



SOINS 2030
PARTICIPEZ AU DÉBAT

Rapport d'un dialogue sur les soins du futur

Au total, 488 idées ont été publiées via la plateforme de dialogue digitale et les journées de dialogue.

Le dialogue a eu lieu de septembre 2017 à la mi-avril 2018.
Ce rapport SOINS2030 rassemble les idées et visions diverses en un seul tout. Cela ne signifie pas que chaque participant au dialogue se rallie à chaque idée.

SOINS2030 a vu le jour à l'initiative de l'UZ Brussel et de la VUB (Vrije Universiteit Brussel).

www.soins2030.be

L'ESSENTIEL

L'essentiel est une histoire partagée et commence par définir une vision claire et soutenue : quels soins de santé (et non soins pour malades) voulons-nous en tant que société pour l'avenir ?

La vision relative aux soins doit **être largement partagée, discutée et 'enregistrée'**.

- Largement = par tous les intéressés.
- Les intéressés = tout le monde. Pour ce faire, les autorités prennent l'initiative.
- Le point final = une vision partagée et portée des soins en 2030.

Seule une vision de soins soutenue permet de faire des changements dans les soins une histoire partagée. En effet, elle ne peut en effet être réalisée que **si l'on collabore véritablement de toutes parts**.

Cela signifie directement aussi que les soins demandent une 'intégration politique' : le curatif et le préventif doivent relever **d'une seule responsabilité politique**.

Dans le développement de la vision, l'accent doit être placé sur **l'être humain** et non sur le système. C'est pourquoi **tout le monde** doit y être impliqué, et certainement les patients aussi ! C'est essentiel : le dialogue SOINS2030 a démontré que les patients ne se tracassent pas pour les mêmes choses que les prestataires de soins.

L'ETHIQUE DEMEURE UNE COMPOSANTE ESSENTIELLE

L'être humain doit précéder le système. C'est la raison pour laquelle les soins de demain sont aussi une question de valeurs.

- Les soins doivent **rester accessibles financièrement** et donc aussi financièrement au sens plus large du terme. La **solidarité** est ici un mot-clé. Le renvoi du MG vers un hôpital n'empêche pas que les patients posent des choix éthiques. Le patient doit toujours voir ses valeurs respectées. La culture et la langue ne sont pas des obstacles pour recevoir les soins nécessaires.
- Les caractéristiques des soins : dignité, **respect**, droit à l'autodétermination, égalité, « empowerment », solidarité, collaboration, responsabilisation (du patient)/responsabilité individuelle, respect de la vie privée, équité (les mêmes soins/traitements pour chacun – accessibilité financière des soins).
- Il faut mener un débat sociétal sur les **limites éthiques** de la médecine. Jusqu'où faut-il aller dans la prévention (par ex. via la génétique) ? La médicalisation a-t-elle une limite ? Quand un traitement devient-il de l'acharnement médical et qui détermine cette frontière ?

Il faut mener un débat sociétal sur les limites éthiques de la médecine.

LES GRANDES LIGNES DES SOINS DE DEMAIN

1. **Dynamique positive** - Les nouveaux soins de santé partent d'une dynamique positive. La santé ne doit pas seulement être considérée comme un coût, mais comme **une recette**. Le vieillissement n'est pas une charge, mais un potentiel.
2. **Le patient est un partenaire** - Le patient intervient comme un **partenaire** à côté des prestataires de soins. Son expertise ou son expérience, conjointement avec celle des prestataires de soins, conduit au traitement le plus indiqué et le plus correctement appliqué.
3. **Une approche holistique** - Des soins de santé adéquats exigent un cadre de référence scientifique **multidimensionnel** qui tient compte de la cohésion et des interactions entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans la maladie et dans la santé.
4. **Incitants positifs** - Les comportements sains sont **récompensés** via des incitants positifs (si possible dirigés de manière digitale) (par ex. via l'assurance). Les causes des comportements sont complexes et punir les comportements malsains n'est pas la méthode indiquée.
5. **Le plus près possible du patient** - Les soins sont proposés le plus près possible du patient, à son domicile. **Les soins à domicile** sont élargis et développés afin de pouvoir offrir également des soins de suivi plus complexes. Les aidants proches, les bénévoles et la collectivité locale sont impliqués encore plus étroitement. Les hôpitaux académiques se concentrent uniquement sur les soins tertiaires et sont des centres d'expertise et de haute technologie. Les hôpitaux généraux prennent uniquement les soins de deuxième ligne pour leur compte et leurs dispensateurs de soins (médecins et infirmiers) se déplacent aussi au domicile du patient si les soins au patient le nécessitent. Le nombre de lits comme critère est abandonné.

