



Health ProspectING 2018

La gestion efficiente des séjours hospitaliers



Mars 2018

Health ProspectING 2018

La gestion efficiente des séjours hospitaliers

Health ProspectING 2018

La gestion efficiente des séjours hospitaliers

Ce rapport a bénéficié de la participation active des experts suivants lors de séances de travail de groupe et d'entretiens individuels :

Mr. Breyssem, Yves – Directeur général de Jessa Ziekenhuis

Mr. Collin, Benoît – Administrateur général adjoint de l'INAMI

Mr. De Becker, Peter – Directeur général pour le secteur des hôpitaux généraux (Groupe Emmaüs)

Dr. Decramer, Marc – Administrateur délégué de UZ Leuven

Mr. Dehaspe, Philippe – CFO des Cliniques Universitaires Saint-Luc

Dr. Désir, Daniel – Directeur académique de la Maîtrise en Management des Institutions de Santé et de Soins à l'ULB

Mr. Durant, Guy – Administrateur général honoraire des Cliniques Universitaires Saint-Luc et professeur émérite à l'UCL

Mr. Facon, Pedro – Directeur général du SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

Mr. Javaux, Alain – Directeur général du CHC Liège

Dr. Kips, Johan – Administrateur délégué du CUB Hôpital Erasme

Mr. Lefébure, Bruno – Directeur général administratif & financier du CHIREC

Mr. Maertens Rudy – Directeur général de AZ Alma

Mr. Mercier, Stéphan – Administrateur délégué du Groupe Jolimont et Président du conseil d'administration du CHR Mons-Hainaut

Mr. Michiels, Koen – CEO de AZ Nikolaas et AZ Lokeren

Mr. Mouton, Christophe – CEO de AZ Maria Middelaes

Dr. Noppen, Marc – CEO de UZ Brussel

Mr. Rillaerts, Stéphane – Directeur général de l'Institut Jules Bordet

Mr. Saelens, Gauthier – Directeur général du Grand Hôpital de Charleroi

Mr. Tempels, Pierre – Administrateur au sein d'hôpitaux et d'institutions du secteur de la santé

La préparation de ce rapport a été réalisée par l'équipe d'Antares Consulting, sous la direction de M. Oscar Dia et du Dr. Eduard Portella.

Table des matières

Table des matières	7
Table des figures	8
Liste des abréviations	9
Présentation	11
Introduction	13
Comparaison du système hospitalier belge avec des pays sélectionnés de notre environnement	16
1. Les dépenses de santé	17
2. La perception des soins de santé	24
3. Le personnel médical et soignant	29
4. Les lits et leur utilisation	32
Les enjeux de la gestion efficiente des séjours hospitaliers	38
1. Les enjeux et les initiatives au niveau macro	44
a. Le financement des hôpitaux et la structure des lits ou leur occupation	45
b. La liberté des institutions de santé dans l'organisation, la dotation et la gestion des lits d'hospitalisation	46
c. Les incitants et les pénalisations financières	48
d. Les alternatives à l'hospitalisation	50
e. L'effet des réseaux hospitaliers sur la concentration des infrastructures	51
2. Les enjeux et les initiatives au niveau méso	53
a. Les mécanismes, les procédures et la gestion centralisée de l'admission du patient	53
b. Le développement d'unités d'hospitalisation polyvalentes	56
c. Le renforcement du médecin 'hospitaliste'	57
d. Les chambres individuelles	59
e. L'intégration entre les hôpitaux et les ressources et acteurs d'aval	60
3. Les enjeux et les initiatives au niveau micro	62
a. L'anticipation et la préparation de la sortie des patients	63
b. La structuration et la formalisation des trajets de soins	67
c. Les modèles de soins intégrés pour la gestion des malades chroniques	68
d. Les Technologies de l'Information et de la Communication	70
Implications de la gestion des séjours hospitaliers au vu des expériences internationales	74
Références	81

Table des figures

Figure 1 : Dépenses de santé, 2015 et 2016 (en % du PIB)	17
Figure 2 : Evolution (%) des dépenses de santé en % du PIB entre 1981 et 2016	18
Figure 3 : Evolution cumulée des dépenses de santé depuis l'année 2000	19
Figure 4 : Dépenses de santé par habitant (en dollars, PPA courantes), 2000 et 2016	19
Figure 5 : Corrélation entre le PIB par habitant et les dépenses sur la santé par habitant, PPA courantes	20
Figure 6 : Dépenses out-of-pocket, en % des dépenses de santé, 2016 ou dernière année disponible	20
Figure 7 : Dépenses « out-of-pocket » en % des dépenses de santé, réparti par type de dépense, 2016 ou dernière année disponible	21
Figure 8 : Pression fiscale sur les particuliers et les entreprises	21
Figure 9 : Population couverte par une assurance maladie privée selon le type d'assurance, 2015 ou année la plus proche (%)	22
Figure 10 : Accessibilité des soins de santé	24
Figure 11 : Comparaison entre le score du Health Consumer Index et des dépenses de santé, 2016	25
Figure 12 : Nombre de consultations par habitant, 2014-2015	25
Figure 13 : Nombre d'examen avec CT-scanners et avec IRM par 1 000 habitants, 2015 ou dernière année disponible	26
Figure 14 : Nombre de médecins par 1 000 habitants, 2014-2016	29
Figure 15 : Evolution du nombre de médecins, 2000-2015	29
Figure 16 : Diplômés en médecine par 100 000 habitants, 2014-2016	30
Figure 17 : Nombre d'infirmiers par 1 000 habitants, 2014-2016	31
Figure 18 : Nombre de médecins et infirmiers par 1 000 habitants, 2015 ou dernière année disponible	31
Figure 19 : Nombre de lits hospitaliers (par 1 000 habitants), 2014 et 2015	32
Figure 20 : Répartition des lits par type, 2015 ou dernière année disponible	33
Figure 21 : Evolution relative des lits hospitaliers aigus par 1 000 habitants, sur la période 1990-2015	34
Figure 22 : Durée moyenne des séjours, 2014 et 2015 (en jours)	35
Figure 23 : Nombre de sorties d'hôpital par 1 000 habitants	35
Figure 24 : Corrélation entre la DMS et les dépenses en soins de longue durée	35
Figure 25 : Corrélation entre la DMS et les sorties d'hôpital par 1 000 habitants	36
Figure 26 : Diagramme des facteurs influençant le nombre de lits et leur occupation	40
Figure 27 : La carte de France des suppressions de lits par région	41
Figure 28 : Extrait des résultats de PROMs pour les hôpitaux de Leeds (UK) – Prothèse de hanche	48
Figure 29 : Regroupement des établissements en GHT à fin 2017	52
Figure 30 : Outils, ressources et éléments de coordination du séjour du patient	54
Figure 31 : Le processus de gestion des lits (Audit commission, 1992)	55
Figure 32 : Bilan et perspectives du Programme National Gestion des Lits	56
Figure 33 : Processus de sortie du patient pour des cas simples et complexes	63
Figure 34 : Résultats issus des questionnaires de capitalisation envoyés aux établissements	65
Figure 35 : DMS avant et après la standardisation des itinéraires cliniques	67
Figure 36 : Module 'Gestion des lits' du MiPIH	71
Figure 37 : Positionnement du Danemark en termes d'indicateurs de TIC	71

Liste des abréviations

- ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance
- APR-DRG** : All Patient Refined Diagnosis Related Groups
- ARS** : Agence régionale de santé
- ACO** : Accountable Care Organization
- BMF** : Budget des moyens financiers des hôpitaux
- BPCO** : Broncho-pneumopathie chronique obstructive
- CHT** : Communauté hospitalière de territoire
- CNMM** : Commission nationale médico-mutualiste
- CPTS** : Communautés professionnelles territoriales de santé
- DMS** : Durée moyenne de séjour
- DPS** : Durée prévisionnelle de séjour
- EBM** : Evidence Based Medecine
- EBP** : Evidence Based Practice
- EBPH** : Evidence Based Public Health
- EHCI** : Euro Health Consumer Index
- EU-SILC** : European Union - Statistics on Income and Living Conditions
- FHF** : Fédération Hospitalière de France
- FNEHAD** : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile
- GHM** : Groupe homogène de malades
- GHT** : Groupement hospitalier de territoire
- HàD** : Hospitalisation à domicile
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- HPST** : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
- INAMI** : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
- IRM** : Imagerie par résonance magnétique
- KCE** : Kenniscentrum – Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
- MCO** : Médecine, chirurgie, obstétrique
- MDC** : Major diagnostic category (groupe de diagnostics principaux)
- MRS** : Maison de repos et de soins
- NHS** : National Health Service (système de la santé publique du Royaume-Uni)
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- P4Q** : Pay for Quality
- PIB** : Produit intérieur brut
- PRADO** : Programmes d'accompagnement du retour à domicile
- PROMs** : Patient reported outcome measures (questionnaires qualité de vie pour un recueil par le patient)
- PRS** : Projet régional de santé
- T2A** : Tarification à l'activité
- TIC** : Technologies de l'information et de la communication



Présentation ING

Cela fait maintenant quelques années que les hôpitaux belges doivent intégrer dans leur modèle de gestion de nombreux changements liés à la pratique médicale et/ou à l'évolution normative mais aussi à des contraintes budgétaires, voire même à de nouvelles conceptualisations de la prise en charge.

La question de la gestion efficiente des séjours et de la capacité future des hôpitaux (qu'elle soit calculée en nombre de lits ou selon d'autres normes) fera partie des éléments fondamentaux contenus dans la réforme du secteur hospitalier. Elle aura donc un impact très important au niveau des banques, en tant que soutien aux acteurs du secteur.

C'est dans le cadre de ce soutien qu'il semblait important pour ING de venir cette année avec un tel sujet qui ne peut laisser indifférent aucun des acteurs de ce secteur.

Par ailleurs, on rappellera qu'ING reste fortement impliqué dans le financement du secteur hospitalier en Belgique. Nous sommes présents dans plus de 80 % des hôpitaux et octroyons des volumes de crédit importants au secteur.

Voilà aussi pourquoi nous avons décidé de continuer sur la voie d'une contribution positive à la réflexion collective en diligentant cette nouvelle étude à Antares Consulting, un consultant européen reconnu en la matière.

Dans cette étude, comme pour celle de 2017, nous évoquons les pistes de réflexion actuellement menées. Nous examinons également les solutions qui ont été mises en place dans des pays présentant un niveau de développement comparable à celui de la Belgique et voyons quelles solutions ont été prises.

Cette fois encore, les premiers résultats de l'étude ont été présentés à un panel d'experts et de directeurs d'hôpitaux qui les ont critiqués, puis amendés, afin d'aboutir au résultat présenté dans les pages qui suivent.

Cette collaboration nous a permis d'étendre notre connaissance de l'écosystème hospitalier et de ses défis. Ainsi, nous continuons à développer l'expertise de nos Relationship Managers.

Au-delà d'une meilleure compréhension du sujet par nos équipes, la réalisation de cette étude entre entièrement dans le cadre de notre stratégie d'information privilégiée de nos clients, afin de leur permettre d'avoir une longueur d'avance, tant dans leur vie privée que professionnelle. Notre volonté est de nous améliorer sans cesse, afin de vous conseiller le plus adéquatement possible et de vous assurer une prestation de services de qualité.

Nous souhaitons vivement remercier tous les acteurs de cette étude pour leur participation active et constructive. Grâce à cette étude, nous espérons contribuer modestement à l'amélioration de la qualité des soins de santé en Belgique.



Anmeldung Innere Medizin

CHIRURG
Klinikum für



Introduction

La question de la gestion efficiente des séjours hospitaliers s'est accentuée au cours de ces dernières années et fait toujours l'objet de multiples réflexions et modifications dans la réforme hospitalière actuelle.

Historiquement, en termes de programmation hospitalière, c'est la Loi sur les Hôpitaux¹ qui fixe depuis 1963 les objectifs en nombre de lits, sur base de la taille et de la morbidité de la population, de la pyramide des âges visée, ainsi que sur des critères de répartition géographique. En 1982, un moratoire a été instauré, bloquant le nombre de lits agréés pour tous les hôpitaux généraux. Ce moratoire est toujours d'application à l'heure actuelle, la création d'un nouveau lit s'accompagnant obligatoirement de la disparition d'un autre.

En parallèle, en termes de financement, différents incitants ont été intégrés au système de financement des hôpitaux à partir de 1994. En particulier, la réforme de 2002 est une étape importante avec l'introduction du concept des lits justifiés, qui a mené les hôpitaux à une plus grande efficacité en termes de réduction de la durée de séjour et à une diminution progressive de la capacité globale en lits aigus².

Cependant, cette diminution de la capacité globale n'a été que partielle car si le nombre d'hôpitaux a diminué ces dernières années (de 218 hôpitaux en 2005 à 193 en 2012), le nombre de lits est resté pratiquement constant sur cette période (de 70.817 à 69.972 lits) et a même augmenté (+400 lits) pour les hôpitaux généraux et universitaires³.

Par ailleurs, cette double évolution de la programmation et du financement, qui se caractérise notamment par une distinction entre la notion de lits agréés et de lits justifiés, fait de la Belgique le seul pays de notre environnement proche pour lequel cette double notion de lits existe, ce qui crée un débat important.

Pour certains acteurs de la santé, la surcapacité relative (écart entre le nombre de lits agréés et le nombre de lits justifiés) n'a pas forcément d'impact sur le plan financier puisqu'un lit agréé qui n'est pas occupé par un patient ne sera pas financé, les financements spécifiques basés sur le nombre de lits agréés étant devenus tout à fait marginaux. Dès lors, une diminution du nombre de lits agréés non occupés n'engendrerait pas de réelles économies à court terme, voire priverait les hôpitaux de capacités d'accueil « tampon » indispensables à certaines périodes de l'année⁴.

Pour d'autres acteurs, cette surcapacité faciliterait des admissions inappropriées ou évitables et freinerait le transfert de l'hospitalisation classique vers l'activité ambulatoire.

Cependant, la question clé est-elle bien le nombre de lits ? Est-il judicieux de définir un nombre de lits théoriquement nécessaires sans identifier les mesures à implanter afin que les lits disponibles soient utilisés de manière efficiente et puissent répondre aux besoins de la population ? L'utilisation même du lit comme unité utilisée pour la planification de la capacité hospitalière pose question, ce qui a déjà amené certains pays à utiliser des notions de volume et d'activité comme unités de planification.

En parallèle, la question de l'optimisation des séjours hospitaliers se pose également, dès lors que le financement par l'activité justifiée est basé sur la durée de séjour moyenne calculée

ISCHE AMI

←

Ti



d'après l'ensemble des séjours hospitaliers, et que les hôpitaux se sont appliqués à réduire significativement les durées de séjour. Il s'agit maintenant de savoir si, dans l'organisation actuelle des soins de santé, la réduction interne (sans travailler sur l'amont ou l'aval de l'hospitalisation) de la durée de séjour en milieu hospitalier n'a pas atteint une limite qui ne pourra plus être optimisée sans porter atteinte à la qualité de la prise en charge. Pourtant, par rapport à de nombreux pays, une marge de diminution semble encore possible, voire souhaitable, mais sans doute en travaillant sur une nouvelle organisation plus intégrée/ globale des soins.

En outre, la DMS n'est clairement pas la seule variable sur laquelle les hôpitaux peuvent agir en termes d'efficacité. L'étude ING de 2017 a montré que le virage ambulatoire en Belgique n'a pas encore atteint le niveau des pays voisins, que la notion de « réseau intégré » (qui permet notamment d'éviter la présence de patients chroniques dans des lits aigus) est loin du modèle proposé par les pays scandinaves, et que le taux d'occupation reste davantage un critère de comparaison par rapport à une norme⁵ plutôt qu'un réel outil d'optimisation.

Preuve que la réflexion dépasse largement le cadre des hôpitaux, de plus en plus d'acteurs du secteur évoquent la nécessité d'appréhender cette problématique moyennant le renforcement des soins de première ligne, le développement de formules alternatives, comme l'hospitalisation à domicile ou des structures intermédiaires pour les soins post-aigus ou chroniques.

La réorganisation des soins aigus hospitaliers est l'un des piliers de la proposition de réforme du gouvernement, dont l'objectif général est d'adapter notre système hospitalier aux nouveaux défis auxquels nous serons confrontés, qu'ils soient démographiques, épidémiologiques, sociaux, technologiques ou financiers.

Au cours de ces dernières années, pratiquement tous les pays de notre entourage ont réalisé des efforts pour mettre en place une gestion plus efficace des séjours et diminuer le nombre de lits hospitaliers, et ce grâce aux innovations dans la prise en charge des malades, à la diminution de la durée de séjour, à une modification de la régulation, etc.

Nous avons certainement beaucoup à apprendre de situations déjà vécues dans d'autres systèmes de soins de santé. Dans ce sens, ING a décidé de renouveler sa contribution positive à cette réflexion collective car la santé est un domaine prioritaire pour toute la société et donc également pour ING.

Ce document fait partie d'une réflexion, qui a été réalisée avec plusieurs Key Opinion Leaders belges, sur les enjeux et les réponses pour une meilleure efficacité des séjours hospitaliers en Belgique, et qui voudrait trouver un consensus significatif auprès des acteurs clés du système de santé belge. Cette réflexion veut constituer un apport constructif aux interrogations actuelles, basé sur l'analyse des expériences vécues par les autres systèmes de santé comparables qui ont entamé des processus similaires.

La première partie du rapport Health ProspectING 2018 sera consacrée à l'analyse des indicateurs permettant à la Belgique de se comparer avec d'autres pays, mis à jour et déclinés de façon plus détaillée. De nouveaux indicateurs viendront également compléter les analyses réalisées en 2017, dont des indicateurs composites.

La seconde partie du rapport Health ProspectING 2018 traitera de la question de la gestion efficace des séjours hospitaliers et identifiera des initiatives regroupées sur trois niveaux :

Macro : celles qui concernent la régulation du système, son cadre normatif ou son financement

Méso : celles qui relèvent du niveau managérial des institutions

Micro : celles qui sont développées au niveau opérationnel ainsi qu'au niveau des pratiques professionnelles





Health ProspectING 2018

Comparaison du système hospitalier belge avec des pays sélectionnés de notre environnement

Dans la prolongation de l'étude Health ProspectING 2017, nous poursuivons la comparaison des données clés du système de santé belge avec d'autres pays qui sont comparables à la Belgique, de par leur niveau de développement des réformes hospitalières ou de par leur niveau d'innovation.

Dans ce cadre, nous avons sélectionné uniquement des pays européens, avec les caractéristiques suivantes :

- Des pays socio-économiquement comparables à la Belgique, ayant des enjeux liés à la santé similaires aux nôtres
- Des pays qui ont implanté des réformes dans le secteur hospitalier
- Des pays reconnus pour leur niveau de performance
- Des pays reconnus pour leur niveau d'innovation

Procéder à une analyse comparée avec d'autres pays nous semble être la meilleure manière d'ouvrir le débat, d'alimenter la réflexion et d'envisager de nouvelles perspectives pour le système de santé belge.

Dans la suite de ce chapitre, nous présenterons quelques données clés illustrant les caractéristiques du système de santé belge et permettant déjà d'identifier des pistes pour la gestion efficiente des séjours hospitaliers.

Ces données sont structurées autour de quatre grands sujets :

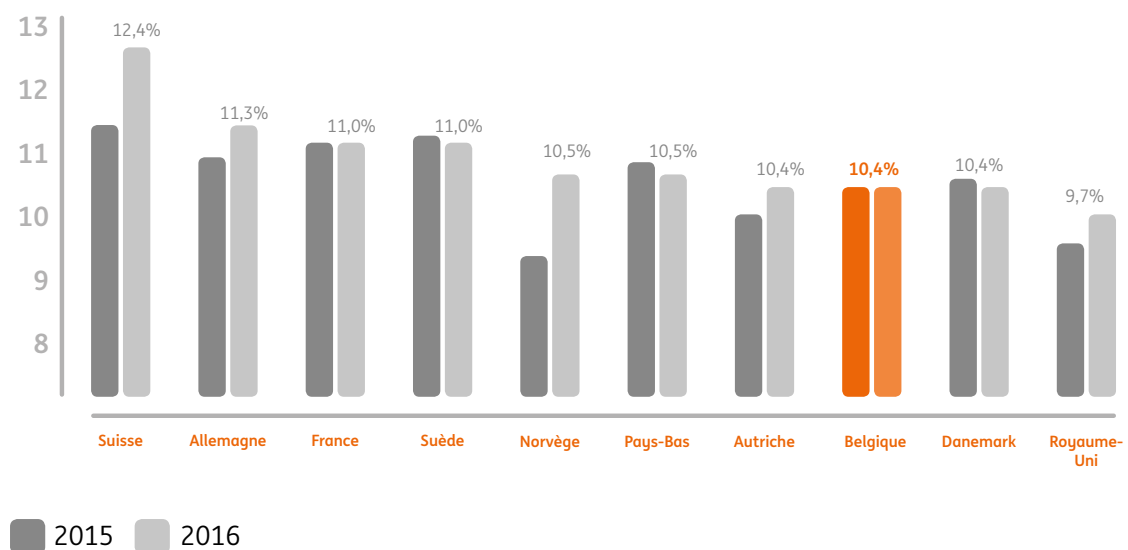
- Les dépenses de santé
- La perception des soins de santé
- Le personnel médical et soignant
- Les lits et leur utilisation



1. Les dépenses de santé

En 2016, les dépenses de santé⁶ représentaient 10,4 % du PIB belge, soit un niveau relatif stable par rapport à 2015. La Belgique se positionne avec un des taux du PIB le plus bas par rapport aux autres pays. Seuls le Royaume-Uni et le Danemark ont un poids moindre.

