

LE PAYSAGE DES SOINS DE SANTÉ EN DÉSÉQUILIBRE

Novembre
2023

COMMENT LA TECHNOLOGIE MÉDICALE
PEUT CONTRIBUER À ÉQUILIBRER L'OFFRE ET
LA DEMANDE DE SOINS
DE SANTÉ



TECHNOLOGIES
POUR LES SOINS DE DEMAIN



RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le paysage belge des soins de santé a été caractérisé ces dernières années par un **glissement des soins axés sur l'offre vers des soins axés sur la demande** ; ce qui a permis aux patients de participer de plus en plus aux prises de décision relatives à leur propre trajet de soins. En outre, la population vieillit et le nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique augmente. En conséquence, **la demande de soins augmentera et se diversifiera**. Cela signifie que la charge pesant sur les soins de santé, et en particulier sur le personnel soignant, augmentera de manière significative. Ajoutez à cela que le nombre de prestataires de soins qui prennent leur retraite est supérieur au nombre de personnes qui se lancent dans une profession de soins. Par conséquent, d'avantage de soins devront être fournis avec moins de personnel. Notre système de santé est confronté à de nombreux défis pour rapprocher le déséquilibre entre la demande et l'offre de soins de santé pour compenser le déséquilibre entre la demande et l'offre de soins. Il est urgent de revoir l'organisation et le soutien du personnel soignant.

La technologie médicale (et par extension, eHealth et healthtech) est l'une des principales clés pour remédier à ce déséquilibre. Miser pleinement sur l'implémentation des technologies médicales peut contribuer à plus d'efficacité, d'effectivité, de productivité et de qualité dans les soins de santé, tant du côté de l'offre que de la demande.

Du côté de la demande, les technologies médicales peuvent jouer un rôle essentiel dans les domaines suivants :

- (a) Prévention et détection précoce
- (b) Éducation et responsabilisation du patient

Du côté de l'offre, les technologies médicales peuvent apporter un grand soutien aux prestataires de soins. Elles peuvent être utilisées pour traiter les problèmes suivants :

- (a) Rétention du personnel soignant
- (b) Hyperspécialisation (soins adéquats) du personnel soignant
- (c) Stimulation de la collaboration





Que faut-il faire pour exploiter pleinement le rôle équilibrant des technologies médicales ?

Des réformes politiques importantes sont toutefois nécessaires afin de pouvoir exploiter pleinement le potentiel de la technologie médicale pour améliorer le déséquilibre entre l'offre et la demande. Les recommandations suivantes sont formulées :

1. RECOURIR À LA TECHNOLOGIE MÉDICALE POUR GARDER LA DEMANDE SOUS CONTRÔLE ;

- 1 Investir dans la prévention ;**
 - Faire de la prévention une valeur sûre dans le trajet de soins.
 - Intégrer pleinement le dépistage (de masse) à la politique en matière de santé, avec un plus haut taux de participation.
- 2** Encourager l'éducation des patients.
- 3 S'engager à fournir des soins abordables et accessibles,** proche du patient.
- 4 Miser sur les technologies qui permettent au patient/à l'aidant de prendre (pouvoir prendre) en charge une partie des soins dispensés** par les professionnels de la santé.
- 5 Encourager les patients** à gérer soigneusement leur besoins en matière de soins afin d'éviter toute surconsommation.

2. LA TECHNOLOGIE MÉDICALE COMME AIDE POUR LE PERSONNEL SOIGNANT ;

- 1 Réduire la charge administrative des professionnels de la santé** en augmentant l'automatisation grâce à des applications Healthtech telles que le dossier électronique du patient.
- 2 Accorder la priorité à (et financer) l'accès aux innovations** pouvant réduire la pression et la charge de travail.
- 3 Miser sur l'autonomie (et la performance) du professionnel de la santé grâce à la technologie** pour accroître la motivation.
- 4 Investir dans les formations de soins multidisciplinaires,** avec un accent particulier sur les outils technologiques.
- 5 Tenir compte de l'impact des technologies (médicales)** dans les paramètres d'influence lors du calcul des (sous-)quotas.
- 6 Encourager et contrôler en continu l'apprentissage** des professionnels de la santé.
- 7 Faciliter l'hyperspécialisation** si nécessaire et les soins intégrés le cas échéant.
- 8 Permettre les Outcome Based Bundled Payments,** conformément à un modèle Value-Based Health Care.
- 9 Encourager la collaboration** en réunissant hôpitaux et prestataires de soins au chevet du patient.
- 10 Rendre les données des patients et de (soins de) santé facilement et sécuritairement échangeables.**

1

L'OFFRE ET LA DEMANDE DE SOINS EN ÉVOLUTION : LA TECHNOLOGIE MÉDICALE PEUT CONTRIBUER À RÉTABLIR L'ÉQUILIBRE

p.6

UNE DEMANDE CROISSANTE DE SOINS **p.10**

2

- 2.1. Mieux vaut prévenir que guérir : commencer par le commencement - p.12
- 2.2. Le patient est également responsable : attentes et consommation de soins - p.15

VERS UNE POLITIQUE HOLISTIQUE DES RESSOURCES HUMAINES : "LE PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ DE DEMAIN EST UNE ÉQUIPE" **p.10**

3

- 3.1. Rendre la profession de soignant plus attrayante - p.12
- 3.2. L'hyperspécialisation grâce à des soins plus complexes et à une expertise croissante - p.15
- 3.3. Nécessité d'une approche intégrée des soins - p.17

CONCLUSION : DES DISPOSITIFS MÉDICAUX AU SECOURS DU PERSONNEL SOIGNANT

4

P.19

5

RÉFÉRENCES **p.22**



**TECHNOLOGIES
POUR LES SOINS DE DEMAIN**



1

OFFRE DE SOINS ET DEMANDE DE SOINS : LA TECHNOLOGIE MÉDICALE PEUT CONTRIBUER À RÉTABLIR L'ÉQUILIBRE

Ces dernières années, les soins de santé ont évolué **d'un modèle axé sur l'offre vers un modèle axé sur la demande**. Alors que les patients n'avaient auparavant aucun contrôle sur leur trajet de soins, les nouveaux modèles de soins tiennent de plus en plus compte du patient. La demande de soins est donc de plus en plus dirigée par le patient. **En raison du vieillissement de la population et du nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques, cette demande de soins ne fera que se diversifier et augmentera au cours des prochaines décennies**. Si la politique ne change pas, il est inévitable que la charge de travail du personnel soignant augmentera, alors qu'elle est déjà élevée pour le personnel soignant belge. Dans nos hôpitaux, chaque infirmier est par exemple responsable de 8 à 10 patients en moyenne. La moyenne européenne est de 7 à 8 patients par infirmière¹.

