the skill-mix of the health care workforce J.Health Serv. Res. Policy 9

33 Mc Kee M., Dubois C-A et Sibbald B., (2006), « Changing professional boundaries » In Human resources for health in Europe (Maidenhead : Open University Press).

Les changements des interfaces entre services :

- Transfert : les patients reçoivent des soins dans un autre lieu (par exemple le domicile plutôt que l'hôpital)
- Relocalisation : déplacement du personnel d'un service vers un autre contexte d'exercice (par exemple, hospitalisation à domicile, psychiatrie à domicile, ...)
- Liaison : formation et accompagnement d'une équipe de soins par un professionnel issu d'un autre secteur (par exemple, médecin gériatre hospitalier intervenant à domicile ou dans le cadre d'un réseau de soins)

Adapter les organisations pour favoriser l'émergence de ces nouvelles fonctions

Des tâches administratives à alléger.

- Des tâches administratives à alléger par une automatisation maximale

De l'ensemble des entretiens individuels menés avec les responsables du monde de la Santé, il ressort que les tâches administratives qui pèsent sur le personnel de la Santé sont de plus en plus lourdes et devraient être allégées.

Les technologies modernes de communication et de traitement de l'information permettent aujourd'hui une automatisation maximale de toutes ces tâches. Elles ne sont aujourd'hui encore que très partiellement utilisées. La généralisation de cette automatisation doit permettre à tous les professionnels de santé de consacrer plus de temps et de recentrer toute leur énergie vers le patient.

De nouveaux modes d'organisation centrés sur le citoyen-patient.

- De nouveaux modes d'organisation et des plans d'action centrés sur le citoyen-patient

L'organisation hospitalière classique est une organisation et une division par services :

- o service administratif
- o service nursing
- o service médical
- o service financier
- o service technique

Le nouveau modèle d'organisation tel qu'il est déjà appliqué à l'hôpital Sint Blasius à Dendermonde évolue d'une classification basée sur les inputs vers une classification basée sur les outputs. Au centre du système, des unités basées sur des groupes de

patients avec des caractéristiques de pathologies similaires. Des chemins cliniques sont construits pour ces groupes de patients homogènes. Les médecins ont l'entière responsabilité des processus induits, quelle que soit la localisation des activités.

Outre la mise en place de nouvelles structures d'organisation, de nouveaux plans d'action centrés sur le patient devraient être développés.

Des descriptifs de fonctions écrits et précis pour chaque acteur.

- Des descriptifs de fonctions écrits et précis pour chaque acteur

L'évolution des fonctions nécessite une réactualisation et une redéfinition claire des rôles et des fonctions de chacun. Ces descriptions de fonctions doivent être consignées par écrit en définissant clairement les objectifs, les responsabilités, les pouvoirs et la structure hiérarchique.

Ces descriptifs de fonctions doivent être adaptés sur le plan micro-économique et macro-économique. Sur le plan macro-économique, il est essentiel que les acteurs-clés du système connaissent exactement les rôles qui leur sont dévolus : ces nouveaux rôles devront donc être clairement décrits sur le plan légal. Ainsi si de nouvelles fonctions sont attribuées par exemple aux mutualités, ces nouvelles fonctions devront se retrouver dans les textes.

Sur le plan micro-économique, ces descriptifs de fonctions généraux devront être adaptés et complétés au sein de chaque structure individuelle, comme par exemple les institutions hospitalières. Puisqu'aujourd'hui la plupart des agents de santé en Belgique comme dans les autres pays, ne disposent pas de véritables descriptions de postes, cette stratégie ouvre de vastes perspectives.

Communiquer positivement et associer tous les acteurs

Comme le souligne le rapport de l'OMS³⁴, les médecins, infirmières et autres agents de santé ne sont pas uniquement motivés par les conditions de travail, les revenus et la gestion.

Communiquer positivement et associer tous les acteurs : les médecins, infirmières et autres agents de santé ne sont pas uniquement motivés par les conditions de travail, les revenus et la gestion.

³⁴ OMS (2006) « Rapport sur la Santé dans le monde 2006 : tirer le meilleur parti du personnel de santé existant »

Les ressources humaines sont également influencées par la manière dont elles envisagent l'avenir en fonction de leurs expériences passées, des vues exprimées par les autres et des tendances qu'elles observent. Si le personnel qualifié est inquiet pour l'avenir, ses décisions professionnelles et ses motivations s'en ressentent.

L'importance de cette culture d'entreprise et de la perception de l'avenir est mise en exergue par les nombreuses fusions réalisées dans les hôpitaux. La culture et l'adhésion au nouveau projet est une condition sine qua non de réussite. Beaucoup de fusions ont échoué ou n'ont pas produit les résultats escomptés parce que l'importance de la culture d'entreprise a été sous-estimée.

La réussite globale passe par une culture et une communication plus positives.

La réussite globale passe par une culture et une communication plus positives. Il est frappant de constater la croissance significative des inscriptions dans les écoles d'infirmières suite à une campagne nationale de communication positive sur la profession. Cette communication positive doit s'exercer à tous les niveaux et pour tous les acteurs.

La réussite passe aussi par une meilleure intégration de tous les acteurs.

La réussite passe aussi par une meilleure intégration de tous les acteurs qui interagissent dans le système de santé. Certains acteurs-clés ne sont pas encore suffisamment intégrés aujourd'hui : on pense bien entendu aux citoyens-patients mais aussi aux sociétés d'assurances complémentaires ou à l'industrie du médicament. Cette intégration ne signifie pas nécessairement intégration dans tous les processus de décision mais à tout le moins dans les processus de consultation, de recherches communes de solutions ou d'actions concrètes sur le terrain.



RECOMMANDATIONS

Former tous les professionnels de santé à leurs nouveaux rôles Les médecins, pharmaciens, infirmiers et personnel soignant seront au XXIème siècle meilleurs et plus performants car ils vont intégrer de nouvelles dimensions dans leur pratique quotidienne : préoccupations de gestion, collaboration et coordination beaucoup plus étroites avec leurs pairs, partage des compétences et des fonctions, utilisation de toutes les possibilités de l'informatique, rôles de prévention et de conseil dans une préoccupation de long terme . Les organisations devront être adaptées pour favoriser l'émergence de ces fonctions et les professionnels formés en conséquence.

Quick win : Rajouter des programmes complémentaires obligatoires dans le cursus universitaire ou para-universitaire des médecins , des pharmaciens et des infirmiers intégrant les fonctions nouvelles du XXIème siècle

Oser donner de nouveaux rôles aux mutualités, aux assureurs privés, aux hôpitaux et aux citoyens-patients

Ne plus seulement confier aux mutualités et aux assureurs privés une fonction de remboursement mais les amener à informer et à guider les patients, à travailler avec les prestataires pour améliorer la qualité et à s'impliquer activement dans la coordination. Amener les hôpitaux à se spécialiser et à collaborer beaucoup plus avec la médecine de première ligne et les soins à domicile.

Amener le citoyen-patient à une consommation responsable par une meilleure connaissance des coûts et des choix opérés et donner aux associations de patients une véritable fonction de conseil et de support.

Impliquer l'industrie dans les processus d'informations, de consultation ou de recherche commune de solutions.

Quick win : Poursuivre une réflexion de fond sur l'évolution du rôle de ces différents acteurs et stimuler auprès de tous ces acteurs le développement de sites web et de call center labellisés. Objectif : favoriser la diffusion d'informations de qualité et les distinguer de la masse d'informations non fiables ou orientées accessibles sur internet.

04

DÉVELOPPER DE NOUVEAUX
INCITANTS POUR MIEUX
RESPONSABILISER LES
ACTEURS



De nouveaux incitants entre autres mais pas seulement financiers doivent être développés pour amener progressivement les prestataires de soins et les organisations vers leurs nouveaux rôles.

La responsabilité financière des acteurs du système de santé a été introduite à partir des années quatre-vingt pour endiguer la croissance des dépenses de santé et limiter les dépenses inutiles générées par un mode de financement basé sur le remboursement inconditionnel des prestataires. Si la démarche de responsabilisation financière des acteurs va dans la bonne direction, elle doit être complétée.

De nouveaux incitants doivent aujourd'hui être imaginés :

- Favoriser la coordination entre tous les professionnels de santé
- Amener les médecins, les infirmiers et les pharmaciens à favoriser la prévention, la gestion des maladies chroniques, le long terme et l'utilisation des technologies de l'information
- Inciter les hôpitaux à favoriser la qualité, la coopération, le choix d'alternatives plus adéquates
- Permettre aux mutualités d'assurer leurs responsabilités financières en leur permettant d'exercer une influence réelle sur les coûts et en les amenant progressivement au-delà du rôle administratif à s'intéresser de près à la bonne santé de leurs affiliés (information des patients, gestion ciblée des maladies les plus significatives, prévention...)
- Amener les patients à une plus grande prise de conscience des coûts et au choix d'alternatives les plus adéquates

INTRODUCTION

Le principe de la responsabilisation des acteurs du système de santé est de leur faire partiellement subir les conséquences financières de leurs décisions médicales. Ce principe a été introduit en Belgique à partir des années quatre-vingt pour endiguer la croissance des dépenses de santé et limiter les dépenses inutiles.

Le principe de la responsabilisation consiste à faire partiellement subir aux agents les conséquences financières de leurs choix médicaux afin de les inciter à éviter toute dépense inutile. Une série de réformes mises en place dans les années nonante s'inscrivent dans cette logique: augmentation de la part payée par les patients (augmentation des tickets modérateurs en 1994 et déclassement de spécialités pharmaceutiques vers des niveaux de remboursements moindres en 1992), responsabilisation financière des mutuelles (1994) et financement prospectif des hôpitaux (réformes successives à partir des années 1980). Dans le même ordre d'idée, c'est aussi à cette époque qu'une norme de croissance de l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie (et de chacun de ses secteurs) a été mise en place.

Aujourd'hui face aux nouveaux défis, il faut définir de nouveaux incitants sur le plan général et sur le plan individuel.

Cette démarche va dans la bonne direction mais elle doit être aujourd'hui complétée. Aujourd'hui face aux nouveaux défis, il faut aller plus loin en définissant de nouveaux incitants sur le plan général et sur le plan individuel.

STIMULER LES ACTIVITÉS LIÉES À LA COORDINATION

Le développement des activités de coordination doit se traduire par un financement spécifique. Ainsi si l'hôpital entreprend une démarche de coordination avec les acteurs de première ligne, il ne tirera pas nécessairement directement tous les bénéfices à court terme.

Cette coordination ne sera effective que si elle est clairement attribuée à une ou plusieurs personnes.

Comme le souligne le rapport de la Haute Autorité de Santé³⁵, le développement des activités de coordination doit se traduire par un financement spécifique au moins à court terme, les économies potentielles qui pourraient se dégager et permettre de favoriser la coordination ne pouvant être réalisées à court terme. Ce financement est en outre nécessaire car le bénéfice escompté ne reviendra pas nécessairement directement à l'acteur qui porte la coordination. Ainsi si l'hôpital entreprend une démarche de coordination avec les acteurs de première ligne, il ne tirera pas nécessairement directement tous les bénéfices à court terme, cette coordination pouvant même se traduire par des pertes de revenus.

Cette coordination portera tant sur la coordination au sein de l'hôpital qu'avec tous les professionnels de santé en dehors de l'hôpital. Cette coordination ne sera effective que si elle est clairement attribuée à une ou plusieurs personnes qui possèdent les pouvoirs, le temps et le financement pour effectuer cette coordination.

Différents incitants financiers peuvent être utilisés :

- Dans les HMO (Health Maintenance Organization) aux Etats-Unis, la fonction de coordination est confiée à une infirmière spécialement formée et financée pour cette tâche. Celle-ci tout au long du traitement du patient dialogue avec les professionnels de santé, étudie la prise en charge la plus adéquate pour le patient et réfléchit au moment le plus adéquat pour envisager le retour à domicile du patient
- On peut également inciter à la coopération par le paiement à la performance. Il s'agit de mettre en œuvre des mécanismes incitatifs récompensant l'effort de coopération des individus. Ainsi dans un programme de vaccination, on peut très bien à l'instar de

³⁵ Haute Autorité de la Santé (Avril 2008) « Délégation, transferts, nouveaux métiers ... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? »

ce qui se fait au Royaume-Uni récompenser le couple médecin-infirmière d'un forfait complémentaire à partir d'un certain seuil de couverture vaccinale de la population. On peut également les récompenser pour les efforts entrepris conjointement en matière d'obésité.

- Le financement de programmes informatiques spécifiques de collaboration et d'échanges d'informations entre les professionnels de santé constitue une autre technique intéressante pour favoriser la coopération.

RÉFLÉCHIR À DE NOUVEAUX INCITANTS INDIVIDUELS POUR LES PRESTATAIRES DE SOINS

Les nouvelles fonctions requièrent la mise en place de nouveaux incitants pour les médecins, les infirmiers et les pharmaciens.

Il nous semble également indispensable d'entamer une réflexion sur le mode de paiement optimal des médecins.

Les nouvelles fonctions développées dans le chapitre précédent requièrent la mise en place de nouveaux incitants pour les médecins, les infirmiers et les pharmaciens. Il faut aujourd'hui pousser plus loin la réflexion et inventer de nouveaux incitants.

Les médecins belges sont très majoritairement rémunérés de façon purement rétrospective via un paiement à l'acte. Si l'on veut évoluer vers les nouvelles fonctions décrites ci-dessus, il nous semble indispensable d'entamer une réflexion sur le mode de paiement optimal des médecins pour :

- Collaborer davantage avec ses pairs
- Favoriser la prévention et la gestion des maladies chroniques
- Utiliser davantage l'informatique
- Favoriser le dialogue avec son patient et éviter la multiplication des actes

Il existe trois grands types de rémunérations: le salaire, la capitation et le paiement à l'acte.

- 1. Le salaire - Un médecin salarié reçoit un montant fixe qui est indépendant de son activité. L'avantage du salaire est qu'il permet de contrôler aisément les dépenses du système de santé. Son inconvénient est qu'il n'incite pas spécialement au dynamisme des médecins (la création de files d'attentes en étant une des conséquences), qu'il aurait tendance à induire une sous-production et à ne pas favoriser la qualité des soins.*
- 2. La capitation - Dans un système de paiement par capitation, chaque patient inscrit chez le professionnel rapporte un montant fixe (par semestre ou par an par exemple) qui, idéalement dépend de la structure de la pathologie des patients. L'avantage de ce système de paiement est qu'il encourage la prise en charge globale des patients : il est en ce sens le paiement idéal pour promouvoir des objectifs de prévention. L'intérêt du système de capitation est en revanche très dépendant de l'exactitude du montant accordé pour chaque type de patient. A défaut, le système incite les prestataires à se débarrasser des patients les plus lourds. Par ailleurs, ce mode de paiement restreint la liberté de choix des patients.*
- 3. La rémunération à l'acte – C'est le mode de financement dans lequel chaque acte est financé séparément. Cela permet l'indépendance des médecins et un dynamisme certain de leur part. Ce mode de paiement est en revanche assez coûteux dans la mesure où il incite les prestataires à multiplier les actes, éventuellement au-delà de ce que les patients auraient choisi s'il avait eu une parfaite connaissance de leur état de santé.*

Il n'existe pas de système idéal de rémunération des médecins.

Il n'existe pas de système idéal de rémunération des médecins, sauf à renoncer à l'un des objectifs généralement assignés aux systèmes de santé (qualité, maîtrise du coût, efficience, accessibilité,...). Les systèmes de paiements hybrides ne sont pas non plus des systèmes parfaits. Ils atténuent en effet à la fois les forces et les faiblesses des systèmes de paiement simples. Ils présentent néanmoins l'avantage de mieux équilibrer chacun des objectifs en ne se focalisant pas excessivement sur une des missions du système de santé au détriment des autres.

le système hybride capitation/paiement à l'acte pourrait être particulièrement adapté au système de santé belge.

Des premiers pas dans cette direction ont été entrepris avec le dossier médical global ou le forfait lié à l'utilisation d'une solution informatique.

Le mode de financement prospectif a donné lieu à une réduction significative des durées de séjour. D'une part, les hôpitaux ont désormais intérêt à scinder les séjours des patients. D'autre part, la réforme s'est aussi accompagnée d'une augmentation significative du nombre de traitements médicaux.