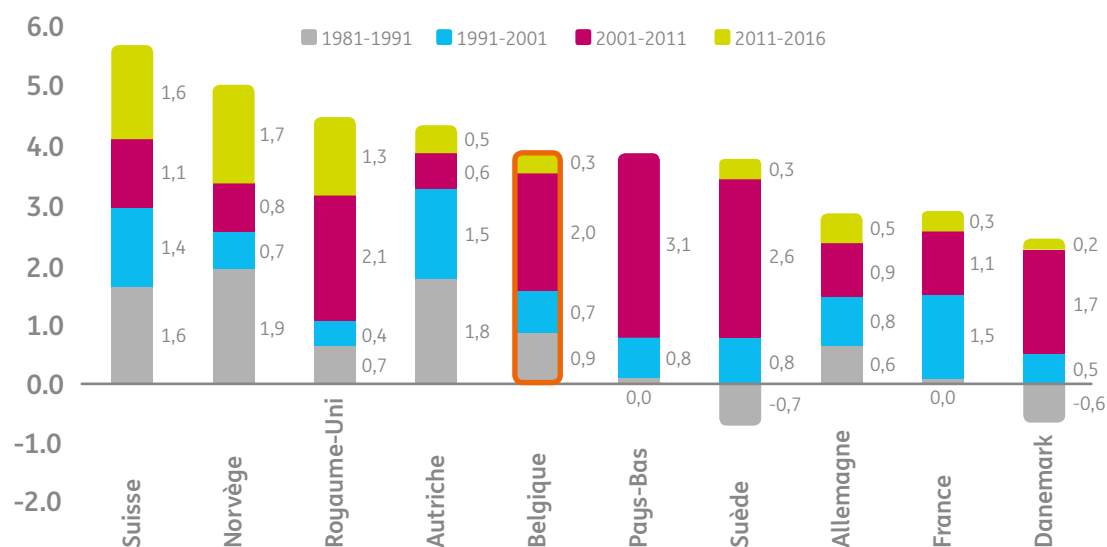
Figure 1 : Dépenses de santé, 2015 et 2016 (en % du PIB)





Dans la plupart des pays, les dépenses de santé sont en augmentation par rapport à la croissance économique⁷ : dans la figure suivante, nous observons que les dépenses de santé en Belgique ont connu une augmentation plus importante que dans d'autres pays, et en particulier entre 2001 et 2011, où seuls les Pays-Bas, la Suède et le Royaume-Uni ont connu une évolution plus importante. Par contre, l'évolution des dépenses de santé a ralenti par rapport à l'évolution du PIB sur la période 2011-2016 : la Belgique a dépensé 10,1 % en soins de santé par rapport au PIB en 2011 et 10,4 % en 2016, soit une augmentation de 0,3 % entre 2011 et 2016.

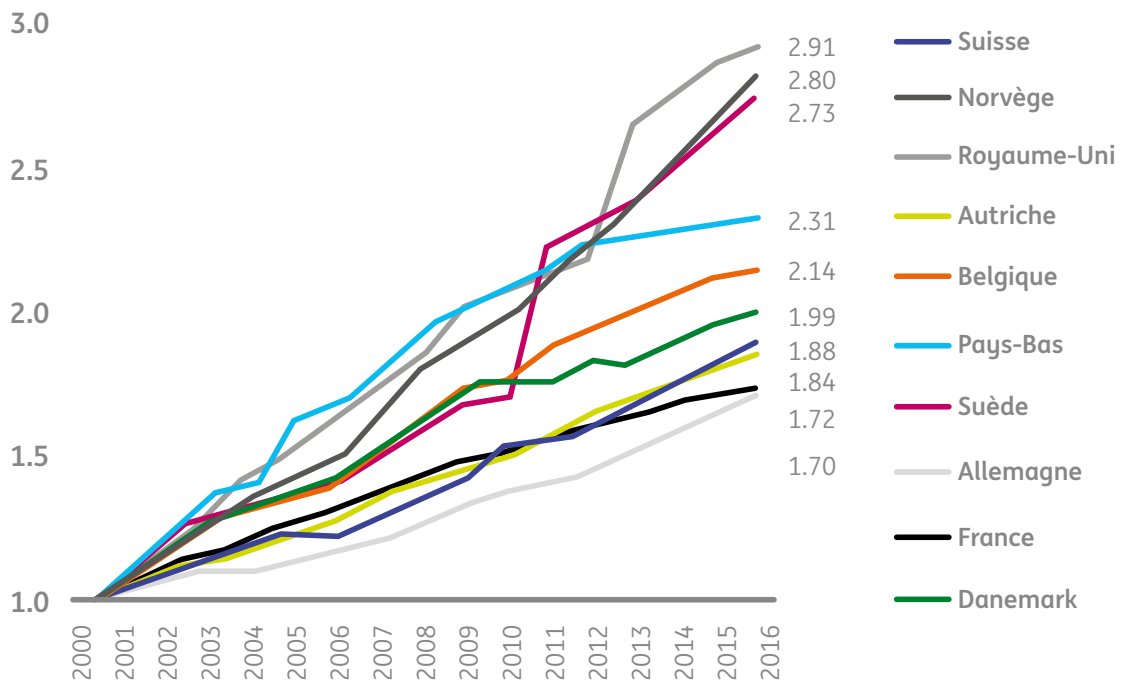
Figure 2 : Evolution (%) des dépenses de santé en % du PIB entre 1981 et 2016



Ce ralentissement sur la période 2011-2016 concorde avec l'évolution de la norme de croissance annuelle (au-delà de l'indexation) du budget de la santé qui est passée de 4,5 % entre 2004 et 2012 à moins de 3 % depuis 2013. Cette réduction du taux de croissance, qui est une décision politique et budgétaire, a entraîné la mise en œuvre d'une série de mesures de maîtrise des coûts qui concernaient toutes les catégories de dépenses, y compris les hôpitaux, les médicaments et d'autres postes de dépenses⁸.

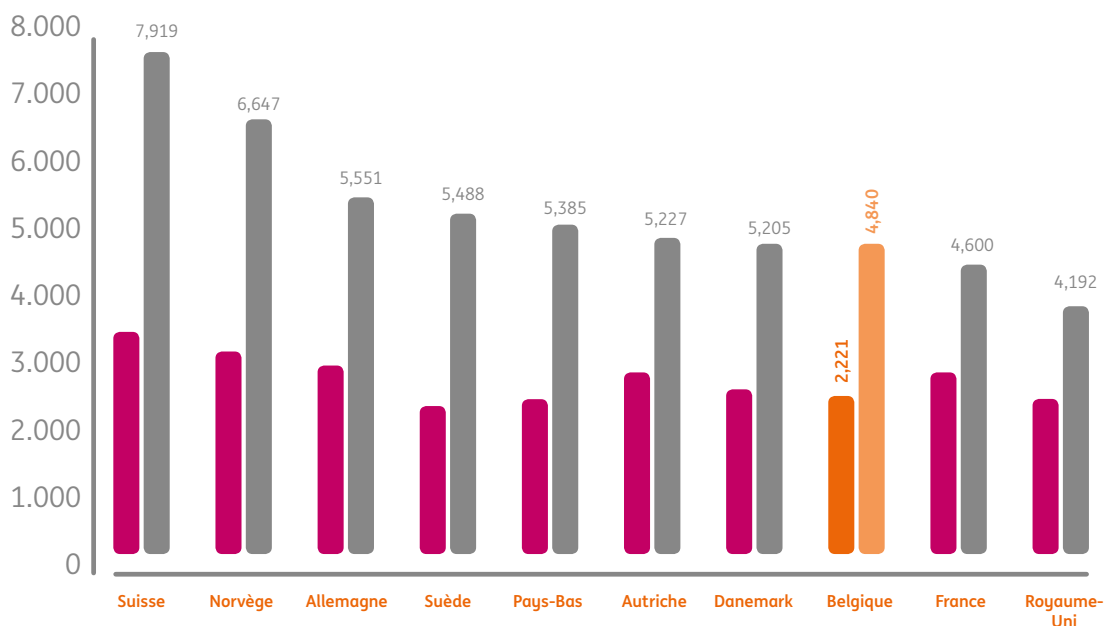
Au final, la Belgique aura augmenté son budget en soins de santé de 114 % entre 2000 et 2016⁹. Avec ce coefficient de 2,14 en 2016, basé sur la valeur cumulée en pourcentage des dépenses de santé, la Belgique se place en cinquième position de notre échantillon, soit dans la moyenne des pays sélectionnés et à bonne distance des pays ayant connu la plus forte augmentation des dépenses en soins de santé en valeur absolue : le Royaume-Uni, la Norvège et la Suède ont vu leurs dépenses pratiquement tripler entre 2000 et 2016.

Figure 3 : Evolution cumulée des dépenses de santé depuis l'année 2000



Il est à noter que cette évolution dans le temps traduit des comportements différents de pays à pays, notamment à l'analyse du niveau des dépenses de santé par habitant en valeurs absolues. En 2000, la Suisse, la Norvège et l'Allemagne étaient déjà les pays avec les dépenses de santé par habitant les plus élevées. Ils le sont toujours en 2016, même si l'Allemagne a mieux maîtrisé ses dépenses de santé totales. A l'autre extrême, le Royaume-Uni reste le pays avec le plus faible montant de dépenses de santé par habitant, malgré une forte progression qui semble indiquer un phénomène de rattrapage par rapport aux autres pays. Dans cet échantillon, la Belgique était (en 2000) et est toujours (en 2016) le 3ème pays avec le niveau le plus bas de dépenses de santé par habitant.

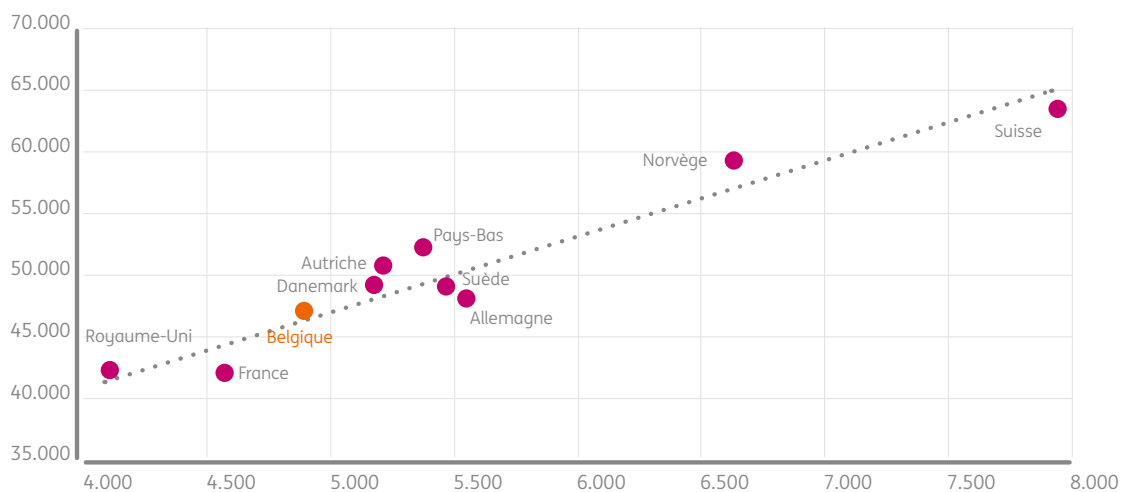
Figure 4 : Dépenses de santé par habitant (en dollars, PPA courantes), 2000 et 2016



A la lumière de ces données, une question se pose : le niveau du budget en soins de santé que consacre chaque pays pour sa population varie-t-il en fonction de la richesse de ce pays ? En d'autres termes, les pays riches (pauvres) consacrent-ils proportionnellement davantage (moins) de moyens pour la santé de leur population ?

La liaison entre les dépenses de santé et le niveau du PIB par habitant apparaît clairement dans la figure suivante et ne montre pas de différences fondamentales entre les pays de notre échantillon. Hormis pour le cas de la France, nous constatons en effet une forte corrélation entre le PIB par habitant et les dépenses de santé¹⁰. Comparé aux pays de l'échantillon, la Belgique se situe dans le bas du classement, avec des niveaux par habitant (mesurés en parité de pouvoir d'achat) plus faibles que la plupart des autres pays.

Figure 5 : Corrélation entre le PIB par habitant et les dépenses sur la santé par habitant, PPA courantes



En termes de contribution personnelle, le patient belge fait partie (avec les Suisses et les Autrichiens) de ceux qui ont le niveau le plus élevé en termes de dépenses¹¹ out-of-pocket. Pour le patient belge, cette contribution est principalement consacrée aux produits pharmaceutiques (5,0 %), aux soins ambulatoires (4,8 %) et aux soins hospitaliers (4,6 %).

Figure 6 : Dépenses out-of-pocket, en % des dépenses de santé, 2016 ou dernière année disponible

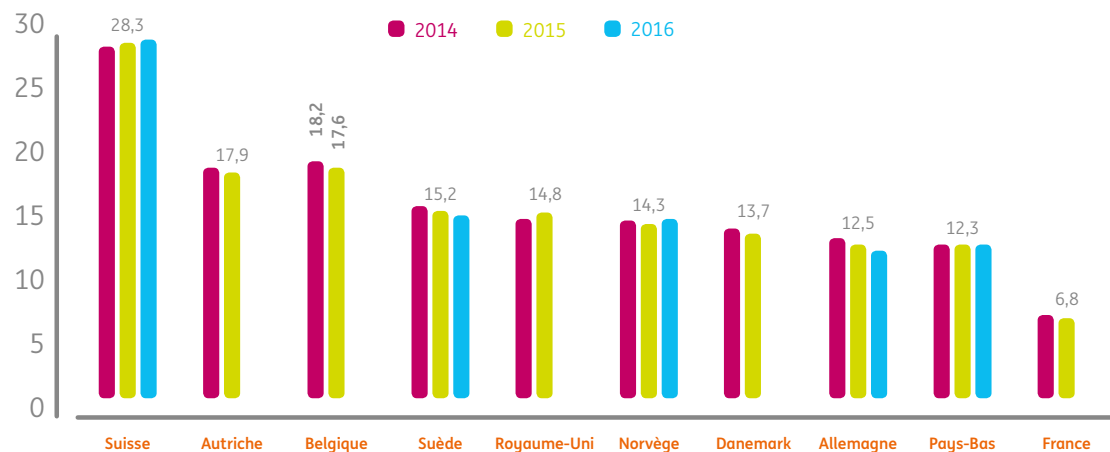
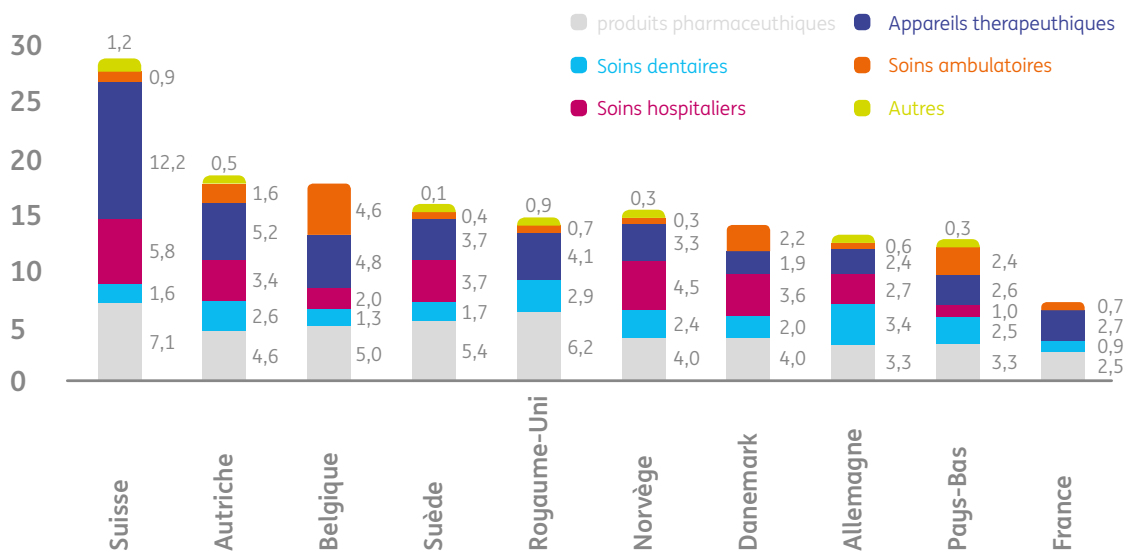


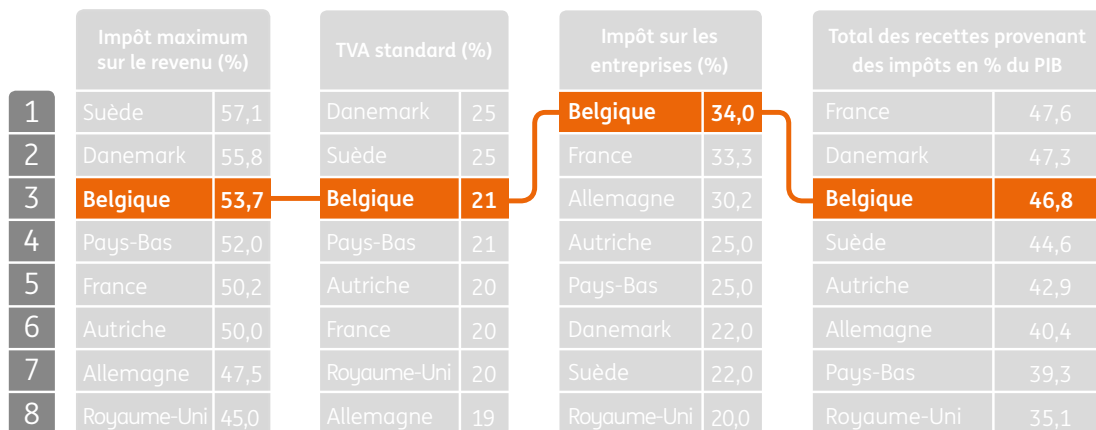


Figure 7 : Dépenses « out-of-pocket » en % des dépenses de santé, réparti par type de dépense, 2016 ou dernière année disponible¹²



En outre, il faut considérer que cette importante contribution directe des citoyens belges s'accompagne d'une forte pression fiscale globale, au niveau de l'imposition des particuliers et des sociétés, mais également en termes de TVA. Globalement, la Belgique est le troisième pays (suivant de très près les deux premiers) avec la part la plus importante des recettes, par rapport au PIB, provenant des impôts¹³ :

Figure 8 : Pression fiscale sur les particuliers et les entreprises



Ces différents constats traduisent la limite financière à laquelle se trouvait confrontée la Belgique, dont le Parlement a adopté, en mars 2017, une réforme concernant le financement des programmes de sécurité sociale, y compris des soins de santé¹⁴. Cette réforme vise notamment à mieux contrôler la croissance des dépenses publiques en matière de santé en responsabilisant davantage les partenaires sociaux et à transférer une partie de la charge fiscale des cotisations de sécurité sociale vers d'autres formes d'imposition (TVA, précompte mobilier, voire accises sur le tabac). Les principaux éléments de la réforme sont les suivants¹⁵ :

- « les sources de financement alternatif comprendront exclusivement les recettes provenant de la taxe sur la valeur ajoutée affectées aux soins de santé
- les recettes des administrations publiques (qui représentent environ 17 % du financement total) peuvent être augmentées par un coefficient de vieillissement sous certaines conditions (notamment que la croissance réelle du PIB excède 1,5 % et que les actifs se retirent du marché du travail à un âge plus avancé en moyenne)
- la dotation d'équilibre (apportée par le fédéral pour compenser les éventuels déficits) dépendra d'une série de facteurs de responsabilisation à plus grande échelle ».

Enfin, du point de vue des utilisateurs du système de santé, la Belgique se caractérise par un principe d'assurance maladie obligatoire offrant une couverture quasi universelle, avec une population couverte à 99 % en 2015¹⁶. D'autre part, la couverture des coûts de santé à charge des utilisateurs est en très grande partie privée pour tout ce qui concerne les assurances complémentaires, ce qui place la Belgique parmi les pays avec la plus grande partie de la population couverte par une assurance maladie privée, derrière la France et les Pays-Bas¹⁷. Dans le cas de la France, l'assurance maladie complémentaire joue un rôle prépondérant car elle offre une meilleure prise en charge de produits et de services médicaux peu remboursés par l'assurance maladie (par exemple les lunettes et les soins dentaires)¹⁸.

Figure 9 : Population couverte par une assurance maladie privée selon le type d'assurance, 2015 ou année la plus proche (%)

	Primaire	Complémentaire	Supplémentaire	Duplicative	Total
Suède				0,1	0,1
Royaume-Uni				10,6	10,6
Suisse			27,9		27,9
Allemagne	10,8	23,1			33,9
Autriche			36,2		36,2
Danemark		36,5	36,5		36,5
Belgique		81,6			81,6
Pays-Bas			84,1		84,1
France		95,5			95,5

Même si les dépenses de santé sont relativement faibles en % du PIB et stables depuis quelques années par rapport aux autres pays de l'échantillon, les dépenses totales ont néanmoins plus que doublé depuis 2000 en Belgique et les réformes passées et en cours visent plutôt une limitation de ces dépenses. En outre, la contribution personnelle des patients aux coûts de santé est élevée et s'accompagne d'une pression fiscale globale importante. Le dégagement de nouveaux moyens financiers pour les soins de santé apparaît donc peu probable et c'est davantage un rééquilibrage entre les différents types de dépenses qui pourra être réalisé.