La fédération sectorielle Agoria estime que d'ici 2030, 106 000 emplois supplémentaires devront être créés pour pouvoir répondre à la demande de soins². **Du côté de l'offre, ce sera cependant un défi de taille de pourvoir ces emplois supplémentaires**. La population active vieillit également. Selon les chiffres les plus récents du SPF Santé publique, l'âge moyen des infirmiers est de 49 ans et celui des médecins de 50 ans³. Cela a évidemment un impact sur le flux sortant de travailleurs. Pour le personnel infirmier par exemple, le flux sortant annuel avant le coronavirus était estimé à 4 %⁴ (ce

qui correspond à 5 000 infirmiers sur 126 500⁵). L'afflux de nouveaux prestataires de soins de santé est par contre limité. L'attrait des études de soins infirmiers, par exemple, semble diminuer. En 2023, seuls 1 676 étudiants ont commencé des études d'infirmier, une chute de 9 % par rapport à 2019⁶ et un nombre largement insuffisant pour compenser le flux sortant de personnel infirmier. En d'autres termes, le déséquilibre ne fait que s'aggraver, une réorganisation réfléchie de l'offre de soins s'impose.





Le déséquilibre grandissant entre la demande croissante de soins de santé et la diminution de l'offre de soins met notre système de soins de santé sous haute tension. Il est nécessaire de redéfinir la politique de ressources humaines dans le secteur des soins de santé. L'objectif ? Employer le prestataire de soins de manière plus optimale où il est nécessaire. Un autre défi consiste à accroître la satisfaction professionnelle des prestataires de

soins afin de garantir un flux entrant suffisant et d'améliorer le taux de rétention. La technologie médicale est une clé importante pour alléger la charge de travail du personnel soignant. **En intervenant à la fois aux niveaux de la demande de soins et de l'offre de soins, la technologie médicale peut contribuer à rééquilibrer les deux composantes du paysage des soins de santé.**

La charge de travail ? Où la pression au travail ?

Il y a une grande différence entre la charge de travail et la pression au travail : la charge de travail peut être déterminée objectivement. C'est la quantité de travail effectuée par une personne au cours d'une certaine période. La pression au travail ne peut pas être établie objectivement. La pression au travail est la charge de travail ressentie et est donc subjective. Chaque personne réagit différemment au stress, aux changements...

Le ressenti d'une pression au travail trop importante se traduit par une baisse de la rétention, un burn-out, l'absentéisme et une baisse de la productivité. Cependant, individuellement, il n'y a pas grand-chose à faire concernant la charge de travail perçue. C'est principalement au niveau de l'organisation que des adaptations peuvent être apportées. Pensez par exemple à la flexibilité dans le planning du personnel, la localisation, la répartition des tâches, la flexibilité des compétences, la rémunération, le régime des vacances, l'organisation du travail,...⁷.

À l'occasion d'une table ronde, un groupe d'experts s'est joint à beMedTech afin d'explorer des moyens pour intégrer la technologie médicale à la solution. Les principales conclusions et recommandations des experts qui ont participé à la table ronde sont présentées dans le présent rapport. Les experts présents à cette occasion étaient :

PARTICIPANTS AUTOUR DE LA TABLE

Jonas Brouwers

(Universitair Ziekenhuis Leuven / VASO vzw)

Arnaud Bruyneel

(Université libre de Bruxelles)

Brecht Cardoen

(Vlerick Business School / KU Leuven)

Robin Decoster

(Odisee Hogeschool)

Caroline Delo

(Université libre de Bruxelles / Maison de repos et de soins à Bruxelles)

Alberto Parada

(Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG))

Geert Brantegem

(Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Aalst)



La MedTech peut faire beaucoup, mais...

L'accent est mis dans ce rapport sur le rôle des technologies médicales existantes (« medtech », dans le cadre de la réglementation européenne) pour rendre les processus de soins plus efficaces, tant au niveau de la demande que de l'offre de soins. La medtech couvre un champ d'activités très large : des seringues, fauteuils roulants et pansements aux implants et pacemakers, en passant par l'imagerie médicale, les tests de diagnostic in vitro et les applications mobiles de santé. Les applications eHealth n'en font néanmoins pas partie. Il s'agit de solutions logicielles que les établissements de soins et les prestataires de soins utilisent pour permettre la transformation numérique des soins. Il peut s'agir de **systèmes IT** pour archiver, stocker et échanger des données de patients, mais égale-

ment aux outils pour faciliter la téléconsultation et la prise de rendez-vous médicaux en ligne, par exemple via les apps et les portails de santé. Ces technologies n'ont aucune prétention médicale et ne sont donc pas des technologies médicales. La technologie médicale numérique, digital medtech en abrégé, désigne par contre les applications logicielles utilisées **à des fins médicales**. Grâce à ces solutions, il est possible de collecter, d'assurer le suivi et de partager des informations sur la santé afin de faciliter les diagnostics, la surveillance et les thérapies. Le terme Healthtech est souvent utilisé comme terme générique pour toutes ces technologies dans le domaine des soins de santé. **Nous nous concentrons dans ce rapport sur les solutions medtech existantes** qui sont (peuvent être) déployées concrètement aujourd'hui, et non sur des visions très futuristes ou des solutions surréalistes. Il s'agit d'exploiter le potentiel existant.





2

UNE DEMANDE CROISSANTE DE SOINS

Le problème de la rareté des mains au chevet des patients trouve son origine au sein de la société. Une première solution possible au problème ne réside pas dans l'offre, mais dans la demande. En examinant d'un œil critique la demande de soins et en s'y attaquant, nous réduisons la pression sur l'offre de soins. Cela commence par la prévention, la détection précoce et l'éducation du patient.

2.1. MIEUX VAUT PRÉVENIR QUE GUÉRIR : COMMENCER PAR LE COMMENCEMENT

Les chiffres ne mentent pas : **seulement 1,6 % de notre budget pour les soins de santé est consacré à la prévention**. C'est peu, et également inférieur à la moyenne européenne qui avoisine les 2,6 %⁸. Cela se traduit par un manque de mesures préventives et une absence de vision d'une politique de prévention en matière de santé. Des économies en matière de prévention génèrent

à long terme des coûts plus élevés. Les mesures préventives comme miser sur l'arrêt du tabagisme ou la réduction des risques de maladies cardiovasculaires permettent d'améliorer la santé de la population. Outre la prévention, il faut également investir dans la détection précoce afin d'éviter la demande de soins aigus ou des traitements intensifs, pensez au screening et dépistage de la population.

CAS

LE RÔLE CRUCIAL DE LA TECHNOLOGIE MÉDICALE DANS LE SCREENING ET LE DÉPISTAGE DE LA POPULATION .