Le système de financement le plus souvent considéré comme permettant de mieux partager le risque entre les prestataires (qui encourent tous les risques dans le cadre d'un paiement à la capitation) et les organismes assureurs (qui eux supportent tous les risques dans le cadre d'un paiement à l'acte) est le système hybride capitation/paiement à l'acte³⁶. Ce système de paiement pourrait être particulièrement adapté au système de santé belge. En effet le système de paiement à l'acte conjugué à la capitation partielle permettra de garantir le dynamisme des acteurs du système tout en incitant les médecins à jouer de nouveaux rôles dans le futur (prévention, guider les patients à travers le système de soins, partager les dossiers médicaux, collaborer avec ses confrères,...)³⁷.

En effet dans le système de paiement à l'acte, le médecin va avoir tendance à adopter une vision de court terme alors que le système par capitation va permettre d'accentuer le long terme, la prévention ou la gestion des maladies chroniques. Des premiers pas dans cette direction ont été entrepris avec le dossier médical global ou le forfait lié à l'utilisation d'une solution informatique. Il convient d'aller plus loin en examinant les solutions entreprises à l'étranger dans des pays comme le Danemark ou le Royaume-Uni.

Ce raisonnement qui s'applique aux médecins s'applique de la même manière aux infirmiers et aux pharmaciens : il s'agit en dehors du paiement à l'acte de leur assurer une rémunération pour de nouvelles fonctions que l'on attend d'eux dans le système et que l'on souhaite favoriser.

DE NOUVEAUX INCITANTS POUR RESPONSABILISER LES HÔPITAUX

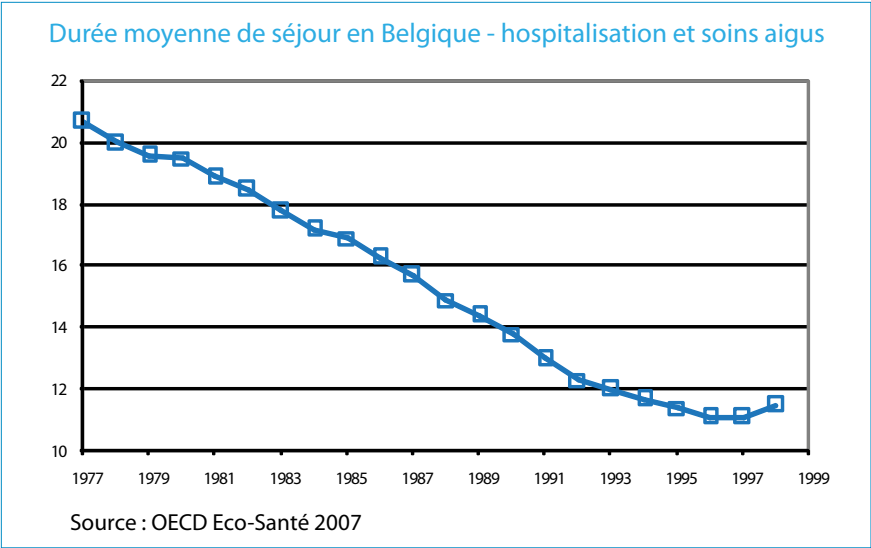
Le mode de financement prospectif des services communs et cliniques a donné lieu à une réduction significative des durées de séjour depuis la fin des années septante (voir figure 1). Une étude très récente³⁸ a néanmoins décelé certaines limites du système dans sa forme actuelle en mettant notamment en évidence la façon dont les

36 McGuire T. (2000) "Physician Agency" *Handbook of Health Economics*, volume 1, chapter 9, Culyer et Newhouse (eds.), Elsevier Science, 461-536

37 Voir chapitre 3 du présent rapport pour une explication plus détaillée de ce rôle.

38 Perelman J. et M.-C. Closon (2007) "Hospital response to prospective in-patient days: the Belgian case" *Health Policy*, 84: 200-209.

hôpitaux pouvaient compenser leur manque à gagner. D'une part, les hôpitaux ont désormais intérêt à scinder les séjours des patients (plusieurs admissions courtes étant plus profitables qu'une admission longue), ce qui explique sans doute l'explosion du nombre d'hospitalisations d'un seul jour juste après la réforme³⁹. D'autre part, la réforme s'est aussi accompagnée d'une augmentation significative du nombre de traitements médicaux. Les hôpitaux compensent sans doute les pertes enregistrées sur les durées de séjour par une multiplication des actes médicaux dès lors que ceux-ci sont toujours financés de façon rétrospective.



DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN BELGIQUE - HOSPITALISATION ET SOINS AIGUS
SOURCE : OECD ECO-SANTÉ 2007

³⁹ L'évolution du nombre de réadmissions n'ayant pas pu être évaluée faute d'information.

Les traitements médicaux effectués au sein de l'hôpital sont - tout comme en ambulatoire - rémunérés à l'acte. Le coût des services communs (hôtellerie, entretien, administration,...) et des services cliniques (personnel soignant, produits médicaux,...) était pour sa part financé jusque dans les années quatre-vingt sur une base rétrospective au travers d'un prix perçu par journée d'hospitalisation. Un tel système invitait les hôpitaux à allonger les durées de séjour. Depuis 1982, un système de financement prospectif a été graduellement introduit. Dans sa dernière version, le financement des services communs et cliniques est basé simultanément sur les besoins et sur les performances relatives des hôpitaux. Les besoins sont évalués au travers des différents types de patients traités, chaque patient étant classé en fonction de ses caractéristiques (âge, sévérité de la maladie, critères sociaux...) dans un groupe homogène du point de vue médical. Compte tenu de la structure de ses admissions, l'hôpital se voit attribuer pour chaque patient et de façon prospective un nombre de journées dites «justifiées». Les journées excédentaires par rapport aux journées justifiées ne sont alors que partiellement remboursées et les sommes non-distribuées sont attribuées aux hôpitaux qui ont enregistré un nombre de journées inférieur à leur quota. Le système incite donc à réduire le plus possible les durées de séjour.

Ce mode de financement, cohérent dans un système qui prône la responsabilité financière des acteurs, ne va pas sans inconvénients. En premier lieu, ce financement incite (fortement au-delà du nombre de journées justifiées et de façon plus marginale en deçà) les hôpitaux à réduire leur durée de séjour, ce qui peut être préjudiciable pour la santé des patients. Ensuite, puisqu'un montant est octroyé de façon prospective par groupe de patients, il est impératif que ce montant reflète le plus précisément possible les coûts associés à chacun de ces groupes. A défaut, les hôpitaux sélectionnent les patients pour ne retenir que ceux qui sont profitables (tout en évitant les autres). Un mode de financement prospectif doit donc être basé sur une parfaite identification des facteurs de risque sous peine de donner lieu à une sélection des patients de la part des hôpitaux. Le même raisonnement vaut pour tout financement prospectif qui se base sur une estimation des dépenses par groupe de patients.

En plus, un aménagement du financement des hôpitaux doit être proposé pour éviter que ces derniers ne sélectionnent leurs patients et pour que les hôpitaux ne compensent pas leurs pertes par un plus grand nombre de séjours courts.

De nouveaux incitants doivent également être imaginés pour amener les hôpitaux à favoriser la qualité, la coopération, le choix des alternatives les plus adéquates.

La réforme entreprise pour éviter la multiplication des durées de séjour est certainement un pas effectué dans la bonne direction. Des problèmes subsistent néanmoins et un aménagement du financement des hôpitaux doit être proposé. D'une part pour éviter que ces derniers ne sélectionnent leurs patients. Ceci passe nécessairement par une évaluation plus fine des facteurs de risque associés à chaque patient. D'autre part pour que les hôpitaux ne compensent pas leurs pertes par un plus grand nombre de séjours courts (plus profitables) et/ou la multiplication de traitements médicaux.

De nouveaux incitants doivent également être imaginés pour amener les hôpitaux à favoriser la qualité, la coopération, le choix des alternatives les plus adéquates. Aujourd'hui le financement est centré uniquement sur l'activité de l'hôpital et ne tient pas compte du choix des alternatives les plus adéquates pour la société. Un exemple intéressant en ce sens nous vient de France où les hôpitaux recourent à des associations extérieures à l'hôpital pour prendre en charge tout le suivi et la coordination des soins lorsque le patient sort de l'hôpital. Il s'agit d'un pont clairement établi, organisé et structuré de manière très professionnelle (call center, moyens informatiques très développés, personnes ressources pour assurer la coordination) entre les soins hospitaliers et les professionnels de première ligne.

DE NOUVEAUX INCITANTS POUR LES MUTUELLES

Il nous semble important de poursuivre la responsabilisation financière des mutuelles, en affinant et en appliquant les critères de financement prospectif.

- **Il nous semble important de poursuivre la responsabilisation financière des mutuelles, en affinant et en appliquant les critères de financement prospectif.** Par rapport aux autres pays ayant opté pour un système de financement semblable, le calcul effectué en Belgique est déjà relativement fin dans la mesure où un grand nombre de facteurs de risque y sont intégrés: l'âge, le sexe, le revenu, le statut social, le fait d'être bénéficiaire du statut préférentiel, le fait d'être en maladie chronique, le fait d'habiter en zone urbaine,...etc. Cette clé normative doit être appliquée et affinée pour éviter toute tentative de sélection des risques, comme celle-ci est mise en évidence par la littérature⁴⁰. Cette sélection est rendue possible dans la mesure où les adhérents qui veulent souscrire à une assurance complémentaire auprès d'une

⁴⁰ Van de Ven et al. (2007) "Risk Adjustment and Risk Selection in Europe: 6 years later" *Health Policy*, 84: 200-209.

mutuelle sont légalement tenus d'être affiliés auprès de celle-ci dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire. Il faut éviter toute tentation de proposer des contrats d'assurances complémentaires en relation avec le type de patient: particulièrement avantageux/désavantageux pour les patients souhaités/indésirables afin de les persuader/dissuader de s'affilier⁴¹.

Jusque dans les années nonante, le financement des mutuelles consistait simplement en un simple remboursement des dépenses médicales de leurs adhérents. Afin de les inciter à contenir les coûts liés aux soins de santé, le principe de la responsabilisation financière a été progressivement introduit afin d'instaurer un paiement mixte prospectif/rétrospectif. Depuis 1995, chaque mutuelle se voit attribuer a priori un montant théorique qui doit correspondre à la dépense attendue de ses membres. Le financement effectivement attribué aux mutuelles est alors calculé en effectuant une moyenne pondérée de ce montant théorique et des dépenses réellement encourues suivant la clé de répartition 40%-60%. Chaque mutuelle est financièrement responsable de 25% de la différence (surplus ou déficit) entre le financement qui lui est attribué et ses dépenses réellement encourues. Enfin, pour éviter que les mutuelles ne soient pénalisées par une sous estimation de leur budget global, le déficit dont elles sont responsables est plafonné à 2% de leur budget global.

Pour cela, il faut les doter des instruments financiers qui leur permettent d'exercer réellement une influence sur les coûts.

- **Si l'on veut que les mutuelles soient responsables financièrement, il nous semble important de les doter des instruments financiers qui leur permettent d'exercer réellement une influence sur les coûts.** Aujourd'hui, les mutuelles n'ont que peu d'emprise sur les dépenses de leurs affiliés. C'est surtout en tant que participantes aux négociations collectives au sein de l'INAMI et parce que le remboursement de certains traitements est soumis à l'accord de leur médecin conseil que les mutuelles peuvent réduire leurs dépenses totales. Mais c'est trop peu pour un acteur qui est désormais responsable - même si ce n'est que de façon très marginale - de ses déficits. Un des moyens utilisés dans certains pays (comme les Pays-Bas par exemple) ayant opté pour ce type de financement des organismes assureurs est de permettre à ces derniers d'avoir des accords sélectifs avec certains prestataires.

⁴¹ Schokkaert E. and C. Van de Voorde (2003) "Belgium: risk adjustment and financial responsibility in a centralised system" *Health Policy*, 65: 5-19.

Enfin, réfléchir à de nouveaux incitants pour étendre le rôle des mutualités et des sociétés d'assurance privées au-delà du rôle simplement administratif.

- Enfin, il nous semble important de réfléchir à de nouveaux incitants pour étendre le rôle des mutualités et des sociétés d'assurance privées au-delà du rôle simplement administratif. Le rôle essentiel, si l'on observe les expériences intéressantes à l'étranger, d'informations des patients, de prévention et de gestion des maladies est absent.

Le système des HMO mis en place depuis de nombreuses années au Etats-Unis incite l'organisme payeur à s'intéresser de très près à la bonne santé de son affilié. Ainsi, toutes les actions de prévention sont-elles prioritaires ainsi qu'une véritable gestion des maladies les plus significatives pour réduire les coûts et améliorer la qualité et l'efficacité des traitements. Les résultats obtenus sont tout à fait significatifs.

L'assureur a une réelle maîtrise de ses coûts au sein de ces structures puisqu'il peut inciter les médecins à des pratiques moins coûteuses telles que l'obligation de suivre des référentiels de pratique ou leur donner un rôle de médecin référent. Par ailleurs, les HMO peuvent identifier et ne plus traiter avec des médecins sur-prescripteurs. Les études ont montré que les soins reçus dans le cadre de HMO étaient significativement plus coût-efficaces que ceux couverts par des compagnies d'assurance classiques⁴². D'autres études ont ainsi mis en évidence des écarts importants (de 11% à 34%) et significatifs de coûts total en faveur des HMO qui résulte à la fois d'un effet prix (les HMO obtiennent des tarifs plus intéressants de la part des prestataires) et d'un effet "processus de soins" (taux d'hospitalisation plus faible, réduction des durées de séjour, substitution généraliste/spécialiste,...). Par conséquent, et sans affirmer qu'il est souhaitable d'importer ce modèle chez nous, il nous semble intéressant de l'examiner pour extraire les concepts les plus intéressants.

⁴² Demange G. et P.-Y. Geoffard (2002) "Quelles formes de concurrence en assurance santé?" *Risques*, 49: 47-53.

DE NOUVEAUX INCITANTS POUR RESPONSABILISER LES PATIENTS AUX COÛTS DES SOINS

Il est essentiel que les patients comprennent et connaissent le coût et la valeur des services de santé qu'ils consomment.

Il est essentiel d'utiliser le ticket modérateur avec prudence qui est en fait à utiliser en complément avec d'autres mesures.

Il est essentiel que les patients comprennent et connaissent quels sont véritablement le coût et la valeur des services de santé qu'ils consomment. Pendant très longtemps seul le ticket modérateur a été considéré comme un instrument efficace pour réguler la demande de soins. La relation entre patients et médecins étant néanmoins marquée par une asymétrie d'information en faveur de ces derniers, il convient de déterminer le plus rigoureusement possible qui du patient ou du médecin décide du niveau des soins avant d'utiliser le ticket modérateur comme instrument de régulation de la dépense⁴³. S'il existe un consensus pour penser qu'une participation financière des patients est souhaitable, il est néanmoins primordial d'utiliser le ticket modérateur avec prudence car, en contrepartie de la diminution (assez limitée) de la demande que le ticket modérateur engendre, son augmentation va de pair avec une réduction de la couverture des patients. De plus, des travaux ont montré que les tickets modérateurs, s'ils sont appliqués de façon uniforme, ne font pas la distinction entre des réductions de soins efficaces et inefficaces^{44, 45}. Il convient donc de les moduler en fonction de l'efficacité des traitements. Les tickets modérateurs sont en fait à utiliser en complément avec d'autres mesures.

Citons quelques instruments tels qu'ils ont été imaginés et appliqués dans d'autres pays :

- L'information du patient sur les coûts et la qualité pour l'inciter à prendre des décisions raisonnées lorsqu'il choisit ses soins.
- Le paiement d'un prix plus élevé pour un recours direct au médecin spécialiste sans passer par le médecin traitant. Cette nouvelle mesure depuis 2005 en France oblige chaque Français à choisir un médecin généraliste. Il peut encore se rendre directement chez le spécialiste mais moyennant supplément.
- L'attribution aux assurés d'un compte épargne dans lequel les assurés puisent pour payer leurs soins de santé. Ce compte épargne se matérialise par un solde qui permet de mieux faire comprendre aux assurés les dépenses engendrées.