6. **Qualité avant quantité** – La qualité des soins – et donc la santé de l'homme – prime. Chaque citoyen belge choisit un **MG fixe et un pharmacien fixe**. Les deux suivent leurs patients en continu afin qu'ils restent en bonne santé. Les soins délivrés par l'hôpital après que le patient ait été référé par son MG attitré sont remboursés.
7. **La technologie comme moyen** – La technologie est utilisée comme moyen pour accroître l'efficacité du système de soins et les résultats médicaux, tant au niveau de la prévention (monitoring en temps réel), du diagnostic (big data, algorithmes informatiques), du traitement occasionnel et du soutien des patients chroniques (autogestion) que de **l'expérience patient** (prise de rendez-vous de manière digitale, guichets d'accueil dans les hôpitaux). La technologie ne remplace toutefois pas l'interaction humaine dans les moments essentiels.
8. **Collaboration** – La collaboration est le credo des nouveaux soins de santé. Tous les prestataires de soins ayant un lien thérapeutique avec le patient et le patient lui-même sont reliés de manière digitale en temps réel. Les **équipes multidisciplinaires** dépassent leur expertise médicale dans la collaboration. Pendant leur formation, les prestataires de soins sont préparés à collaborer. La santé du patient et ses soins deviennent la responsabilité de toutes les parties (y compris celle du patient). Leur point de départ est evidence-based et **value-based** (tant au niveau médical qu'infirmier).
9. **Intégration politique** – Au niveau politique, les soins sont intégrés, ce qui signifie que le maintien de la santé (**prédiction et prévention**) et le rétablissement de la santé relèvent d'une même compétence au niveau politique.
10. **La prévention paie** – La dynamique financière du nouveau système de soins de santé **se concentre sur le maintien en bonne santé de la population**. Les prestataires de soins sont aussi rémunérés pour des actes préventifs, même s'ils sont de nature digitale. Tous les prestataires de soins reçoivent un salaire de base auquel est ajoutée une sorte de 'dividende' au fur et à mesure que la population arrive dans la zone moyennement plus saine. Le salaire de base est constitué (cf. le modèle Capuccino de Schrijvers, 2014) d'une rémunération générale en fonction des caractéristiques de la population dont on est responsable, d'un paiement à la prestation et d'un 'tarif innovation'.

- 11. L'éthique est essentielle** - L'éthique demeure une composante essentielle des soins. Les soins doivent rester accessibles pour tous et la **solidarité** en est un mot clé, indépendamment par exemple de la langue, des convictions philosophiques ou religieuses et du contexte culturel. Le renvoi du MG vers un hôpital n'empêche pas que le patient opère un choix éthique.
- 12. De grandes expériences osées** - La transition de l'ancien vers le nouveau est actionnée, mais doit être élargie et intensifiée via de plus grands projets pilotes et de plus grandes expérimentations. Des objectifs de santé liés au niveau de santé de la population sont fixés en se basant sur des **benchmarks**.

GROS PLAN SUR LE PATIENT

1. LA QUALITE DES SOINS AVANT TOUT

Cela peut sembler évident, mais cela s'avère pourtant ne pas toujours l'être.