Un meilleur dépistage réduit indirectement la pression sur les prestataires de soins. Grâce à des tests en laboratoire (**diagnostics in vitro**) ou **l'imagerie médicale**, les maladies ou le risque de les développer peuvent être identifiés plus tôt. Il est ainsi possible d'éviter les complications ainsi que les traitements (plus lourds) et les probabilités de guérison complète augmentent.

• **Dépistage du cancer du côlon** : pour la détection du cancer du côlon, dans le cadre du dépistage de la population, les labos utilisent **des diagnostics in vitro** pour examiner les traces de sang dans les

selles. Une trop grande quantité de sang dans les selles peut en effet indiquer un cancer du côlon ou des polypes (prodromes du cancer du côlon)⁹.



• **Dépistage du cancer du col de l'utérus :** aujourd'hui le cancer du col de l'utérus est principalement détecté par un **test PAP** (et/ou **Liquid based cytologie**), un frottis du col de l'utérus est effectué lors d'un examen gynécologique. Ce frottis est ensuite examiné au microscope pour détecter des cellules précancéreuses dans un laboratoire à l'aide de diagnostics in vitro. Les chercheurs ont constaté que le dépistage au moyen d'un **test HPV PCR** (un autre test de diagnostic in vitro), qui détecte le virus du papillome humain lui-même, est plus performant, car il permet d'éviter des cas supplémentaires de cancer du col de l'utérus et des décès. Il sera prochainement également remboursé en Belgique comme test initial. Le test PAP sera alors utilisé dans une deuxième phase. Étant donné que le risque de développer un cancer invasif après un résultat normal au test HPV est beaucoup plus faible qu'après un test PAP normal, la durée entre 2 tests HPV peut être portée en toute sécurité à 5 ans¹⁰. Cela constitue un avantage pour le patient, et contribue également à réduire la charge de travail des prestataires de soins. Cette nouvelle méthode de tester génère un double avantage pour la réduction de la demande de soins. À court

terme, les prestataires de soins seront moins sollicités pour le dépistage (suite à l'allongement du délai) tandis qu'à long terme, la demande de soins restera plus limitée, car des complications et des traitements plus intensifs seront évités.

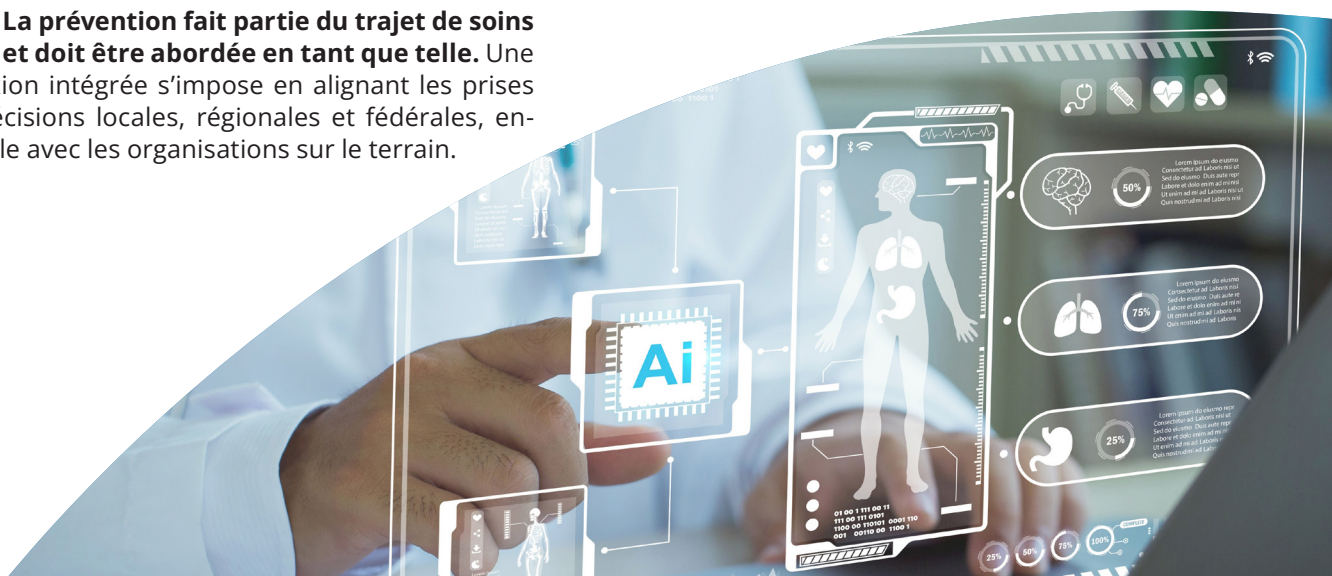
• **Le dépistage à l'aide de l'imagerie médicale (et l'intelligence artificielle) :** une **mammographie de dépistage** permet de détecter des anomalies dans les seins très tôt, bien avant que vous ne le remarquiez vous-même. Le cancer du sein peut donc être détecté à un stade précoce¹¹. En outre, des programmes informatiques intelligents sont capables aujourd'hui d'interpréter une mammographie à l'aide de **l'intelligence artificielle**¹². Pour ce faire un maximum de données provenant de centaines de milliers de mammographies sont introduites dans le programme informatique. Le logiciel examine si la mammographie de dépistage correspond à l'une des images de sa vaste bibliothèque. Dans notre pays, de tels systèmes sont déjà utilisés dans plusieurs hôpitaux. Ils constituent un contrôle et un outil supplémentaire pour le radiologue.

RECOMMANDATIONS :

1 Réaliser l'ambition de l'OMS d'investir davantage de budget de santé dans la prévention. Cela permettra de réduire le nombre de patients chroniques, les interventions invasives et le besoin de soins aigus.

2 La prévention fait partie du trajet de soins et doit être abordée en tant que telle. Une réflexion intégrée s'impose en alignant les prises de décisions locales, régionales et fédérales, ensemble avec les organisations sur le terrain.

3 Le screening et dépistage de la population font partie d'une politique intégrée en matière de santé. Le taux de participation à de tels examens devrait être augmenté.





2.2. LE PATIENT EST ÉGALEMENT RESPONSABLE : LES ATTENTES ET LA CONSOMMATION DE SOINS

En tant que citoyens, nous avons également une responsabilité afin de mieux aligner la demande sur l'offre. À cet égard, il est en effet important que les patients aient une connaissance suffisante de leur propre maladie et qu'ils puissent prendre en charge leur propre traitement. Outre l'autonomisation du patient, cela engendre des avantages considérables pour le personnel soignant. D'une part, les patients informés peuvent exécuter eux-mêmes certaines tâches de soins, d'autre part, ces patients seront également plus réfléchis quant à la consommation de soins. En d'autres termes, des patients mieux informés peuvent également contribuer à alléger la charge de travail du personnel soignant.