2. La perception des soins de santé

Un des aspects qui permet de caractériser l'orientation patient d'un système de santé et l'utilisation qui en est faite est l'accessibilité des soins. Les résultats de l'Euro Health Consumer Index 2016, montrent que la Belgique est très performante dans ce domaine¹⁹. Comme en Suisse, les soins de santé sont particulièrement accessibles et concurrentiels en Belgique. Le patient est en général vite reçu pour une consultation chez un médecin généraliste ou spécialiste, pour un traitement chirurgical, voire pour un scanner.

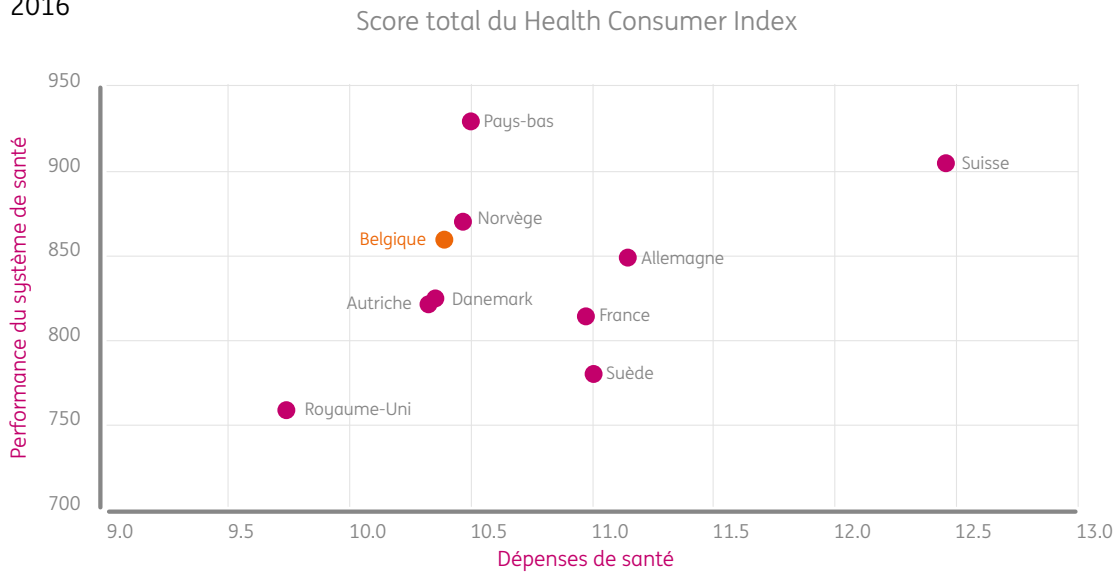
Figure 10 : Accessibilité des soins de santé

	Accès à un médecin traitant le jour-même	Accès direct à un spécialiste	Chirurgie majeure dans moins de 90 jours	Traitement contre le cancer dans moins de 21 jours	Scanner dans moins de 7 jours	Temps d'attente aux urgences
Belgique	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Suisse	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pays-Bas	✓	✗	✓	✓	✓	✓
Autriche	✓	✓	≈	✓	≈	✓
Allemagne	≈	✓	✓	✓	≈	≈
France	✓		✓	✓	≈	≈
Danemark	≈	✗	✓	✓	✗	≈
Royaume-Uni	✗	✗	≈	≈	✗	✗
Suède	✗	≈	≈	✗	✗	✗

L'objectif d'un système de santé performant est de délivrer des soins qui améliorent l'état de santé des individus et de la population. Pour atteindre cette amélioration, les stratégies clés à mettre en œuvre au travers des soins de santé sont la promotion de l'accessibilité pour les soins préventifs, aigus et chroniques, et la délivrance de services de soins appropriés et « evidence-based »²⁰.

Le Commonwealth Fund a notamment réalisé ce type d'analyse au départ d'enquêtes internationales et d'autres sources de données standardisées. Il mesure la performance des systèmes de santé en identifiant 72 indicateurs couvrant cinq domaines : le processus de soins, l'accessibilité, l'efficacité administrative, l'équité et les résultats des soins de santé²¹. Dans la figure suivante, nous avons réalisé une analyse similaire au départ du score du Health Consumer Index, lequel couvre six domaines : les droits des patients et leur information, l'accessibilité, les résultats, la gamme et le niveau d'atteinte des services fournis, la prévention, le secteur pharmaceutique. Compte tenu de son niveau de dépenses de santé en % du PIB, la Belgique est bien positionnée parmi les pays de l'échantillon. Seuls les Pays-Bas ont une performance significativement plus élevée pour un même niveau de dépenses ; la Suisse est également mieux positionnée mais avec des dépenses relatives nettement plus élevées.

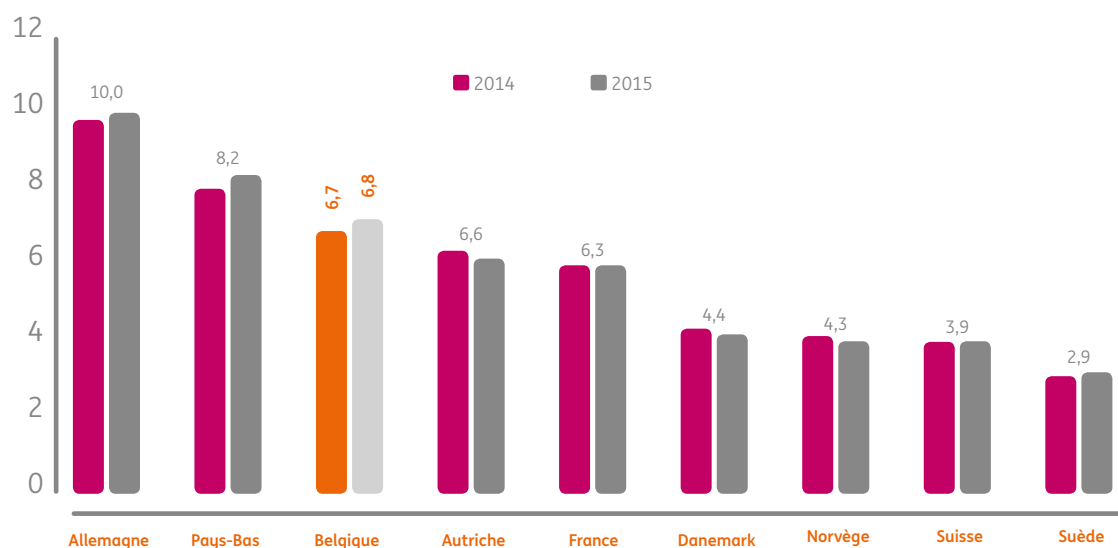
Figure 11 : Comparaison entre le score du Health Consumer Index et des dépenses de santé, 2016



Sur la base de l'enquête EU-SILC de 2015, seuls 2,4 % des Belges déclarent des besoins de soins médicaux non satisfaits pour des raisons financières, géographiques ou de délais d'attente, même s'il existe des différences importantes en fonction des revenus²² : 7,2 % des personnes ayant les revenus les plus faibles déclarent se passer de soins médicaux lorsqu'elles en ont besoin, contre 0,2 % chez les personnes ayant les revenus les plus élevés. De manière générale, il convient de constater que la problématique du report de soins est en augmentation constante en Belgique.

Avec l'Allemagne et les Pays-Bas, la Belgique a un nombre relativement élevé de consultations par habitant (6,8 en 2015) comparé aux autres pays de notre échantillon²³. En Belgique, ce niveau élevé peut s'expliquer par différentes raisons. Tout d'abord, les médecins généralistes exercent pour la plupart en profession libérale, travaillent généralement seuls et sont rémunérés par des honoraires. Ensuite, le libre choix dont disposent les patients belges fait qu'ils ne doivent pas systématiquement passer par les médecins généralistes pour être adressés à des spécialistes ; ils ont ainsi librement accès aux médecins spécialistes et aux soins hospitaliers²⁴.

Figure 12 : Nombre de consultations par habitant, 2014-2015



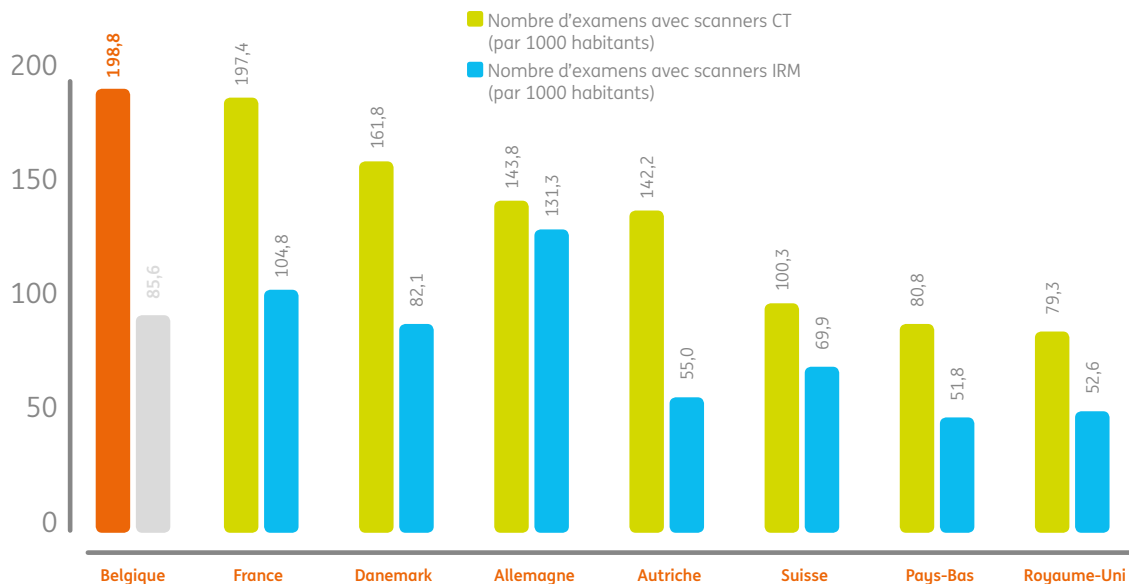
Globalement, les différences entre les pays de notre échantillon s'expliquent par le niveau d'accessibilité, la méthode de paiement des prestations, les modes de rémunération des médecins, et le montant du ticket modérateur.

En Suède, le moindre recours aux consultations médicales s'explique principalement par le manque de généralistes dans certaines zones rurales et l'étendue de la pratique infirmière pour les soins primaires (notamment avec des consultations d'infirmières qui remplacent des consultations médicales pour la prise en charge de première ligne)²⁵. A l'inverse, en Allemagne, le patient dispose du libre choix de son prestataire de soins et aucune limitation d'accès n'est effective, à tel point que le niveau de l'offre de soins (près de 150 000 médecins fournissant des soins ambulatoires) fait naître des doutes quant à la pertinence des soins²⁶.

La Belgique est aussi le pays qui réalise le nombre le plus important d'examen avec CT-Scanner par 1 000 habitants ; elle se situe également au-dessus de la moyenne pour l'utilisation des IRM²⁷. Le nombre élevé d'examen par CT-Scanner s'explique en partie par un phénomène de substitution : historiquement, en Belgique, les appareils d'IRM étaient soumis à une programmation, les hôpitaux devant disposer d'une autorisation (agrément) avant de pouvoir installer un appareil et bénéficier de remboursements et d'un financement structurel ; ce n'est pas le cas pour les CT-Scanner²⁸. Par ailleurs, la Belgique est également confrontée à un problème de surconsommation d'actes, ce qui a notamment été mis en lumière par les récents rapports du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI²⁸.

En 2016, un cadastre de l'appareillage médical lourd a été réalisé, avec pour objectif d'ajuster la capacité IRM trop faible à la forte croissance de la demande. Or, l'augmentation prévue du nombre d'appareils d'IRM de 12 unités a coïncidé avec la mise hors service de 17 appareils en fonctionnement mais non autorisés par la programmation et donc non agréés³⁰. Sur le terrain, la Belgique a donc vu son nombre d'appareils d'IRM diminuer, provoquant un allongement des listes d'attente et un recours à nouveau plus systématique aux CT-Scanner, malgré l'augmentation du nombre d'IRM officiellement programmés.

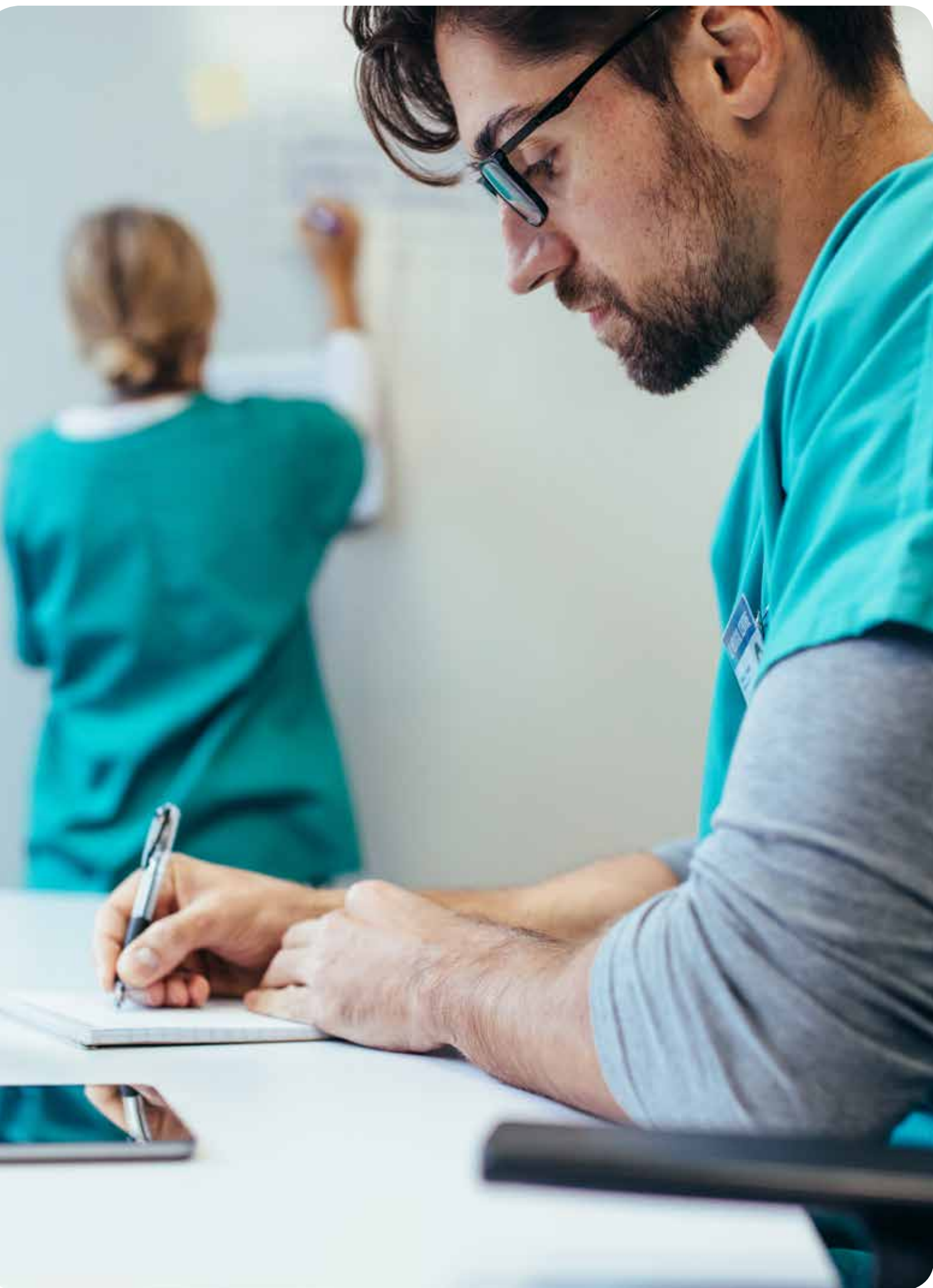
Figure 13 : Nombre d'examen avec CT-scanners et avec IRM par 1 000 habitants, 2015 ou dernière année disponible



Compte tenu de son niveau de dépenses de santé en % du PIB, la Belgique dispose d'un système de santé performant, principalement en termes d'accessibilité aux soins, même si les personnes avec les revenus les plus faibles sont celles qui déclarent le plus se passer de soins médicaux lorsqu'elles en ont besoin. Le revers de la médaille est que cette bonne accessibilité et l'absence d'échelonnement vont de pair avec un nombre de consultations médicales, de CT-Scanner et d'IRM par habitant relativement élevé, ce qui génère :

- Une productivité médicale élevée (vu le faible nombre de médecins par habitant)
- Un taux d'hospitalisation potentiellement plus élevé, certains actes nécessitant une hospitalisation

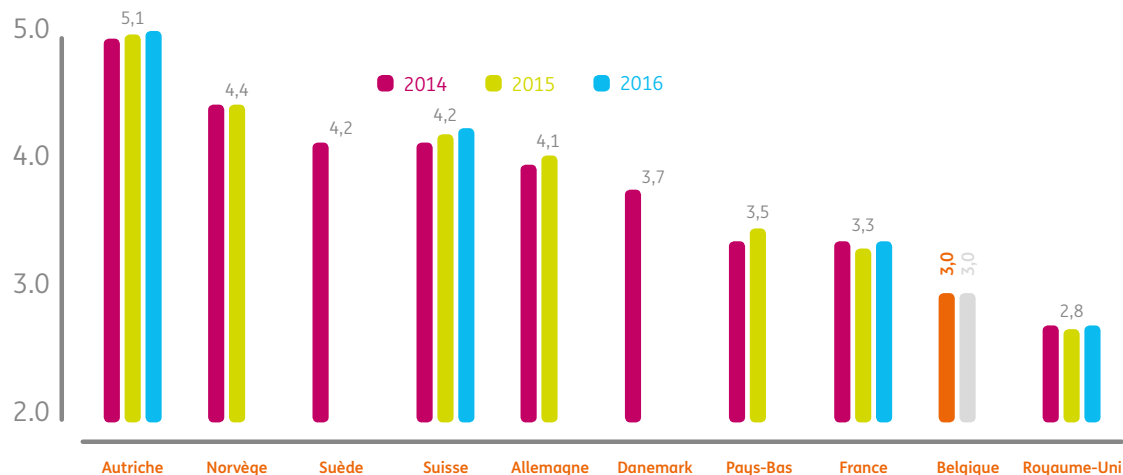




3. Le personnel médical et soignant

Avec un total de 3 médecins (généralistes et spécialistes) en exercice par 1 000 habitants, la Belgique reste, après le Royaume-Uni, le pays analysé qui comptabilise les effectifs les plus faibles, avec une différence significative par rapport aux autres pays³¹.

Figure 14 : Nombre de médecins par 1 000 habitants, 2014-2016

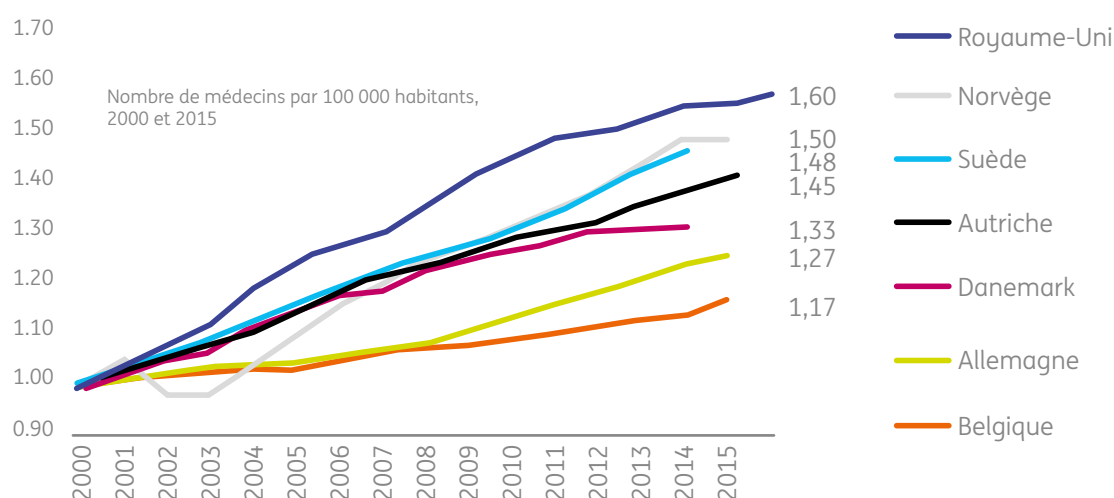


Cela n'empêche pas les pays les mieux dotés de connaître également des difficultés. En Suède (4,2 médecins en exercice par 1 000 habitants), la très faible part de généralistes (15 % de l'ensemble des médecins) et la concentration des praticiens dans les zones urbaines au détriment des zones rurales réduisent l'accessibilité des patients³².

En Autriche (5,1 médecins en exercice par 1 000 habitants), c'est essentiellement le nombre de médecins non-conventionnés qui a augmenté depuis 2000, ce qui mène à des inégalités géographiques (entre Länder ou entre les zones urbaines et rurales) et sociales (dès lors que les honoraires de ces médecins ne sont que partiellement couverts par la sécurité sociale)³³.