43 Cette question est discutée un peu plus en détail dans la section consacrée à la responsabilisation financière des médecins.

44 Rubin, R. J. and D. N. Mendelson (1995) "Cost sharing in health insurance" *New England Journal of Medicine*, 333(11): 733-4.

45 Lexchin, J. and P. Grootendorst (2004) "Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of the evidence" *International Journal of Health Services* 34(1): 101-22.



RECOMMANDATION

Développer de nouveaux incitants

La nomenclature de remboursement des actes de soins telle qu'elle existe aujourd'hui ne favorise pas la coopération entre les acteurs, la vision à moyen et long terme, la prise en charge globale de la pathologie. Chacun agit individuellement, dans une perspective de court terme sans prise en charge globale de la pathologie. En outre des différences significatives de rémunérations existent entre différentes disciplines médicales sans réelle justification.

Quick win : révision de la nomenclature pour intégrer les nouvelles dimensions indispensables pour le futur

05

MIEUX PRENDRE EN COMPTE
L'EFFICIENCE POUR ÉTABLIR
LES PRIORITÉS



Travailler à l'utilisation optimale des ressources parmi l'ensemble des programmes de santé nous semble une priorité. C'est le principe de l'efficience qui consiste à sélectionner les programmes médicaux qui engendrent le plus de bénéfices par rapport à leurs coûts.

Des techniques et des expériences existent en Europe et dans le monde. Nous pouvons les utiliser sans réinventer la roue. Des études très intéressantes sont également effectuées en Belgique en particulier par le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé. Celles-ci devraient être plus exploitées pour les traduire en décisions concrètes.

L'utilisation de toutes ces analyses doit permettre de définir plus clairement les priorités et d'explicitier de manière objective les choix opérés.

UTILISER LES MÉTHODOLOGIES EXISTANTES POUR GUIDER LES CHOIX

Les autorités publiques sont confrontées à deux types de décisions importantes :

1. définir les ressources collectives allouées aux soins de santé ;
2. déterminer l'utilisation optimale de ces ressources parmi l'ensemble des programmes de santé.

Les autorités publiques sont confrontées à deux types de décisions importantes concernant l'allocation des ressources qui vont permettre de mettre en place les programmes de santé. Elles doivent d'une part définir les ressources collectives qu'elles désirent allouer à l'ensemble du système de soins de santé, étant entendu que ces ressources sont financées par la fiscalité et que les utilisations potentielles de ces ressources collectives sont multiples, la santé étant en concurrence avec d'autres secteurs tels que l'éducation, la justice, l'environnement,...etc. D'autre part, une fois que les ressources allouées aux soins de santé sont définies, elles doivent déterminer l'utilisation optimale de ces ressources parmi l'ensemble des programmes de santé.

A titre d'illustration, divers traitements sont disponibles dans le cadre d'une insuffisance rénale. Face à un tel diagnostic, faut-il promouvoir les transplantations ou les dialyses? Les questions d'efficience en santé ont donc notamment trait à la problématique du choix à effectuer entre diverses alternatives dans un contexte de ressources limitées⁴⁶.

L'efficience en santé consiste à sélectionner les programmes médicaux qui engendrent le plus de bénéfices par rapport à leurs coûts.

Exprimée simplement, l'efficience en santé consiste donc à sélectionner les programmes médicaux qui engendrent le plus de bénéfices par rapport à leurs coûts. Illustrons le type de décision qui est en jeu à l'aide de l'exemple du dépistage du cancer de l'utérus par frottis⁴⁷. S'il est pratiqué tous les trois ans, 90% des cancers sont dépistés. Pratiqué tous les deux ans, le frottis permet de dépister 2% de cancers en plus mais moyennant une multiplication par trois du coût. Intuitivement, il est préférable de pratiquer le frottis tous les trois ans et d'utiliser plus efficacement l'argent épargné en finançant d'autres dépistages ou traitements. Cet exemple intuitif nous amène donc à nous interroger sur les critères qui sont utilisés pour effectuer de tels choix. Pour répondre à ce type de question, des techniques rigoureuses d'évaluation des programmes en santé ont été développées.

⁴⁶ Le concept d'efficience est en effet multiple. L'efficience technique fait par exemple référence à l'absence de gaspillage des ressources données. L'efficience est dite allocative si l'on considère la question du partage des ressources entre divers services au sein d'un hôpital ou, à un niveau plus global, entre divers secteurs de soins. C'est cette dernière thématique que nous abordons au sein de cette section.

⁴⁷ Majnani d'Intignano (2001) "Economie de la Santé" Ed. Presses Universitaires de France, 438 p.

Deux grandes méthodes d'évaluation existent : l'analyse coût-utilité et l'analyse coût bénéfice.

Dans le cadre d'une analyse coût-utilité, les programmes sont évalués au travers de leurs coûts et de leurs apports en termes de santé. La mesure des QALYs est la plus largement répandue. Un QALY est une année de vie en bonne santé.

L'analyse coût-utilité permet de comparer des programmes médicaux hétérogènes. Elle ne permet cependant pas de déterminer si une intervention médicale vaut la peine d'être mise en œuvre dans l'absolu.

Les analyses coût-utilité et coût-bénéfice sont fréquentes dans les revues d'économie de la santé Deux grandes méthodes d'évaluation existent : l'analyse coût-utilité et l'analyse coût bénéfice.

Ces deux méthodes présentent des avantages et inconvénients qu'il est important de bien comprendre⁴⁸. L'analyse coût-utilité constitue une aide à la décision d'allocation d'un budget limité consacré aux soins de santé entre diverses utilisations alternatives. Dans le cadre d'une analyse coût-utilité, les programmes sont évalués au travers de leurs coûts et de leurs apports en termes de santé. La mesure des coûts est relativement simple et est exprimée en unité monétaire. Les bénéfices peuvent être mesurés de différentes façons. Retenons la mesure des QALYs⁴⁹ qui est la plus largement répandue. Un QALY est une année de vie en bonne santé. Cette mesure se base sur le fait qu'une année de vie a plus de valeur lorsqu'elle est vécue en bonne plutôt qu'en mauvaise santé. Illustrons à l'aide d'un exemple. Imaginons qu'à la suite d'un accident cardiaque, une transplantation permette de maintenir en vie un homme de 40 ans. Admettons de surcroît que malgré cette intervention, la qualité de vie de cet homme soit détériorée suite à l'accident et qu'elle se situe à un niveau de 0,8 sur une échelle située entre 0 et 1 (où 0 correspond à la mort et 1 correspond à un parfait état de santé, c'est-à-dire la situation de notre individu avant son accident). Puisqu'il reste statistiquement 37 années à vivre à un homme belge de 40 ans, la transplantation cardiaque qui a sauvé la vie de notre individu lui a permis de gagner 37 années de vie dans l'absolu et 29,6 années ($=37 \times 0,8$) en parfaite santé. Le bénéfice de la transplantation est donc de 29,6 QALYs. Notons que si la transplantation cardiaque avait permis à l'individu de retrouver un parfait état de santé, le bénéfice de l'intervention aurait été de 37 QALYs. En associant un nombre de QALYs à chaque activité médicale, on peut ainsi déterminer un ratio coût-utilité pour chaque intervention. Notons que puisqu'elle estime le bénéfice de chaque intervention en années de vie passées en bonne santé, l'analyse coût-utilité permet de comparer des programmes médicaux hétérogènes et donc d'utiliser efficacement un budget attribué aux soins de santé. Elle ne permet cependant pas de déterminer les ressources qu'il convient d'allouer aux soins de santé dans la mesure où elle ne permet pas de déterminer si une intervention médicale vaut la peine d'être mise en œuvre dans l'absolu.

48 Pour une explication plus complète de ces différentes méthodes, nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage de Zweifel et Breyer « Health Economics », 1997, Oxford University Press, 382 pages.

49 Quality Adjusted Life Years

L'analyse coût-bénéfice transforme les coûts et les bénéfices d'un programme de santé en €. Les bénéfices exprimés en unités monétaires ne sont pas uniquement les bénéfices financiers, mais aussi des bénéfices intangibles liés aux traitements (meilleure qualité de vie, amélioration de la longévité,...).

Pour répondre à cette dernière question et ainsi déterminer le montant total de ressources qu'il convient d'allouer aux soins de santé, il faut exprimer les coûts et les bénéfices d'une intervention dans une seule et même unité. C'est ce que font les analyses coût-bénéfice qui transforment les coûts et les bénéfices d'un programme de santé en €. Il faut ici noter que les bénéfices exprimés en unités monétaires ne sont pas uniquement les bénéfices financiers. Des techniques permettent aussi d'évaluer l'équivalent monétaire des bénéfices intangibles liés aux traitements (meilleure qualité de vie, amélioration de la longévité,...). Ce type d'analyse ne restreint donc pas le bénéfice du traitement à son aspect financier mais l'étend à l'ensemble des aspects du bien-être des individus. On peut alors affirmer qu'un traitement qui génère plus de bénéfices que de coûts augmente le bien-être de la collectivité et doit dès lors être mis en œuvre. L'enveloppe qui doit être allouée aux soins de santé étant constituée de la somme des coûts de tous les programmes qui sont coût-bénéfiques.

Les autorités de l'Etat de l'Oregon décidèrent de classer les interventions médicales par ordre de priorité.

En 1994, une liste de 745 produits et services classés par ordre de priorité fut finalement établie.

BÉNÉFICIER DES ÉTUDES ET DES EXPÉRIENCES INTERNATIONALES

- L'expérience de l'Oregon

A la fin des années quatre-vingt, les autorités de l'Etat de l'Oregon décidèrent d'augmenter le nombre de personnes bénéficiaires du programme Medicaid (programme d'assurance-maladie destiné aux personnes les plus pauvres, financé par l'Etat Fédéral et les Etats et géré par ces derniers). Cette décision faisait suite au déclin progressif du nombre de bénéficiaires résultant de la croissance des dépenses. Elle força donc les autorités responsables à redéfinir les services pour lesquels les bénéficiaires seraient entièrement couverts. La question des services à inclure ou à exclure de ce panier se posa donc et les autorités de l'Etat en profitèrent pour mettre en place une procédure visant à définir explicitement les priorités en matière de santé. Une commission fut ainsi chargée de classer les interventions médicales par ordre de priorité. Ce classement ne s'établit pas sans mal. En 1994, une liste de 745 produits et services classés par ordre de priorité fut finalement établie (parmi ceux-ci, 606 furent finalement admis au remboursement). Sans entrer dans les détails de la procédure de définition

des priorités⁵⁰, ce classement a été établi sur base d'analyses coût-utilité auxquelles les citoyens ont participé via des consultations par voies d'enquêtes pour déterminer les éléments nécessaires à l'élaboration de telles analyses (valeur que la société accorde à la longévité, à la qualité de vie, au coût, à la prévention plutôt qu'au curatif,...). Les autorités de l'Etat de l'Oregon ne se sont cependant pas bornées à appliquer de façon stricte les résultats de ces analyses. L'ordre des priorités déterminé par ces analyses a en effet été maintes fois modifié et la liste a été remaniée afin de prendre en compte certaines valeurs mises en avant par la collectivité. Au final, cette expérience constitue la tentative la plus aboutie d'explicitation des choix publics effectuée en matière de santé. Elle illustre aussi le bénéfice associé à l'utilisation des analyses coût-utilité dans l'établissement des actions prioritaires en matière de santé. Le calcul économique permet en effet d'avoir une vision plus claire des coûts et des avantages associés à chaque action. Il constitue par conséquent une aide considérable à la décision politique en permettant d'établir un ordre de préférence entre ces diverses actions.

Cette expérience constitue la tentative la plus aboutie d'explicitation des choix publics.

D'autres pays ont aussi clairement défini leurs priorités en matière de santé.

- L'expérience des pays européens

Sans aller aussi loin que l'Etat de l'Oregon, d'autres pays ont aussi clairement défini leurs priorités en matière de santé⁵¹. Aux Pays-Bas, les interventions pour lesquelles les patients sont admis au remboursement doivent satisfaire plusieurs conditions : les soins doivent être nécessaires à la santé, leur efficacité doit être démontrée, la priorité est accordée aux soins qui présentent un rapport coût-utilité plus favorable, les traitements sont accordés à tous les patients indépendamment de leur âge ou de leur mode de vie,... A l'instar de l'Etat de l'Oregon, un travail de classement a été réalisé pendant plusieurs années. En Italie, une liste de médicaments remboursés a été établie suivant certains principes tels que l'efficacité avérée des médicaments ou le recours limité aux tickets modérateurs jugés peu efficaces. En Allemagne, un conseil consultatif chargé en 1994 par le Ministère de la Santé de présenter les développements futurs des systèmes de santé a recommandé d'exclure du panier de soins remboursés les interventions médicales qui pouvaient être évitées lorsque les individus adoptaient un comportement considéré comme sain. En Espagne, des critères généraux d'inclusion et d'exclusion ont été définis en faisant notamment référence à la comparaison des coûts et des avantages des différents traitements. Il en va de même en Norvège où les services médicaux ont été classés en quatre catégories reflétant leurs niveaux de priorité.

50 Pour une description complète de la procédure, voir : Léonard « Priorités et choix en soins de santé », Dossier thématique des mutuelles chrétiennes, Octobre 2000

51 Pour une description de l'établissement des priorités en matière de santé dans différents pays, voir : Léonard « Priorités et choix en soins de santé », Dossier thématique des mutuelles chrétiennes, Octobre 2000

MIEUX UTILISER TOUTES LES ÉTUDES EXISTANTES POUR DÉFINIR DES PRIORITÉS

Des étapes importantes ont été franchies en Belgique. Ainsi, des études récentes et intéressantes sont disponibles en Belgique mais leur utilisation mériterait d'être renforcée.
Exemple 1. Les évaluations pharmaco économiques ;
Exemple 2. Les traitements orthodontiques ;
Exemple 3 - Les stents.

Des étapes importantes ont été franchies en Belgique. La création en 2002 du « Centre Fédéral d'Expertise Médicale », organisme indépendant chargé d'aider les autorités responsables en matière de santé à prendre des décisions fondées sur des analyses approfondies (des analyses coût-utilité par exemple) en est incontestablement une. Ensuite, les politiques mises en place depuis quelques années afin de favoriser la substitution des médicaments de marque par des médicaments génériques (qui sont, relativement à d'autres pays, très peu présents sur le marché belge) vont aussi dans le sens de la promotion, à qualité égale, des traitements les moins chers. Enfin, en ciblant une pathologie particulière, le récent Plan Cancer, annoncé en mars 2008 et qui prévoit une enveloppe de 380 millions d'euros pour lutter contre cette maladie, se distingue de l'approche traditionnelle qui consiste à attribuer des budgets globaux aux différents secteurs de soins (médecine générale, médecine spécialisée, hôpitaux,...). On se trouve donc bien là en présence de l'affirmation claire d'une priorité en matière de santé.

Des études récentes et intéressantes sont disponibles en Belgique mais leur utilisation mériterait d'être renforcée.

EXEMPLE 1. LES ÉVALUATIONS PHARMACO ÉCONOMIQUES

Les autorités publiques belges de santé évaluent certes les interventions en fonction de leurs coûts et des avantages qu'elles engendrent. C'est notamment le cas des médicaments qui, pour être admis au remboursement, doivent être appréciés par la Commission de Remboursement des Médicaments de l'INAMI sur base de plusieurs critères tels que leur plus value thérapeutique, leur prix, leur impact budgétaire,... Une étude récente réalisée conjointement par l'INAMI et le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé⁵² met néanmoins en avant le manque de transparence de ce processus. Il appartient en effet à la firme pharmaceutique de démontrer que le médicament faisant l'objet d'une demande de remboursement offre un rapport coût-utilité plus favorable que ceux des médicaments déjà présents sur le marché. Mais comme les évaluations économiques peuvent être menées de multiples façons et qu'il n'existe pas de règles

⁵² Cleemput I. et al. (2008) "Recommandations pour les évaluations pharmacoéconomiques en Belgique" KCE Report 78B

précises qui délimitent ces règles de démonstration par le fabricant, la Commission de Remboursement des Médicaments ne peut alors pas vraiment comparer des choses comparables. D'où un ensemble de recommandations formulées par l'INAMI et le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé au sujet de la méthodologie et de la présentation des résultats par les firmes pharmaceutiques.