- Chaque citoyen belge choisit **un médecin généraliste (MG) fixe et un pharmacien fixe**. Les deux suivent leurs patients en continu afin que ceux-ci restent en bonne santé. Les soins dispensés par l'hôpital après renvoi par le MG fixe sont remboursés.
- Les organisations de soins se voient imposer des **critères de qualité** clairs et des contrôles sont régulièrement réalisés par les autorités. Ces critères ont trait à la fois aux soins en eux-mêmes qu'au traitement des patients: on leur demande en permanence leur satisfaction, leur expérience et la mesure dans laquelle ils sont traités en tant qu'êtres humains. Ces critères de qualité sont déterminés en concertation avec le secteur de la santé de sorte qu'ils ne conduisent pas à des coûts et des tracasseries administratives inutiles.
- A partir de 65 ans, les médecins doivent encore suivre un nombre minimum de patients pour recevoir un agrément. L'utilisation du dossier de soins global est une obligation.
- Médecins et patients ont accès à **des banques de données evidence based (accréditées) mondiales**, avec des interfaces conviviales qui, sur la base de big data, cartographient des symptômes et suggèrent des diagnostics (systèmes d'aide à la décision). Le respect de la vie privée et le secret médical sont garantis.

- Le **triage** des services d'urgences se fait par des médecins généralistes dans les hôpitaux généraux.
 - Les hôpitaux académiques n'ont plus de service d'urgences. Seuls les hôpitaux généraux en ont.
 - Il existe des applications liées à l'aide urgente, par exemple pour aider au niveau de la réanimation.
 - Les véhicules des urgences sont en contact digital direct avec les hôpitaux si bien que la préparation des soins à l'hôpital peut déjà démarrer dans l'ambulance (cela peut sauver des vies en cas d'aide urgente comme pour les AVC).
- Il existe des réseaux régionaux, multidisciplinaires locaux et intersectoriels. Les **centres de référence Maladies Rares** collaborent ensemble et partagent leur expertise.
- La **télé médecine** est utilisée là où c'est possible, y compris entre le patient et le MG et entre le patient et le spécialiste.
- Les **murs entre les 1ère, 2ème et 3ème lignes sont en partie levés**: un infirmier ou un médecin va d'abord voir le patient à domicile puis continue son travail à l'hôpital. Les 'lignes' sont remplacées par des accords clairs sur qui fait quoi.
- Les prestataires de soins ne doivent plus s'enfermer dans une seule discipline. S'ils le souhaitent, ils peuvent conclure un **contrat dépassant les murs de l'organisation** qui leur permet de travailler de manière beaucoup plus flexible. Cela signifie qu'ils pourraient aussi bien être actifs dans certains services d'un hôpital que dans les soins à domicile ou dans une maison de repos. Ce faisant, le prestataire de soins vient davantage au patient et ce n'est plus le patient qui doit aller vers le prestataire de soins.

2. DES PATIENTS INFORMES ET RESPONSABILISES

Dans les soins du futur, les patients seront impliqués dans tout ce qui les concerne.

Des sites internet et des applis (evidence-based) clairement accrédités par les autorités aident et stimulent les citoyens à **l'autogestion** pour les petits maux dans la "phase zéro", c-à-d la phase avant que quelqu'un ne décide d'aller chez le généraliste. Le patient peut par exemple charger une photo d'une plaie et après avoir répondu à une série de questions ciblées, il reçoit un avis de façon automatisée (avec un algorithme) ou éventuellement après l'évaluation par un médecin. Les sites partent de **big data et de l'intelligence artificielle** pour montrer des résultats. Ces sites ou applis donnent non seulement des informations (de façon très accessible, visuelle et pratique), mais également des tuyaux.

Accès direct au rapport médical

- Les autorités créent un label belge qu'elles octroient à des sites internet de santé qui satisfont à des critères spécifiques, comme le fait d'être fondé scientifiquement, d'être correct et accessible.
- Lorsqu'un patient sort de l'hôpital, il reçoit non seulement un rapport pour le MG (qui est bien sûr aussi chargé dans le dossier de soins), mais aussi **un rapport vulgarisé pour lui-même**.
- L'administration dans les organisations de soins est à dimensions humaines et est donc accessible, y compris pour les moins érudits.