Le succès d'un traitement dépend souvent de l'éducation des patients. L'objectif de l'éducation des patients est de promouvoir la qualité de vie des patients en les aidant à acquérir et à maintenir les compétences nécessaires pour prendre soin d'eux-mêmes d'une part, et, la capacité à s'adapter au quotidien, d'autre part.¹³ Les patients qui disposent des aptitudes en vue de prendre en charge une partie de leurs soins contribuent à alléger la charge de travail et la pression au travail du personnel soignant. En outre, l'éducation des patients devient également de plus en plus importante, car les séjours à l'hôpital sont de plus en plus courts. Les patients sont donc encouragés à prendre en charge leurs propres soins en dehors du cadre sécurisé de l'hôpital.

CAS

L'utilisation de la technologie médicale peut constituer une importante plus-value pour rendre les soins autoadministrés aussi facile que possible. Il suffit de penser à l'**autosondage** pour les patients incontinents ou le patient vide lui-même sa vessie à l'aide d'une sonde urinaire. En apprenant les aptitudes nécessaires au patient (ou à son aidant) (éducation des patients) et en prévoyant les moyens nécessaires, l'autonomie du patient s'accroît et la charge de travail du prestataire de soins diminue. Un autre exemple est la dialyse péritonéale.

Si les reins cessent de fonctionner correctement, le péritoine peut parfois remplacer la fonction rénale. La membrane péritonéale filtre dans ce cas le sang. Il s'agit de la **dialyse péritonéale** ou la **dialyse abdominale**, qui peut être réalisé grâce à la technologie médicale en dehors des murs de l'hôpital. Après une formation de quelques jours, le patient peut réaliser lui-même la dialyse : à la maison, à l'école ou au travail. Étant donné que les patients peuvent s'occuper eux-mêmes d'une partie de leurs soins, la charge de travail du personnel soignant est considérablement allégée.

À cela s'ajoute le problème des 'achats' inutiles dans le domaine des soins de santé. Demander un deuxième avis est tout à fait intéressant et les patients doivent pouvoir conserver la liberté de changer de prestataire de soins ou d'établissement de soins, pour quelque raison que ce soit. La liberté de choix est un droit du patient, mais les choix doivent être "responsables", objectifs et objectivables, argumentés et réfléchis. Cela ne peut pas conduire à une surconsommation, comme des scans inutiles, un recours inutile à une expertise (supplémentaire)... Nous avons la chance de vivre

en Belgique dans un pays où le système de soins est très accessible, mais cela s'accompagne de son lot de responsabilités. Le patient n'est pas encouragé dans le système actuel de soins à être prudent et réfléchi quant à l'offre de soins. Le fait de le responsabiliser peut donc conduire à un moindre gaspillage de ressources rares.

Bien entendu, la responsabilité incombe également au système de soins de santé. **Si l'on attend des patients qu'ils prennent leurs responsabilités pour leur traitement, ils doivent également**



avoir un accès suffisant à de bonnes sources d'information sur leur état de santé. Le patient peut assumer pleinement ce rôle uniquement si la collaboration entre les établissements de soins est

soutenue par des systèmes qui échangent facilement des informations et des données entre eux . Cette question est approfondie plus loin dans le rapport.

RECOMMANDATIONS :

- 1 Encourager l'éducation des patients.**
- 2 S'engager à fournir des soins abordables et accessibles,** proches du patient. Une politique ciblée et proactive est nécessaire surtout vis-à-vis de certains groupes vulnérables.
- 3 Investir dans des technologies qui permettent au patient de s'occuper lui-même d'une partie des soins** actuellement assurés par des professionnels.
- 4 Le patient a une responsabilité au sein du système des soins.** Il est nécessaire d'empêcher les gens de s'adresser à de (mauvais) établissements de soins sans que cela n'apporte de valeur ajoutée pour eux. S'attaquer à la surconsommation dans les soins est essentiel pour pouvoir diminuer la charge de travail du personnel soignant.





3

VERS UNE POLITIQUE HOLISTIQUE DES RESSOURCES HUMAINES :

« LE PRESTATAIRE DE
SOINS DE DEMAIN
EST UNE
ÉQUIPE ».

De l'autre côté de la balance se trouve l'offre de soins, ou l'organisation du personnel soignant doit répondre à la demande croissante de soins. Pour pouvoir répondre à cette demande, il faut surmonter plusieurs obstacles significatifs. Ainsi, les professions de soins de santé doivent à nouveau être attrayantes, la collaboration dans les soins doit être encouragée et le personnel soignant doit pouvoir être déployé de manière flexible.

3.1 RENDRE LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ PLUS ATTRAYANTES

“ La rétention est un réel problème. Les étudiants décrochent avant d'avoir effectivement commencé leur carrière. ”

- Robin Decoster -

Étant donné que la demande de soins ne fera que croître, il est important qu'il y ait **suffisamment de professionnels de la santé** pour y répondre et qu'ils soient mobilisés de la meilleure façon possible. C'est également à ce niveau que notre paysage des soins de santé est confronté à un problème de taille. Nous avons déjà évoqué la perte d'attrait de la formation en soins infirmiers, mais une proportion importante de professionnels de la santé en formation, tout comme le personnel en exercice, quitte également son emploi prématurément. En ce qui concerne les infirmiers, les derniers chiffres de l'OCDE sur les données de la santé (2023) montrent un écart important entre le nombre d'infirmiers habilités à exercer (18,95 pour 1 000 habitants) et le nombre d'infirmiers en exercice (11,07 pour 1 000 habitants). Pour les médecins, les chiffres sont si-

milaires : 6,41 médecins qualifiés pour exercer pour 1 000 habitants contre 3,25 médecins en exercice pour 1000 habitants^{14,15}. Si nous examinons les professionnels de la santé en formation, il y a en Wallonie trois fois plus d'infirmiers qui arrêtent avant la fin de leur formation qu'en Flandre. Il est donc clair qu'il faut rendre les professions de la santé plus attrayantes.

Plusieurs causes sont souvent associées au problème de rétention chez les professionnels de la santé. Un argument souvent entendu est que les professions de la santé, dont les soins infirmiers, ne seraient pas suffisamment attrayantes sur le plan financier. Toutefois, les chiffres de l'OCDE sur les données de santé (2023) montrent que la Belgique, en comparaison avec d'autres pays européens, est l'un



des pays les plus attractifs en termes de rémunération.