EXEMPLE 2. LES TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES

L'étude⁵³ met en avant le fait que quatre jeunes sur dix portent des appareils dentaires en Belgique alors que les risques liés à l'orthodontie sont dans la majorité des cas limités. Or, dans son remboursement, l'assurance soins de santé ne fait pas de distinction entre les poses médicalement nécessaires d'appareils et celles qui sont motivées par des raisons esthétiques. Sans affirmer ici qu'il faut ou ne faut pas rembourser ce type d'intervention (qui peut être dans certains cas tout à fait importante pour un patient), il nous semble important que les autorités publiques se prononcent sur cette question et, de façon plus générale, établissent plus clairement un ordre de priorités entre les différents programmes de santé.

EXEMPLE 3. LES STENTS

A côté des « stents » métalliques classiques, existent depuis quelques années aussi des stents spéciaux avec médicament incorporé, pour traiter le rétrécissement des artères coronaires : les « drug eluting stents ». Le médicament est supposé empêcher une nouvelle constriction de l'artère. Quelle est l'efficacité de cette nouvelle technique ? A-t-elle un bon rapport coût-efficacité ? Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et l'Université d'Anvers répondent à ces questions. Il ressort de leur rapport que ces nouveaux stents ne réduisent pas le risque de décès ou d'infarctus. Ils diminuent légèrement le risque d'une nouvelle sténose de l'artère mais seulement chez un nombre limité de patients. Leur prix, par contre, s'élève à plus du double de celui des « stents » classiques.

Le KCE a examiné si le surcoût des « drug eluting stents » était contrebalancé par leur bénéfice clinique. Si chaque patient recevait un « drug eluting stent » et que ce dernier était remboursé, cela entraînerait un surcoût d'au moins 12 millions d'euros sans bénéfice substantiel pour la santé.

⁵³ Carels C. et al. (2008) "Orthodontie chez les enfants et adolescents " KCE Report 77B

Un exemple intéressant qui permet au KCE de recommander une révision à la baisse du remboursement des « drug-eluting stents » qui rapproche celui-ci du niveau de remboursement des stents classiques.

En résumé, il faut:

- Mieux établir les priorités;
- Rendre les priorités explicites.

Le premier objectif de ce chapitre était d'insister sur l'importance du recours systématique aux méthodes économiques d'évaluation pour déterminer les décisions de remboursement. Les analyses coût-efficacité et coût-bénéfice ne sont pas exemptes de défauts. Elles peuvent donc être critiquées dans l'absolu et contestées par celles et ceux qui se sentent floués par leur application. Il n'en demeure pas moins que le recours à ces évaluations économiques permet de mettre en évidence les enjeux liés aux interventions médicales et fournit une base chiffrée à partir de laquelle une discussion plus éclairée peut être entamée.

Mettre en évidence l'importance de l'établissement de priorités explicites en matière de remboursement constituait le second objectif du chapitre. Car il nous semble important de souligner que lorsque les procédures sont effectuées dans la plus grande transparence et lorsque les priorités sont clairement affirmées, les citoyens peuvent plus facilement comprendre les raisons qui expliquent que certains programmes de santé soient financés alors que d'autres ne le soient pas. Ce type de démarche, clairement définie et expliquée, accroît certainement l'inclinaison des citoyens à adhérer à un système de soins de santé financé collectivement.

Comment expliquer que les priorités soient peu affirmées en Belgique ? En guise d'explication, on peut avancer que l'établissement d'un ordre de priorités censé refléter les valeurs sociales est plus aisé dans un système d'organisation des soins à la Beveridge (où un Etat peut définir clairement une politique) que dans un système Bismarckien⁵⁴ tel que le nôtre. Dans ce dernier type de système, les décisions de remboursement des soins sont le résultat d'un consensus entre différents groupes de pression qui défendent chacun leur intérêt propre. Si un tel mécanisme n'exclut pas que des les priorités puissent être explicitement définies, il rend néanmoins les choix plus compliqués. Pour s'en convaincre, il suffit de se référer au fait que les mesures correctrices prévues en cas de dépassement du budget de l'INAMI consistent en de simples réductions linéaires des honoraires médicaux. Ce qui signifie que tous les prestataires sont dans de tels cas soumis au même pourcentage de réduction d'honoraires. De même, l'augmentation des tickets modérateurs en 1994 a aussi été appliquée de façon linéaire. Nous sommes donc bien loin d'une politique qui définit les soins qu'il convient de favoriser en vertu de critères de priorité clairement établis.

54 Voir Partie I pour une description des différences fondamentales entre ces deux types de systèmes.



RECOMMANDATION

Mieux définir les priorités et utiliser à cet effet toutes les analyses nationales et internationales disponibles

Mieux affirmer les priorités pour le futur est un exercice difficile dans notre système Bismarckien où les décisions sont le résultat d'un consensus entre différents groupes de pression qui défendent chacun leur intérêt propre.

Des techniques et des expériences existent en Europe et dans le monde pour optimiser l'allocation des ressources. Nous pouvons les utiliser sans réinventer la roue. Des études très intéressantes sont également effectuées en Belgique en particulier par le Kennis Centrum of Excellence. Celles-ci devraient être plus exploitées pour les traduire en décisions concrètes.

Quick win : mieux exploiter les études de très grande qualité réalisées par le KCE

06

MENER DE NOUVELLES
POLITIQUES VOLONTARISTES
POUR RÉDUIRE
LES INÉGALITÉS SOCIO-
ÉCONOMIQUES
DE SANTÉ



Si l'accès aux soins est incontestablement un facteur déterminant pour réduire les inégalités de santé, il n'est pas le seul. Les autorités responsables en matière de santé ne peuvent se contenter de favoriser l'accès aux soins si elles veulent réduire les inégalités socio-économiques de santé. Les politiques volontaristes menées aux Pays-Bas et au Royaume-Uni nous montrent que cela est possible moyennant trois conditions : une action concertée et transversale, des programmes circonscrits sur des populations-cibles et enfin des objectifs quantifiables pour évaluer les stratégies mises en place.

S'INSPIRER DES EXPÉRIENCES BRITANNIQUES ET NÉERLANDAISES

Les inégalités socioéconomiques de santé existent lorsque les personnes au statut social ou économique le plus fragile jouissent d'un état de santé plus dégradé.

Le Royaume-Uni et les Pays-Bas sont ceux qui sont les plus avancés dans la mise en place d'une politique volontariste pour la réduction des inégalités socioéconomiques de santé.

Les inégalités socioéconomiques de santé ont fait l'objet d'un regain d'intérêt dans beaucoup de pays depuis le lancement du programme "Health For All by the Year 2000" par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1985. Parmi les pays européens, le Royaume-Uni et les Pays-Bas sont ceux qui sont les plus avancés dans la mise en place d'une politique volontariste ayant pour objectif la réduction des inégalités socioéconomiques de santé. Les objectifs et mesures mis en place aussi bien au Royaume-Uni qu'au Pays-Bas se basent sur le rôle des déterminants sociaux de l'état de santé et sur l'importance des politiques de réduction de la pauvreté.

Au Royaume-Uni, deux objectifs quantifiables ont été définis:

1. réduire de 10% d'ici 2010 la différence de mortalité infantile entre les travailleurs manuels et la population générale ;
2. réduire de 10% la différence d'espérance de vie entre les zones les plus défavorisées et le reste du pays.

Deux objectifs quantifiables ont été définis en 2001 au Royaume-Uni. Le premier est de réduire de 10% d'ici 2010 la différence de mortalité infantile entre la classe des travailleurs manuels et la population générale. Le deuxième objectif, toujours à l'horizon 2010, est de réduire de 10% la différence d'espérance de vie entre les habitants des zones les plus défavorisées (les zones du pays classées dans les derniers 20% en termes de développement) et ceux du reste du pays. En 2004, des objectifs « intermédiaires » (réduction du tabagisme, des grossesses non-désirées chez les moins de 18 ans, du nombre d'obèses,...) ont aussi été définis avec les programmes d'action à mettre en œuvre pour les atteindre. Ces programmes - visant entre autres à la promotion de l'exercice physique, à l'allaitement, à une nutrition équilibrée et à l'arrêt du tabagisme - ont ainsi été destinés à des populations cibles. De même, l'accès au dépistage et au traitement des cancers et des maladies coronariennes a été facilité dans les quartiers défavorisés⁵⁵. Le plan britannique est assez ambitieux et complet. Il regroupe différents acteurs (responsables politiques au niveau local, centres de soins primaires, associations visant à la réinsertion,...) qui seront tous évalués sur leurs résultats au terme du programme.

⁵⁵ Couffinhal et al. (2005) « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen » *Bulletin d'information d'économie de la santé* n°93, IRDES

Aux Pays-Bas 7 des 12 expériences menées entre 1995 et 2001 ont donné des résultats positifs.

Qu'avons nous appris?

1) Les inégalités socioéconomiques de santé ne proviennent pas seulement du système de santé lui-même. Elles viennent de l'éducation, du logement, de l'environnement, des conditions de travail. Par conséquent, les actions isolées ne sont pas efficaces.

Aux Pays-Bas, ce sont douze expériences qui ont été menées entre 1995 et 2001 afin de réduire les inégalités socioéconomiques de santé. Les mesures ont été ensuite évaluées. Sept d'entre elles ont donné des résultats positifs : les programmes anti-tabac et d'hygiène dentaire à l'école et dans les quartiers défavorisés, la modification de l'organisation du travail pour certaines professions (réduction des contraintes physiques imposées aux maçons grâce à de nouveaux équipements et adaptation des horaires des éboueurs), le suivi régulier de patients atteints d'asthme ou de maladies pulmonaires chroniques, la formation de réseaux de soins primaires locaux et l'éducation à la santé auprès de patients turcs atteints de diabète. Les cinq autres programmes n'ont donné aucun effet ou n'ont pu être évalués⁵⁶. Au final, les résultats semblent plutôt encourageants et quelques grandes tendances se dégagent de ces expériences : les interventions visant à diminuer la pénibilité de certaines conditions de travail⁵⁷ et les interventions bien ciblées semblent être les plus efficaces, au contraire des interventions de masse (comme une campagne médiatique auprès des femmes enceintes pour l'utilisation d'acide folique) ou de certaines mesures particulières (comme l'octroi d'allocations aux parents vivant dans la pauvreté).

Que peut-on tirer des expériences britanniques et néerlandaises? S'il n'est pas nécessairement souhaitable de transférer telles quelles les mesures ayant donné de bons résultats à l'étranger, certaines leçons peuvent néanmoins être dégagées. Le premier enseignement vient en droite ligne des études épidémiologiques qui ont amplement montré que les déterminants de la santé étaient multiples. Par conséquent, toute tentative de réduction des inégalités socioéconomiques de santé requiert des actions simultanées et soutenues dans plusieurs champs. Les inégalités socioéconomiques de santé ont en effet des origines liées, outre à l'organisation du système de santé lui-même, à l'éducation, au logement, à l'environnement, aux conditions de travail,...Des actions menées de façon isolée ne seraient dès lors pas efficaces puisqu'elles semblent complémentaires (l'efficacité de chaque action augmente lorsque d'autres actions sont mises en place). A l'instar de ce qui a été tenté au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, une action concertée et transversale est donc souhaitable.

56 Mackenbach, JP. and K. Stronks (2004) "The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands" *International Journal for Equity in Health* 3:11: 1-7.

57 L'effet de la pénibilité des conditions de travail sur l'état de santé des travailleurs a aussi été mis en évidence à l'aide de données françaises. Voir Crainich D., Leleu H. (2006). Exploitation des auto-questionnaires de l'extension régionale Nord Pas-de-Calais de l'Enquête Nationale Santé et Soins Médicaux 2002 de l'INSEE. Rapport final pour la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) Nord Pas-de-Calais, juin, 178p.

2) Les actions ciblées doivent être privilégiées au détriment des actions de masse.

Donc: les mesures qui donnent les meilleurs résultats en termes de perte de poids sont celles qui d'une part sont menées à long terme à partir de différents canaux et qui, d'autre part, sont concentrées sur les populations très précises.

Un deuxième enseignement de ces expériences est que les actions ciblées doivent être privilégiées au détriment des actions de masse. Les études épidémiologiques montrent en effet que des campagnes de prévention ou de dépistage menées sur l'ensemble de la population vont surtout sensibiliser les personnes qui ne courent pas nécessairement le plus de risques. En d'autres termes, les campagnes de masse ratent souvent leur cible (les expériences néerlandaises l'ont confirmé). L'étude réalisée⁵⁸ sur les inégalités socioéconomiques de santé dans 13 Etats Membres peut être particulièrement instructive à cet égard. Elle a permis de mettre en évidence - pays par pays - des groupes de la population dans lesquels les inégalités socioéconomiques de santé étaient particulièrement prononcées. En Belgique, ces groupes sont les femmes âgées, les peu qualifiés et les économiquement inactifs. Il conviendrait donc peut-être de diriger les actions correctrices en priorité vers ces populations.

Ces deux premiers enseignements sont confirmés par une expérience originale menée dans deux petites communes du Nord/Pas-de-Calais (France) : Fleurbaix et Laventie. L'association «Fleurbaix Laventie Ville Santé » s'est ainsi focalisée sur l'éducation nutritionnelle d'enfants de 6 à 12 ans en misant sur des résultats à long terme (l'expérience, initiée en 1992, a porté sur une durée de 15 ans). L'objectif était d'améliorer les connaissances alimentaires des enfants et par là de modifier leurs habitudes de consommation. L'expérience a donné lieu à une centaine d'articles scientifiques⁵⁹ sur les mesures qui peuvent modifier les habitudes alimentaires et sur les conséquences que ces mesures peuvent avoir sur la santé, notamment sur les risques cardio-vasculaires. Là aussi, certains résultats sont prometteurs. Un des nombreux enseignements de cette expérience est que les mesures qui donnent les meilleurs résultats en termes de perte de poids sont celles qui d'une part sont menées à long terme à partir de différents canaux (éducation, activité physique,...) et qui, d'autre part, sont concentrées sur les populations très précises. Des combinaisons qui fonctionnent par exemple bien pour des enfants ne vont ainsi pas nécessairement avoir un impact sur le comportement d'adolescents. Les enseignements de cette expérience devraient être particulièrement intéressants pour les autorités publiques responsables des politiques de santé en Belgique dans la mesure où l'obésité y est en constante augmentation : selon les estimations, 20 à 30% des habitants présenteraient un excès de poids en Belgique.

58 Van Doorslaer, E. and X. Koolman (2004) "Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries" *Health Economics* 13 (7): 609-628.

59 Dont la plupart sont disponibles en ligne sur: <http://www.flvs.fr/>

LA BELGIQUE MISE TOUT SUR L'ACCÈS AUX SOINS

L'accessibilité des soins a toujours été une préoccupation majeure des gouvernements belges successifs.

L'accès aux soins constitue incontestablement un des points forts du système de santé belge. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a par exemple classé la Belgique au 3^{ème} rang d'un classement consacré à l'équité de la contribution financière aux systèmes de santé⁶⁰. L'accessibilité des soins a toujours été une préoccupation majeure des gouvernements belges successifs qui ont toujours voulu éviter que les personnes les plus pauvres ne puissent se soigner en cas de maladie.

Pour atteindre cet objectif, la Belgique a - comme la plupart des pays occidentaux - mis en place un système d'assurance sociale qui repose sur un double principe: 1) les prélèvements sociaux varient de façon progressive avec le revenu, la contribution de chacun au système dépend par conséquent de sa capacité à payer (principe d'équité verticale) ; 2) les soins ne sont pas fournis en fonction de la contribution financière mais des besoins de chacun (principe d'équité horizontale).

Un plafond annuel dans le montant des interventions personnelles a même été établi.