*Lorsqu'un patient sort de l'hôpital,
il reçoit un rapport vulgarisé pour lui-même.*

- Les organisations de soins communiquent de façon chiffrée et structurée leurs **résultats au niveau des soins**, mais aussi par rapport à des aspects relatifs aux services (temps d'attente moyen par service médical, temps d'attente moyen au téléphone, présence de bactéries hospitalières, ...). Les résultats des inspections menées par les autorités et d'autres accréditations sont aussi communiqués.
- **L'expertise des organisations de soins et des spécialistes est identifiée sur le web** (il ne s'agit pas d'interventions de routine). Sur la base de critères fixés par les autorités (par ex. un nombre minimum d'interventions), tout le monde peut voir la quantité d'expertise de l'organisation de soins et du spécialiste. Ces critères reposent sur des études scientifiques.

Via des formations, la *health literacy* des citoyens/patients est renforcée

- En tant que médiateur, le service de médiation continue à jouer un rôle-clé dans les conflits sur la base de la Loi sur les droits du patient. Le service de médiation n'est toutefois pas un service de plaintes. Pour cela, il y a le **responsable *patient experience***. Le service de médiation fait aussi en sorte que les patients indiquent des personnes de confiance afin que celles-ci soient/restent au courant des traitements/examens (y compris et surtout lorsque le patient n'est pas en mesure de les en informer lui-même).
- Des formations sont prévues pour les citoyens/patients par rapport à la lecture et l'interprétation d'informations de santé (*health literacy*), la recherche et l'interprétation d'informations du web et l'utilisation de **moyens de communication digitaux** (*ICT literacy*) et le dialogue avec médecins/spécialistes (*literacy*).

3. 'EXPERIENCE PATIENT' POSITIVE

**Pour un patient, il s'agit du vécu des soins dans sa globalité.
Chaque chaînon de la chaîne doit y contribuer.**

- Le patient peut prendre un **rendez-vous chez le MG lui-même de manière digitale**.
 - Les consultations chez le MG sans rendez-vous avec des salles d'attente bondées n'existent plus.
 - Les rendez-vous sont confirmés directement de manière digitale au patient via mail et/ou SMS. Il reçoit aussi un rappel plus tard.
 - En cas d'imprévu, le patient est prévenu.
 - A l'hôpital, le MG peut prendre lui-même directement un rendez-vous dans un service pour son patient.

Les organisations de soins sont constamment à l'écoute de leurs patients.

- Les organisations de soins sondent en permanence leurs patients par rapport à leur satisfaction tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Les plaintes sont rapidement suivies par un **responsable *patient experience***. Celui-ci a une voix dans les organes décisionnels de l'organisation de soins et y fait entendre la voix des patients. Il stimule aussi un **centre d'expérience patient**.

Une organisation de soins a un responsable *patient experience*, avec une voix dans les organes décisionnels de l'organisation de soins.

- Les **aspects service sont aussi digitalisés** : via une appli, le patient peut voir combien il reste de places de parking et où il peut payer aussi de manière mobile.
- Via un site ou une appli, un patient hospitalisé peut commander de la nourriture ou d'autres choses (coiffeur, manucure, journaux, ...).

4. DONNER DES INCITANTS POUR UNE VIE SAIN

**Punir mène rarement à une modification durable du comportement.
Motiver positivement est beaucoup plus efficace.**

Un comportement sain est récompensé par des **incitants positifs** (si possible par le digital) (par ex. via l'assurance). Les patients sont soutenus à l'autogestion de manière digitale: ils peuvent ainsi prendre un rendez-vous chez le médecin généraliste et des applis d'autogestion sont remboursées, par ex. des applis qui rappellent aux patients de prendre leurs médicaments.

Tout le monde paie le même montant pour un contrôle dentaire chez le dentiste. Celui qui le fait chaque année obtient une réduction.

5. L'ETAT DE SANTE DE CHAQUE CITOYEN EST SURVEILLE EN PERMANENCE

Prendre soin de sa santé à temps et de manière continue sera fortement simplifié à l'avenir par la technologie.