L'aspect financier n'est pas le seul élément pour rendre les professions de la santé plus attractives. En effet le personnel de la santé est souvent motivé par un objectif bien précis.¹⁶ . Les professionnels de la santé tirent leur estime de soi et leur satisfaction du fait qu'ils utilisent pleinement leur expertise avec un certain degré d'autonomie. Cependant, ils n'y parviennent souvent pas parce qu'ils sont accablés par les charges adminis-

tratives, la forte charge de travail et les descriptions de postes rigides¹⁷ . En d'autres termes, ils n'ont ni le temps ni les ressources nécessaires pour exercer leur profession selon leurs propres préférences. C'est précisément là que la technologie médicale peut être utilisée comme un outil essentiel. Au lieu de remplacer le professionnel de la santé, **la technologie médicale peut être utilisée pour libérer du temps et des ressources, permettant ainsi aux prestataires de soins de se recentrer sur leur expertise.**

L'UTILISATION INTELLIGENTE DES TECHNOLOGIES MÉDICALES (ET PAR EXTENSION LA HEALTHTECH) PEUT CONTRIBUER LARGEMENT À RENDRE LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ PLUS ATTRAYANTES

CAS

Prenez par exemple la surveillance continue des paramètres vitaux (comme la température, le pouls, la tension artérielle). Différents **patches intelligents** et **moniteurs portables** peuvent mesurer ces paramètres vitaux de manière non invasive. L'enregistrement continu par ces **dispositifs portables** permet de visualiser et d'analyser les tendances afin d'alerter à temps les professionnels de la santé en cas de détérioration clinique. L'objectif est de détecter les complications, de réduire la mortalité, mais également d'alléger la charge de travail du personnel infirmier¹⁸. L'unité de soins intensifs (USI) utilise de plus en plus la **surveillance continue et les 'early warning systems'** qui détectent automatiquement des anomalies dans les données et tirent la sonnette d'alarme si nécessaire.

Ainsi, le personnel infirmier peut ainsi se concentrer sur les situations importantes et est déchargé des tâches de surveillance et d'enregistrement pures. Lorsque des patients (hors soins intensifs) ont encore besoin d'un suivi continu, cela peut actuellement se faire à distance (à domicile) via la **technologie de la télésurveillance**, par exemple pour détecter des troubles du rythme cardiaque et analyser les battements de cœur. L'intelligence artificielle (IA) contribue à interpréter plus rapidement les résultats de tests. Le personnel médical et paramédical dispose de temps supplémentaire à consacrer aux contacts avec les patients, ce qui améliore la sécurité des patients. Les consultations de contrôle chez le médecin peuvent être mieux échelonnées et effectuées plus efficacement.

CAS

Un exemple simple de réduction de la charge de travail et de la pression au travail est celui **des seringues préremplies prêtes à l'emploi** pour le rinçage **des cathéters intraveineux**, une opération de routine

dans la pratique quotidienne de nombreux infirmiers. Ces seringues préremplies offrent une sécurité supplémentaire au patient (elles réduisent les complications liées au cathéter) et font gagner du temps au prestataire de soins.



CAS

Grâce à une technologie innovante, les soins médicaux complexes peuvent être pris en charge par du personnel formé différemment. Le test ELF (Enhanced Liver Fibrosis, une simple analyse de sang) en est un exemple. Ce test peut remplacer un test invasif avec biopsie du foie dans le diagnostic de la fibrose. Il peut être utilisé en combinaison avec d'autres tests non invasifs, tels que l'élastographie, pour diagnostiquer la fibrose hépatique, surveiller la réponse au traitement et fournir des

informations pronostiques précieuses. Le test ELF est plus largement disponible qu'une biopsie étant donné que les médecins généralistes et les médecins hospitaliers peuvent y recourir. Les patients qui ont besoin d'un examen supplémentaire ou d'un traitement sont ainsi également identifiés plus rapidement. En outre, les médecins, mais aussi le personnel infirmier, peuvent effectuer des prises de sang, après quoi un biologiste clinicien doit encore interpréter les résultats, bien entendu.

RECOMMANDATIONS :

- 1 Réduire la charge administrative des professionnels** de la santé en augmentant l'automatisation via les applications Healthtech (interopérables) comme les dossiers électroniques des patients.
- 2 Accorder la priorité à (et financer) l'accès aux innovations** qui peuvent réduire la pression au travail et la charge de travail. Cela permet aux professionnels de la santé de travailler de manière plus autonome, efficace et qualitative, et de booster leur motivation.





3.2 HYPERSPÉCIALISATION EN RAISON DES SOINS PLUS COMPLEXES ET D'UNE EXPERTISE CROISSANTE

Les soins de santé deviennent plus efficaces et le Belge vit en meilleure santé et plus longtemps. Les connaissances scientifiques et les innovations jouent ici un rôle important et cela demande une expertise poussée du prestataire de soins et de l'équipe soignante. **Une tendance à la spécialisation s'est accentuée ces dernières décennies en raison de cette complexification des soins.** Cette spécialisation est poussée par une expertise et des connaissances (scientifiques) accrues, mais

également par l'évolution dans les technologies médicales (innovantes). Pensez à la protonthérapie (une forme innovante de radiothérapie qui irradie très précisément la tumeur), à la cardiologie interventionnelle utilisant des technologies peu invasives au lieu de la chirurgie à cœur ouvert, à la génétique et à la génomique, à la robotique... L'interaction entre la technologie et la médecine en donc changé de manière spectaculaire au cours des cinquante dernières années.¹⁹

CAS

Un exemple probant d'une innovation qui a mené à une nouvelle spécialisation dans les troubles des valves cardiaques : Pendant vingt ans, la seule option pour les patients présentant une sténose aortique était une opération à cœur ouvert (effectuée par un cardiochirurgien²⁰). Depuis quelques années, il est toutefois possible pour un cardiologue interventionnel de remplacer la valve cardiaque aortique via **un cathéter** dans l'aîne. **Cette procé-**

sure, baptisée TAVI, est beaucoup moins invasive pour le patient. Il ne faut ni arrêter le cœur ni ouvrir la poitrine. Les patients récupèrent par conséquent beaucoup plus vite et peuvent retourner chez eux peu après l'intervention. Avantage supplémentaire ? Avec la procédure TAVI, on estime que le déploiement de personnel nécessaire est 6 fois moins important qu'avec la chirurgie traditionnelle, ce qui se traduit par un gain de productivité évident²¹.