Les soins ne sont cependant pas gratuits pour les patients. Ces derniers s'acquittent en effet d'un pourcentage déterminé du coût des soins (appelé ticket modérateur). Cette partie du coût varie en fonction de la nature des prestations et du fait que l'assuré ait ou non un statut préférentiel⁶¹. Par ailleurs, en vue d'améliorer l'accessibilité financière aux soins et de ne pas trop pénaliser les gros consommateurs (les personnes atteintes de maladies chroniques par exemple), un plafond annuel dans le montant des interventions personnelles a été établi. Ce dispositif, appelé maximum à facturer (MAF), dépend du revenu des assurés. Ainsi, l'intervention personnelle d'un individu dont le revenu annuel net est compris entre 22.253,86€ et 30.031,91€ ne dépassera pas 1000€ alors que le maximum à facturer des individus dont le revenu annuel net est supérieur à 53582,11€ est fixé à 2.500€.

⁶⁰ Organisation Mondiale de la Santé (2000) "Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant" Genève, 248p.

⁶¹ Le statut préférentiel est accordé à certains groupes de la population: les veufs, les invalides, les orphelins, les personnes bénéficiant d'un revenu d'intégration, les personnes handicapées, les chômeurs de plus de 50 ans dont la période de chômage est supérieure à 1 an,...etc. pour autant que ces personnes disposent d'un revenu inférieur à un certain montant.

En Belgique, l'existence d'un statut d'assuré préférentiel et le principe de maximum à facturer rendent les soins relativement accessibles aux personnes les plus pauvres.

La prise en charge partielle du coût par les patients se justifie à la fois pour des raisons budgétaires et économiques. Les tickets modérateurs permettent aux autorités publiques de ne pas devoir financer l'ensemble des coûts liés aux traitements et ainsi de pouvoir alléger les dépenses de l'assurance maladie (justification budgétaire). Par ailleurs, faire payer une partie du coût des traitements aux patients donne à ces derniers des incitations à ne pas utiliser à mauvais escient les services de santé en cas de maladie (justification économique). Ces raisons économiques et budgétaires font donc obstacle à un accès aux soins totalement gratuit pour l'ensemble de la population.

En déterminant le niveau des tickets modérateurs, les autorités publiques effectuent par conséquent un arbitrage entre, d'une part, la couverture des patients contre les conséquences financières parfois très lourdes des maladies et, d'autre part, le souci d'éviter une surconsommation de soins médicaux qui sont financés collectivement. En Belgique, l'existence d'un statut d'assuré préférentiel et le principe de maximum à facturer rendent les soins relativement accessibles aux personnes les plus pauvres. Et si la part moyenne prise en charge par les patients a augmenté depuis les années quatre-vingt, cette augmentation a surtout été prise en charge par les personnes aux revenus plus élevés. Ce qui signifie que cette augmentation du financement privé moyen ne semble pas s'être traduite par une moindre redistribution entre personnes riches et pauvres⁶². Il semble donc que le système de maximum à facturer soit un moyen efficace de protéger les segments les plus faibles de la population.

Ce que semblent confirmer des travaux effectués sur des données belges. Selon ces derniers⁶³, les personnes pauvres consommeraient, par rapport à leurs besoins estimés, plus de soins hospitaliers et de soins fournis par des médecins généralistes alors que les personnes les plus riches auraient quant à elles - toujours par rapport à leurs besoins estimés - plutôt recours aux soins de spécialistes. Dans le même ordre d'idée, une analyse récente⁶⁴ montre que si le fait d'avoir une assurance complémentaire (fournie par les assureurs privés et les mutuelles hors assurance maladie obligatoire) est

62 Van Camp G, Van Ourti, T et D. De Graeve (2003) "Vergelijking eigen bijdragen doorheen de tijd op basis van huishoudbudgetenquêtes van 1978-79, 1987-88 en 1997-98" Final Report DWTC-project SO/01/005, Part 2 ; Antwerp/Leuven.

63 Voir notamment: Van Ourti, T (2002) "Measuring horizontal inequity in health care using Belgian panel data", ECuity III Project Working Paper #6

64 Schokkaert E, Van Ourti T, De Graeve D, Lecluyse A et C Van de Voorde (2007) "Supplemental health insurance and equality of access in Belgium", CES Discussion Paper Series DPS 0729

fortement lié au revenu des individus, disposer de cette assurance ne semble pas induire une consommation de soins plus élevée de façon générale (mais plutôt une structure de consommation de soins différente). L'organisation du système de soins dans notre pays ne générerait donc pas de relative surconsommation médicale par les plus riches.

DE NOUVELLES POLITIQUES VOLONTARISTES ET CIBLÉES SONT NÉCESSAIRES

Il semble que les politiques axées sur l'accès aux soins soient insuffisantes.

68% des ménages les plus pauvres avouent avoir des difficultés à financer leurs dépenses de santé.

L'espérance de vie d'un homme (resp. une femme) ayant un faible niveau d'étude est réduite, par rapport à une personne qui a effectué des études supérieures, de 5 ans (resp. 3 ans) et son espérance de vie en bonne santé est de 18 ans plus faible

Concrètement, les leçons à tirer:

1. les politiques doivent faire l'objet d'une réflexion globale de la part des autorités ayant un impact direct ou indirect sur l'état de santé de la population ;
2. des programmes circonscrits semblent devoir être favorisés ;
3. des objectifs quantifiables pour évaluer les stratégies mises places.

Les politiques mises en place en Belgique pour réduire les inégalités socioéconomiques de santé se sont concentrées sur l'accès aux soins des patients les plus démunis. Il semble toutefois que ces politiques soient insuffisantes.

Les études nous montrent que les soins restent difficilement abordables pour certaines personnes. Les ménages belges dépensent en moyenne 8% de leur budget dans les soins de santé mais la dépense moyenne des personnes les plus âgées et les plus pauvres est de 15% (contre 4% pour les personnes les plus riches). Et 68% des ménages les plus pauvres avouent avoir des difficultés à financer leurs dépenses de santé (contre 7% des ménages les plus riches)⁶⁵. Et ces difficultés à financer le coût des soins ont un impact - même si elles ne constituent pas le seul élément explicatif - sur les indicateurs de santé. A titre d'exemple, l'espérance de vie d'un homme (resp. une femme) ayant un faible niveau d'étude est réduite, par rapport à une personne qui a effectué des études supérieures, de 5 ans (resp. 3 ans) et son espérance de vie en bonne santé est de 18 ans (resp. 25 ans) plus faible⁶⁶. La Fondation Roi Baudouin a fait paraître en 2007 un rapport qui comprend de nombreux exemples du même type.

Améliorer l'état de santé des populations les plus pauvres passe aussi par des stratégies coordonnées et volontaristes. Sans dresser ici une liste des mesures qui pourraient nous permettre d'atteindre cet objectif, l'exemple du Royaume-Uni et des Pays-Bas peut nous permettre de tirer quelques enseignements généraux. La première idée qui semble émerger est que les politiques doivent faire l'objet d'une réflexion globale de la part des

65 Louckx F et al. (2001), "Socioeconomic differences in health and access to health care" Archives of Public Health, 59, pp. 239-263..

66 Bossuyt N. et H. Van Oyen, (2000), "Gezondheidsverwachting volgens socio-economische gradiënt in België" IPH/EPI Reports Nr. 2000-003, Bruxelles: Institut Scientifique de Santé Publique. Département Epidémiologie

autorités compétentes dans les domaines ayant un impact direct ou indirect sur l'état de santé de la population : les responsables en matière de santé bien sûr mais aussi ceux qui définissent les politiques en matière d'éducation, de logement et d'environnement. Deuxièmement, des programmes circonscrits sur des populations cibles semblent devoir être favorisés. Enfin, des objectifs quantifiables pourraient permettre de mieux évaluer les stratégies mises en place. Les actions développées aux Pays-Bas et l'expérience «Fleurbaix Laventie Ville Santé » en France ont donné de premiers résultats encourageants. Elles indiquent que les inégalités socioéconomiques de santé ne sont probablement pas une fatalité pour autant que les mesures nécessaires à leur réduction soient mises en place et les autorités aient le courage d'entreprendre des politiques à long terme.

L'examen des études réalisées en économie de la Santé nous permet de répondre à la question importante du lien entre la relative accessibilité aux soins dans notre pays et les inégalités de santé. En d'autres termes, dans quelle mesure cette accessibilité permet-elle d'empêcher que les inégalités de richesses ne se traduisent en inégalités de santé ?

Une première information - peu surprenante - mise en évidence dans de nombreuses études est que les patients les plus pauvres sont les plus sensibles aux variations du coût des soins. Une augmentation des tickets modérateurs induit donc plus de réduction de la demande de soins chez les patients à faibles revenus que chez ceux qui disposent de revenus plus élevés. Ce qui ne serait pas sans lien avec l'état de santé. Une étude menée aux Etats-Unis par la RAND Corporation⁶⁷ a ainsi par exemple montré que les soins gratuits ont significativement normalisé la tension artérielle, amélioré l'hygiène dentaire, les capacités oculaires et certains symptômes sérieux chez les patients les plus pauvres. Le lien entre richesse et santé ne semble pas faire de doute.

Ce lien a été quantifié récemment dans 13 Etats Membres de l'Union européenne (dont la Belgique) à travers un indice de concentration qui mesure l'association qui existe entre les inégalités de richesses et les inégalités de santé⁶⁸. Cette étude montre que si les inégalités socioéconomiques de santé existent dans chacun des pays passés en revue (c'est-à-dire que l'état de santé est en général meilleur parmi les populations les plus

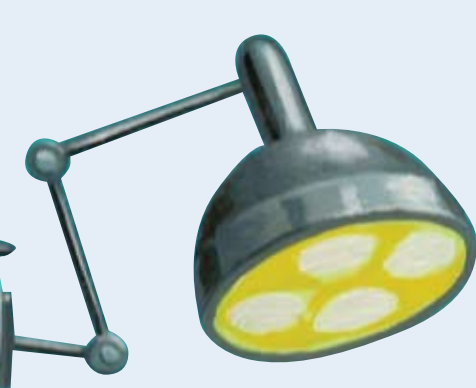
⁶⁷ Manning, W. G., J. P. Newhouse, et al. (1987). «Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment.» *American Economic Review* 77(3): 251-77.

⁶⁸ Van Doorslaer, E. and X. Koolman (2004) "Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries" *Health Economics* 13 (7): 609-628.

riches), elles sont comparativement assez faibles en Belgique. En effet, seuls les Pays-Bas, l'Allemagne et l'Italie présentent des inégalités socioéconomiques de santé moins prononcées. Par ailleurs, l'étude met aussi en évidence les groupes de la population parmi lesquels ces inégalités sont les plus grandes. En Belgique, ces groupes sont - dans l'ordre - les femmes âgées (surtout au-delà de 70 ans), les personnes ayant un plus faible niveau de qualification et les économiquement inactifs (chômeurs, retraités, autres). Enfin, l'étude montre aussi que les différences de revenus n'expliquent qu'une partie - même si c'est le facteur le plus important - des inégalités de santé. Cette partie varie entre 25% et 40% dans l'ensemble des pays passés en revue et est de 34% en Belgique. Une des conclusions intéressantes de ce travail est que les inégalités socio-économiques de santé sont davantage dues aux vecteurs qui transforment le revenu en santé (éducation, logement,...) qu'aux inégalités de santé elles-mêmes. En termes de politique économique, ceci implique que les politiques de santé seraient donc plus efficaces que les politiques de redistribution du revenu pour réduire les inégalités socio-économiques de santé.

On peut en déduire que les politiques visant à faciliter l'accès aux soins des personnes économiquement les plus vulnérables sont nécessaires mais insuffisantes pour atténuer les inégalités socioéconomiques de santé. Ce dernier résultat confirme ce que les études épidémiologiques ont largement montré depuis longtemps : si l'accès aux soins est incontestablement un facteur déterminant pour réduire les inégalités de santé, il n'est pas le seul. L'état de santé des individus (et donc les différences d'états de santé entre individus) est en fait le résultat d'un mélange d'éléments inextricablement liés : le revenu, l'éducation, l'environnement, les comportements à risques, le statut socioprofessionnel,...etc. Les autorités responsables en matière de santé ne peuvent par conséquent se contenter de préserver l'accès aux soins si elles veulent réduire les inégalités socioéconomiques de santé.

Or, c'est pourtant dans cette direction que les efforts des autorités belges semblent s'être exclusivement concentrés. Car si l'on peut incontestablement mettre à leur crédit leur volonté de protéger l'accès aux soins des patients les plus pauvres, l'absence de stratégies organisées à long terme pour réduire ces inégalités de santé est regrettable.



RECOMMANDATION

Mener des actions très ciblées et coordonnées pour réduire les inégalités de santé

Favoriser l'accès aux soins n'est pas suffisant pour réduire les inégalités de santé. Si ces politiques sont nécessaires, elles sont insuffisantes pour réduire les inégalités de santé. Des politiques nouvelles doivent être mises sur pied. Deux conditions de succès : privilégier les actions ciblées au détriment des actions de masse qui vont surtout sensibiliser les personnes qui ne courent pas le plus de risques – ne pas agir de manière isolée mais simultanément sur plusieurs composantes.

Quick win : programme de lutte contre l'obésité ciblé sur les enfants de 6 à 12 ans et agissant sur différents canaux : alimentation plus équilibrée, activité physique...

07

MIEUX COORDONNER ET
EXPLOITER LE POTENTIEL
EXTRAORDINAIRE
DE L'INFORMATIQUE
ET DES RÉSEAUX DE
COMMUNICATION



Les applications dédiées au monde de la Santé sont aujourd’hui testées, éprouvées et apportent une réelle valeur ajoutée tant sur le plan qualitatif que financier. Celles-ci couvrent des domaines aussi divers que la gestion des blocs opératoires, des urgences, des agendas, des trajets de soins, des pratiques médicales et infirmières. Des sociétés spécialisées pour chacune de ces applications existent et disposent de sérieuses références dans notre pays.

Ces applications permettent d’influer directement sur les points faibles que nous avons pu identifier précédemment :

- Favoriser l’approche horizontale d’offre de soins
- Améliorer la qualité des soins
- Influer sur le budget
- Favoriser la prévention

De nombreuses success stories existent aujourd'hui à l'étranger dont nous pouvons nous inspirer. L'exemple de la région de Franche-Comté en France est un exemple de grande réussite où aujourd'hui plus de 700.000 patients disposent d'un identifiant unique et où les dossiers médicaux ouverts sont accessibles en ligne à tous les professionnels de la santé. Il s'agit d'un partage en temps réel de l'information via un portail d'accès collaboratif accessible via le web par l'ensemble des professionnels de la région. Cette approche permet de réduire la duplication des examens, d'augmenter la qualité de la prescription et le suivi médical du patient. Il permet également d'éviter les interactions médicamenteuses qui occasionnent chaque année des milliers d'hospitalisations.

En Belgique, le projet BE-health approuvé par le gouvernement pose les bases de l'échange de données à l'échelle fédérale. L'étape suivante est d'aller plus loin et de généraliser le partage du dossier patient à l'échelle régionale ou subrégionale. Deux conditions pour réussir : un identifiant patient unique et une adhésion sur base volontaire autour de ce noyau de base.

INTRODUCTION

Les applications dédiées au monde de la santé sont aujourd'hui testées, éprouvées et apportent une réelle valeur ajoutée tant sur le plan qualitatif que financier. Celles-ci couvrent des domaines aussi divers que la gestion des blocs opératoires, des urgences, des agendas, des trajets de soins, des pratiques médicales et infirmières. Des sociétés spécialisées pour chacune de ces applications existent et disposent de sérieuses références dans notre pays.

L'informatique reste aujourd'hui sous utilisée dans le secteur de la santé, au niveau européen et en Belgique.

Pourtant l'informatique reste aujourd'hui sous utilisée de manière générale dans le secteur de la santé, au niveau européen et également en Belgique. Depuis plus d'une dizaine d'années cette situation inquiète la Commission européenne qui essaie d'y remédier : alors que la plupart des autres secteurs consacrent 4, 5, 6 % de leur budget à l'informatique, le secteur de la santé restent nettement en-dessous de ces chiffres avec des budgets de 2,5 % à 3 % consacrés à l'informatique. Si l'on sait qu'un petit hôpital réalise un chiffre d'affaires de 30 millions d'euros, un hôpital de 400 lits près de 90

millions euros et que les hôpitaux de plus de 1.000 lits peuvent dépasser les 250 millions d'euros de chiffres d'affaires, un différentiel de 2,5 % va représenter de 750.000 euros à 6250000 euros.