- Des indicateurs de base de l'état de santé du citoyen sont **surveillés en permanence de manière digitale** (pression artérielle, rythme cardiaque,...) via une puce, un bracelet, une montre ou un autre dispositif. Ces données sont également stockées dans le dossier médical. Un certain nombre de données de santé de base du citoyen mises à jour se trouvent aussi sur son e-ID.

Le citoyen/patient a constamment un œil sur son état de santé.

- Le patient reçoit de façon structurée (par exemple tous les mois) un résumé visuel transparent (infographie) des indicateurs de base de son état de santé. Il est ainsi stimulé à une autogestion de sa santé et à **prévenir la maladie**. Il en va de même pour les patients chroniques qui ont une vue en permanence sur l'évolution de leur maladie. La fréquence des aperçus fournis est déterminée en concertation avec le citoyen ou le patient.

Le médecin généraliste vérifie préventivement, en permanence et de façon régulière l'état de santé de ses 'patients'!

- Le MG réalise des **contrôles de santé** chez ses patients, ce qui signifie qu'il contrôle les données de santé dynamique de ses patients de manière continue et avec une régularité fixe, à la recherche de signes déviants. Il se base aussi sur un **"early warning score"**. S'il constate des anomalies au niveau des paramètres, il prend contact avec son patient. Cela se fait en premier lieu de manière digitale (par ex. via un chat). Des consultations virtuelles sont encouragées (mais pas imposées!). Il est toutefois d'abord de la responsabilité du citoyen de demander de l'aide s'il constate des anomalies.
- Le MG se concentre aussi sur la **prévention**.

L'accent est aussi placé sur la prévention.

6. LES SOINS GLISSENT VERS LA PLUS GRANDE PROXIMITÉ POUR LE PATIENT À LA MAISON

Quand ils sont malades, les gens restent de préférence dans leur environnement familial à la maison.

- Les soins à domicile sont élargis et développés pour pouvoir offrir également des soins de suivi plus complexes et **impliquer de manière encore plus étroite** les aidants proches, les bénévoles (bien formés) et la collectivité locale.
- Les habitations privées sont construites en tenant compte de l'avenir quand les personnes seront plus âgées, et de la possibilité de cohabitation. Le but est que les gens – y compris les personnes âgées – puissent rester chez eux le plus longtemps possible et puissent de préférence aussi y mourir.

L'offre de soins est complètement intégrée.

- Une grande attention est consacrée aux soins de suivi.
 - L'avis médical du spécialiste concerne aussi la phase qui suit le traitement à l'hôpital (bien sûr en concertation avec le MG).
 - Un soutien psychosocial est prévu et l'hôpital entretient des contacts étroits avec la famille du patient, les associations de patients et les aidants proches.
 - Les **soins par les aidants proches** sont encouragés et soutenus par les autorités.
 - Les patients sont aidés et stimulés à avoir des contacts avec leurs pairs, lors desquels ils peuvent échanger leurs expériences et des conseils.
 - Les **soins à domicile, le médecin généraliste, la mutualité/l'assureur et le pharmacien collaborent étroitement.**
 - Les mutualités oeuvrent pour contribuer à la transparence et l'accessibilité du système de soins et de l'offre de soins.
 - Parfois, une partie d'un hôpital général peut aussi être mobile, par exemple sous la forme d'un container qui est placé dans un quartier ou chez un patient.
 - Le soir et les week-ends, des services de garde et des permanences sont prévus par zone.

L'offre de soins est totalement intégrée.

7. LE PATIENT A UN DOSSIER DE SOINS GLOBAL

Le patient est propriétaire de ses données et y a donc accès, dans la mesure où il le veut et s'il le veut.

- Le patient a un seul dossier de soins global. Il est composé d'une part, du dossier médical auquel tout le monde peut avoir accès à condition d'avoir une relation thérapeutique avec le patient ainsi que les personnes (de confiance) que désigne le patient (y compris le pharmacien), et d'autre part, des informations générales liées au patient et aux soins.
- S'il le souhaite, le patient peut avoir accès à toutes les informations. Il est propriétaire de ses données de santé. Le **patient décide** qui a accès à quoi.

Le patient est propriétaire de ses données de santé.