La Belgique est aussi le pays de notre échantillon qui a connu l'évolution du nombre de médecins par habitant la plus faible entre 2000 et 2015 (+16 %), alors même que la grande majorité des pays de l'échantillon avaient déjà un nombre de médecins par 1 000 habitants plus élevés en 2000. Seul le Royaume-Uni se trouve encore sous le niveau de la Belgique mais c'est le pays qui a connu la plus forte augmentation sur la période 2000-2015 (+46 %)³⁴.

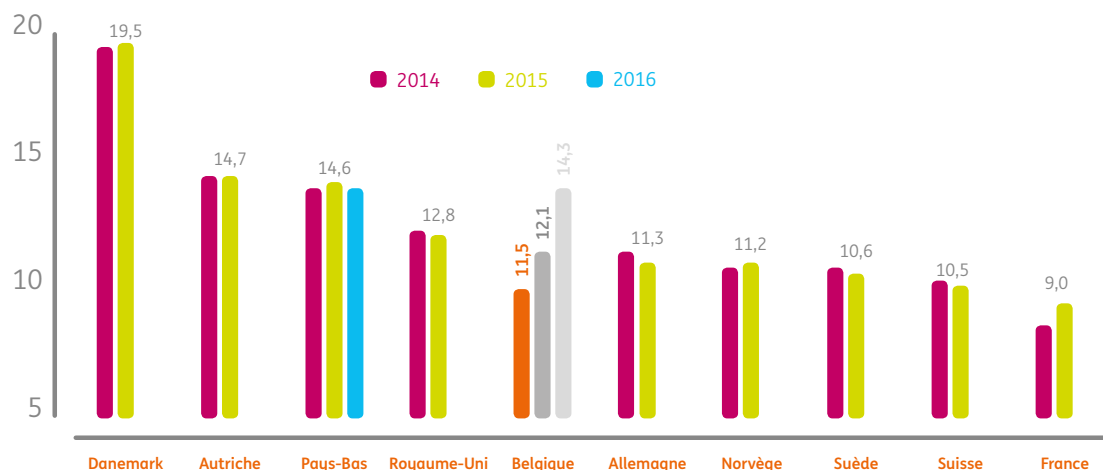
Figure 15 : Evolution du nombre de médecins, 2000-2015³⁵





En termes d'évolution, nous constatons néanmoins une progression plus forte en Belgique à partir de 2014. Cette tendance est confirmée par le nombre de diplômés en médecine par 100 000 habitants qui est en augmentation depuis 2014, pour atteindre 14,3 diplômés par 100 000 habitants en 2016³⁶. En outre, une nouvelle augmentation est attendue pour 2018 avec l'arrivée de la « double cohorte » qui a pour origine la réduction, en 2012, de la durée des études de médecine qui sont passées de 7 à 6 ans. Il est par contre peu probable que cette augmentation se maintienne à moyen terme, notamment en raison du *numerus clausus* et du vieillissement de la population médicale (avec un nombre considérable de médecins qui arrivent en fin de carrière). Le quota fédéral du nombre de médecins susceptibles d'être formés de 2023 à 2026 est fixé à 1 445³⁷, ce qui, par rapport à une population estimée vers 2023 en Belgique à 11 645 000 habitants, nous donne un ratio de 12,4 potentiels nouveaux médecins formés par 100 000 habitants, soit à peine plus que le niveau de 2015. Au sein de notre échantillon, c'est le Danemark qui a le plus grand nombre de diplômés en médecine (19,5 par 100 000 habitants en 2015).

Figure 16 : Diplômés en médecine par 100 000 habitants, 2014-2016



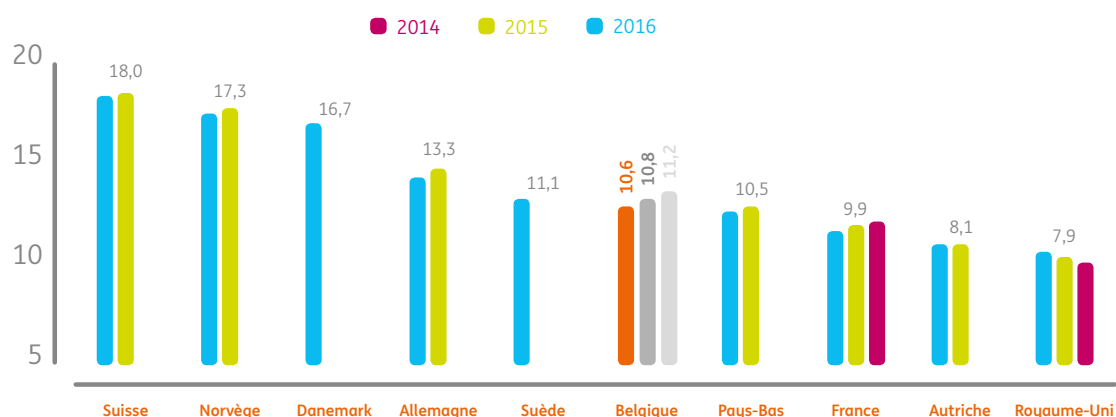
Pour ce qui est des médecins, il est important de souligner que le débat et les réflexions dépassent largement le seul aspect quantitatif, basé sur le nombre de médecins par habitant, mais concernent également :

- Les sous-quotas à fixer pour les 29 spécialités afin de garantir le maintien de l'offre de soins médicaux
- La répartition géographique et la politique des Communautés qui sont compétentes pour fixer leurs sous-quotas respectifs
- Les discussions sur la subsidiarité, c'est-à-dire la définition des actes qui pourraient être repris par d'autres professions de santé dans le futur
- L'essor des soins de santé dans les domaines scientifiques et technologiques, dont les développements auront probablement un impact sur les spécialités médicales auxquelles la population fera appel

Concernant les infirmiers, la situation de la Belgique est plus proche de la moyenne des pays de notre échantillon, avec un nombre d'infirmiers par 1 000 habitants³⁸ en progression au cours des dernières années, de 10,6 en 2014 à 11,2 en 2016.

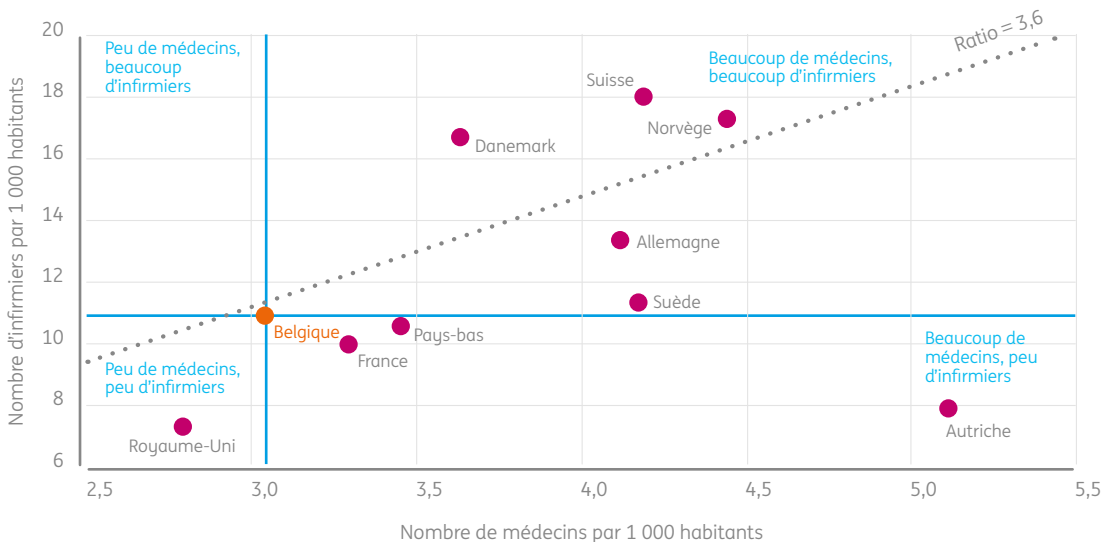


Figure 17 : Nombre d'infirmiers par 1 000 habitants, 2014-2016



La Belgique se caractérise donc par un ratio d'infirmiers par médecin relativement élevé (3,59 en 2015) et en légère croissance depuis 2013³⁹. Seuls le Danemark, la Suisse et la Norvège ont un ratio plus élevé avec à la fois plus d'infirmiers et plus de médecins par 1 000 habitants. Le positionnement de la Belgique par rapport aux autres pays de notre échantillon se distingue dans la figure suivante.

Figure 18 : Nombre de médecins et infirmiers par 1 000 habitants, 2015 ou dernière année disponible



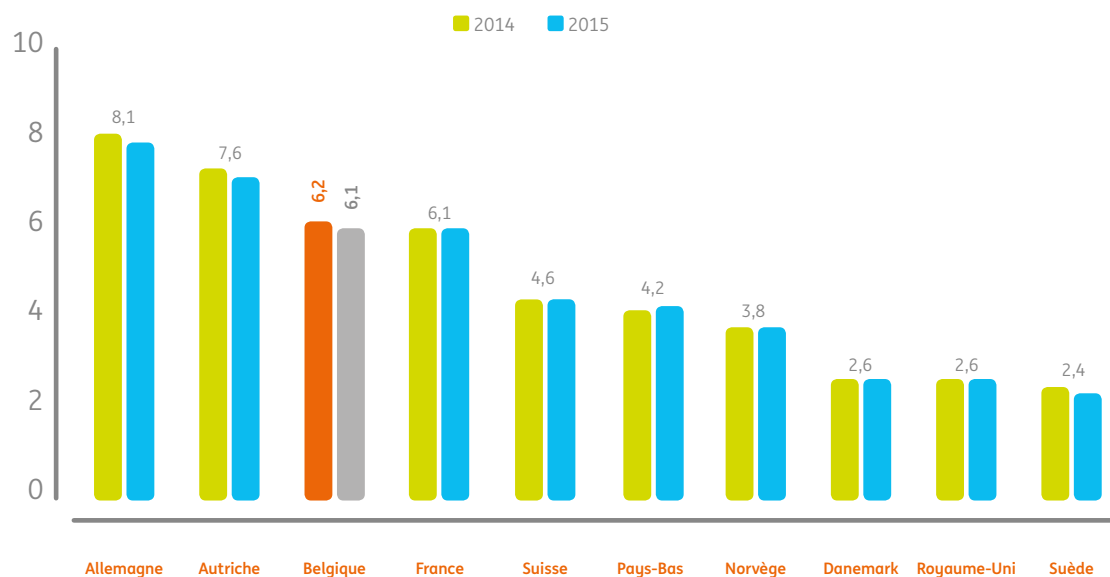
La Belgique dispose d'effectifs médicaux faibles au regard de sa population et cette situation a très peu évolué depuis 2000. En contrepartie, le nombre d'infirmiers par 1 000 habitants est plus proche de la moyenne des pays de notre échantillon et en progression au cours des dernières années. In fine, la Belgique se caractérise donc par un ratio d'infirmiers par médecin relativement élevé.



4. Les lits et leur utilisation

La Belgique est un des pays qui compte, en proportion de ses habitants, le plus de lits hospitaliers avec un nombre de 6,14 par 1 000 habitants en 2015, derrière l'Autriche et l'Allemagne⁴⁰. Comme pour la plupart des pays de notre échantillon, ce nombre a légèrement diminué entre 2014 et 2015 (de 0,1 lit par 1 000 habitants), mais il est encore loin d'atteindre le niveau du Danemark, du Royaume-Uni ou de la Suède qui exploitent deux fois moins de lits hospitaliers par 1 000 habitants.

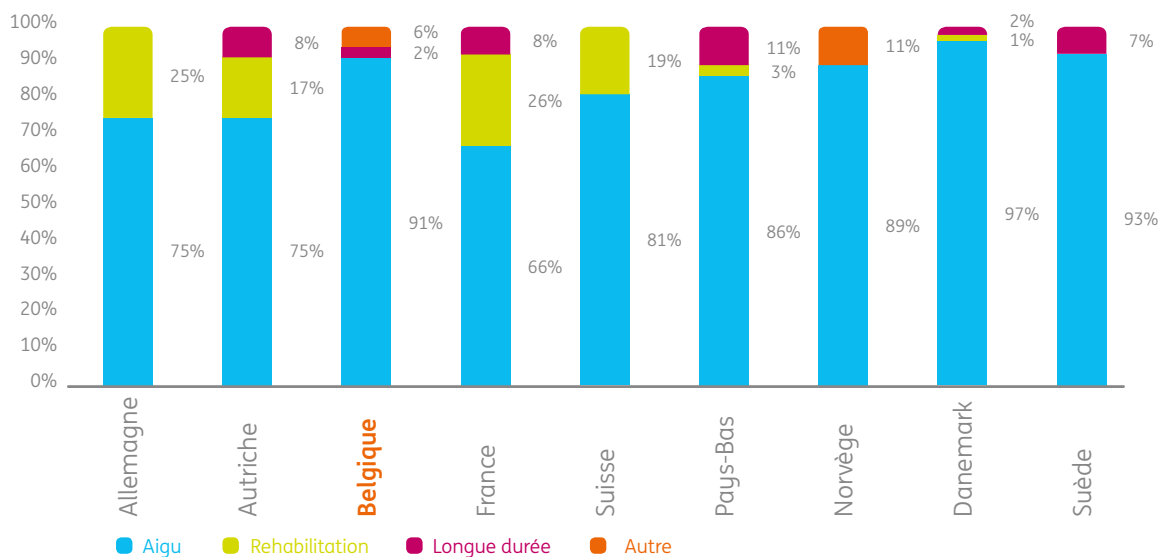
Figure 19 : Nombre de lits hospitaliers (par 1 000 habitants), 2014 et 2015





En termes de répartition des lits hospitaliers par type, nous constatons que la Belgique est un des pays qui exploite le plus de lits aigus par rapport au total nombre de lits hospitaliers (91%)⁴¹. C'est également le cas pour les pays nordiques (Danemark, Suède, Norvège) mais les motifs de cette répartition sont différents.

Figure 20 : Répartition des lits par type, 2015 ou dernière année disponible



Comme nous venons de le constater, les pays nordiques disposent d'un petit nombre de lits hospitaliers par 1 000 habitants. Par ailleurs, les durées moyennes de séjours y sont généralement plus faibles et les taux d'occupation des lits plus élevés que dans les autres pays de notre échantillon.

Ces pays ont en fait très bien développé les structures d'aval avec un accompagnement médico-social, le retour à domicile et les soins de suivi. En outre, ce sont des pays au sein desquels une seule entité définit à la fois la régulation pour les structures en amont, pour l'hôpital et pour les structures en aval, ainsi que le financement pour toutes ces structures. Combinées avec un taux d'ambulatorisation élevé, toutes ces mesures expliquent que seuls les patients aigus séjournent encore dans des lits hospitaliers.

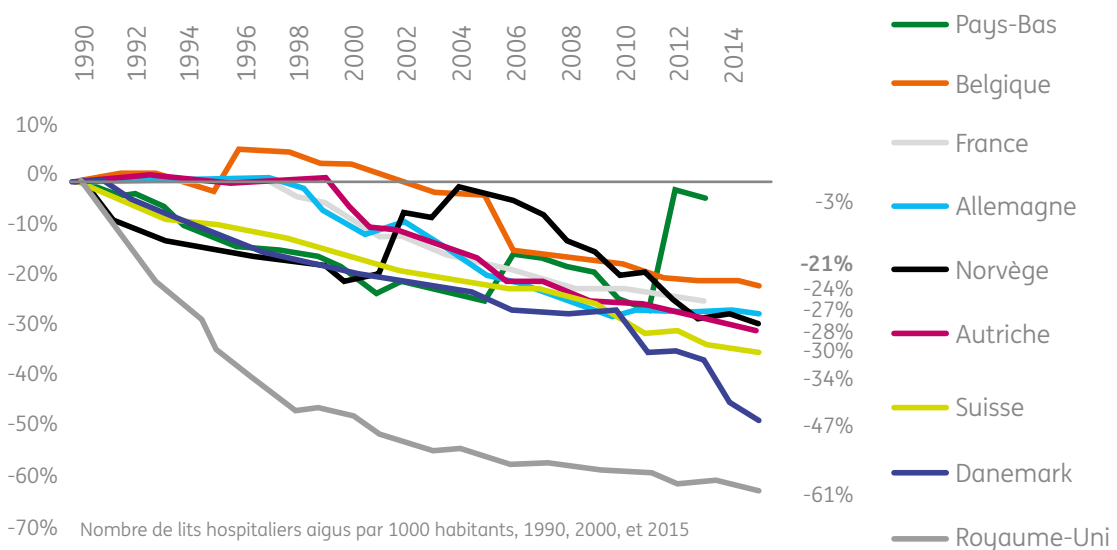
En Belgique, le problème est tout autre : avec un nombre de lits hospitaliers par 1 000 habitants plus élevé, un déficit en structures d'aval et une dispersion des réglementations entre le niveau fédéral et les entités régionales, le résultat est qu'une part importante des lits hospitaliers aigus sont en réalité occupés par des patients avec des pathologies chroniques⁴², par des longs séjours (au-delà de 20 jours) et par des réadmissions multiples (patients avec au moins 3 admissions dans l'année). Les analyses faites par Antares Consulting à ce sujet dans différents hôpitaux montrent que ces séjours concernent 15 à 30 % de l'ensemble des séjours en milieu hospitalier.

Au cours de ces dernières années, pratiquement tous les pays de notre entourage ont réalisé des efforts pour diminuer le nombre de lits grâce aux innovations dans la prise en charge des malades, dans la mise en place d'une gestion plus efficiente, dans la modification de la régulation, etc.

Les Pays-Bas se démarquent cependant par une trajectoire particulière, avec une forte augmentation du nombre de lits hospitaliers aigus par 1 000 habitants à partir de 2008, année de l'abolition de la planification centrale pour l'ensemble des hôpitaux. Pour le reste, ce sont la Suède et le Danemark qui ont réduit le plus drastiquement leur nombre de lits hospitaliers aigus par 1 000 habitants, de respectivement 61 % et 47 %⁴³.

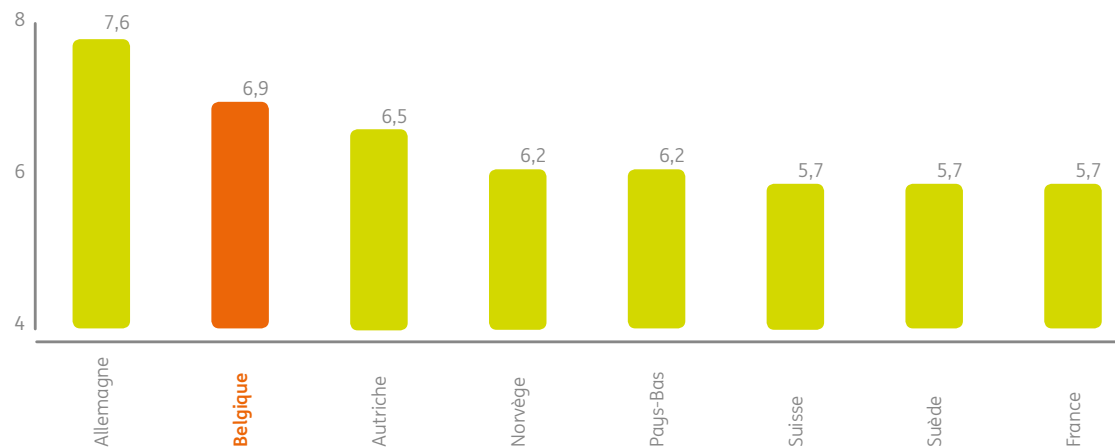
Quant à la Belgique, sur la période 1990-2015, elle a connu une des plus faibles diminutions en nombre de lits hospitaliers aigus par 1 000 habitants (-21 %) ⁴⁴. La situation de la Belgique est d'autant plus spécifique qu'elle disposait déjà d'un nombre élevé de lits hospitaliers aigus par 1 000 habitants (7,1) parmi les pays de notre échantillon au début de la période analysée, seules l'Autriche (8,1 lits en 1990) et l'Allemagne (8,3 lits en 1991) ayant un nombre plus élevé.

Figure 21 : Evolution relative des lits hospitaliers aigus par 1 000 habitants, sur la période 1990-2015⁴⁵



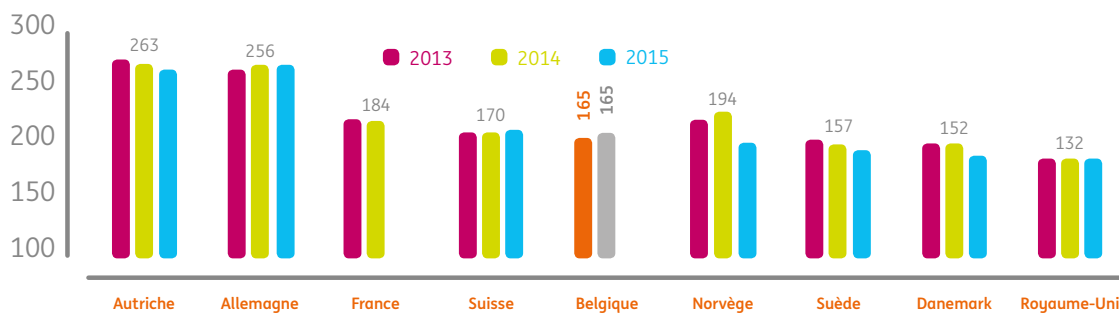
En 2015, avec une durée moyenne des séjours (DMS) aigus de 6,9 jours, la Belgique est au-dessus de la moyenne des pays de notre échantillon. Seule l'Allemagne possède une DMS en soins aigus plus élevée⁴⁶.