L'hyperspécialisation est une différenciation poussée des prestataires de soins ou des équipes soignantes autour d'un diagnostic ou une zone atomique bien définis²². Pour certaines pathologies complexes, techniquement difficile et programmables, comme un carcinome du pancréas, la valeur de l'hyperspécialisation est prouvée²³. L'(hyper)spécialisation suscite toutefois quelques

inquiétudes. Tout d'abord, les soins d'un patient sont divisés en plusieurs parties. L'hyperspécialisation comme passe-partout comporte le risque de rendre les soins inutilement compliqués, inefficaces et onéreux²⁴. Une plus grande spécialisation signifie que davantage de prestataires de soins seront sollicités dans le trajet de soins du patient. **C'est pourquoi la collaboration est es-**





sentielle, mais elle s'avère encore souvent difficile en Belgique. Il est donc régulièrement difficile de répondre à des questions apparemment simples, telles que « quel spécialiste médical ou paramédical pourrait nous aider ? ». Un autre point d'attention est la complexité croissante qui accompagne l'hyperspécialisation. Pensez à l'introduction des solutions technologiques dans les soins. Un glissement vers une collaboration plus étroite et même vers l'intégration des professions médicales et techniques dans les soins de santé est crucial. Ceci devrait également être mise en œuvre le plus rapidement possible dans les futurs programmes d'études en matière de soins de santé²⁵. Il est pertinent de familiariser davantage les professionnels de la santé en formation avec les nouvelles technologies. À l'heure actuelle, peu d'attention est accordée à cette question et, une fois que l'on arrive

sur le terrain, on dispose de peu de temps ou d'espace pour apprendre à travailler avec les nouvelles technologies, ce qui signifie que les prestataires de soins de demain devront maîtriser un grand nombre de connaissances. Les attentes envers le personnel soignant entrant sont par conséquent plus élevées aujourd'hui, tandis que les connaissances initiales n'ont pas augmenté au début de la formation. Même sur le lieu de travail, le soignant débutant doit disposer de suffisamment de temps et d'espace. **L'apprentissage par osmose s'applique non seulement pendant la formation, mais aussi « sur le lieu de travail »**. Des ressources devraient être mises à disposition pour un parcours de formation spécialisé au sein d'un établissement ou d'une équipe de soins qui permette un temps d'apprentissage suffisant et une exposition à certains traitements et technologies.

RECOMMANDATIONS :

- 1 **Investir dans des formations pluridisciplinaires de soins**, en mettant l'accent sur la technologie, dispensées par des professeurs et des enseignants de différentes disciplines.
- 2 **Lors du calcul des (sous-)quotas du nombre de médecins par spécialité, l'impact des technologies médicales devrait être inclus dans les paramètres d'influence** utilisés par la Commission de planification dans son modèle. Ainsi, les spécialisations seront mieux alignées aux divers besoins de soins.
- 3 **Encourager et contrôler l'apprentissage continu des professionnels de la santé** en leur donnant le temps et la chance de suivre des formations pendant leur carrière.
- 4 **L'hyperspécialisation où c'est nécessaire**, des soins intégrés où le besoin se fait sentir.
- 5 **Déployer les technologies là où les besoins en soins sont les plus élevés.**





3.3. NÉCESSITÉ D'UNE APPROCHE DE SOINS INTÉGRÉE

Du côté de la demande, un des grands défis pour notre système de soins est le nombre croissant de personnes atteintes d'une maladie chronique. Un quart des Belges a une ou plusieurs maladies chroniques, un chiffre qui ne fera qu'augmenter en raison du vieillissement de la population et de l'allongement de l'espérance de vie. Les maladies chroniques requièrent une combinaison alliant

prévention, soins aigus, soins spécialisés et suivi de longue durée du côté de l'offre. Afin que ces disciplines collaborent avec succès, le patient étant au centre de la procédure, une approche de soins intégrée est nécessaire. Cependant, la mentalité actuelle de cloisonnement empêche une réponse décisive à la complexité de cette approche intégrée.

“ Le prestataire de soins de demain est une équipe ”

- Brecht Cardoen -

La 'pensée silo' est maintenue, d'une part (1) par le système de financement et, d'autre part (2) par la division des compétences. Le financement de la rémunération à l'acte encourage l'établissement ou le prestataire de soins à exécuter lui-même le traitement, étant donné que cela se traduit directement par des revenus supplémentaires. Un manque de vision uniforme entre les différentes autorités compétentes, par exemple la prévention est une compétence régionale tandis que les remboursements sont une compétence fédérale, constitue un obstacle supplémentaire. La mise en œuvre de soins intégrés demande donc des réformes importantes. Bien qu'elle puisse initialement augmenter la pression sur le terrain, une fois que la machine sera bien huilée, une telle approche réduira considérablement la pression qui pèse sur les prestataires de soins.

La technologie (médicale) peut remplir un rôle de facilitateur dans les collaborations entre les établissements de soins grâce à un meilleur partage de connaissances et des processus numériques. Les prestataires de soins sont encore souvent frustrés par le manque de partage d'informations entre les différents acteurs des soins

de santé. Une des principales lacunes est l'absence d'un dossier électronique interopérable commun du patient. À cet égard, la Belgique devrait suivre le modèle des pays scandinaves (Danemark et Suède). Là-bas, tant les patients que tous les acteurs de soins impliqués ont accès au dossier de santé numérique personnel²⁶. Cela garantit une plus grande efficacité et une approche plus active du trajet de soins du patient. À cette fin, l'installation de systèmes IT uniformes au sein des hôpitaux est également nécessaire. Il est important que l'industrie et les établissements de soins collaborent, afin de développer les bonnes technologies interopérables et/ou d'autres ressources. Les experts des deux côtés de la table doivent se rencontrer.



CAS

Cette année encore, **un remarquable projet pilote de collaboration hospitalière** sera lancé dans notre pays : à l'aide d'un logiciel, des technologues en imagerie médicale d'un hôpital effectueront des examens IRM sur des patients passant l'examen dans un autre hôpital²⁷. Imaginons que l'hôpital A est spécialisé dans **les examens IRM de la prostate**. Le patient peut passer son examen dans l'hô-

pital B, mais il est réalisé par l'expert de l'hôpital A. Le même principe peut également valoir pour les hôpitaux qui manquent de personnel ou aux urgences. Ils peuvent faire appel à la plateforme pour rester opérationnels, ce qui limite les listes d'attente. C'est un exemple qui montre comment la technologie médicale optimise la collaboration entre les professionnels de la santé et les établissements de soins, ce qui améliore l'efficacité.

Il faut également repenser le système de financement afin de renforcer la motivation des établissements de soins et des prestataires de soins à adopter des soins intégrés et encourager la collaboration. Les Outcome based bundled payments

donnent lieu à une rémunération sur la base de l'ensemble du trajet de soins. **À cet égard, il est important de prendre en considération la qualité des soins selon un modèle Value Based Health Care.**

Value Based Health Care – Modèle de Michael Porter « Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results ».