En Belgique, la situation est très variable selon les prestataires et les institutions.

En Belgique, la situation est très variable selon les prestataires et les institutions : certains consacrent des budgets très faibles à leur informatique alors que d'autres y investissent plus massivement parce qu'ils ont compris l'intérêt sur le plan qualitatif, financier et marketing. On observe donc des divergences très importantes : certains peuvent mettre en évidence des projets très avancés et très performants alors que d'autres sont aujourd'hui très en retard.

Nous avons identifié de véritables success stories à l'étranger et en Belgique.

Plutôt que de réaliser de longs développements techniques sur l'évolution de l'informatique dans le monde de la santé et présenter les avantages de manière théorique, il nous a semblé préférable de montrer de véritables success stories que nous avons pu identifier à l'étranger et en Belgique.

Favoriser une approche horizontale: le suivi médical de plus de 700.000 patients via le portail collaboratif.

L'INFORMATIQUE POUR FAVORISER UNE APPROCHE HORIZONTALE D'OFFRE DE SOINS

SUCCESS STORY 1

LA RÉUSSITE DU DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ EN FRANCHE COMTÉ.

Alors que la mise en œuvre du DMP se révèle de manière générale un échec en France, un projet actuellement en cours livre déjà des résultats très intéressants et très prometteurs : l'expérience développée par l'ARH (agence régionale d'hospitalisation) de Franche Comté.

L'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) de Franche Comté assure le suivi médical de plus de 700 000 patients via le portail collaboratif fc-santé.org.

Le «Dossier médical partagé» (DMP) est un projet national qui recouvre des enjeux critiques de santé publique. La Franche-Comté joue à ce titre un rôle pionnier en étant la première région à disposer d'un DMP interopérable avec l'ensemble des structures

médicales de la région et accessible aux patients. «700 000 habitants de la région disposent aujourd'hui d'un identifiant unique reconnu par l'ensemble des structures médicales et plus de 30 000 dossiers sont d'ores et déjà actifs», souligne Hervé Barge, chargé de mission SI télémédecine au sein de l'ARH Franche-Comté.

C'est-à-dire le partage en temps réel de l'information médicale via un portail d'accès collaboratif.

Le projet conduit par l'ARH Franche-Comté repose sur le partage en temps réel de l'information médicale via un portail d'accès collaboratif accessible via le Web par l'ensemble des professionnels de santé de la région. Ainsi, les radios et examens sanguins effectués dès la naissance d'un nouveau-né sont immédiatement accessibles par le pédiatre via le portail. Le DMP va ensuite s'enrichir tout au long du parcours de santé de ce nouveau patient.

Ceci permet d'éviter les risques liés aux interactions médicamenteuses, les risques d'erreurs engendrés par la ressaisie d'informations, la duplication des examens médico-techniques inutiles.

«Cet historique accessible en temps réel améliore considérablement la qualité des prescriptions et du suivi médical des patients. Il permet notamment d'éviter les risques liés aux interactions médicamenteuses qui occasionnent chaque année des centaines de milliers d'hospitalisations», souligne Blondine Mulin, coordinatrice du réseau de périnatalité de la région. Ce système permet en outre de réduire les risques d'erreurs engendrés par la ressaisie d'informations et accroît la productivité des praticiens. «Les 10 à 15 minutes exigées jusqu'à présent pour la ressaisie des informations relatives au passé médical du patient sont désormais réduites à quelques secondes», ajoute Blondine Mulin.

On peut rajouter que ce dossier permet d'éviter la duplication des examens médico-techniques inutiles, ce qui permet de générer des économies et d'éviter les expositions inutiles des patients aux rayons.

Pourtant, le DMP développé en Franche Comté aurait dû être confronté aux mêmes difficultés que celles rencontrées au niveau national et dans les autres régions. En gros, elles sont de 3 types :

- l'hétérogénéité des lieux de soins, de l'infirmière libérale au CHU (en termes d'équipement informatique, de moyens financiers, de pratiques et de capacité à évoluer...),
- la tension financière qui pèse à tous les niveaux sur les capacités à se moderniser,
- le niveau d'adaptabilité parfois très réduit du public (notamment des personnes âgées ou peu instruites). Celui-ci impose un haut niveau d'ergonomie et la recherche de simplicité.

Quels sont les facteurs qui permettent aujourd'hui d'expliquer ce succès ?

1) Une mise en œuvre progressive et basée sur une adhésion volontaire ;

2) un identifiant unique.

Améliorer la santé.

Le projet Micronet pour combattre les infections nosocomiales dans la région du Piémont.

Quels sont les facteurs qui permettent aujourd'hui d'expliquer ce succès ?

Facteur de succès 1 : Une mise en œuvre progressive et basée sur une adhésion volontaire

Le DMP n'a pas été imposé aux établissements tel quel. Le projet est parti d'une douzaine de réseaux qui souhaitaient s'informatiser. Les travaux ont débuté par une politique de rapprochement des identités des patients pour aller vers un identifiant unique ensuite, et en parallèle, par l'établissement d'annuaires communs.

La voie a ainsi été ouverte vers le DMP. Celui-ci s'est d'abord défini en mettant en commun le minimum que l'on pouvait partager sur un projet baptisé au départ DMMP (Dossier Médical Minimum Partagé). En quelques mois tous les médecins étaient d'accord pour travailler sur les points minimums. Maintenant, plus les gens partagent ce dossier personnel, plus le service rendu est important, et plus ils l'utilisent.

Facteur de succès 2 : un identifiant unique

La clé de voute du système est la mise en place d'un identifiant unique par patient au niveau régional. Cela s'effectue au travers d'un serveur identifiant patient *ideo-pass* : tous les prestataires de santé utilisent le même identifiant patient.

L'INFORMATIQUE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ

SUCCESS STORY 2

LE PROJET MICRONET POUR RÉDUIRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Le projet Micronet est un projet développé par l'« Istituto Superiore di Sanita », l'Institut National de Santé Publique italien pour combattre les infections nosocomiales (infections contractées lors du séjour à l'hôpital).

Le projet conduit dans la région du Piémont consiste à récolter et à analyser systématiquement les données venant des laboratoires de la région. Un groupe de microbiologistes et d'épidémiologistes ont produit onze tables standardisées régulièrement mises à jour. Toutes ces données sont stockées dans une base de données centrale Micronet et un web site a été créé pour fournir un feedback systématique en termes d'analyse des données agrégées.

La surveillance permet une prévention efficace et des contre-mesures rapides.

La surveillance de ces maladies nosocomiales permet une prévention efficace et des contre-mesures rapides. La surveillance systématique des infections acquises à l'hôpital a un impact important du point de vue économique : les infections touchent 5 à 8 % des patients ; chaque infection coûte une moyenne de 17,2 journées d'hospitalisation supplémentaire et les institutions équipées d'un système de contrôle atteignent une réduction de 32 % des infections en 5 ans.

Améliorer la prévention.

L'INFORMATIQUE POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION

SUCCESS STORY 3

LA BASE DE DONNÉES VACCINATION KIND EN GEZIN

Kind en Gezin a développé et utilisé une Base de Données de Vaccination pour la Flandre pour augmenter son taux de vaccination de 77 % à plus de 90 % en 6 ans.

L'association Kind en Gezin a développé en Flandre une application qui illustre le potentiel de l'informatique santé en matière de prévention. Ce type d'application pourrait être développé dans bien d'autres domaines.

Kind en Gezin a développé et utilisé une Base de Données de Vaccination pour la Flandre pour augmenter son taux de vaccination de 77 % à plus de 90 % en 6 ans. L'essentiel de cette amélioration a été obtenu par une meilleure productivité.

L'application fournit une fiche de vaccination électronique pour chaque enfant, un contrôle des stocks et de l'offre disponible, un canal de communication fiable et rapide vers les professionnels de la santé des changements de politiques en matière de vaccination et de pratiques ainsi que des données pour le contrôle de la performance. L'ensemble crée une dynamique e-health nouvelle qui permet de développer d'autres services pour Kind en Gezin.

Depuis 2005, la base de données est accessible aux médecins de famille et aux professionnels des centres de santé des écoles.

Les enfants et les familles bénéficient de 96 % des bénéfices totaux de ce nouveau système par une vaccination accrue. Le gain en termes de coût pour Kind en Gezin provient surtout des gains en productivité qui permettent à Kind en Gezin d'éviter les coûts en personnel additionnel qui auraient été nécessaires pour faire face au taux de vaccination accru avec le système précédent d'enregistrement manuel.

Améliorer l'information.

NHS Direct Online donne directement accès à tous les citoyens à l'information sur la santé et les soins de santé.

Le but est donc de former les citoyens-patients à la prise en charge de leur propre santé.

Le site offre également des services spécialisés.

L'INFORMATIQUE POUR AMÉLIORER L'INFORMATION

SUCCESS STORY 4

NHS DIRECT

Le National Health Services au Royaume-Uni a développé NHS Direct Online (NHSDO) pour donner accès à tous les citoyens à l'information sur la santé et les soins de santé. Cela leur permet d'améliorer leurs connaissances et leurs choix en matière de styles de vie, de santé et de soins de santé.

L'approche choisie va donc bien au-delà de l'approche traditionnelle soins de santé : l'objectif de cette initiative est également de former les citoyens-patients à la prise en charge de leur propre santé.

Le nombre de visiteurs a augmenté de façon spectaculaire de 1.5 millions de visiteurs en 2000 à une prévision de 24 millions de visiteurs en 2008. Le nombre de visiteurs qui reviennent sur le site a lui aussi augmenté d'environ un tiers des visites à environ la moitié.

Ces visiteurs sont des patients, des proches des patients, des citoyens qui ne sont pas encore patients mais souhaitent en savoir plus sur leurs conditions. Il s'agit aussi de citoyens en bonne santé qui recherchent de l'information pour améliorer leur style de vie. D'autres se préparent à un voyage à l'étranger.

De nombreux services spécialisés sont offerts : questionnaires santé, encyclopédie santé, site web sur les meilleurs traitements, guide pour l'auto prise en charge, détails des services locaux du NHS, questions les plus fréquentes, outils interactifs ...

Les principaux avantages identifiés sont :

- De permettre aux citoyens de faire des choix plus éclairés et plus judicieux en matière de styles de vie
- De se prendre plus en charge et d'éviter des visites auprès des médecins généralistes simplement pour avoir de l'information
- D'éviter les coûts liés au personnel requis par la mise en place de call center qui rempliraient les mêmes fonctions
- D'atteindre des groupes ciblés de citoyens-patients qui ont des problèmes de santé spécifiques

Réduire les coûts: le projet logistique et les coopératives d'achat.

L'hôpital d'Ahlen a ainsi installé un processus complètement informatisé de la chaîne logistique.

La conséquence: une réduction de coût liée à la réduction des risques et des gains de temps.

Il y a moyen de faire des économies complémentaires beaucoup plus importantes par la création de centrales complètement informatisées.

42 % de toutes les prescriptions en Suède sont transférées automatiquement.

L'INFORMATIQUE POUR RÉDUIRE LES COÛTS

SUCCESS STORY 5

LE PROJET LOGISTIQUE À L'HÔPITAL ST FRANZISKUS À AHLEN EN ALLEMAGNE ET LES COOPÉRATIVES D'ACHAT AU CANADA

La gestion de la logistique en milieu hospitalier permet de réaliser des économies importantes d'abord dans la gestion de la logistique interne. L'hôpital d'Ahlen en Allemagne a ainsi installé un processus complètement informatisé de la chaîne logistique : tous les produits sont bar codés et standardisés. Le processus d'achat et la chaîne de commande sont complètement automatisés.

La réduction de coût est le principal avantage de cet investissement par la diminution des coûts de traitement. Le projet mis en place en 2005 a généré un bénéfice cumulé de 470.000 euros pour des coûts estimés à 390.000 euros.

Outre cette diminution de coûts, ce projet d'informatisation réduit les risques d'erreur de prescription et dégage du temps pour les infirmières.

Des économies complémentaires beaucoup plus importantes peuvent encore être réalisées par la création de centrales d'achat comme au Canada basées sur des processus complètement informatisés. Le principe consiste à centraliser tous les ordres d'achat pour une année au niveau d'une province ou d'une région pour un produit déterminé. L'expérience a commencé par les produits les plus simples comme les sacs poubelles pour aboutir aux produits les plus complexes comme les films radiologiques. L'économie réalisée dès la première année de centralisation est remarquable puisqu'elle atteint une moyenne de 15 % : les fournisseurs sont mis en concurrence et un seul fournisseur obtient le marché pour toute l'année au niveau de la région considérée. Cette démarche s'établit sur une base volontaire et est supportée par un processus informatisé d'un bout à l'autre de la chaîne.

SUCCESS STORY 6

LA PRESCRIPTION ÉLECTRONIQUE EN SUÈDE

Actuellement 42 % de toutes les prescriptions en Suède sont transférées du docteur vers le pharmacien automatiquement via Sjunet. Les prescriptions sont envoyées du médecin généraliste ou de l'hôpital vers le réseau extranet Sjunet. Le document peut être envoyé soit vers une pharmacie en particulier soit vers la mail box nationale. Les 900 pharmacies

Le bénéfice net annuel estimé du système est de 97 millions d'euros.

Il y a de nombreux autres bénéfices pour les citoyens, les prestataires de soins et les autorités publiques.

peuvent accéder à la mail box nationale de sorte que le patient ne doit pas spécifier à son médecin la pharmacie qu'il va utiliser.

Lancé en 2004, le système connaît un grand succès. Le bénéfice net annuel estimé du système est de 97 millions d'euros soit un bénéfice cumulé estimé depuis le lancement à 330 millions d'euros.

Les bénéfices pour les citoyens sont nombreux :

- Le conseil au travers d'un système d'aide en ligne qui améliore les connaissances du patient sur la prise du médicament adéquat selon la périodicité appropriée
- La sécurité
- La flexibilité

Les bénéfices pour les prestataires de soins et les autorités publiques sont également importants :

- Eviter la duplication des prescriptions pour remplacer les prescriptions perdues
- Eviter les prescriptions illisibles ou peu claires
- Réduire les risques de fraude ou de falsification
- Améliorer l'information dispensée au patient

L'INFORMATIQUE POUR ACCOMPAGNER UNE POPULATION OU UNE PATHOLOGIE PARTICULIÈRE

L'informatique et les nouveaux moyens de communication sont particulièrement adaptés pour la gestion des maladies chroniques.

L'informatique et les nouveaux moyens de communication sont particulièrement adaptés pour la gestion des maladies chroniques. De nombreux projets sont en cours aux Pays-Bas, en Italie, en Belgique également. Tous ces projets utilisent la combinaison des technologies de l'internet et de la téléconférence ou du web-tv.

SUCCESS STORY 7

LE PROJET CHRONIC

Le projet utilise de manière intensive différentes solutions technologiques pour assister le patient chronique à domicile.

Le projet Chronic utilise de manière intensive différentes solutions technologiques pour assister le patient chronique à domicile. De son domicile, le patient peut interagir avec les prestataires de santé au travers notamment de la vidéoconférence et de l'enregistrement des signaux vitaux. Actuellement le système incorpore différents types de sensors avec

Ce système permet d'éviter le maintien en hospitalisation et de conforter le patient dans son environnement de vie habituel. Il permet d'organiser la prise en charge de manière coordonnée.

fil ou sans fils pour mesurer la fonction respiratoire, l'ECG et le rythme cardiaque. Le Centre de Gestion des Soins Chroniques est le cœur actuel du système coordonnant les différents acteurs et les différentes tâches. Il consiste en un call center et un système de gestion du patient intégré dans une application web-based. Le call center est géré par du personnel non médical qui évalue les besoins du patient. Si le patient appelle juste pour un rendez-vous, l'opérateur peut accéder aux données de base du patient et traiter avec le patient. Si le patient appelle pour une raison médicale, l'opérateur transfère à une infirmière spécialisée.

Ce système permet d'éviter le maintien en hospitalisation et les coûts y afférents si l'état de santé du patient ne le justifie pas. Il permet également de conforter le patient dans son environnement de vie habituel tout en détectant immédiatement les problèmes potentiels. Il permet enfin d'organiser toute la prise en charge nécessaire autour du patient de manière coordonnée.

