

« Le plus grand défi n'est pas technique ni médical, il est social »



NOUVELLES TECHNOLOGIES Faut-il repenser le financement du système de santé en Belgique ? La trajectoire de santé des patients doit-elle l'être aussi ? À quoi s'attendre dans l'évolution des infrastructures hospitalières ? Éléments de réponse.

Quels sont les défis financiers dans les soins de santé et l'impact des réseaux en la matière ?

Didier Gosuin : « Le travail en réseau nécessite deux préalables indispensables : sortir d'une logique frontalière - 30 % de la patientèle des hôpitaux bruxellois ne vient pas de la Région bruxelloise - et disposer de suffisamment de réseaux, trois ou quatre pouvant être une option à Bruxelles. Tout cela aura des implications en termes d'organisation, d'infrastructures, de technologies et de finances. Nous travaillons sur un modèle de financement simplifié pour sortir de la bivalence État-Régions : auparavant, les financements du fédéral portaient sur des amortissements et ceux des Régions sur les factures. »

Jean-Paul Van Vooren : « De grandes réflexions sont effectivement en cours sur la possibilité d'un nouveau mode de financement. Dans ce cadre-là, soulignons que la source de financement actuel des hôpitaux universitaires diffère des autres hôpitaux à Bruxelles. Il faut aussi insister sur le virage ambulatoire, c'est-à-dire les hospitalisations de très courte durée, car tout est hospitalier pour l'instant. Une profonde réflexion est nécessaire sur le service au patient, sur son parcours de soins et sur le financement de ce dernier. Il ne faudrait pas que seule une logique économique prévale ; tout individu présentant une pathologie doit pouvoir recevoir le meilleur service. »

Olivier Helbot : « À l'avenir, le patient sera un véritable partenaire de l'évolution des soins de santé : on devra lui demander d'être beaucoup plus actif dans la prévention de certaines maladies. Par ailleurs, les orientations prises aujourd'hui, notamment dans les normes de financement d'infrastructures, vont dans le sens d'une responsabilité plus grande des opérateurs. Quant à la logique des réseaux, elle doit être considérée comme une étape dans l'intégration des soins. »

Jan Pollet : « Tout le monde s'accorde aujourd'hui pour dire qu'il faut simplifier les systèmes de financement. En Belgique, nous perdons de l'argent au niveau opérationnel du fait que les hôpitaux sont obligés d'implémenter un système très complexe, fait notamment de contrôles. Nous avons en outre beaucoup trop d'hôpitaux. Le



« La Belgique est un acteur important à l'échelle mondiale »

L'actualité est de plus en plus rythmée par les annonces de découvertes ou d'avancées dans différents domaines thérapeutiques. À quoi est due cette accélération des progrès en matière de traitements ?



La fibre optique, un enjeu capital pour les hôpitaux

La fibre optique est un enjeu stratégique crucial pour le secteur hospitalier. Frank Chenot (Sofico) souligne son importance dans le cadre de la mutualisation des équipements et services.



Une opportunité pour la santé des Wallons

L'AVIQ a été créée à la suite de la sixième réforme de l'État pour accueillir les compétences wallonnes en matière de handicap, d'allocations familiales et de santé. Explications par Alice Baudine.

0 PARTAGES // PARTAGER CETTE PAGE     

faut garder à l'esprit que le patient est central et doit aussi participer, ce qui n'est pas évident. Pour ce qui est de la prévention, les budgets sont dérisoires : ils ne représentent que 3 % du budget santé, contre 97 % pour la thérapie. Il y a donc un problème. »

Katrien Mondt : « L'idée de réseau est très importante, mais amène de nombreux défis, surtout pour Bruxelles, où la population n'est pas très homogène. Il faut s'assurer qu'on n'impose pas des seuils supplémentaires et que l'accessibilité reste garantie à tout le monde. Le partage et la sécurisation des données font que, technologiquement, il est aujourd'hui possible d'installer des réseaux. Le plus grand défi n'est pas technique ni médical... Il est social : il faut inclure tous les citoyens dans ces projets. Il est important de rester prudent et de veiller au fait que la digitalisation des soins de santé ne renforce pas la fracture numérique ! »