Mais qu'est-ce que la qualité des soins de santé ? Outre l'efficacité et la productivité, l'effectivité est un indicateur important pour la qualité. Selon l'Institute of Medicine (IoM), la qualité c'est « la mesure dans laquelle les services de santé pour les individus et les populations augmentent la probabilité d'atteindre les résultats de santé désirés et correspondent aux connaissances professionnelles actuelles ».

Sur la base du modèle Value-Based Health Care de Michael Porter, la qualité est associée à la pertinence des soins pour le patient, qui est ensuite liée aux coûts organisationnels. Le modèle Value-Based Healthcare est axé sur la maximalisation de la valeur des soins pour les patients et la réduction des coûts des soins de santé. Le modèle VBHC définit la valeur pour le patient comme les résultats pertinents pour le patient, divisés par les

coûts par patient sur l'ensemble du cycle de soins pour atteindre ces résultats.

Valeur pour le patient = résultats pertinents pour le patient / coûts par patient pour l'ensemble du cycle de soins pour atteindre ces résultats

Michael Porter décrit la transformation des soins vers le Value-Based Healthcare sur la base de six éléments interconnectés : (1) développer des groupes de pratique intégrée, (2) mesurer les résultats et les coûts de chaque patient, (3) prévoir des bundled payments pour les trajets de soins, (4) développer des soins intégrés à travers les cloisonnements et l'organisation, (5) élargir l'excellence géographique, (6) bâtir et faciliter les plateformes IT. Il s'agit donc de mieux connaître le coût réel du trajet de soins et de l'associer à la perception qu'en ont les patients. Pour créer une plus-value, ces six éléments peuvent avoir un impact du côté du dénominateur et du numérateur, sur tout le trajet de soins et à travers les cloisonnements.



RECOMMANDATIONS :

- 1 **Permettre les Outcome Based Bundled Payments**, conformément à un modèle Value-Based Health Care.
- 2 **Encourager la collaboration en associant les hôpitaux et les prestataires de soins** et financer des projets innovants sur le terrain qui stimulent cette collaboration.
- 3 **Faciliter et sécuriser le stockage et l'échange des données relatives aux patients** et aux soins de santé entre les prestataires de soins de santé, les établissements de soins et les patients.





4

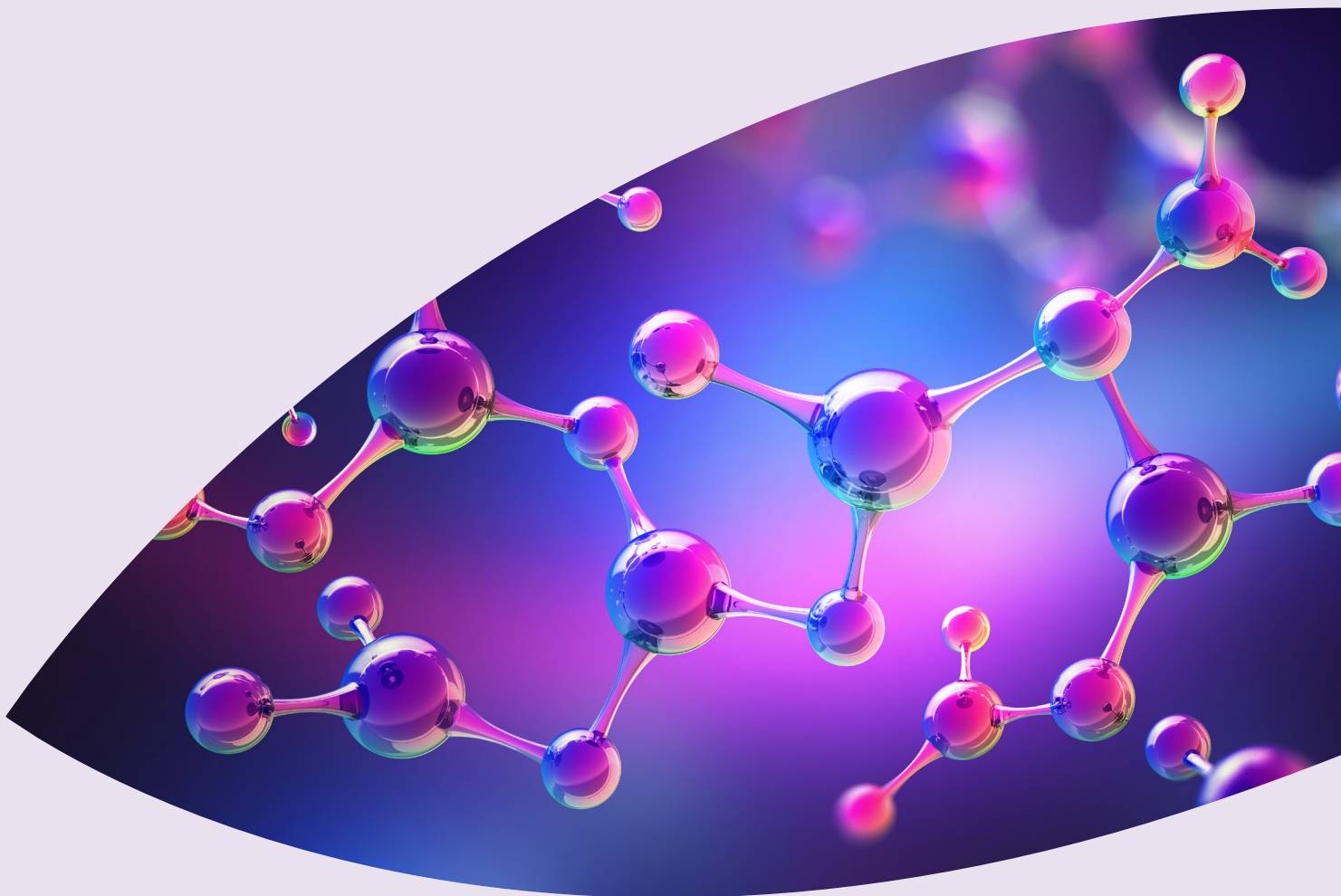
CONCLUSION : LES DISPOSITIFS MÉDICAUX AU SECOURS DU PERSONNEL SOIGNANT

La technologie médicale joue un rôle crucial dans la prévention, le dépistage, l'éducation des patients, la promotion de la responsabilité des patients, le déploiement efficace du personnel soignant, et l'encouragement de la collaboration entre les prestataires et les établissements de soins. Il est toutefois important que la technologie fasse toujours office de soutien pour le prestataire de soins et jamais de suppléante. Après tout, les aidants ne sont pas des robots qui administrent des soins "programmés", mais des personnes qui choisissent consciemment de s'occuper des autres. Ce faisant, ils méritent eux-mêmes les soins nécessaires. Il s'agit d'une aide pour le personnel soignant afin de réduire la pression au travail et la charge de travail. **Lorsqu'elle est correctement mise en œuvre, la technologie médicale peut accroître l'efficacité des soins, ce qui permet aux prestataires de soins de consacrer plus de temps à leurs patients.** Prenons les exemples du dépistage et de la détection précoce, de l'imagerie médicale à distance, des techniques interventionnelles peu invasives, des seringues préremplies, de la surveillance continue des paramètres vitaux, de l'autosondage et de la dialyse à domicile. Nous espérons ainsi pouvoir maintenir un équilibre entre la demande et l'offre de soins dans un avenir proche. Il est néanmoins crucial de mener une politique réfléchie en la matière.