Le système a été actuellement mis en œuvre et testé dans trois villes différentes : Barcelone (Espagne) , Milan (Italie) et dans notre pays à Leuven.

DE FORMIDABLES OPPORTUNITÉS À SAISIR POUR LA BELGIQUE

Toutes les expériences réussies sont reproductibles en Belgique.

Le projet Be-health pourrait constituer une étape intéressante pour la mise en place d'un dossier médical partagé.

Toutes les expériences réussies développées ci-avant sont reproductibles en Belgique à grande échelle. La plupart d'entre elles ont déjà été expérimentées et testées. La plupart sont prêtes et disponibles. Il s'agit d'autant d'opportunités à saisir car elles permettent, comme nous venons de le montrer, d'augmenter la qualité, de réduire les coûts, d'améliorer la prévention et de diffuser l'information.

Le projet Be-health pourrait constituer à cet égard une étape intéressante en particulier pour la mise en place d'un dossier médical partagé. Le site «Be health» propose aujourd'hui un nombre limité d'applications électroniques telles que :

- enregistrement du cancer en ligne pour les hôpitaux généraux
- e-shop pour la commande en ligne des attestations de soins donnés
- MyCareNet pour l'échange de données entre prestataires de soins professionnels et mutualités

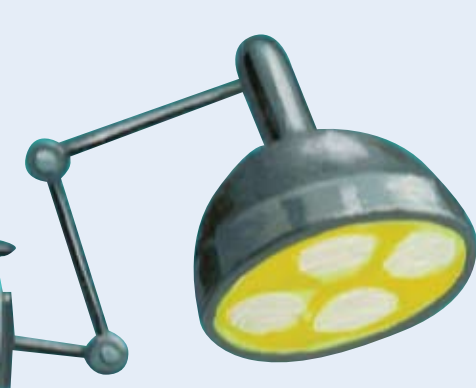
Les applications sont sécurisées. Il y a deux moyens de s'identifier pour avoir accès aux applications :

- à l'aide de sa carte d'identité électronique
- en utilisant ses noms d'utilisateur et mot de passe, en combinaison avec un code d'accès personnel, préalablement obtenu en s'enregistrant sur le portail fédéral www.belgium.be

A l'instar de l'expérience de la région de Franche-Comté, le projet be-health peut aller beaucoup plus loin en proposant :

1. Un identifiant unique pour chaque citoyen-patient
2. Une possibilité pour toutes les organisations de venir se greffer de manière volontaire autour de ce noyau de base pour échanger et communiquer toutes les informations

Disposer d'un identifiant unique, garantir la sécurité et fédérer les initiatives individuelles sont trois conditions essentielles pour réussir les projets d'envergure et bénéficier en Belgique de tout le potentiel de l'informatique et des réseaux de communication.



RECOMMANDATION

Investir plus dans l'informatique santé

Globalement le niveau d'investissement dans l'informatique santé reste trop faible (max. 3 %) par rapport aux autres secteurs (4-5-6 %). Pourtant des solutions et des success stories existent en Belgique et à l'étranger avec des applicatifs pointus dans tous les domaines. Généralisons ces solutions qui permettent d'améliorer la qualité, la prévention, l'information, de réduire les coûts et de développer une approche coordonnée par pathologie.

Quick win : Affecter des moyens financiers et humains importants pour soutenir les initiatives régionales et subrégionales de partage du dossier médical

08

GARANTIR LES CONDITIONS DE SUCCÈS



Cinq conditions préalables sont indispensables pour garantir le succès des réformes à entreprendre : prendre conscience collectivement de la nécessité d'agir, comprendre qu'il s'agit d'une formidable opportunité à saisir et non d'une contrainte, oser se donner des objectifs ambitieux, créer une formidable dynamique positive autour du projet et enfin assurer l'évaluation permanente des actions entreprises.

LA PRISE DE CONSCIENCE – UN PRÉ-REQUIS INDISPENSABLE

Un préalable essentiel est de comprendre et d'intégrer la nécessité d'évoluer et d'agir.

Toutes les évolutions importantes n'ont pu voir le jour qu'au moment où une prise de conscience s'est opérée au plus haut niveau.

Il s'agit également de montrer les gains importants que peuvent représenter ces changements pas seulement en termes de coûts ou de quantités mais aussi et surtout en termes de qualité. Trop souvent l'aspect financier est mis en évidence.

Un préalable essentiel pour tous les acteurs-clés du système de santé est de comprendre et d'intégrer la nécessité d'évoluer et d'agir. Cette prise de conscience doit s'opérer à tous les niveaux :

- Citoyens-Patients
- Prestataires de soins
- Autorités publiques
- Mutualités et sociétés d'assurance
- Fournisseurs de biens et services

Toutes les évolutions importantes réalisées dans notre système de santé n'ont pu voir le jour qu'au moment où une prise de conscience s'est opérée au plus haut niveau sur la nécessité d'agir. Un exemple particulièrement intéressant est la professionnalisation de la gestion des hôpitaux, des mutualités ... : la première étape indispensable pour passer d'une fonction de comptabilité à une véritable fonction de gestion financière a été de sensibiliser les directions en place à l'intérêt d'une véritable gestion financière en termes de gains de trésorerie, de gestion budgétaire, de tableaux de bord ... Une fois cette sensibilisation effectuée, les évolutions ont pu découler très naturellement.

Il en va de même ici. Les solutions ne pourront découler naturellement que si une prise de conscience généralisée se répand graduellement. Cette prise de conscience ne viendra pas seule, naturellement et spontanément. Il s'agit de la stimuler au travers d'initiatives diverses comme la mise en place de séminaires, l'organisation de réflexions entre les acteurs-clés, l'échange et le partage d'expériences avec l'étranger.

Il s'agit également de montrer les gains importants que peuvent représenter ces changements pas seulement en termes de coûts ou de quantités mais aussi et surtout en termes de qualité. Trop souvent l'aspect financier est mis en évidence dans les réformes entreprises. Si cet objectif est légitime, il n'est pas le seul élément important. Améliorer la qualité des soins prodigués aux patients est essentielle : affirmer et expliquer les gains potentiels en termes de qualité à tous est la garantie d'une évolution durable et bénéfique pour tous de notre système de santé.

CONSIDÉRER LES DÉFIS COMME DES OPPORTUNITÉS PLUTÔT QUE DES CONTRAINTES

« L'Europe doit changer de vision en renonçant à considérer les dépenses de santé comme un coût pour considérer des politiques de santé efficaces comme un investissement. »

David Byrne déclarait en tant que commissaire européen chargé de la santé et de la protection des consommateurs dans un document de réflexion⁶⁹ pour une nouvelle stratégie européenne en matière de santé : « L'Europe doit changer de vision en renonçant à considérer les dépenses de santé comme un coût pour considérer des politiques de santé efficaces comme un investissement. L'Europe doit examiner ce que la santé apporte à l'économie et ce que la maladie lui fait perdre. »

Les dépenses de santé commencent seulement à être reconnues comme moteur de croissance économique. Ce moteur de la croissance économique peut s'observer à différents niveaux :

- Investir pour diminuer les maladies revient à diminuer des coûts sociaux lourds tels que ceux liés aux congés de maladie, au remplacement au travail, à la perte de productivité et à la retraite anticipée
- Le secteur de la santé occupe, selon les statistiques de l'Union, 10 % de la population active de l'Union Européenne et crée des millions d'emplois nouveaux
- Le secteur de la santé est mu par le progrès scientifique et technologique. Ce progrès scientifique et technologique est générateur d'emplois, de progrès et d'amélioration de la qualité de vie. L'industrie pharmaceutique, biotechnologique et informatique en sont quelques exemples
- Enfin les investissements d'aujourd'hui dans le domaine de la prévention par exemple auront un retour sur investissement très important dans le futur

Chaque euro mieux dépensé en matière de santé permet une amélioration de la qualité de vie et du bien-être individuel.

Outre cet effet de moteur de croissance économique, chaque euro mieux dépensé en matière de santé permet une amélioration de la qualité de vie et du bien-être individuel. Chaque citoyen peut ainsi mener une vie non seulement plus productive mais surtout plus longue et plus heureuse.

⁶⁹ David Byrne-Favoriser la santé de tous – Processus de réflexion pour une stratégie européenne en matière de santé

OSER SE DONNER DES OBJECTIFS AMBITIEUX DE MOYEN ET LONG TERME

Le défi politique majeur est de développer une vision stratégique plus large.

De définir un ensemble d'objectifs de long terme.

D'établir un système obligatoire d'évaluation de l'impact sur la solidarité ou sur d'autres critères prédéfinis.

Cela permet d'accentuer les points de force du système de santé sans sacrifier l'introduction de futurs changements nécessaires.

L'Observatoire européen de la Santé,⁷⁰ montre que le défi politique majeur est de développer une vision stratégique plus large. Jusqu'à présent, la plupart des Etats se sont contentés de réaliser des réformes ponctuelles et incrémentales. Le danger essentiel de cette approche est de ne pas évaluer l'effet de ces mesures incrémentales sur les fondements du système de santé.

Il convient de **définir un ensemble d'objectifs de long terme** pour le système de santé qui soit cohérent avec ses objectifs et son organisation actuelle et qui constitue un guide pour les réformes incrémentales nécessaires sur une longue période. Les propositions pour des réformes spécifiques peuvent alors être évaluées par rapport à leur impact stratégique probable de long terme. Des ajustements peuvent être opérés dans la définition ou l'application de ces mesures avant leur introduction. Ce processus assure que les changements de court terme et d'ampleur limitée coïncident avec les objectifs stratégiques de long terme.

Un second concept intéressant suggéré par ce rapport est d'établir un **système obligatoire d'évaluation de l'impact sur la solidarité ou sur d'autres critères prédéfinis**. On peut assimiler ce concept à l'étude d'impact environnemental. Il s'agit de garantir qu'aucune mesure technique ne puisse être adoptée sans en mesurer l'impact sur l'ensemble du système de santé.

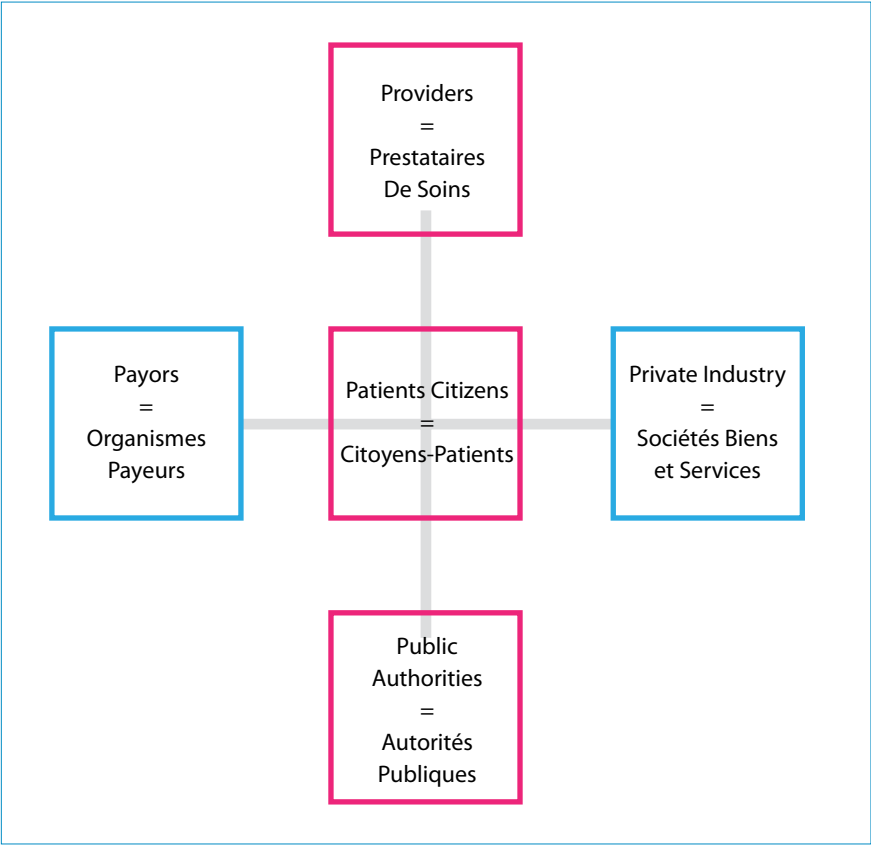
L'introduction de ces deux concepts permet aux décideurs d'accentuer les points de force du système de santé sans sacrifier l'introduction de futurs changements nécessaires. Cela permet de créer une dynamique plus grande dans une réflexion systématique sur les réformes nécessaires. Cela garantit que les valeurs de base du système auxquelles on tient vont être confortées.

70 Social health insurance systems in Western Europe – European Observatory On Health Systems

MOBILISER TOUS LES ACTEURS DANS UNE DYNAMIQUE POSITIVE

Les acteurs sont demandeurs.

Les acteurs du système de santé belge que nous avons rencontrés et interrogés sont demandeurs d’une réflexion de moyen et long terme. Qu’ils soient directeurs médicaux ou directeurs généraux dans les hôpitaux, représentants des mutualités et des assureurs privés, professeurs d’universités ou représentants de l’industrie, le credo est identique : nous souhaitons nous engager dans une réflexion de moyen et long terme. L’opportunité est là, la motivation aussi, reste uniquement le facteur déclenchant, la dynamique positive à créer en réunissant les cinq partenaires-clés du secteur :



Il faut oser créer une plate-forme de réflexions réunissant tous les acteurs.

Il est important dans cette démarche de n'oublier personne.

Mesurer au travers d'un certain nombre d'indicateurs simples comment nous évoluons vers les objectifs que nous nous sommes fixés.

Créer la plate-forme de réflexion réunissant ces acteurs pour réfléchir sur les réformes à entreprendre et sur les solutions nouvelles à imaginer constitue une formidable opportunité pour garantir la créativité dans le respect des valeurs de base de notre système : qualité et accessibilité. Outre les composantes nationales, celle-ci pourra bénéficier des évolutions et des meilleures expériences européennes et internationales.

Il est important dans cette démarche de n'oublier personne et en particulier les citoyens-patients, comme le souligne le rapport de la Fondation Roi Baudouin⁷¹ mais aussi l'industrie, les assureurs privés et les acteurs de terrain.

ASSURER LE PILOTAGE ET LE SUIVI

Ces objectifs de moyen et long terme une fois définis de manière consensuelle pourront faire l'objet d'un suivi régulier si nous exploitons la masse très importante de données qui sont collectées dans notre système de santé.

Nous sommes aujourd'hui systématiquement en retard ou absents des comparaisons internationales alors que nous nous trouvions à la pointe à la fin des années 90. Nous pouvons revenir très rapidement demain dans le peloton de tête des pays les plus actifs.

Au travers d'un certain nombre d'indicateurs très simples, de clignotants, de tableaux de bord, nous pourrions savoir avec précision comment nous évoluons vers les objectifs que nous nous sommes fixés.

⁷¹ Soins de santé et politique de santé : avec la participation du patient, c'est mieux, Fondation Roi Baudouin, Juin 2008



RECOMMANDATIONS

Mobiliser tous les acteurs dans une dynamique positive.

Tous les acteurs du monde de la santé en place aujourd'hui ou susceptibles de s'y engager sont influencés par la manière dont ils perçoivent l'avenir. Une perception négative de l'avenir va générer des problèmes de recrutement et une démotivation sur le terrain.

Dans un monde aux nouvelles souvent pessimistes, l'occasion nous est donnée de créer un véritable projet mobilisateur ambitieux, positif et dynamique. Le secteur offre de réelles possibilités d'avenir sur le terrain, dans les hôpitaux, les mutuelles, les sociétés d'assurances, l'industrie, les institutions fédérales et régionales.

Quick win : sur base du forum santé (Rec. 2) et du travail de la cellule (Rec. 9) choisir un nom de projet (exple Santé 2050) et communiquer autour d'un vrai projet dynamique et audacieux

Assurer le pilotage et le suivi

Aujourd'hui des quantités impressionnantes de données sont collectées sur le terrain (exemple Résumés Cliniques et Infirmiers Minimums) mais sont peu ou pas du tout exploitées à des fins autres que financières. Nous suggérons d'exploiter systématiquement toutes ces données pour savoir avec précision comment nous évoluons vers les objectifs que nous nous sommes fixés : mise en place d'indicateurs très simples, de clignotants, de tableaux de bord ...