Figure 22 : Durée moyenne des séjours aigus, 2015 ou dernière année disponible (en jours)



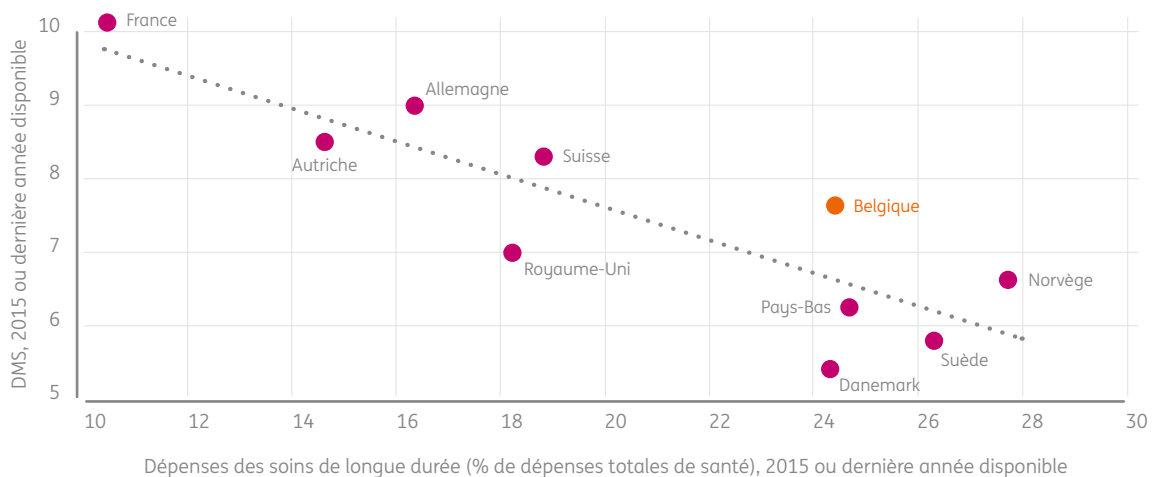
Par ailleurs, la Belgique se situe au milieu de notre échantillon en ce que concerne la fréquentation hospitalière (nombre de sorties d'hôpital par 1 000 habitants), avec une très légère augmentation entre 2013 et 2014⁴⁷.

Figure 23 : Nombre de sorties d'hôpital par 1 000 habitants



En corollaire à ces informations, nous pouvons faire le constat (cfr la figure suivante) qu'il y a une forte corrélation entre la DMS pour l'ensemble des hôpitaux et les dépenses en soins de longue durée. En clair, plus la part des dépenses en soins de longue durée est élevée (en % des dépenses totales de santé), plus la DMS est faible.

Figure 24 : Corrélation entre la DMS et les dépenses en soins de longue durée

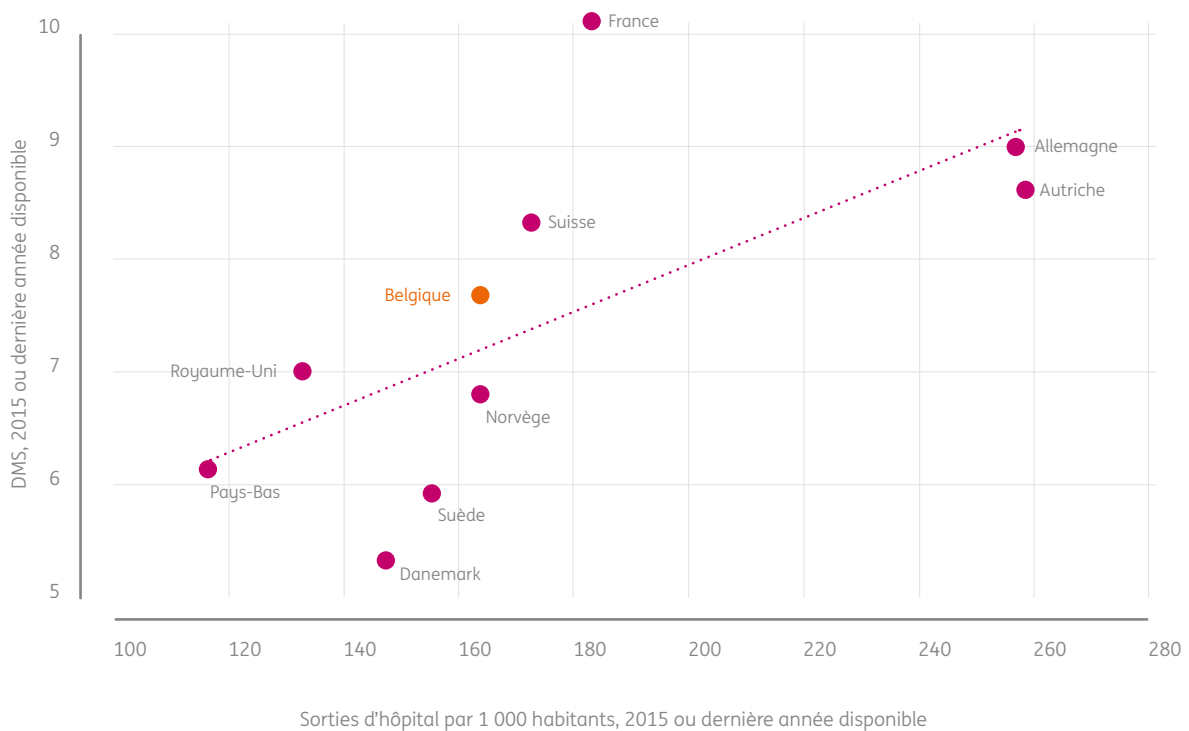


Comme nous l'avons déjà mentionné, les Pays-Bas et les pays nordiques ont bien développé les structures d'aval avec un accompagnement médico-social, une procédure de retour à domicile et des soins de suivi. En outre, la notion de « réseau » est aussi omniprésente dans les pays scandinaves, ce qui mène à une prise en charge plus efficiente. Ces facteurs ne sont cependant pas les seuls à prendre en considération.

En effet, malgré une part relative des dépenses en soins de longue durée équivalente à celle du Danemark (24 %), la Belgique se retrouve avec une DMS plus élevée de 2,1 jours. Il est très probable que la pression sur les lits hospitaliers et leur taux d'occupation, qui est plus faible en Belgique qu'au Danemark, impacte également le résultat.

C'est d'ailleurs ce que confirme notre deuxième constat, qui montre une corrélation entre la DMS et le nombre de sorties d'hôpital par 1 000 habitants⁴⁸. En d'autres termes, cela signifie que plus il y a de patients hospitalisés dans un pays, plus la DMS est élevée. Dans la figure suivante, nous constatons que c'est particulièrement le cas pour l'Allemagne et l'Autriche qui ont un positionnement spécifique au sein de notre échantillon. Comme nous l'avons vu précédemment, ces deux pays se caractérisent par des secteurs hospitaliers très développés (à la fois en nombre de lits hospitaliers par 1 000 habitants et en part relative des dépenses de santé consacrées aux soins hospitaliers), une densité élevée de médecins, une bonne accessibilité et un libre choix du prestataire de soins.

Figure 25 : Corrélation entre la DMS et les sorties d'hôpital par 1 000 habitants





La Belgique est un des pays qui possède le nombre de lits hospitaliers par habitant le plus élevé et qui présente une des plus faibles diminutions de ce nombre sur la période 1990-2015. Or, les pays qui comptent le moins de lits hospitaliers ont également des durées moyennes de séjours plus basses, ce qui peut s'expliquer par un bon développement des structures d'aval et médico-sociales, par un recours au suivi à domicile plus fréquent, ainsi que par un taux d'occupation des lits plus élevé. Sur tous ces volets, la Belgique est moins avancée que les autres pays de l'échantillon.



Health ProspectING 2018

Les enjeux de la gestion efficiente des séjours hospitaliers

Nous avons constaté dans le chapitre précédent que pratiquement tous les pays de notre entourage ont diminué le nombre de lits hospitaliers, réduit la DMS et mis en œuvre un glissement continu des dépenses pour les services hospitaliers vers les services ambulatoires.

Bien que la régulation et l'organisation sanitaire de chaque pays soit différente, il y a néanmoins une convergence dans l'identification des enjeux pour une gestion efficiente des séjours hospitaliers. Par contre, compte tenu des différences historiques et contextuelles des pays, il existe des divergences quant à la manière d'implanter des solutions, que ce soit en termes de régulation, d'innovation ou de gestion.

Prenons à titre d'exemple la Suède, qui est le pays de notre échantillon qui a la plus faible part de ses dépenses de santé consacrée aux soins hospitaliers, le nombre de lits hospitaliers par 1 000 habitants le plus bas et la DMS la plus faible après le Danemark. Aujourd'hui, la Suède a vraisemblablement atteint sa limite en termes de réduction du nombre de lits hospitaliers et d'optimisation des séjours. Les taux d'occupation des lits sont tellement élevés que la question de la sécurité du patient est devenue primordiale, étant donné la faible marge de manœuvre au niveau de la capacité d'accueil dans les hôpitaux aigus et des conditions stressantes dans lesquelles travaille le personnel. Dans ce contexte, un système de reporting national qui contrôle spécifiquement l'occupation des lits dans des unités de soins a été développé afin de diminuer les effets indésirables⁴⁹.



Le Royaume-Uni a également connu une très forte réduction du nombre de lits (tous types de lits confondus, leur nombre est passé de 299 000 à 142 000 entre 1987 et 2017) et les facteurs-clés auquel le NHS est désormais confronté ont été identifiés (voir également la figure suivante)⁵⁰:

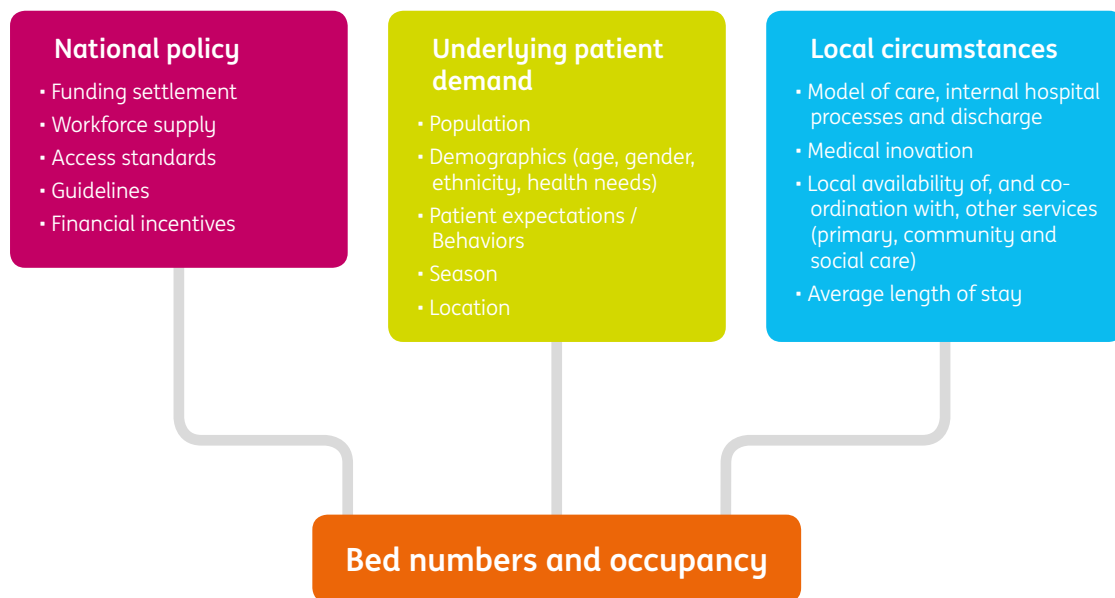
- « La majeure partie de la diminution du nombre de lits généraux et aigus est due à des fermetures de lits de longue durée, mais l'innovation médicale, y compris l'augmentation de la chirurgie de jour, a également eu un impact sur la réduction du temps passé à l'hôpital par beaucoup de patients
- Alors que le taux de diminution du nombre de lits a ralenti au cours des dernières années, il reste des opportunités pour une meilleure utilisation de la capacité en lits existants en travaillant sur les admissions évitables, en réduisant les variations dans les durées de séjour et en améliorant la sortie des patients. Les efforts à faire pour une meilleure utilisation du stock existant devrait se focaliser sur le nombre relativement faible de patients âgés qui restent longtemps à l'hôpital

Il y a des signes qui indiquent que certaines initiatives contribuent à cet objectif. [...] Cependant, la recherche montre que les initiatives pour modérer la demande de soins hospitaliers sont laborieuses. Les progrès dépendent du fait de disposer de suffisamment de capacités pour fournir des soins appropriés à l'extérieur de l'hôpital, alors que la capacité de soins intermédiaires ne répond actuellement qu'à la moitié de la demande et que les coupes budgétaires ont mené à des réductions significatives dans le secteur public des soins sociaux

Aujourd'hui, il y a des signes montrant un manque croissant de lits. En 2017, le taux d'occupation des lits généraux et aigus avoisine les 90 % et excède régulièrement les 95 % en hiver, bien au-dessus d'un niveau considéré comme sûr. Dans ce contexte, des propositions et des plans de transformation qui visent à réduire significativement le nombre de lits sont irréalistes

Dans certaines zones géographiques, il sera encore possible de réduire le nombre de lits. Cependant, au niveau national, avec des hôpitaux sous la contrainte d'une demande croissante et d'un ralentissement des financements, de nouvelles réductions sont irréalisables et indésirables »

Figure 26 : Diagramme des facteurs influençant le nombre de lits et leur occupation



Outre la question de la limite jusqu'à laquelle certains pays veulent tendre en termes de capacité hospitalière, la manière d'y arriver est également parfois source de vives tensions, tant les enjeux financiers et d'accessibilité sont importants. En France, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a élaboré une fiche relative au « juste dimensionnement capacitaire en hospitalisation complète », présentant la nécessité d'adapter les modes de prise en charge et les capacités d'hospitalisation au besoin du patient, le juste dimensionnement capacitaire visant ainsi à allouer à chaque spécialité les ressources nécessaires à son activité⁵¹.

Sur la base de ce document, le Figaro a publié le 29 mars 2016 la carte de France des suppressions de lits, affirmant que l'application de cette fiche d'adaptation capacitaire ciblant 570 services hospitaliers était l'un des objectifs du plan d'économies de trois milliards d'euros imposé par le gouvernement à l'hôpital entre 2015 et 2017 et revenait à exiger la fermeture de 15 960 lits sur le territoire⁵². Cette intention a été fermement démentie par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé pour lequel il n'existait pas de plan de fermeture de lits.

Saisissant la balle au bond, la Fédération Hospitalière de France (FHF) a pris acte de l'absence de plan de fermeture de lits et a demandé aux pouvoirs publics qu'ils donnent des consignes fermes aux ARS afin que prennent fin les injonctions adressées aux établissements pour qu'ils procèdent à des fermetures de lits.

Figure 27 : La carte de France des suppressions de lits par région



En Belgique, comme nous l'avons déjà mentionné, la question de la gestion efficace des lits et des séjours hospitaliers fait toujours l'objet de multiples analyses, réflexions et (propositions) de modification dans la réforme hospitalière actuelle.

En juillet 2016, la Mutualité Chrétienne a fait le constat qu'il y a 10 000 lits hospitaliers aigus de trop en Belgique⁵³, mais également un nombre d'admissions important, une durée d'hospitalisation élevée et de grandes disparités entre les provinces belges quant au nombre d'actes médicaux aigus, ce qui sous-tend une surconsommation en partie liée à l'offre⁵⁴. La principale inquiétude de la Mutualité Chrétienne est que le besoin croissant en lits de réhabilitation et de maisons de repos et de soins va exploser, ce qui suppose un « shift » dans les infrastructures des hôpitaux qui prendra plusieurs années. Dans ce contexte, elle propose six solutions contre le surplus de lits aigus :

- Diminuer la durée d'hospitalisation pour les accouchements, en faisant notamment appel à une aide familiale
- Miser sur l'évolution des techniques médicales qui deviennent moins lourdes
- Miser sur l'évolution des techniques de traitement
- Favoriser les nouvelles technologies qui permettent d'assurer un suivi à distance
- Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées
- Elargir le rayon d'action des services de soins à domicile



En 2017, dans le cadre des projets de réforme de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, le KCE a réalisé une étude consacrée à la planification de la capacité et à la programmation hospitalière à l'horizon 2025⁵⁵. La problématique y est abordée au niveau macro, en fonction des besoins de la population mais également à l'aide d'une analyse des tendances. Idéalement, la planification de l'offre hospitalière doit être pensée en fonction des besoins de la population, lesquels constitueront la demande en soins dès lors que le patient acceptera de suivre un traitement recommandé suite à un diagnostic et que ces soins sont effectivement disponibles. De nombreux facteurs, qui peuvent d'ailleurs avoir des effets opposés, influencent l'offre et la demande en soins hospitaliers et donc la capacité hospitalière qui en découle. Au niveau de la demande, il s'agit notamment de l'épidémiologie, de la démographie, de l'évolution de la composition des ménages, de leur niveau de revenu, de leur couverture sociale et de leurs attentes. En termes d'offre, ce sont principalement les développements technologiques, la substitution entre différents types de soins, l'imposition d'une certaine spécialisation ou concentration des soins, la densité médicale et les listes d'attente qui ont une influence.

Cette planification de la capacité doit également être identifiée à l'aide d'une analyse de tendances, qu'elles soient existantes (épidémiologie, espérance de vie, migrations, évolution de la pratique médicale) ou émergentes, c'est-à-dire peu perceptibles actuellement mais pouvant jouer un rôle significatif à l'avenir (santé numérique, télémédecine).

Les principales tendances actuelles et prévisionnelles à l'horizon 2025 sont les suivantes :

- Les séjours hospitaliers (hospitalisation classique) augmenteront de près de 12 % sous l'effet de la croissance de la population et de modification dans sa composition, en particulier le vieillissement. Les principales pathologies qui seront le moteur de cette croissance touchent la sphère oto-rhino-laryngologique (MDC 3), du système respiratoire (MDC 4), du système locomoteur (MDC 8), du système circulatoire (MDC 5) et des facteurs affectant l'état de santé (MDC 23)
- Les durées de séjour continueront de diminuer dans des proportions équivalentes à ce qui s'est passé entre 2003 et 2014, soit une baisse allant de 10 à 20 % selon les MDC et les degrés de sévérité par APR-DRG
- Le nombre de journées d'hospitalisation classique diminuera, et ce pour deux tiers des MDC. En 2025, la majorité des journées d'hospitalisation seront liées à des maladies chroniques, et non plus à des pathologies du système locomoteur



- Cette diminution de l'activité d'hospitalisation sera en grande partie compensée par l'augmentation des hospitalisations de jour. En effet, sur la base du seul effet démographique, les admissions en hôpitaux de jour augmenteraient de plus de 8 % d'ici à 2025. Par contre, en extrapolant le glissement de l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation de jour, l'augmentation totale serait de 33,5 % par rapport à 2014

Il est à noter que des différences significatives existent entre les différentes régions :

- Le vieillissement est plus marqué en Flandre et en Wallonie (la proportion des plus de 75 ans y est plus élevée), la population étant relativement plus jeune à Bruxelles
- L'hospitalisation de jour est plus développée en Flandre que dans les deux autres régions et, en-dehors de mesures spécifiques en Wallonie et à Bruxelles, cet écart devrait continuer à se creuser
- La durée moyenne de séjour diffère fortement entre les trois régions du pays (6,6 jours en Flandre, 7,3 jours en Wallonie et 8,2 jours à Bruxelles) mais les prévisions prévoient une réduction des écarts, avec un rattrapage de Bruxelles et de la Wallonie

In fine, sur la base du besoin normatif en lits hospitaliers, les projections montrent une diminution d'environ 2 300 lits en hospitalisation classique d'ici à 2025 (soit 5,4 % du besoin en 2014) et, dans le même temps, un besoin compensatoire de 3 700 places supplémentaires en hôpital de jour. Au sein de cette évolution globale, des glissements importants sont attendus au niveau des indices de lits. En effet, les projections indiquent une baisse très importante au niveau du besoin en lits M et C (pour ces derniers, il s'agit d'une conséquence de la réduction de la DMS pour les interventions chirurgicales et du déplacement d'une partie de l'activité vers l'hôpital de jour), partiellement compensée par un besoin supplémentaire de lits S dans les trois régions, de lits G en Flandre et de lits E à Bruxelles.

À partir de l'ensemble de ces constats, nous partons du postulat que partager une vision commune de ces enjeux et déchiffrer par une analyse ciblée les solutions apportées peut nous aider à :

- Mieux comprendre le bien-fondé des améliorations d'efficience menées dans les pays de notre entourage et de leurs implications
- En déduire un certain nombre d'implications et de recommandations pour l'avenir du système de soins en Belgique

Il s'agit du but principal de ce projet de réflexion.