- Le dossier est **tenu à jour en temps réel** et le MG et le patient sont avertis lorsque de nouveaux résultats d'examens ont été chargés.
- Le dossier comporte aussi un « lien dans le temps » (mentionnant entre autres les moments cruciaux), qui donne un aperçu de **l'évolution des soins** au patient et des examens qui ont été réalisés et ont été prévus (cf. tracé d'un envoi dans l'environnement commercial). Cela donne à toutes les personnes concernées une vue graphique du déroulement en temps réel.

Le dossier de soins donne une image complète, actualisée, du citoyen, de sa vulnérabilité et de ses valeurs.

- Les prestataires de soins ont rapidement accès (y compris via la technologie vocale) et peuvent directement voir où le patient se trouve (durant le processus de soins). Il est aussi consultable de façon mobile.
- Pour les personnes âgées, le dossier comporte également des **prédicteurs de fragilité** qui identifient la régression physique et cognitive.
- Il contient également **des données et le contexte** qui rendent les informations médicales accessibles et interprétables pour le patient.

Le dossier de soins centralise aussi les infos administratives de santé.

- Le dossier général comporte aussi un aperçu des **données administratives** telles que les factures, les e-prescriptions, etc.
- Dans le dossier, le patient a aussi un aperçu des études scientifiques auxquelles il participe éventuellement et des banques de données de soins dans lesquelles ses données ont été enregistrées.
- Le dossier permet aussi au patient à un endroit spécifique d'ajouter des infos lui-même. Le **pharmacien de référence** du patient y est aussi visible.
- Et enfin, la partie générale du dossier comporte aussi le point de vue du patient par rapport à ses **valeurs** (religion, sa vision par rapport à la fin de vie, au don d'organes,...) (*Advanced Care Planning*).

8. LE MG COMME CONTACT DE SOINS CENTRAL

La première ligne remplit un rôle clé dans les soins et la prévention.

- Le premier contact du citoyen par rapport à sa santé est le médecin généraliste. Il est formellement le praticien principal du patient.
- Les MG peuvent avoir des contacts directement avec le spécialiste, via **une ligne téléphonique directe, skype, ou autre**, y compris pour un traitement ou un examen à l'hôpital. Dans les hôpitaux, les MG obtiennent la priorité pour des patients à propos desquels ils ont des questions urgentes.

Le médecin généraliste est le praticien principal.

- Un patient ne peut consulter à l'hôpital **que sur prescription** du MG. La décision qui porte sur le choix de l'hôpital est bien sûr prise en concertation avec le patient.
- Une concertation entre le spécialiste et le MG peut se faire, si possible, également via la **télé médecine**, et ce, également avant que le patient n'aille à l'hôpital ou après sa sortie.
- Les **services de garde** des MG doivent être suffisamment développés pour éviter des recours inutiles aux services d'urgences. Ils peuvent se rattacher aux hôpitaux généraux et y constituer le triage.

*La liberté d'un patient n'est pas absolue :
il ne peut se rendre à l'hôpital que sur prescription
du médecin généraliste.*

GROS PLAN SUR LE SECTEUR DES SOINS

1. LE PROCESSUS DE SOINS

Il ne pourrait plus avoir de salles d'attente dans les hôpitaux.

- Les patients ne vont à l'hôpital que pour des "**étapes critiques**" du processus de soins. Tous les autres aspects se déroulent au domicile du patient ou auprès de la première ligne.
- Un patient qui est hospitalisé a déjà tout réglé à l'avance. Toutes les étapes qui doivent être parcourues l'ont été les jours précédents en dehors de l'hôpital. Ce n'est que lorsque tout est réglé que le patient va à l'hôpital pour **une très courte période** : une heure avant l'intervention de sorte qu'il n'y ait pas de temps d'attente. Il s'inscrit puis se rend à pied au quartier opératoire.

2. LA DISTANCE DE SOINS ENTRE HOPITAUX ACADEMIQUES ET HOPITAUX GENRAUX AUGMENTE

Le patient ne va à l'hôpital que si cet hôpital a une plus-value pour lui.