Quick win : Confier à une organisation indépendante et reconnue sur le plan national et international le suivi et l'évaluation permanente du projet et des actions entreprises.



PARTIE 4

NOS

RECOMMANDATIONS

UN DEFI MAJEUR POUR LE FUTUR

Assurer la durabilité de notre système de santé. Ce système de santé durable se définit comme « un système de santé capable de maîtriser les coûts et de permettre un accès équitable à des soins de qualité ».

UNE NOUVELLE VISION

1. **Prendre conscience des défis immenses** qui nous attendent pour le XXI^{ème} siècle et accepter que les augmentations budgétaires annuelles croissantes ne seront une réponse ni suffisante, ni tenable pour l'avenir. Ces défis devront être mesurés et objectivés scientifiquement.

Quick win : mise en place d'une cellule d'évaluation permanente coordonnée par le Ministère de la Publique et l'Inami chargés d'identifier et de quantifier les évolutions prévisibles dans les trente prochaines années.

2. **Adopter une vision beaucoup plus large de la Santé** qui ne se limite pas à l'aspect curatif ou aux dépenses prises en charge par les autorités publiques mais considère le bien-être de la population dans toutes ses dimensions. Cela implique d'élargir le champ d'action traditionnel de la politique de santé des prestataires de soins et des autorités publiques vers les citoyens-patients, les mutualités, les assureurs privés et les sociétés prestataires de biens et services. Tous ces acteurs doivent être reconnus comme des moteurs essentiels de changement et associés à la réflexion et à l'action.

Quick win : forum de réflexion annuel « Santé 2050 » appuyé par les autorités publiques et rassemblant tous les acteurs du monde de la santé : autorités publiques, citoyens-patients, prestataires de soins, mutualités, assurances privées, fournisseurs de biens et services, associations.

3. **Considérer le secteur de la santé comme un vecteur de croissance** et pas uniquement comme une source de coûts. Quatre cent mille personnes travaillent dans le secteur de la santé . Le secteur de la santé occupe une place essentielle dans notre société en termes d'emplois, de valeur ajoutée pour une ville ou une région, de commandes de biens et services.

Quick win : confier à un centre de recherche (par exemple le KCE) une mesure permanente en temps réel de l'emploi et de la valeur ajoutée du secteur. Ces chiffres consolidés sont aujourd'hui inexistantes et le premier exercice que nous avons réalisé a été laborieux.

DES OBJECTIFS PRECIS

4. **Capitaliser sur les points de force** de notre système sans les utiliser comme un argumentaire pour ne pas agir. Réaffirmer avec force les objectifs et les fondements de notre système santé : liberté de choix, accessibilité, dynamique du système. En parallèle donner au citoyen-patient toutes les informations nécessaires pour bénéficier de ces points de force. La liberté de choix ne vaut rien sans une information éclairée

Quick win : à l'instar de la France, permettre la publication dans la presse et/ou des sites web spécialisés des informations sur les points de force par spécialité des hôpitaux, leur capacité à combattre les infections nosocomiales ...

5. **Mieux maîtriser les dépenses** de soins de santé
 - Les dépenses de santé qui connaissent une croissance exponentielle passant de 7 % du PIB en 1985 à plus de 10 % actuellement doivent être globalement mieux maîtrisées, comme le suggère le Bureau du Plan. Cette maîtrise permettra d'éviter l'aggravation de la cannibalisation de la sécurité sociale par les soins de santé qui représente en 2006 36 % des dépenses contre 23 % des dépenses en 1980.
 - Une vigilance toute particulière doit s'exercer sur l'augmentation de la prise en charge par le citoyen-patient qui a augmenté de près de 30 % en 10 ans passant de 21 % à 28 % des dépenses déboursées directement par le patient ou financées par des assurances privées.

Quick-win : création d'un observatoire chargé d'observer l'évolution de la prise en charge financière par le patient et de détecter les gisements potentiels de performance

6. Réaffirmer avec force l'objectif de qualité

- Nous avons jusqu'à présent supposé que la mise à disposition des moyens suffit à garantir la qualité. Or les comparaisons internationales ne sont pas favorables à la Belgique et nous montrent que cela n'est pas suffisant.
- Nous pouvons aujourd'hui revenir dans le top des meilleurs systèmes de santé du monde si nous mettons en place une approche globale pour garantir la qualité. Collecter, mesurer, contrôler et mettre à disposition les informations relatives à la qualité sont une priorité, comme le souligne le KCE, pour prouver « les meilleurs soins de santé » du monde.
- Cette nouvelle priorité permettra de renforcer la dynamique du système et d'éclairer le choix du patient

Quick win : mettre en place des procédures d'accréditation en bénéficiant de toutes les expériences et de tous les manuels déjà disponibles au niveau européen

7. Garantir la disponibilité des ressources humaines sur le plan quantitatif et qualitatif

Il est essentiel pour le futur de disposer de pharmaciens, d'assistants, de soins, de personnel médical et infirmier en nombre suffisant et motivés par leurs fonctions et leur environnement de travail. Toutes les professions médicales et paramédicales sont potentiellement menacées par un déficit. Nous suggérons une réflexion en profondeur sur la valorisation des métiers et l'évolution nécessaire des fonctions débouchant sur une adaptation législative des profils.

Quick win : suppression de tout type de quotas et mise en place d'une task force chargée de l'évolution législative des fonctions attribuées aux différentes professions de la santé

8. Sortir la prévention des oubliettes

Consacrer 0.1 % du budget à la prévention ou 29 euros par Belge par an frôle le ridicule. L'obésité aura des conséquences catastrophiques pour la santé des générations futures et pour les finances publiques de demain si nous n'investissons pas aujourd'hui. Cela implique de mettre en place une politique volontariste et coordonnée entre les régions et le fédéral.

Quick win : Consacrer dans un premier temps un minimum de 88 millions d'euros supplémentaires pour rejoindre la moyenne – encore bien trop faible des autres pays européens - promouvoir une approche ciblée par pathologie pour réduire les risques de diabète, de maladie cardiaque et de cancer.

9. Rédiger un plan à moyen et long terme

Une analyse et une vision de court terme ne sont pas suffisantes si l'on veut faire face à tous les défis du XXIème siècle. Il faut sortir de la logique budgétaire à 1 an et de l'affectation purement verticalisée des moyens. Cette nouvelle vision ne pourra voir le jour et se concrétiser que si une task force se voit confier cette tâche de manière tout à fait explicite

Quick win : réunir les compétences de haut niveau et les talents souvent oubliés au niveau de l'administration pour rédiger un plan ambitieux mais réaliste sur les objectifs poursuivis et les moyens à mettre en œuvre à 5 ans, 10 ans et 20 ans. Cette cellule pourra se faire aider dans sa tâche par des professionnels indépendants des groupes de pression en place.

DES ACTIONS CIBLEES

- 10. Imaginer la troisième vague de politiques de Santé.** Après la maximisation de la qualité sans contrainte de ressources jusqu'au début des années 1980 et la priorité essentielle accordée au contrôle budgétaire de 1982 à 2008, le temps est venu d'inventer de nouvelles mesures axées sur l'amélioration réelle en termes d'état de santé par rapport au budget consenti. Une dépense de santé plus élevée n'est en effet pas forcément synonyme de meilleure qualité des soins

Quick win : Oser entamer un vrai débat de société sans tabous sur des questions de fond : limites de l'intervention publique et privée, évolution des sources de financement, rôle et implication des assureurs privés...

- 11. Définir des seuils minima d'activité.**

Il est unanimement reconnu que la qualité et les résultats des interventions chirurgicales pratiquées sont directement proportionnels au nombre de cas traités et à l'expérience acquise par les professionnels de santé pour chaque type d'intervention. Ce nombre annuel minimal en regard des normes internationales n'est pas atteint dans de nombreux cas. Deux mesures sont envisageables : soit imposer des normes minimales d'activités par hôpital, soit informer correctement le citoyen-patient sur le nombre d'interventions pratiquées par hôpital.

Quick win : Cancer du sein. Communiquer sur un site web dédié les données RCM disponibles sur le nombre d'interventions chirurgicales pratiquées par hôpital pour le cancer du sein. Accompagner les données du commentaire suivant : « Les normes internationales EUSOMA définissent qu'en dessous de 150 interventions du cancer du sein par an, l'expérience des équipes chirurgicales est insuffisante pour optimiser la qualité »

- 12. Développer une approche coordonnée des soins**

Aujourd'hui, chaque acteur de la chaîne de santé agit individuellement et prend en charge « son » patient sans réelle coordination d'ensemble. Personne n'est officiellement en charge ou rémunéré pour la coordination. Une véritable

approche intégrée par pathologie intégrant tous les maillons de la chaîne peut progressivement se mettre en place en privilégiant les pathologies pour lesquelles les gains de coordination sur les plans tant financiers que qualitatifs sont les plus tangibles.

Quick win : Créer une fonction de coordination et l'attribuer de manière effective et officielle sur base d'un descriptif de fonction et d'une rémunération ad hoc

13. Former tous les professionnels de santé à leurs nouveaux rôles

Les médecins, pharmaciens, infirmiers et personnel soignant seront au XXIème siècle meilleurs et plus performants car ils vont intégrer de nouvelles dimensions dans leur pratique quotidienne : préoccupations de gestion, collaboration et coordination beaucoup plus étroites avec leurs pairs, partage des compétences et des fonctions, utilisation de toutes les possibilités de l'informatique, rôles de prévention et de conseil dans une préoccupation de long terme . Les organisations devront être adaptées pour favoriser l'émergence de ces fonctions et les professionnels formés en conséquence.

Quick win : Rajouter des programmes complémentaires obligatoires dans le cursus universitaire ou para-universitaire des médecins , des pharmaciens et des infirmiers intégrant les fonctions nouvelles du XXIème siècle

14. Oser donner de nouveaux rôles aux mutualités, aux assureurs privés, aux hôpitaux et aux citoyens-patients

- Ne plus seulement confier aux mutualités et aux assureurs privés une fonction de remboursement mais les amener à informer et à guider les patients, à travailler avec les prestataires pour améliorer la qualité et à s'impliquer activement dans la coordination.
- Amener les hôpitaux à se spécialiser et à collaborer beaucoup plus avec la médecine de première ligne et les soins à domicile.
- Amener le citoyen-patient à une consommation responsable par une meilleure connaissance des coûts et des choix opérés et donner aux associations de patients une véritable fonction de conseil et de support.
- Impliquer l'industrie dans les processus d'information, de consultation ou de recherche commune de solutions.

Quick win : Poursuivre une réflexion de fond sur l'évolution du rôle de ces différents acteurs et stimuler auprès de tous ces acteurs le développement de sites web et de call center labellisés. Objectif : favoriser la diffusion d'informations de qualité et la distinguer de la masse d'informations non fiables ou orientées accessibles sur internet

15. Développer de nouveaux incitants

La nomenclature de remboursement des actes de soins telle qu'elle existe aujourd'hui ne favorise pas la coopération entre les acteurs, la vision à moyen et long terme, la prise en charge globale de la pathologie. Chacun agit individuellement, dans une perspective de court terme sans prise en charge globale de la pathologie. En outre des différences significatives de rémunérations existent entre différentes disciplines médicales sans réelle justification.

Quick win : révision de la nomenclature pour intégrer les nouvelles dimensions indispensables pour le futur

16. Mieux définir les priorités et utiliser à cet effet toutes les analyses nationales et internationales disponibles

- Mieux affirmer les priorités pour le futur est un exercice difficile dans notre système Bismarckien où les décisions sont le résultat d'un consensus entre différents groupes de pression qui défendent chacun leur intérêt propre.
- Des techniques et des expériences existent en Europe et dans le monde pour optimiser l'allocation des ressources. Nous pouvons les utiliser sans réinventer la roue. Des études très intéressantes sont également effectuées en Belgique en particulier par le Kennis Centrum of Excellence. Celles-ci devraient être plus exploitées pour les traduire en décisions concrètes.

Quick win : mieux exploiter les études de très grande qualité réalisées par le KCE

17. Mener des actions très ciblées et coordonnées pour réduire les inégalités de santé

- Favoriser l'accès aux soins n'est pas suffisant pour réduire les inégalités de santé. Si ces politiques sont nécessaires, elles sont insuffisantes pour réduire les inégalités de santé.

- Des politiques nouvelles doivent être mises sur pied. Deux conditions de succès : privilégier les actions ciblées au détriment des actions de masse qui vont surtout sensibiliser les personnes qui ne courent pas le plus de risques – ne pas agir de manière isolée mais simultanément sur plusieurs composantes.

Quick win : programme de lutte contre l'obésité ciblé sur les enfants de 6 à 12 ans et agissant sur différents canaux : alimentation plus équilibrée, activité physique...

18. Investir plus dans l'informatique santé

Globalement le niveau d'investissement dans l'informatique santé reste trop faible (max. 3 %) par rapport aux autres secteurs (4-5-6 %). Pourtant des solutions et des success stories existent en Belgique et à l'étranger avec des applicatifs pointus dans tous les domaines. Généralisons ces solutions qui permettent d'améliorer la qualité, la prévention, l'information, de réduire les coûts et de développer une approche coordonnée par pathologie.

Quick win : Affecter des moyens financiers et humains importants pour soutenir les initiatives régionales et subrégionales de partage du dossier médical

19. Mobiliser tous les acteurs dans une dynamique positive.

- Tous les acteurs du monde de la santé en place aujourd'hui ou susceptibles de s'y engager sont influencés par la manière dont ils perçoivent l'avenir. Une perception négative de l'avenir va générer des problèmes de recrutement et une démotivation sur le terrain.
- Dans un monde aux nouvelles souvent pessimistes, l'occasion nous est donnée de créer un véritable projet mobilisateur ambitieux, positif et dynamique. Le secteur offre de réelles possibilités d'avenir sur le terrain, dans les hôpitaux, les mutuelles, les sociétés d'assurances, l'industrie, les institutions fédérales et régionales.

Quick win : sur base du forum santé (Rec. 2) et du travail de la cellule (Rec. 9) choisir un nom de projet (exple Santé 2050) et communiquer autour d'un vrai projet dynamique et audacieux

20. Assurer le pilotage et le suivi

Aujourd'hui des quantités impressionnantes de données sont collectées sur le terrain (exemple Résumés Cliniques et Infirmiers Minimums) mais sont peu ou pas du tout exploitées à des fins autres que financières. Nous suggérons d'exploiter systématiquement toutes ces données pour savoir avec précision comment nous évoluons vers les objectifs que nous nous sommes fixés : mise en place d'indicateurs très simples, de clignotants, de tableaux de bords ...

Quick win : Confier à une organisation indépendante et reconnue sur le plan national et international le suivi et l'évaluation permanente du projet et des actions entreprises.

En produisant ici ces vingt recommandations concrètes, nous montrons que notre pays dispose **d'opportunités extraordinaires à saisir** pour préserver et renforcer les atouts de notre système de santé. Cela ne pourra se faire qu'au prix d'une volonté commune de tous les acteurs d'aller de l'avant sans repli sur soi-même, sans parti pris et surtout sans frilosité par rapport à l'avenir. La création d'une dynamique positive, d'une volonté de changement qui capitalise sur toutes les ressources humaines est le gage d'un système de santé de qualité et accessible à tous pour les générations futures.

L'ambition et l'espoir de ce document est d'initier un mouvement de réflexion optimiste et réactif pour garantir l'avenir de notre système de santé. Optimiste parce que nous pensons qu'il n'est pas trop tard et que nous disposons de toutes les conditions pour réussir. Réactif parce que nous pensons qu'il est urgent de réagir au risque de subir une évolution non contrôlable et non souhaitée.

Nous poursuivrons dans les mois et les années qui viennent des études plus approfondies sur les pistes de réflexion initiées dans ce rapport produit par la cellule Santé de l'itinera Institute. Tous les commentaires, suggestions, expériences intéressantes, études, articles ou échanges d'idées sont les bienvenus et peuvent être adressés à l'adresse suivante : françois.daue@itinera institute.org.