1. Les enjeux et les initiatives au niveau macro

Dans notre rapport, les initiatives « macro » sont celles qui concernent la régulation du système, son cadre normatif ou son financement. Elles tentent de répondre aux défis auxquels les systèmes de santé sont confrontés et que nous avons mis en évidence dans la première partie du rapport : l'augmentation des coûts (pour l'Etat comme pour le patient), la pénurie de certains prestataires de soins, l'accessibilité aux soins, la performance du système de santé, la qualité des soins, les exigences du patient, le développement des technologies de l'information, l'épidémiologie, l'allongement de l'espérance de vie, l'évolution de la pratique médicale, etc.

De par leur nature sociétale, les grandes décisions de santé publique dépendent de plusieurs facteurs (politiques, sociaux, économiques, communautaires). Bien que généralement très centralisées, ces initiatives sont largement dépendantes des majorités politiques en place, mais également de l'action de groupes de pression agissant en fonction de leurs intérêts plutôt qu'à partir d'une analyse rationnelle de l'état de santé de la population et de ses attentes.

En parallèle, même si les experts sont généralement consultés dans un cadre prédéfini, les preuves scientifiques jouent un rôle de plus en plus important dans le processus politique. En pratique, ce sont souvent des rapports basés sur des données concrètes qui créent la nécessité de réforme d'une politique de santé. Le concept d'Evidence Based Public Health (EBPH) s'est ainsi développé dans le but de donner la capacité aux décideurs de fonder leurs décisions sur la sélection et l'analyse d'informations pertinentes, fiables et réactives. Dans le prolongement de l'Evidence Based Medicine (EBM), il s'agit de prendre en compte la preuve scientifique de l'efficacité et de la faisabilité d'une intervention, en fonction des facteurs

précités (politiques, sociaux, économiques, communautaires). En Belgique, un plan relatif à l'Evidence Based Practice (EBP) a été lancé fin 2017, afin de coordonner, d'harmoniser et de renforcer les initiatives existantes qui sont nombreuses mais fragmentées, et n'atteignent donc pas suffisamment les prestataires de soins⁵⁶.

« Cependant, l'application à la santé publique des paradigmes de la médecine factuelle est complexe. Dans l'analyse des déterminants de la santé, l'explication causale, au sens scientifiquement admis du terme, peut être insuffisante voire potentiellement dangereuse. [...] Certains groupes de population sont ainsi lésés par les choix d'une politique de santé basée sur des faits probants. [...] De plus, on conçoit combien il est difficile de s'entendre sur des critères d'efficacité lorsque le sujet appelle une appréciation trop subjective. »⁵⁷

Sur ce premier niveau d'analyse, nous identifions et discutons les enjeux et les initiatives prises dans la perspective d'une gestion plus efficiente des lits et des séjours – que ce soit en termes de financement, de dimensionnement capacitaire, d'alternatives à l'hospitalisation ou de création de réseaux.

a. Le financement des hôpitaux et la structure des lits ou leur occupation

Hypothèse : *L'utilisation des indices des lits et le fait qu'une partie du financement des hôpitaux soit basée sur la structure des lits ou leur occupation (lits agréés, indice de lits, normes de taux d'occupation) ne favorisent pas une utilisation efficiente de la structure des lits hospitaliers.*

L'utilisation des normes d'occupation, des indices de lits et de la notion de lits agréés est toujours d'actualité en Belgique. Pour ses calculs de la planification de l'offre hospitalière à l'horizon 2025, le KCE s'est notamment basé sur le taux d'occupation normatif utilisé dans le calcul du nombre de lits justifiés (qui sert au calcul du BMF) et des normes d'encadrement en personnel pour traduire les journées d'hospitalisation en types de lits, ce qui donne un « besoin normatif en lits hospitaliers »⁵⁸.

Or, dans la pratique, le nombre de lits réellement exploités peut diverger du nombre de lits agréés. Ce nombre de lits « opérationnels » peut être inférieur aux lits agréés en cas de fermeture estivale ou de fermeture temporaire pour cause de transformations, mais il peut également être supérieur pour un hôpital qui souhaite disposer de capacités d'accueil « tampon » qu'il estime indispensables à certaines périodes de l'année.

Par ailleurs, les lits agréés constituent un frein à la réduction du nombre de lits et, en corollaire, à la flexibilité de la capacité hospitalière. En effet :

- L'établissement qui ferme des lits perd le droit au remboursement historique de l'infrastructure qui y est lié, même s'il existe des mécanismes amortisseurs
- L'établissement qui ferme des lits ne pourra jamais les rouvrir, ce qui le pousse à conserver une capacité excédentaire, dans l'espoir d'augmenter à nouveau son activité

Dans de nombreux pays, l'occupation des lits et le nombre de lits en fonction de la population restent la mesure principale de la capacité hospitalière, même si plusieurs problèmes sont associés à cette approche⁵⁹. Le problème le plus important est que le nombre de lits ou leur occupation ne donnent pas une bonne mesure des services offerts à l'hôpital, étant donné la grande variation dans le case mix et donc des coûts de traitements, et qu'ils ne correspondent pas à l'indicateur idéal pour prédire la demande future. En outre, la tendance générale qui tend à une augmentation de séjours en hôpital de jour et à des DMS de plus en plus courtes, invalide les lits comme mesure de la capacité.

Une autre approche serait donc de disposer d'un système de planification basé sur le volume de services et l'activité. L'optique de ce type d'approche est de contrôler la surcapacité, en évitant les doublons et en agissant sur les dépenses, tout en améliorant la performance des fournisseurs de soins et la qualité des services⁶⁰.

L'Allemagne s'est orientée dans cette voie, même si d'autres problèmes ne permettent pas d'apporter une réponse complète⁶¹. Comme nous l'avons vu précédemment, l'Allemagne est un des pays qui a traditionnellement toujours compté, en proportion de ses habitants, un nombre important d'hôpitaux et de lits hospitaliers. Depuis la réforme de 2003 à 2009, la plus grande partie des coûts de fonctionnement dans les hôpitaux allemands est désormais payée à travers un paiement par cas sur la base des DRG. Le système des DRG allemands s'applique à tous les hôpitaux (publics ou privés) et pour tous les types de services, à l'exception des soins psychiatriques. En abandonnant le système de budgets hospitaliers calculés sur des charges à la journée, la motivation politique derrière ce changement vers les DRG était d'encourager une allocation des ressources plus uniforme et plus équitable, en récompensant les hôpitaux capables de délivrer des services de manière plus efficiente. Cependant, bien que l'Allemagne dispose des institutions et des informations pour organiser une plus grande régulation des volumes, cela n'est pas le cas en pratique, principalement parce que l'Allemagne a un moindre contrôle des budgets hospitaliers que dans les autres pays de l'OCDE et parce que les gouvernements des Ländern n'ont pas d'incitants à rationaliser la capacité hospitalière là où c'est nécessaire.

La France a quant à elle développé un système pour suivre et réguler de manière dynamique les prix et les volumes hospitaliers ensemble : la tarification à l'activité (T2A). La philosophie derrière cette approche n'était a priori pas de réaliser des économies ou de réduire les services, mais plutôt de rendre le système plus efficient dans un environnement où il peut être raisonnablement attendu que de la réorganisation, l'amélioration des processus et la simplification des séjours patients peuvent fournir des gains de productivité⁶². Globalement, depuis l'introduction de ce nouveau mode de financement en 2005, des effets positifs sur la productivité ont été constatés : le nombre de lits d'hospitalisation complète a diminué à la fois dans le public et le privé. Les disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont été les plus impactées par cette diminution des capacités, avec 10 000 lits et places en moins sur 8 ans, soit -4,1 % de la capacité totale du pays en hospitalisation complète⁶³.

b. La liberté des institutions de santé dans l'organisation, la dotation et la gestion des lits d'hospitalisation

Hypothèse : *En-dehors des activités spécifiques (généralement non financées par l'activité), les institutions de santé doivent avoir une plus grande liberté par rapport à l'organisation, la dotation et la gestion de leurs lits d'hospitalisation. Dans cette perspective, une évaluation de la qualité de la prise en charge doit être mise en place.*

Laisser une plus grande liberté aux institutions de santé dans l'organisation, la dotation et la gestion des lits d'hospitalisation n'est pas toujours sans conséquence. A titre d'exemple, comme nous l'avons vu précédemment, les Pays-Bas ont connu une forte augmentation du nombre de lits hospitaliers aigus par 1 000 habitants à partir de 2008, au moment de la suppression de la planification centrale pour l'ensemble des hôpitaux. Le nombre de lits a dès lors fortement augmenté, mais tout en restant en-dessous de la moyenne de l'Union européenne. En parallèle, le nombre de sites hospitaliers est resté stable et le nombre d'hôpitaux de jour a augmenté de manière substantielle (de 61 à 112 entre 2008 et 2013)⁶⁴.

De manière générale, la caractérisation des missions de soins des institutions hospitalières (en ce compris leur capacité en lits) reste majoritairement une prérogative des autorités publiques, car elle dépend en grande partie d'objectifs sociétaux, même si le niveau auquel elle s'exerce varie d'un pays à l'autre.

En Belgique, « pour stimuler et piloter les réformes nécessaires, les autorités de santé disposent de divers instruments tels que l'adaptation du financement des hôpitaux, l'introduction ou la révision des critères de programmation et d'agrément des hôpitaux, départements, programmes de soins, etc. Suite à la sixième réforme de l'État, certaines compétences ont été transférées au 1er juillet 2014 du gouvernement fédéral aux entités fédérées ; ce sont donc désormais ces dernières qui fixent les conditions d'agrément des hôpitaux, départements, fonctions, services, programmes de soins, etc. Les autorités



fédérales conservent toutefois dans ce domaine deux compétences majeures qui peuvent servir de leviers à la réforme du paysage des soins : l'établissement des critères de programmation et celui des règles de financement »⁶⁵.

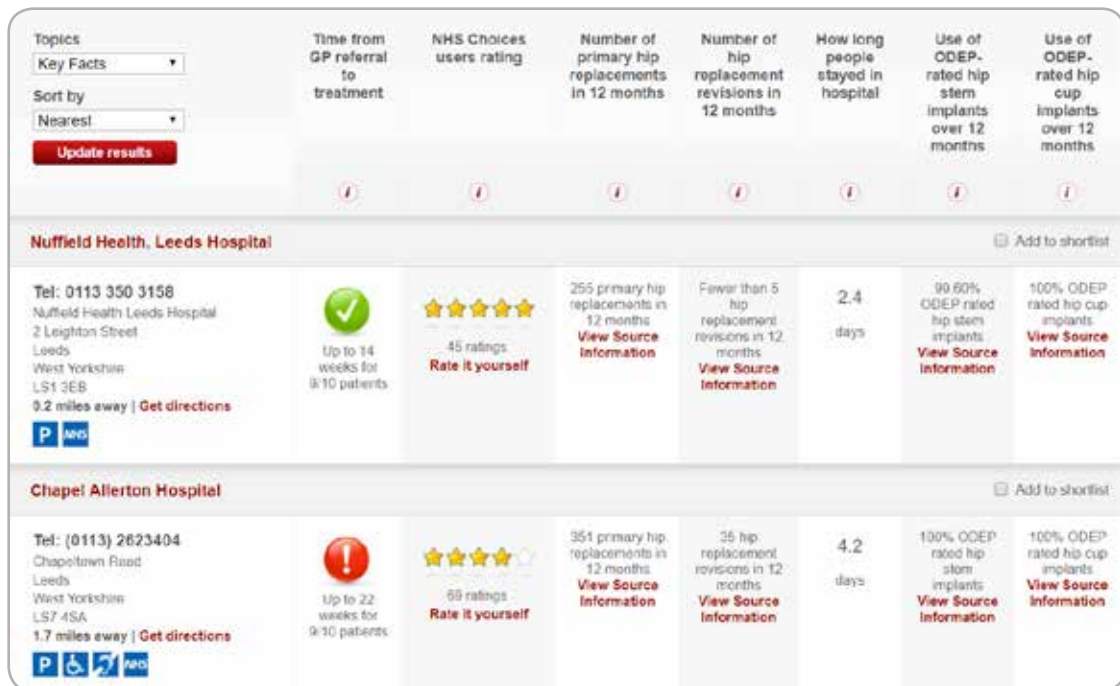
Au Danemark, chaque région peut déterminer la taille, le contenu et les coûts d'activités hospitalières, leur permettant de spécifier l'offre des traitements et la capacité en équipement technique. Néanmoins, cette autonomie de planification est limitée par la nécessité de répondre à plusieurs critères : (1) la liberté de choix du patient de pouvoir bénéficier d'un traitement dans d'autres régions du pays ; (2) une garantie en termes de liste d'attente, qui peut forcer une priorisation d'interventions ou de traitements spécifiques ; et (3) des initiatives diverses imposées par une législation ou des accords nationaux⁶⁶.

Cependant, quel que soit le niveau d'intervention des autorités publiques, le paysage des soins et la répartition des missions de soins ne seront jamais optimaux et constitueront toujours un compromis entre la qualité, l'efficacité et l'accessibilité. L'idée de laisser une plus grande liberté d'organisation aux hôpitaux nécessite également de disposer d'une capacité accrue à vérifier les résultats des services offerts. Ce type d'approche se fait déjà dans certains pays.

La Fédération Hospitalière Allemande (DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft⁶⁷) est l'organe représentatif de tous les hôpitaux allemands, quel que soit leur courant philosophique et leur pouvoir organisateur. Cette instance supervise notamment le Répertoire Hospitalier Allemand (DKV – Deutsches Krankenhaus Verzeichnis⁶⁸) qui est le répertoire officiel des services offerts par les hôpitaux allemands. A travers ce système, les hôpitaux fournissent un niveau unique de transparence quant aux aspects de qualité. Chaque hôpital soumet ses données sur plus de 400 indicateurs de structure, de processus et de qualité de résultat à un institut externe. Le manque de performance en termes de qualité est détecté et les hôpitaux sont tenus de montrer des mesures pour s'améliorer. Finalement, un « rapport de qualité structuré » est créé et doit être publié par l'hôpital, fournissant aux patients tous les éléments nécessaires pour un choix bien informé.

Au Royaume-Uni, le NHS évalue la qualité des soins à travers la perspective des patients et calcule les gains de santé après traitement chirurgical en utilisant des enquêtes pré- et post-opératoires, les PROMs (Patient Reported Outcome Measures). Développées pour quatre procédures chirurgicales (prothèse de hanche, prothèse de genou, hernie inguinale et varices), cela permet au patient d'obtenir sur le site du NHS, pour la zone géographique de son choix, toute une série d'informations qualitatives (dont la durée de séjour) en lien avec la procédure choisie.

Figure 28 : Extrait des résultats de PROMs pour les hôpitaux de Leeds (UK) – Prothèse de hanche⁶⁹



En ce qui concerne la Belgique, « dans le cadre de la refonte des indicateurs de qualité et de sécurité dans les hôpitaux, de nouvelles modalités de financement seront définies pour les hôpitaux. [...] Pour les hôpitaux non psychiatriques à l'exclusion des hôpitaux qui disposent de lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K, un nouveau système de 'Pay for Quality' (P4Q) sera mis en oeuvre au 1er juillet 2018 avec octroi à cette date d'un budget annuel. »⁷⁰

c. Les incitants et les pénalisations financières

Hypothèse : Renforcer les mécanismes actuels d'incitants/pénalisations financières (ex. : dans le cas des réadmissions) peut induire une meilleure gestion des séjours hospitaliers.

Pour la Belgique, nous avons déjà évoqué le fait que l'introduction du concept des lits justifiés dans le calcul de financement des hôpitaux⁷¹ a induit une réduction de la durée de séjour et une diminution partielle de la capacité globale en lits. Cet effet est dû au principe même de comparaison des durées de séjour de chaque hôpital à la moyenne nationale, ce qui incite les hôpitaux à tenter de toujours mieux se positionner par rapport aux autres institutions.

Au-delà de ce concept général, d'autres types de pénalisation sont également d'application :

- Les séjours « inappropriés » : certains séjours liés à une intervention chirurgicale^{72, 73} sont financièrement pénalisés s'ils sont réalisés sous la forme d'une hospitalisation classique au lieu d'une hospitalisation de jour. Les journées supplémentaires qu'entraîne l'hospitalisation classique ne sont en effet pas financées car déduites des journées justifiées (pour le calcul de la sous-partie B2) et ajoutées au nombre d'hospitalisations de jour chirurgicales
- Les pénalisations pour réadmission injustifiée : un des risques liés à la réduction de la durée de séjour est que le système de financement « récompense » les hôpitaux lorsqu'un patient est réadmis, même peu de temps après sa sortie, et ce même quand c'est pour une pathologie identique⁷⁴. En Belgique, la réadmission au sein du même hôpital dans un délai de 10 jours est donc sanctionnée par une diminution (-18 % à l'origine, -33 % depuis 2015) des forfaits à l'admission pour l'imagerie médicale et la biologie clinique, et du forfait pour les médicaments. Il est à noter que cette mesure inclut les réadmissions inévitables ou parfaitement justifiées et les réadmissions n'ayant aucun lien avec l'hospitalisation précédente.



A ces éléments existants, vient également se greffer un des volets du 'Plan d'approche' pour une réforme du secteur hospitalier de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique qui prévoit une modification en profondeur du financement des hôpitaux⁷⁵. En particulier, le plan prévoit un clustering des séjours hospitaliers en trois groupes, dont le « cluster de soins à basse variabilité » regroupe les séjours hospitaliers nécessitant des soins standardisables, qui varient peu d'un patient à l'autre.

Même si ce volet de la réforme est davantage orienté sur la consommation des coûts (l'idée étant de financer, à partir du 1er septembre 2018, les admissions par un montant unique à facturer qui couvrira tous les honoraires indépendamment des prestations réellement réalisées et, à terme, de remplacer le système des montants de référence), il risque d'avoir un impact sur la durée de séjour puisque c'est une des variables analysées.

En France, un programme national de développement de la chirurgie ambulatoire a été défini pour les années 2015-2020, l'objectif à atteindre étant un taux de 66,2 % en 2020. Lors de son congrès annuel de 2015, l'association française de chirurgie⁷⁶ estimait que ce nouvel objectif serait « difficilement atteignable en l'absence de mesures fortes d'accompagnement, au niveau des pouvoirs publics et/ou des établissements de santé » et qu'un « alignement sur les standards internationaux équivaldrait à la fermeture de quelque 98 000 lits sur les 414 000 existants ».

Les orientations stratégiques nationales de ce programme, qui cible des économies de fonctionnement à environ 600 millions d'euros, sont larges et visent notamment à améliorer l'organisation des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire, à encourager l'innovation, à renforcer la coordination des acteurs dans une logique de parcours, etc.

Dans ce cadre, l'aspect financier est également abordé au travers de l'annexe n°8 de la directive qui traite de la 'Politique d'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre des campagnes tarifaires des établissements de santé' : « La principale mesure de cette politique tarifaire incitative a consisté en la mise en place, à partir de 2009, d'un 'tarif unique', c'est-à-dire identique entre le séjour en ambulatoire et le premier niveau de sévérité en hospitalisation complète, pour des racines de GHM de chirurgie pour lesquels on observait un contenu médical similaire entre ces niveaux et une prise en charge réalisable en ambulatoire »⁷⁷. En vue de constituer « un levier efficace d'incitation au développement des prises en charges de 0 jour et un 'signal-prix' fort et lisible pour les acteurs », cette politique de tarif unique a été progressivement étendue, de 18 GHM en 2009 jusqu'à une la généralisation à tous les GHM de chirurgie ambulatoire en 2014.

En Suisse, les cantons ont décidé à l'unanimité, au mois de mai 2017, de privilégier le principe « l'ambulatoire avant l'hospitalier », à la fois pour éviter des séjours inutiles et réaliser des économies. Depuis le 1er janvier 2018, une série d'interventions ne peuvent plus s'effectuer qu'en mode ambulatoire dans plusieurs cantons⁷⁸:

« Afin d'avoir une politique cohérente au niveau national, le canton du Valais a retenu la même liste de prestations que celle adoptée par les cantons de Lucerne et Zurich. Celle-ci a été établie en collaboration avec des experts médicaux. Elle contient une quinzaine de prestations dont les opérations de la cataracte, de la hernie inguinale, du canal carpien, des varices, mais aussi l'arthroscopie du genou ou l'angioplastie. [...] La liste des interventions à réaliser en ambulatoire ainsi que les autres informations utiles [sont] publiées à l'adresse www.vs.ch/sante. La liste sera valable dès le 1er janvier 2018 et mise à jour régulièrement. »

d. Les alternatives à l'hospitalisation

Hypothèse : *Favoriser financièrement le développement des alternatives à l'hospitalisation (structure d'aval, MRS, HâD, etc.) est un élément indispensable pour diminuer les séjours hospitaliers.*

Au-delà de la problématique de la bonne gestion du patient et de son parcours à l'hôpital qui sera plus longuement abordée dans le chapitre suivant, les alternatives (même partielles, pour une partie du séjour) à l'hospitalisation constituent un réel enjeu de pertinence des soins et de gestion efficiente des lits et des séjours.

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS), fait de cette dernière notion et de la fluidification des parcours patients un enjeu majeur. Elle définit la pertinence des soins comme « la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient »⁷⁹. L'objectif est donc de parvenir à faire sortir les patients dits « hébergés », médicalement sortants, mais pour lesquels aucune solution d'aval n'est envisageable. Différents programmes et dispositifs ont été mis en œuvre, afin de promouvoir une prise en charge des patients à domicile, et ainsi favoriser une meilleure gestion des lits.