L'exemple écossais doit servir de source d'inspiration, avec l'approche « health for all policies »²⁸. Ce faisant, ils associent les soins de santé à l'économie, à l'enseignement et à l'égalité des chances. L'Écosse intègre ainsi l'impact des inégalités sociales dans la politique en matière de santé. Une plateforme axée sur les données rassemble les connaissances, les stratégies et les ambitions et recherche les domaines d'amélioration, à tous les niveaux politiques et dans toutes les compétences. Les plans sont basés sur des pathologies spécifiques et se concentrent sur l'ensemble du trajet de soins (de la prévention aux soins). En outre, l'utilisation optimale du personnel soignant et le rôle des soins numériques sont également abordés.



5 RÉFÉRENCES





1. **Brecht Cardoen. (2018).** Flexible Working in Hospitals: how to make it a success.
Link: <https://www.vlerick.com/en/insights/how-to-make-flexible-working-in-hospitals-a-success/>
2. **Brecht Cardoen. (2018).** Flexible Working in Hospitals: how to make it a success.
Link: <https://www.vlerick.com/en/insights/how-to-make-flexible-working-in-hospitals-a-success/>
3. **Agoria. (2023).** Be The Change. Chiffres et observations du marché du travail belge en perspective, édition 2023. Link: <https://www.agoria.be/nl/diensten/expertise/talent/be-the-change/be-the-change-niets-is-wat-het-lijkt-2023>
4. **SPF Santé Publique. (2022).** Professionnels de soins de santé – edition 2022.
Link: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/professionnels_de_soins_de_sante.pdf
5. **Berwouts, J., & Durand, C. (2023).** Infirmiers: la mobilité professionnelle.
Link: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-article-mobilite-professionnelle-des-infirmiers>
6. **GezondBelgië.be. (2022).** Infirmiers. Link: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/les-professionnels-de-soins-de-sante/activite/les-infirmiers>
7. **Vlaamse Hogescholen Raad. (2023).** Oktobertelling 2023.
Link: https://www.vlaamsehogescholenraad.be/nl/oktobertelling_2023
8. **European Commission. (2021).** State of Health in the EU: Belgium.
Link: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_be_french.pdf
9. <https://dikkedarmkanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/ddk/bevolkingsonderzoek-dikkedarmkanker>
10. **Arbyn Marc, Haelens Annemie, Desomer Anja, Verdoodt Freija, Francart Julie, Thiry Nancy, Hanquet Germaine, Robays Jo.** Quel dépistage pour le cancer du col ? Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2015. KCE Reports 238A. DOI : 10.57598/R238AS .
11. <https://borstkanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bk/wat-het-bevolkingsonderzoek-borstkanker>
12. **Sechopoulos I, Teuwen J, Mann R.** Artificial intelligence for breast cancer detection in mammography and digital breast tomosynthesis: State of the art. Seminars in Cancer Biology 2021;72:214-225
13. **Paterick TE, Patel N, Tajik AJ, Chandrasekaran K.** Improving health outcomes through patient education and partnerships with patients. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2017 Jan;30(1):112-113. doi: 10.1080/08998280.2017.11929552. PMID : 28152110; PMCID : PMC5242136.
14. **OECD. (2023).** OECD Health Statistics 2023. Link: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>
15. **Antares Consulting. (2019).** Health ProspectING 2019.
Link: <https://www.antares-consulting.com/en/health-prospecting-2019-como-promover-la-integracion-de-la-atencion-asistencial-2/>
16. **Pink, D. H. (2011).** Drive: the surprising truth about what motivates us. First Riverhead paperback edition. New York, Riverhead Books.



17. **KCE. (2022).** NURSE STAFFING ON BELGIAN INTENSIVE CARE UNITS: THE IMPACT OF TWO YEARS OF COVID-19 PANDEMIC. Link: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2022-05/KCE_353_Nurse_Staffing_Intensive_Care_Report.pdf
18. **Cramer, IC, Bouwman, RA. Montenij, LJ, Touw, H. (2021).** Continue monitoring van vitale parameters op de verpleegafdeling. A&I 13 (2).
19. **Schokkaert, E. et al. (2023).** De gezondheids- en zorgberoepen van de toekomst. Metaforum KULeuven. <https://www.kuleuven.be/metaforum/werkgroepen/wg-toekomst-gezondheidsberoepen>
20. **Gupta Strategists. Voorkom de volgende golf (2021).** <https://gupta-strategists.nl/storage/files/Voorkom-de-volgende-golf.pdf>
21. **Gupta Strategists. Voorkom de volgende golf (2021).** <https://gupta-strategists.nl/storage/files/Voorkom-de-volgende-golf.pdf>
22. **Houwert, R.M. & Hietbrink, F. Hyperspecialisatie in de zorg.** Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 2022. Hyperspecialisatie in de zorg | NTVG
23. **Van der Geest LG, van Rijssen LB, Molenaar IQ, et al; Dutch Pancreatic Cancer Group.** Volume-outcome relationships in pancreatoduodenectomy for cancer. HPB (Oxford). 2016;18:317-24.
24. **Houwert, R.M. & Hietbrink, F. Hyperspecialisatie in de zorg.** Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 2022. Hyperspecialisatie in de zorg | NTVG
25. **Schokkaert, E. et al. (2023).** De gezondheids- en zorgberoepen van de toekomst. Metaforum KULeuven. <https://www.kuleuven.be/metaforum/werkgroepen/wg-toekomst-gezondheidsberoepen>
26. **Vilans.** Scandinavische zorg minder duur en complex dan Nederlandse zorg. Link: <https://www.vilans.nl/actueel/nieuws/scandinavische-zorg-minder-duur-en-complex>
27. **Siemens Healthineers.** WeScan. Link: <https://www.siemens-healthineers.com/nl-be/services/customer-services/upscale-services/wescan>
28. **Aeyels Daan (2023).** Preventie met impact. Gericht investeren in innovatie. VOKA Health Community.