Luc Colemont : « On sait effectivement que les personnes issues de milieux sociaux plus aisés participent davantage aux campagnes de prévention. Il y a aussi des différences régionales. Par exemple, en 2016, le dépistage du cancer du côlon obtient une participation moyenne de 55 % en Flandre, contre 16 % à peine en Wallonie... et à Bruxelles, le programme n'est pas encore en place ! C'est quelque chose qui est difficilement explicable. Avant de parler de dépistage, il faut informer et éduquer ! »

Sébastien Berden : « Qui dit "réseaux" dit forcément redéfinition de l'utilité de l'infrastructure... et donc besoins de financement, de construction, de certaines capacités d'accueil et ainsi de suite. Nous devons aller vers une mixité plus grande des bâtiments. À l'étranger, de plus en plus de polycliniques et de centres ambulatoires voient le jour, ce qui n'est pas encore le cas en Belgique. »

Étienne Wéry : « Que ce soit par habitant ou en pourcentage du PIB, les coûts actuels des soins de santé en Belgique sont tout à fait compétitifs par rapport à la moyenne de l'Union européenne. Il n'y a pas urgence à une réforme du financement des soins de santé, mais bien à une réforme de l'organisation des soins de santé pour faire face aux défis futurs. Et cette réforme ne doit pas concerner que l'hôpital, comme on le vit actuellement. Elle doit concerner tous les acteurs de soins. À mon sens, il y a lieu de lancer un "Plan Marshall de la santé", dans lequel on dessine l'évolution de l'offre de soins sur 30 ou 40 ans en fonction de l'évolution des besoins de la population en termes démographiques, sociologiques et de pathologies. »

Katrien Mondt : « Je suis ravie d'entendre qu'il y a une nouvelle conception architecturale des soins, avec beaucoup plus de mixité, plus de réseaux et donc une utilisation plus rationnelle des moyens. Toutefois, la logique institutionnelle actuelle reste le plus grand blocage. Nous avons déjà essayé de mettre ensemble les différents acteurs lors de grands projets de recherche. Hélas, il n'est pas évident de faire partager ne fût-ce que les données de patients venant de différentes institutions. »

Didier Gosuin : « De façon justifiée, cela fait 15 ans que l'on nous demande de faire des économies. Il y a déjà eu bien des rationalisations, comme la baisse du nombre de lits. Aujourd'hui, on annonce - et c'est légitime - qu'on ne va plus pratiquer les soins de la même manière, qu'on va devoir accélérer les passages en hôpital, qu'on met en place le virage ambulatoire, qu'on veut que le patient soit acteur de son trajet de soins, etc. Tout cela fait beaucoup de réformes. À force de vouloir aller trop vite, on risque de ne faire qu'une opération budgétaire au détriment d'une médecine de qualité. »

Olivier Helbot : « Les budgets étant limités, on devra surtout dépenser mieux, en travaillant notamment sur la gestion efficiente des séjours hospitaliers et sur le réseau de soins intégrés. Mais tout cela demande du temps : agir dans la précipitation risquerait de mener à une certaine cacophonie ou à des blocages importants. »

Un coût parmi les plus importants est l'infrastructure. Vers quoi se dirige-t-on ?