- Les hôpitaux académiques continuent de se spécialiser dans les soins tertiaires, l'expertise et les fers de lance, tandis que les soins de base secondaires se déplacent totalement vers les hôpitaux généraux. Les hôpitaux académiques deviennent des **centres de haute technologie** qui mettent l'accent sur des interventions et des soins spécifiques. Ils deviennent des tours de technologie où le patient séjourne brièvement. Leurs lits hospitaliers se trouvent très près du patient dans des hôpitaux locaux.
- La différence d'offre de soins entre hôpitaux généraux et hôpitaux académiques s'accroît et s'affirme. Les appareils de haute technologie sont réservés aux hôpitaux académiques, sur la base d'**une expertise démontrable**. Les hôpitaux académiques sont de ce fait plus petits. Quant aux hôpitaux généraux, ils fonctionnent davantage en collaboration avec les soins à domicile.

Il y a moins de superpositions dans l'offre de soins entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux académiques.

- Les hôpitaux collaborent en **réseaux**.
- Le nombre de lits comme critère est abandonné.
- Les hôpitaux académiques n'ont plus de service d'urgences et un service d'urgences n'est plus un critère pour être agréé. Un hôpital académique avec un centre de grands brûlés peut être une exception.

3. ARCHITECTURE DE SOINS CONVIVIALE

Un hôpital dégage un rayonnement curatif.

- Un hôpital général devient une institution de soins/un lieu de rencontre où les soins médicaux sont intégrés avec du fitness, un diététicien, etc..., ce qui fait que **des gens en bonne santé** y viennent également.
- L'entourage de soins – l'architecture – combine l'efficacité des soins avec *l'expérience patient*.
 - Un hôpital devient un **healing environment** agréable et chaleureux (bien sûr accessible (avec des grandes fenêtres, dans des chambres divisées quand c'est possible – une approche encore plus ludique pour les services pédiatriques) dans lequel le patient trouve facilement son chemin, aussi bien celui qui est fort au niveau digital que celui qui est moins érudit, et où des services sont organisés en **clusters géographiques** à partir de la position des soins au patient.

La présence humaine à des moments cruciaux reste essentielle.

- Le digital aide, mais **la présence humaine** à des moments cruciaux reste essentielle.
- Quand c'est possible, on offre **différentes options** au patient : accès internet ou pas, choix en matière d'alimentation, ...

4. COLLABORATION

Les spécialistes doivent dépasser leur segmentation professionnelle.

- Les soins sont **intégrés**, certainement dans des questions médicales complexes et multidisciplinaires. Les itinéraires de soins transmuraux et un plan de soins commun par patient constituent la base. La **multidisciplinarité** signifie que le MG et les spécialistes forment une équipe et abordent le problème médical du patient de manière holistique ainsi que le bien-être psychique du patient.

5. L'ENSEIGNEMENT DE LA MEDECINE DE DEMAIN

L'avenir des soins s'apprend aujourd'hui.

- Les études de médecine ne sont plus reprises comme une formation médicale individuelle. Les étudiants en médecine apprennent dès le début de leur formation à réaliser des tâches ensemble en termes de collaboration. La **collaboration multidisciplinaire** est un accent important.
- L'enseignement aux étudiants en médecine est élargi par une partie importante relative à la communication et à l'analyse comportementale qui est axé sur la prévention et *l'empowerment du patient* (et de la famille et du patient).

La collaboration multidisciplinaire constitue un accent important.

- La **prévention** devient une spécialisation dans ou à côté des formations médicales.
- Un large apport des patients y est prévu (pas seulement pour un jeu de rôles en termes de communication par exemple).
- Les médecins sont formés au niveau de **la santé digitale** (utilisation de 'big data' et de systèmes d'aide à la décision) où le diagnostic est toujours soutenu par l'intelligence artificielle sur la base d'une large gamme de tests diagnostiques ou prédictifs qui visent ses diagnostics de probabilité. Les médecins en formation apprennent les forces et les limites de tels systèmes.