Initiés par l'Assurance Maladie en 2010, les Programmes d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) après hospitalisation, structurent le parcours hôpital-ville. A ce jour, il existe quatre types de programmes - PRADO BPCO, PRADO chirurgie, PRADO insuffisance cardiaque et PRADO maternité. Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, « ils contribuent ainsi notamment à la réduction de la durée moyenne de séjour en établissement, à une meilleure orientation des patients après hospitalisation, à la réduction des réhospitalisations en améliorant la qualité de la prise en charge en ville par une meilleure coordination des professionnels de santé pour la prise en charge des pathologies chroniques »⁸⁰.

Suite aux déploiements successifs des quatre programmes, la croissance des adhésions aux PRADO a été très importante.

Le dispositif d'hospitalisation à domicile (HâD) fait quant à lui l'objet d'une attention particulière, en particulier en Belgique, même s'il n'en est qu'à ses premiers balbutiements. En 2017, une initiative pilote⁸¹ sur l'HâD est lancée avec deux thématiques alternatives : antibiothérapie par voie intraveineuse et autres types de soins dispensés à domicile – type traitements oncologiques – sur la base de modalités d'organisations innovantes. Après évaluation des propositions par un groupe d'experts, seuls 12 projets pilotes sont retenus, mais l'objectif est d'envisager le déploiement plus large de l'HâD en Belgique à l'issue de l'expérimentation.

L'HâD est à la fois une alternative à l'hospitalisation, au sens où il s'agit d'une structure au sein de laquelle on prodigue au patient des soins qui normalement doivent être délivrés à l'hôpital, mais elle est aussi un dispositif d'aval.

Sa finalité est double : éviter ou raccourcir une hospitalisation en établissement. L'HâD est donc soit une solution substitutive à l'hospitalisation classique, donc très orientée sur les soins aigus et continus (notamment en France et en Australie), soit une solution complémentaire, donc axée sur la prise en charge de pathologies chroniques et de faible sévérité (dans les pays anglo-saxons notamment). La tendance est toutefois à la convergence des deux modèles : soit par une intensification technique progressive des soins à domicile afin de réduire les capacités hospitalières (Canada), soit par un élargissement du champ de l'HâD aux soins chroniques et de réadaptation (France, Australie).

Les pays qui ont le plus développé ce dispositif sont ceux qui ont déployé un véritable mécanisme de financement de l'HâD : ainsi, la France finance l'HâD à l'activité, tandis que l'Espagne adopte quant à elle un financement sur le budget global des hôpitaux (établi selon plusieurs critères historiques et démographiques). A l'inverse, l'absence de financement dédié à l'HâD impacte négativement son développement. L'exemple des Etats-Unis est assez flagrant de ce point de vue, puisqu'il s'agit du pays pionnier en la matière, où l'HâD n'a pourtant été déployée que dans quelques établissements à titre expérimental, se heurtant à des difficultés de financement, liés notamment à la complexité du système de santé américain⁸².

Moins orientés sur le soin, le dispositif d'habitat inclusif et le concept d'hôtel hospitalier, tendent également à se développer. En Suisse, un hôtel situé à proximité immédiate du CHU de Vaud à Lausanne, a réservé l'utilisation de 70 % des chambres pour l'hôpital⁸³. Les autres chambres sont disponibles pour tout autre type de clientèle. Le centre de soins de l'hôtel assure un service infirmier 24h sur 24, et les patients sont dotés d'un bracelet d'alarme en cas de besoin. L'hôpital estime que 50 à 60 lits (5 %-6 %) devraient être libérés dans son bâtiment principal grâce à cette initiative.

En France, le développement des habitats inclusifs fait aujourd'hui l'objet de mesures sociales de lutte contre l'isolement des personnes en situation de fragilité, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées. « A ce jour, les ARS interviennent de façon plus ponctuelle et rare même si les orientations nationales récentes vont dans le sens d'une plus forte implication des agences dans le développement de ces formules d'habitat »⁸⁴. Les objectifs actuels de virage ambulatoire, de réduction des capacités d'hospitalisation conventionnelle et de fluidification des parcours, incitent les établissements de santé à porter eux-mêmes ces formules d'habitats accompagnés.

e. L'effet des réseaux hospitaliers sur la concentration des infrastructures

Hypothèse : *La mise en place des réseaux hospitaliers favorise la concentration des infrastructures (et éventuellement la fusion de certaines institutions), avec une diminution attendue des lits disponibles.*

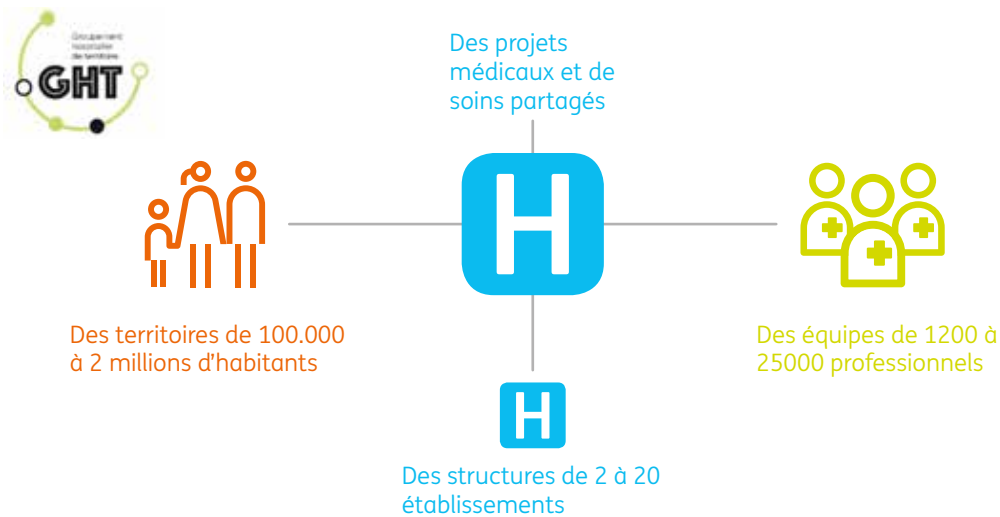
En Belgique, la constitution de réseaux entre hôpitaux est un des éléments de la réforme des soins de santé présentée par la ministre De Block dans sa note de politique générale de 2014⁸⁵. En 2017, une note conceptuelle prévoit à terme la création de 25 réseaux hospitaliers locorégionaux desservant idéalement 500 000 patients. Au-delà de la décision politique de distinguer des missions de soins réalisées soit au niveau locorégional, soit au niveau suprarégional, certaines orientations sont encore en débat :

- Chaque réseau pourrait assurer des missions de soins générales (dispensées dans n'importe quel hôpital du réseau) et spécialisées (limitées à certains établissements à l'intérieur du réseau)
- Une distinction pourrait être faite entre des missions « de référence » (qui peuvent être réalisées par des hôpitaux universitaires ou non universitaires) et des missions « universitaires » (réservées à un certain nombre d'hôpitaux universitaires).

L'effet de la création de ces réseaux sur une diminution des lits hospitaliers reste difficile à évaluer, d'autant que, au moment de la rédaction finale de ce rapport, les réseaux ne sont pas encore officialisés. Ils pourraient toutefois l'être rapidement selon les évolutions de ce dossier au niveau fédéral comme au niveau des entités fédérées^{86, 87, 88}, suite aux discussions en conférence interministérielle.

En France, la réforme visant une organisation régionale de la santé est plus ancienne et la loi 'Hôpital, Patients, Santé et Territoires' (HPST) en 2009, suivie de la loi de modernisation du système de santé en 2016, ont notamment imposé de regrouper les hôpitaux publics dans des communautés hospitalières de territoire (CHT) puis dans des groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour diminuer l'offre du nombre d'institutions hospitalières et pour augmenter les services partagés. Au final, 135 GHT ont été constitués⁸⁹: ils sont très variables en ce qui concerne les établissements parties (de 2 à 20), les territoires desservis (de 100 000 habitants à 2,5 millions d'habitants), la masse budgétaire (de moins de 100 millions d'euros à plus de 2 milliards), tout cela dépendant des besoins locaux et des coopérations préexistantes. Il est à noter que la corrélation entre le nombre de lits du GHT et la population couverte n'est pas rigoureusement exacte.

Figure 29 : Regroupement des établissements en GHT à fin 2017



Pour sa part, le Royaume-Uni voit poindre l'émergence du concept des 'Accountable Care Organizations' (ACO)^{90,91}. Il s'agit d'un modèle d'organisation des soins de santé où un prestataire (ou plusieurs prestataires) de soins prend la responsabilité de fournir des soins de santé à une population entière, de façon coordonnée dans la perspective de limiter les dépenses inutiles, notamment en évitant une utilisation non indispensable de l'hôpital. Au sein même de l'hôpital, le but est d'éviter les admissions en fournissant des soins, de la façon la plus appropriée possible, dans d'autres structures communautaires. Dans son agenda 'England's Five Year Forward View' de 2014, le NHS porte une attention particulière à une plus grande intégration des fournisseurs de soins de santé dans le but d'offrir un service conjoint aux patients. Le gouvernement actuel voit les ACO comme étant une manière d'y arriver car les ACO sont financièrement motivées à transférer le plus rapidement possible les patients vers des niveaux de soins plus faibles / alternatifs pour optimiser toutes les ressources que le paiement fixe qu'elles reçoivent peut couvrir. En juillet 2017, le NHS a annoncé que huit zones de santé deviendraient des Accountable Care Systems (précurseurs des ACO).



2. Les enjeux et les initiatives au niveau méso

Dans notre approche, les initiatives « méso » sont celles qui relèvent du niveau managérial des institutions, lequel se retrouve peut-être dans la position la plus difficile, qui consiste à harmoniser les décisions de régulation du système et les exigences opérationnelles des professionnels de la santé et des patients. Dans ce contexte, l'évolution récente va vers une mise en place de plus en plus importante de recommandations, de bonnes pratiques organisationnelles et de retours d'expérience pour manager, piloter, planifier, programmer, et réguler.

A titre d'exemple, en France, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a élaboré une fiche relative à la « gestion des lits », qui vise à améliorer l'organisation du parcours clinique des patients, l'adaptation du mode de prise en charge à leurs besoins et la gestion des lits et places en permettant à la fois⁹² :

- « De fluidifier le parcours patient : structuration d'une gestion centralisée et prévisionnelle, bonne orientation des patients et mise en place de règles d'hébergement, organisation de filières de prise en charge
- De maîtriser les durées de séjour : analyse de la pertinence des journées d'hospitalisation, identification de cibles de progression, structuration du processus de sortie
- D'avoir un juste dimensionnement des modes de prise en charge et des capacités d'hospitalisation : adapter les modes d'hospitalisation aux types de prise en charge des patients, adapter les capacités aux évolutions des prises en charge et de l'activité, mutualiser et redimensionner les unités de soins »

En parallèle, les soins de santé passent progressivement d'une vue centrée sur le prestataire à une vue centrée sur le patient. Sans remettre en cause le modèle précédent en termes de qualité des soins, une meilleure compréhension des attentes des patients (et de leurs familles) devrait faciliter leur orientation dans le système de soins⁹³ :

« La compétence de l'équipe soignante et son expérience ne sont, à l'heure actuelle, que l'attente de base pour une personne qui vient à l'hôpital. Les patients attendent également d'être traités d'une façon très individuelle, par des prestataires qui sont foncièrement intéressés par leur bien-être. Cependant, même avec ce phénomène de « customisation de masse », il existe toujours une nécessité de traduire les étapes critiques du système dans des processus et d'utiliser ceux-ci selon un déroulement standardisé ».

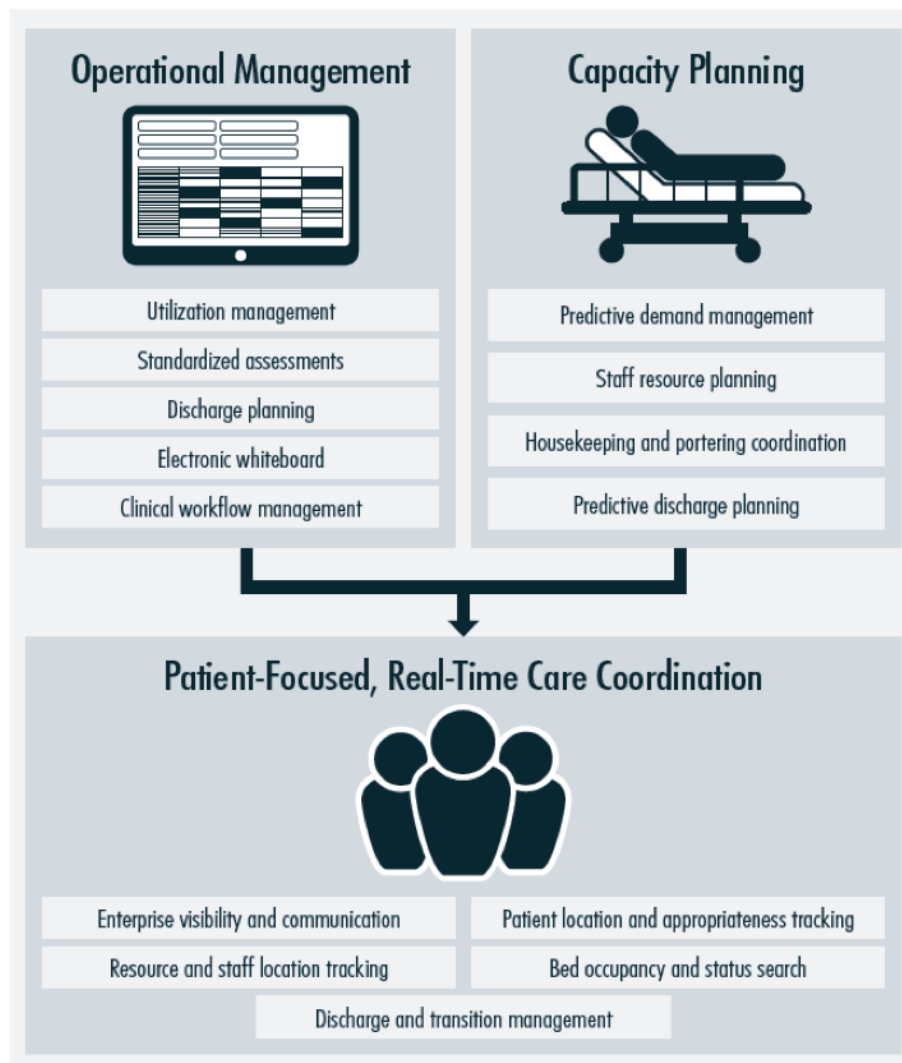
Sur ce deuxième niveau d'analyse, nous abordons les enjeux et les initiatives qui concernent la coordination du séjour du patient au sein puis en aval de l'hôpital, les unités et les chambres d'hospitalisation, ainsi que le rôle du médecin.

a. Les mécanismes, les procédures et la gestion centralisée de l'admission du patient

Hypothèse : *Une gestion efficiente des séjours hospitaliers requiert des mécanismes et des procédures bien formalisés et structurés, ainsi qu'une unité de gestion centrale consacrée à l'admission du patient.*

Gérer le séjour du patient, depuis son admission jusqu'à sa sortie consiste souvent à vouloir apporter de l'ordre et de l'efficacité dans un environnement parfois proche du chaos et où les décisions à prendre au sujet du séjour du patient sont souvent subjectives et impliquent de nombreux intervenants avec des opinions multiples.

Figure 30 : Outils, ressources et éléments de coordination du séjour du patient



Au début des années 2000, la gestion des lits était principalement assurée par les infirmières-chefs et très peu disposaient des outils nécessaires pour gérer les lits ou étaient responsables pour plus qu'une petite partie du séjour du patient. Le facteur-clé de succès de leur rôle était le développement de relations efficaces avec un ensemble d'intervenants travaillant à différentes étapes du séjour du patient⁹⁵.

Depuis lors, « de nombreuses améliorations (logistiques et cliniques) ont été testées, avec un degré de succès variable mais, inévitablement, les patients attendent toujours et les coûts hospitaliers continuent d'augmenter. L'utilisation de critères cliniques standardisés et 'evidence-based' pour l'évaluation du patient, pour la prise de décision du flux de patient et pour la gestion proactive de sa sortie, offre une solution innovante et efficace pour améliorer l'expérience du patient tout en réduisant les temps d'attente et la durée de séjour » .

La gestion centralisée des lits, par des « bed managers », est une organisation particulièrement développée au Royaume-Uni et dont l'origine remonte à plus de 25 ans. En 1992, la conceptualisation de la gestion des lits avait été dessinée au départ des travaux de la Commission d'Audit, laquelle décrivait le séjour du patient en un processus à quatre étapes avec une gestion des lits impliquée à chacune d'entre elles.

Figure 31 : Le processus de gestion des lits (Audit commission, 1992)



A l'origine, l'objectif de son développement était de gérer des listes d'attente pour l'accès à l'hospitalisation programmée mais, par la suite, il a évolué :

« Il existe une prise de conscience que la gestion efficace des flux de patients hospitalisés au sein des hôpitaux aigus est fondamentale pour assurer des soins de qualité aux patients et pour réaliser les cibles pertinentes du Plan NHS. Par conséquent, il y a eu un regain d'intérêt pour la gestion des lits, avec des efforts pour augmenter la compréhension et le support à travers les ensembles aigus, et pour insister sur la nécessité d'une formation et une attention renforcée pour le rôle de gestionnaire des lits. [...] Le 'Bed Managers' Development Programme' a été mis en place en 2002, financé par le Greater Manchester Strategic Health Authority avec l'appui de la NHS Modernisation Agency »⁹⁸.

Aujourd'hui, la problématique reste d'actualité dans les hôpitaux du NHS, en témoigne l'exemple de l'hôpital de district de Salisbury qui dispose de sa propre politique décrivant les principes et les processus exigés pour une gestion de la capacité en lits efficace et qui insiste notamment sur la nécessité de créer un poste de « Responsable de flux des patients », sur les rôles et les responsabilités des différents intervenants sur le fait de ne plus préserver de lits par spécialité en cas de pics d'affluence, et de transférer systématiquement tous les patients de l'unité de soins au salon de sortie (discharge lounge) à 11h tous les jours, sauf contre-indication clinique⁹⁹.

En France, il y a à peine quelques années, moins de 10 % des hôpitaux disposaient d'un outil de gestion des lits. En octobre 2013, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a lancé un programme national pour l'amélioration de la gestion des lits à destination des établissements de santé MCO¹⁰⁰. Ce programme visait à accompagner les établissements afin d'améliorer la gestion de leurs lits, sur base d'enjeux multiples :

- Améliorer le service rendu au patient grâce à une fluidification des parcours et à une hospitalisation « au bon endroit » et pour « une juste durée »
- Améliorer les conditions d'exercice des professionnels, grâce à une meilleure régulation des besoins en personnels, à une simplification des tâches d'allocation des lits et à un lissage des mouvements des patients et des charges en soins
- Améliorer l'efficacité des établissements, grâce à une adéquation des capacités en lits à l'activité, à une gestion des variations d'activité et à une allocation des ressources soignantes aux activités

A la suite de ce projet, un bilan quantitatif et qualitatif a été présenté, dont les faits saillants sont présentés dans la figure suivante :

Figure 32 : Bilan et perspectives du Programme National Gestion des Lits



b. Le développement d'unités d'hospitalisation polyvalentes

Hypothèse : *Le développement d'unités d'hospitalisation polyvalentes, moins dédiées aux services, favorise une meilleure occupation des lits.*

Les récentes évolutions démographiques, et particulièrement le vieillissement de la population et l'accroissement des maladies chroniques ont, de fait, entraîné des changements dans les pratiques et les activités hospitalières.

Les patients sont aujourd'hui hospitalisés pour deux raisons principales : la chronicité et la polypathologie. Or, un raisonnement en termes de pertinence des soins mène à la conclusion que ces patients ne devraient en toute logique pas être hospitalisés dans des lits de médecine de spécialité, puisque « correspondent à la médecine polyvalente les patients dont la pathologie ne relève pas d'une spécialité ou ne nécessite pas l'intervention d'un spécialiste »¹⁰¹. L'augmentation de la part des seniors pris en charge laisse également à penser que les filières gériatriques – pas nécessairement aiguës – doivent être développées et pérennisées, non seulement au sein de l'hôpital mais aussi sur le territoire afin de permettre une fluidification des parcours et donc une meilleure gestion des lits. Dans de nombreux cas, les unités de médecine polyvalente déployées sont d'ailleurs « à orientation gériatrique ».

Au Royaume-Uni par exemple, « les personnes de plus de 85 ans représentent 25 % des lits, soit une augmentation de 22 % au cours des dix dernières années »¹⁰². Dans la plupart des pays européens, l'évolution du nombre de lits de soins aigus coïncide avec ces statistiques, et marque une forte diminution ces dernières années. Au Danemark, la part de ces lits représente actuellement la moitié seulement de la moyenne de l'ensemble des pays de l'Union européenne (2,5 au Danemark vs. 5,1 pour 1 000 habitants)¹⁰³.

Plus encore, les deux pays ont aménagé sur leur territoire des établissements dédiés aux soins aigus et spécialisés, de façon à améliorer la qualité et à regrouper dans une seule et même structure des lits de spécialité¹⁰⁴. Le dispositif danois de 'joint acute wards' complète la réorganisation des lits en proposant une prise en charge, dans un seul et même service, des patients relevant de différentes spécialités. Cette organisation fonde son fonctionnement sur un principe de mobilité de la ressource médicale, au bénéfice du patient.