Sébastien Berden : « D'ici quelques années, on verra de moins en moins d'hôpitaux finançant et construisant leurs propres bâtiments en utilisant principalement des crédits. Nous pensons que les changements en termes de financement hospitalier stimuleront l'apparition de collaborations entre hôpitaux, partenaires financiers et immobiliers. Ceci permettra aux hôpitaux de développer efficacement leurs réseaux en s'appuyant sur leurs partenaires pour rénover, modifier ou construire des bâtiments dans leurs réseaux. »

maniere importante les medecins generalistes. »

Jean-Paul Van Vooren : « Je ne suis pas en accord avec l'expression "l'hôpital doit sortir de ses murs" s'il s'agit de soins. Une structure ambulatoire doit être développée en tant que telle et être un partenaire à part entière sur l'itinéraire de soins. Une fois que le patient n'est plus à l'hôpital, il doit être pris en charge par une autre équipe dirigée par le médecin généraliste. Par ailleurs, faire de l'hospitalisation à domicile est parfois impossible du fait de l'environnement du patient. Il faut peut-être alors des structures intermédiaires, comme des hôtels de soins ou de vie, dans lesquels on est capable de délivrer des soins lourds sans être à l'hôpital. Mais ce n'est pas prévu dans le financement, alors que ce serait une bonne alternative avant le retour à domicile. »

Sébastien Berden : « Des groupes hospitaliers aux Pays-Bas, par exemple, participent à la construction de bon nombre de centres de première ligne. Ceci ressemble à un mix entre des polycliniques, des centres avec des médecins de famille, des centres de prévention avec des assistants sociaux et des centrales de soins à domicile. Tout ceci permet entre autres aux personnes âgées de rester plus longtemps chez elles avant de se diriger vers une maison de repos. Cela n'existe pas encore en Belgique, où tout se fait souvent sous le même toit. »

Didier Gosuin : « Oui, il y a trop de lits dans les hôpitaux... mais il y en a trop peu dans d'autres secteurs, comme les lits psychiatriques en Région bruxelloise ! Oui, il faut rationaliser... mais il faut prévoir d'autres solutions d'hébergement ! Or, on n'a même pas encore établi une préfiguration des investissements nécessaires pour que la réforme des réseaux soit pleinement aboutie. »

Jan Pollet : « Personne autour de cette table ne souhaite une réduction des moyens financiers pour le secteur des soins de santé. Au vu du nombre croissant de personnes âgées, ces moyens devront même augmenter à l'avenir. On n'aura pas le choix ! Mais il faut les dépenser plus intelligemment, notamment dans la prévention. Tout le monde sait aujourd'hui que les résultats obtenus grâce à la prévention sont beaucoup plus élevés que les 3 % de budget qui lui sont alloués ! »

Luc Colemont : « Chaque euro investi dans la prévention donne en effet quatre euros d'économies à terme. »

Étienne Wéry : « Le véritable capital d'un hôpital, c'est son personnel ! Or, aujourd'hui, nous vivons une pénurie critique, particulièrement à Bruxelles. Chaque année, le nombre de géiatres diminue alors que la population âgée ne cesse de croître, et c'est pareil pour bien d'autres spécialités. La situation de pénurie est pire pour les professions infirmières, qui attirent moins de jeunes et qui voient la pénibilité de leurs tâches augmenter, surtout en hôpital. Il est urgent de mettre fin au numerus clausus des études de médecine et de revaloriser les infirmiers hospitaliers. Sinon, d'ici dix ans, nos bâtiments fraîchement rénovés seront largement inoccupés et les soins aux patients vont en pâtir sérieusement... »

Luc Colemont : « Il faut bien sûr penser au patient, mais aussi au médecin généraliste. Son rôle est très important dans les nouvelles structures qui se développent. Pour lui faciliter la vie et renforcer les collaborations, il me paraît essentiel que les maisons de garde soient proches des hôpitaux. On en voit déjà certaines au sein même des hôpitaux. »

La digitalisation prend une part croissante dans le monde de la santé. Quel est son impact sur les hôpitaux ?