*Les médecins sont formés en matière de santé digitale.
Ce faisant, le diagnostic est de plus en plus appuyé par un large éventail de tests diagnostiques ou prédictifs qui touchent les diagnostics de probabilité.*

- Les médecins de demain apprennent aussi **les aptitudes sociales et communicationnelles**.
- Le curriculum de la formation de médecin actuelle doit davantage refléter le côté interdisciplinaire de la profession.
- La **formation des médecins spécialistes** est adaptée : le maître de stage ne dépend plus financièrement de l'hôpital. Le médecin spécialiste en formation est rémunéré indépendamment des activités médicales qu'il preste. En outre, la qualité de leur formation est formellement surveillée par les autorités.

La coordination entre les facultés de médecine et l'hôpital académique est optimisée.

- Les **facultés de médecine et de pharmacie** deviennent un seul tout avec les hôpitaux académiques, y compris sur le plan juridique.
- Au lieu de se faire concurrence, les facultés de médecine établissent des accords entre elles et déterminent en concertation des **quotas** par rapport au nombre d'étudiants par faculté en fonction de l'infrastructure et du personnel disponibles.
- L'éthique est et reste une partie essentielle de l'enseignement de la médecine.

GROS PLAN SUR LE SYSTEME

1. UN AUTRE FINANCEMENT

Moins de volume, plus de qualité et plus de valeur.

- Il existe **différents mécanismes de financement** qui visent une plus grande collaboration entre dispensateurs de soins. Un mélange de ces différents systèmes sera très probablement la solution :
 - Remboursement pour les prestataires de soins pour les frais réalisés
 - Montant pour les prestataires de soins pour l'exercice de la profession (ex. pour un DMG pour le MG)
 - Montant pour la **care coordination** (par ex. un chirurgien cardiaque qui suit son patient après une opération à son domicile via télémonitoring)
 - Paiement à la prestation : honoraires purs pour les prestataires de soins
 - Paiement pour la qualité fournie
 - La télémédecine = une prestation

La télémédecine est aussi considérée comme une prestation.

- La dynamique financière du nouveau système de soins de santé se concentre sur le **maintien en bonne santé** de la population.
 - Les prestataires de soins sont aussi rémunérés pour des actes préventifs, même s'ils sont de nature digitale.
 - Tous les prestataires de soins reçoivent un salaire de base auquel est ajoutée une sorte de 'dividende' au fur et à mesure que la population arrive dans la zone moyennement plus saine. Le salaire de base est constitué (cf. le modèle Capuccino de Schrijvers, 2014) d'une rémunération générale en fonction des caractéristiques de la population dont on est responsable, d'un paiement à la prestation et d'un 'tarif innovation'.

Maintenir les gens en bonne santé est aussi honoré financièrement.

- La rémunération du MG à la consultation augmente de sorte qu'à la fois la pression du travail et la pression pour faire beaucoup de consultations pour générer un revenu raisonnable diminuent. Les **concertations multidisciplinaires** sont également rémunérées comme des consultations. Le MG est payé par contrôle. Le MG est aussi rémunéré pour le contact digital et pour le contrôle mensuel.

Les suppléments d'honoraires sont supprimés.

- La distinction actuelle entre une chambre seule et une chambre à deux lits disparaît. Le critère devient la gêne qu'un patient peut occasionner à un autre patient, l'hygiène hospitalière (la contagiosité) ou des aspects de vie privée. **Les suppléments d'honoraires n'existent plus** 'un chirurgien doit simplement toujours être bien payé).
- Un point d'attention particulier est aussi la simplification de la charge de preuve qui repose sur **les malades chroniques** et les règles administratives parfois complexes pour pouvoir maintenir la reconnaissance comme patient chronique.

2. INTEGRATION POLITIQUE

Des soins intégrés ne sont pas possibles sans intégration politique.

- Au niveau politique, les soins sont **intégrés**. Cela signifie que le maintien de la santé (prédiction et prévention) et le rétablissement de la santé relèvent d'une seule compétence. Tous les thèmes liés aux soins aux mains d'une seule entité de sorte que chacun puisse obtenir un même niveau de soins !