Katrien Mondt : « Les technologies pour le partage et la sécurisation des données existent, le monitoring à distance existe, etc. Des tas de petites entreprises arrivent sur le marché avec de nouveaux produits. Mais il manque une mise en place conjointe de ces technologies, leur accessibilité à une plus grande échelle, des business plans et un grand travail sur la standardisation, la sécurité, les limites éthiques et déontologiques. »

Jan Pollet : « Comparés à d'autres secteurs, les budgets dépensés en informatique sont très bas : on tourne dans une moyenne de 2 à 2,5 %. La mentalité actuelle des dirigeants fait que certaines merveilles de technologie ne sont pas présentes dans nos hôpitaux. Prenons l'exemple de l'avion : on peut réserver son vol sur internet, recevoir son billet sur son GSM et faire son check-in sans personnel. Je ne comprends dès lors pas pourquoi cela ne peut pas se faire dans un hôpital. »

0 PARTAGES // PARTAGER CETTE PAGE     

medecins n'y sont pas encore, mais cela va s'améliorer a court terme. »

Étienne Wéry : « Le réseau santé bruxellois a déjà permis d'augmenter sensiblement le niveau d'échanges d'informations médicales, ce qui facilite les prises en charge de patients dans différentes institutions et avec le médecin traitant. Aujourd'hui, les données de santé sont surtout alimentées par les praticiens. Demain, elles viendront de partout grâce aux nouvelles technologies et parfois sans qu'un praticien n'intervienne. Le défi informatique le plus important sera sans doute de fiabiliser ces nouvelles sources de données et de les traiter de manière à apporter une réelle valeur ajoutée au prestataire de soins, sans le noyer. »

Sébastien Berden : « Énormément d'efforts sont consentis dans l'informatisation. Ce qui m'interpelle, c'est le temps nécessaire et relativement long entre le dessin des plans d'un hôpital que l'on va créer et son ouverture. Durant ce temps, l'informatique aura évolué ainsi que les besoins physiques de l'information. Pour les architectes, c'est un défi de dessiner des hôpitaux suffisamment flexibles pour pouvoir suivre ces tendances par la suite. »

Jean-Paul Van Vooren : « Tout hôpital investit bien évidemment énormément dans l'informatique. On lui demande des tas d'informations, notamment administratives : la vérification, à partir du 1^{er} janvier, de toutes les cartes d'identité à l'entrée des bâtiments ; le dossier médical intégré ; la communication avec les patients et entre tous les partenaires de soins ; etc. La difficulté est d'intégrer dans un système global unique tous les systèmes informatiques utilisés par les autres acteurs. »

Katrien Mondt : « Nous connaissons ce problème en Flandre, où deux grands opérateurs ont développé leur propre système digital pour le dossier patient. Ces systèmes ne sont pas compatibles. Pour éviter ce genre de problème et encourager l'ouverture de nouveaux services pour le patient, il faut que le gouvernement pousse à la standardisation et à l'interopérabilité de ces systèmes. »

Luc Colemont : « Sur le plan de la digitalisation, il faut un changement de mentalité. C'est le cas par exemple en matière de communication externe : certains hôpitaux utilisent les réseaux sociaux pour informer et éduquer les gens, d'autres non. Cela ne coûte pourtant pas grand-chose. »

Olivier Helbot : « L'interaction entre les start-up actives dans le digital et le monde hospitalier est très importante. Elles lancent énormément de bonnes idées, mais ont beaucoup de difficultés à trouver du capital à risque tant qu'il n'y a pas de "résultats cliniques". Aux États-Unis, la mentalité est différente : on investit de l'argent et on voit s'il y a des résultats, en sachant très bien que si ceux-ci n'arrivent pas tout de suite, ils pourront apparaître par la suite, éventuellement via une autre start-up. En Belgique, on est peut-être trop prudent. C'est un gros frein ! »

Soins De Santé 

06-2018 PHILIPPE VAN LIL, redaction.be@mediaplanet.com

<< Article Précédent

Immunothérapie : traitements de demain

Prochain Article >>

Une opportunité pour la santé des Wallons

0 Comments

Sort by 

Add a comment...

Facebook Comments Plugin

0 PARTAGES // PARTAGER CETTE PAGE [f](#) [t](#) [g+](#) [in](#) [p](#)