C'est dans cette tendance que des centres hospitaliers français s'inscrivent et mettent en œuvre des unités de médecine polyvalente, en faisant intervenir dans ce service des équipes mobiles de médecins spécialistes en fonction des besoins des patients. La création d'un tel service permet à la fois une meilleure gestion des flux entre les urgences et les services d'hospitalisation, et la poursuite de l'ambulatorisation de l'activité des spécialités. Simultanément, ces deux phénomènes – création d'un service de médecine polyvalente et virage ambulatoire – contribuent à la réduction des lits d'hospitalisation complète, et plus précisément des lits de médecine de spécialité.

En outre, les unités de médecine polyvalente contribuent à une réduction de la DMS, d'une part en raison de leur lien étroit avec les services d'urgences, et donc de la fluidification des admissions. D'autre part, ils offrent un accès maîtrisé aux spécialités par le biais d'équipes mobiles¹⁰⁵. L'expertise gériatrique notamment, est essentielle au regard de l'âge moyen des patients souvent très élevé.

L'orientation quasi directe, à la suite de la prise en charge aux urgences, dans un service de médecine polyvalente, couplée à l'intervention des spécialistes auprès de patients qui pourtant ne relèvent pas d'une hospitalisation dans un service aigu, répond mieux aux besoins de la patientèle. En effet, si la meilleure solution reste d'éviter le passage aux urgences des sujets âgés¹⁰⁶, la possibilité pour eux de bénéficier d'une unité polyvalente facilite malgré tout leur admission et réduit leur temps d'attente. En outre, cette unité dispense les patients de se déplacer de service en service comme cela peut être le cas, sans pour autant les priver des consultations de spécialistes que peut impliquer leur polypathologie. Une complexité subsiste en revanche pour les médecins spécialistes qui devront se rendre dans un service qui n'est pas le leur, pour des patients qui ne relèvent pas de leur spécialité du point de vue de la criticité des soins, mais qui ont besoin d'une consultation dans le cadre de leur polypathologie potentiellement chronique.

c. Le renforcement du médecin 'hospitaliste'

Hypothèse : *Le renforcement du médecin 'hospitaliste' comme responsable des patients chirurgicaux hospitalisés améliore la qualité et l'efficacité de leur prise en charge.*

Le terme « hospitaliste » a été publié pour la première fois en 1996 dans le *New England Journal of Medicine* par les Drs. R. Wachter et L. Goldman^{107,108}. Aux Etats-Unis, ce concept est apparu en raison des difficultés croissantes qu'avaient les médecins de soins primaires à fournir des soins efficaces et rapides, conjointement aux patients hospitalisés et aux patients de leur cabinet de consultation. Les hospitalistes ont dès lors constitué la spécialité qui a connu la plus forte croissance dans l'histoire américaine, passant de quelques centaines à 30 000 en seulement 15 ans, les hospitalistes étant dorénavant présents dans près de 70 % des hôpitaux aux Etats-Unis, principalement avec des objectifs de réduction de la durée de séjour et des coûts¹⁰⁹.

En Belgique, un problème concret auquel doivent faire face les médecins hospitalistes est la multiplicité des tâches qui leur sont simultanément confiées au cours d'une même journée de travail (gardes, tour en salle, interventions au bloc opératoire, consultations, etc.). Cette multiplicité morcelle leur présence en unité d'hospitalisation et impacte négativement la gestion efficiente des séjours. Il est encore fréquent d'observer que certains patients (et leur entourage) changent d'interlocuteur médical chaque jour au cours du séjour, à cause de l'organisation même du travail d'équipe et des contraintes réglementaires (limitation du temps de travail hebdomadaire autorisé).

La formation structurée de médecins hospitalistes se heurte en Belgique à une certaine réticence de la part des autorités régulatrices, des facultés de médecine et des associations de médecins généralistes, dans la mesure où leur orientation et leur recrutement peuvent entrer en conflit avec l'objectif de développement de la première ligne extra hospitalière (en forte pénurie) : les jeunes médecins généralistes, en majorité de sexe féminin, pourraient être préférentiellement attirés par cette nouvelle forme de pratique intra hospitalière, bien encadrée, pratiquée en groupe avec des horaires stables et éventuellement compatible avec un exercice à temps partiel.

Force est de constater que, même s'il n'y a pas de formation spécifique de médecin hospitaliste, la demande existe bel et bien dans certains hôpitaux belges. A titre d'exemple, en 2016, le CHU Brugmann lançait un appel à candidature pour ce type de fonction médicale avec la demande suivante :

- Assurer la prise en charge médicale globale des patients hospitalisés et la continuité du suivi des patients
- Effectuer le tour de salle et collaborer de manière transversale avec l'équipe multidisciplinaire
- Solliciter et coordonner les avis des différents médecins spécialistes
- Rédiger des rapports médicaux complets et s'approprier les outils informatiques mis à disposition
- Participer au rôle de gardes de week-end dans le service et au rôle de gardes des urgences
- Participer aux séances de formation continue organisées dans le service

Au Royaume-Uni, le NHS est soumis à une forte pression pour satisfaire une demande de soins de santé toujours croissante, dont la raison principale est le vieillissement de la population, avec des individus qui vivent plus longtemps avec une ou plusieurs pathologies chroniques. En parallèle, la formation médicale est restée globalement inchangée avec une forte concentration sur les spécialités. Une exception notable a été l'émergence du champ de la médecine aiguë, laquelle a de nombreux parallèles avec le développement des hospitalistes aux Etats-Unis. Cependant, une différence-clé est que, aux Etats-Unis, l'hospitaliste remplit un rôle de médecin responsable pour les patients pendant toute la durée du séjour, en délivrant des soins aux patients qui requièrent son expertise quelle que soit leur localisation dans l'hôpital, en suivant fréquemment les patients jusque dans les unités de soins intensifs et en co-gérant les patients chirurgicaux. A l'inverse, le médecin anglais fournit des soins au cours des premières 48-72 heures – après quoi les patients qui sont toujours à l'hôpital sont pris en charge par un autre médecin – les objectifs étant principalement de réduire la durée de séjour et la mortalité¹¹⁰.

En 2013, Le Royal College of Physicians of London a présenté sa vision de l'hôpital du futur qui reprenait notamment une recommandation concernant la promotion et la valorisation de la médecine interne générale et aiguë : « Une plus grande proportion des médecins sont formés et déployés pour délivrer des soins spécifiques en médecine interne, en développant la connaissance et l'expertise nécessaires au diagnostic, pour gérer et coordonner les soins continus pour un nombre croissant de patients avec des situations multiples et complexes. »¹¹¹

Les Pays-Bas disposent également de médecins hospitalistes (parfois désignés sous la notion de 'house officer'), responsables de la coordination des soins médicaux aux patients hospitalisés. Ce rôle a traditionnellement été rempli par des médecins résidents (medical residents) puis repris par des assistants médicaux (physician assistants) qui sont des professionnels de la santé, diplômés pour pratiquer la médecine dans des domaines définis en collaboration avec des médecins tout en disposant d'un degré substantiel d'autonomie professionnelle. En 2013, près de 200 assistants médicaux étaient employés comme hospitalistes aux Pays-Bas. Dans ce schéma, le modèle appliqué pour couvrir les soins des unités d'hospitalisation 24h/24 est souvent un modèle mixte combinant des assistants médicaux (en journée pendant la semaine) et des médecins (en soirée, les nuits et les week-ends)¹¹².



d. Les chambres individuelles

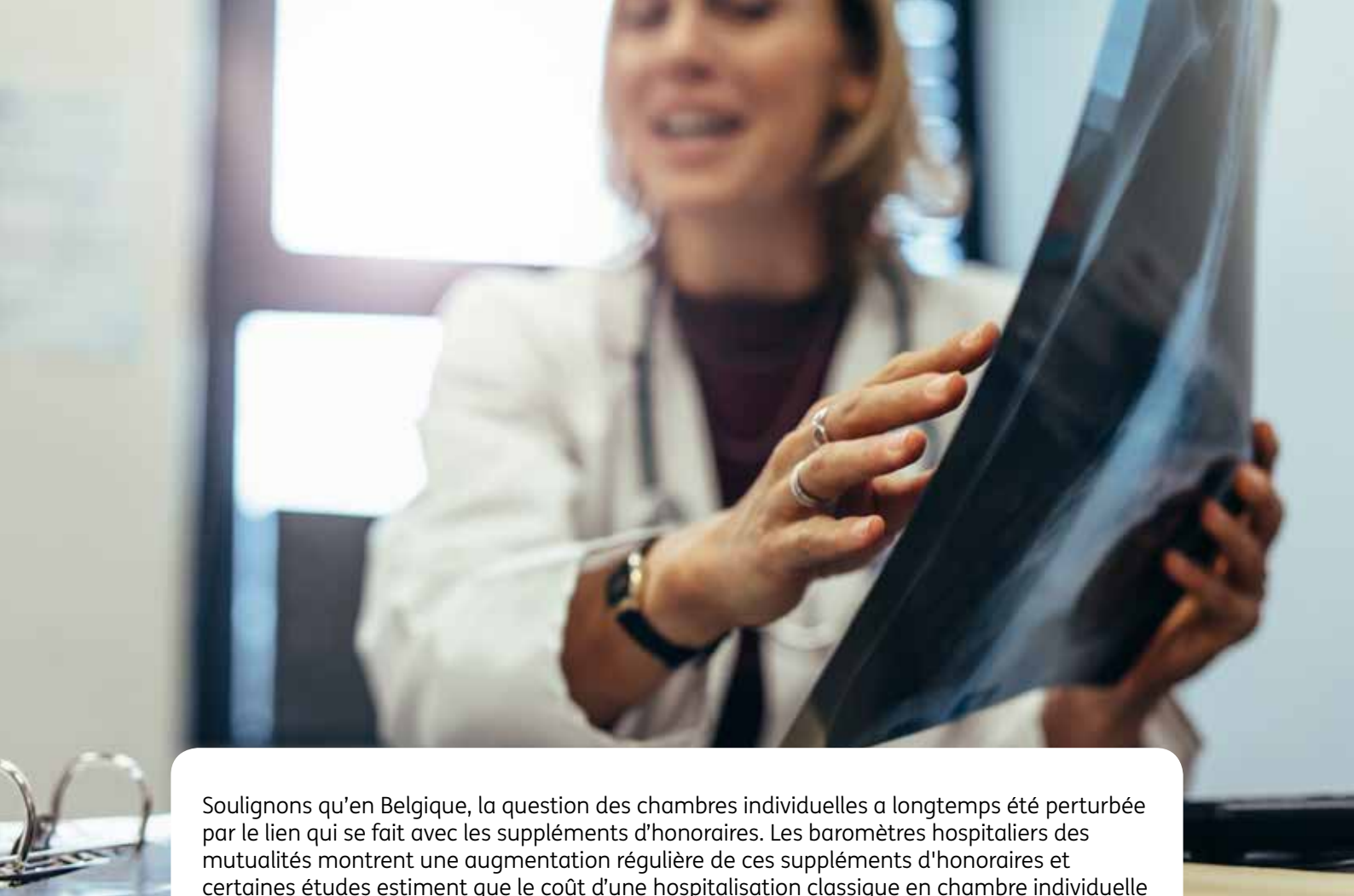
Hypothèse : *Les chambres individuelles favorisent la gestion des lits et des séjours hospitaliers.*

Dans certains pays, l'option de la chambre individuelle est devenue la norme pour l'hospitalisation. Le guide de conception et construction des hôpitaux de l'American Institute of Architects, publié en juillet 2006, établit la chambre individuelle comme norme pour les unités d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux¹¹³. Au Royaume-Uni, le NHS recommande depuis 2004 que 50 à 100 % des chambres soient des chambres seules dans les hôpitaux nouvellement construits¹¹⁴. Cette évolution architecturale est elle-même liée à différentes tendances médicales et technologiques : une durée de séjour de plus en plus courte, un état physique du patient plus lourd (les cas légers sont en ambulatoire) demandant davantage d'investissement de la part du personnel soignant, le développement des nouvelles technologies liées aux systèmes de communication et les valeurs qui prédominent dans la société actuelle.

Les avantages généralement mis en avant en faveur du concept de chambre individuelle sont les suivants¹¹⁵: diminution des infections (principalement nosocomiales) et des erreurs de médication, diminution du stress pour le patient, augmentation de l'intimité, de la dignité, du confort et de l'efficacité du personnel soignant, contact personnalisé entre le patient et le personnel soignant, efficacité élevée dans l'utilisation de l'espace.

Si certains de ces éléments ont un lien direct sur un éventuel allongement de la durée de séjour (infections nosocomiales, erreurs de médication), les effets indirects ne doivent pas non plus être négligés. Aux Etats-Unis, il a été établi que 15 à 20% de tous les transferts de patients vers une autre chambre sont dus à des incompatibilités relationnelles et des situations de stress entre des patients de chambres communes, et que chacun de ces transferts allonge la durée de séjour de 0,5 jour¹¹⁶.

De même, lors de l'allocation de lits dans un environnement avec des chambres communes, les gestionnaires trouvent souvent que certaines 'combinaisons' de patients sont peu judicieuses, voire impossibles, et souhaitent une flexibilité renforcée. Dans ce contexte, les chambres seules sont plus intéressantes, dès lors que leur adéquation à différents types de patients assure une utilisation efficace et efficiente des lits : « un plus grand pourcentage de chambres individuelles renforce la flexibilité et simplifie les défis et les tâches de plus en plus complexes liés à la gestion des lits hospitaliers, permet d'assurer l'équilibre entre la demande et la disponibilité en éliminant les incompatibilités entre les patients d'une même chambre, basées sur le genre ou la personnalité.¹¹⁷»



Soulignons qu'en Belgique, la question des chambres individuelles a longtemps été perturbée par le lien qui se fait avec les suppléments d'honoraires. Les baromètres hospitaliers des mutualités montrent une augmentation régulière de ces suppléments d'honoraires et certaines études estiment que le coût d'une hospitalisation classique en chambre individuelle est cinq fois plus cher qu'en chambre double ou commune. Sur ce point, il semble que le sujet devienne progressivement moins tabou. Il fait notamment l'objet d'avancées dans le cadre des dispositions de l'accord national médico-mutualiste 2018-2019 :

« La CNMM insiste sur le fait qu'un certain nombre de facteurs contribuant à une augmentation des suppléments d'honoraires doivent être mieux maîtrisés. [...] La CNMM propose à la ministre des Affaires sociales de mandater le SPF Santé publique et l'INAMI pour entamer une concertation où seront associés proportionnellement tous les acteurs concernés (hôpitaux, médecins, mutualités, assureurs et pouvoirs publics) et qui aura pour objectif de fixer les conditions sous lesquelles une convention sur un éventuel standstill pourra voir le jour jusque fin 2019, permettant de geler une augmentation des suppléments d'honoraires, y compris les prestations dans les soins de basse variabilité, des contributions des médecins aux hôpitaux et des économies sur le budget dans les ressources financières des hôpitaux. »

e. L'intégration entre les hôpitaux, les ressources et acteurs d'aval

Hypothèse : *L'intégration entre les hôpitaux, les ressources et acteurs d'aval est nécessaire pour optimiser la gestion des séjours hospitaliers.*

La gestion de l'aval peut être définie comme la capacité d'un établissement de santé à structurer ses relations et créer des partenariats avec les professionnels du soin et de l'accompagnement hors-les-murs de l'hôpital, qu'il s'agisse d'établissements d'hébergement ou de dispositifs d'accompagnement au retour à domicile. Une bonne organisation de l'aval est une condition essentielle d'une gestion des lits efficace pour les hôpitaux dits « de proximité ».

Plusieurs solutions d'aval sont aujourd'hui envisagées par les différents systèmes de santé : hôtel hospitalier, retour à domicile, ou encore habitats inclusifs sont autant de solutions qui offrent de nouvelles possibilités aux patients à la sortie de l'hôpital, en fonction de leurs besoins spécifiques. Plus classique, la filière médico-sociale reste plébiscitée par les hôpitaux et cliniques, malgré quelques difficultés conjoncturelles à répondre à la demande.

Le vieillissement de la population et les besoins d'hébergement augmentent, tandis que les capacités d'hébergement stagnent.

D'autres établissements de soins, et plus particulièrement les lits de moyens et longs séjours sont eux aussi considérés comme des solutions d'aval pour les établissements de court séjour. A titre d'exemple, un hôpital de Stockholm procède au transfert de ses patients stables pour lesquels la durée de séjour s'annonce élevée, vers une clinique située à proximité. Deux effets à ce mécanisme peuvent être observés : d'une part l'hôpital enregistre une réduction de sa DMS, et d'autre part, les patients bénéficient d'une prise en charge moins coûteuse qu'à l'hôpital et d'une atmosphère décrite comme étant plus familiale¹¹⁹. Néanmoins, les établissements de moyen ou long séjour rencontrent eux aussi leurs difficultés d'aval, c'est pourquoi il est essentiel pour tout établissement de soins de santé de mettre à profit des partenariats avec les solutions d'hébergement alternatives, et les acteurs du domicile.

L'hôtel hospitalier, qualifié également d'hébergement temporaire non médicalisé par le précédent Ministre des Affaires sociales et de la Santé français, Marisol Touraine, est dévolu au « patient ne nécessitant pas de soins médicaux particuliers, habitant seul ou à distance d'un établissement de santé, [et qui] n'a ainsi plus besoin d'être hospitalisé »¹²⁰. Des appels à projets ont été lancés en 2017, afin d'envisager l'adossement de ce type de structure aux établissements de santé français, permettant notamment à ces derniers d'optimiser la gestion de leurs lits en proposant des sorties précoces.

Toutefois, les pays scandinaves ont été précurseurs dans la mise en œuvre des hôtels hospitaliers : c'est en Suède qu'est né le premier hôtel construit spécifiquement pour des patients, à l'hôpital universitaire de Lund, en 1988. Ils restent très compétitifs dans le domaine puisqu'une chaîne d'hôtels a même vu le jour et propose ses services en Norvège, Suède et Finlande¹²¹. A Copenhague, le Rigshospitalet, a également construit un hôtel hospitalier de 74 chambres en août 2015¹²².

Les structures médico-sociales, médicalisées ou non médicalisées, ainsi que les acteurs du domicile doivent également être sollicités par les hôpitaux dans la mise en œuvre de partenariats. Si l'objectif principal d'une bonne gestion des lits se retrouve dans l'efficacité de l'établissement, elle joue également un rôle dans la fluidification du parcours du patient et participe à la satisfaction de ce dernier. Collaborer efficacement avec des services de soins infirmiers et des structures d'aide et de maintien à domicile offre la possibilité d'envisager la sortie du patient dès que son état le lui permet. En plus d'apporter à l'hôpital une certaine efficacité, structurer la gestion de l'aval et favoriser la prise en charge à domicile offre une meilleure alternative pour le patient dans une grande partie des cas. Cette structuration permet aussi de repenser la coopération entre l'hôpital et les soins de premier recours, la médecine libérale. C'est d'ailleurs la volonté du gouvernement danois, qui a récemment décidé de mettre en place une formation spéciale pour les infirmiers en charge des patients chroniques, qui consiste à faire sortir les professionnels de l'hôpital et bénéficier de l'expérience des infirmiers de proximité¹²³.

Plus original et plus innovant, l'habitat inclusif se situe entre l'hôtel hospitalier et l'établissement d'hébergement médico-social. Il consiste en un retour progressif à domicile, ou en une étape intermédiaire avant admission en établissement médico-social, en incluant une prise en charge sociale non négligeable. L'habitat inclusif concerne les personnes dont le lieu de vie est inadéquat à une prise en charge médicale ou un accompagnement à domicile, et les patients hébergés pour cause de difficultés sociales, pour qui les solutions sont complexes à trouver. En France, les projets régionaux de santé (PRS) actuellement en cours d'élaboration, plaident en faveur de ces dispositifs et incitent les établissements de santé à porter ces projets. Clairement et juridiquement dissocié des établissements de santé et structures médico-sociales¹²⁴, l'habitat inclusif permet de transférer un patient médicalement sortant et donc de libérer un lit, tout en prenant en compte les enjeux sociaux de la situation.

Un système intermédiaire a été déployé aux Pays-Bas au début des années 2000 pour pallier des problématiques de 'bed blockers'. Des unités de transfert (ou unités de transition) liées aux hôpitaux, mais partie intégrante des maisons de retraite, ont été mises en place. Environ 40 % des hôpitaux néerlandais disposaient d'une telle unité en 2006, et les difficultés de flux de patients ont diminué grâce à ce dispositif¹²⁵.



3. Les enjeux et les initiatives au niveau micro

Dernier volet de notre analyse, les initiatives « micro » sont celles qui sont développées au niveau opérationnel ainsi qu'au niveau des pratiques professionnelles. Les actions emblématiques généralement identifiées à ce niveau consistent à¹²⁶ :

- Agir sur l'organisation et la préparation de la sortie du patient et notamment sur les sorties le matin et sur la mise en place des durées prévisionnelles de sortie concourant à préparer la sortie avant le jour dit
- Mener une réflexion sur l'orientation du patient vers le mode de prise en charge le mieux adapté à ses besoins, évitant ainsi l'allongement des durées de séjour
- Travailler sur le pilotage et sur l'analyse des séjours longs en lien avec les médecins DIM et les assistantes sociales
- Etablir des partenariats avec les structures d'aval pour favoriser les sorties
- Travailler sur la visualisation des disponibilités en lits (mise en place de logiciel de gestion des lits) et sur les actions de communication et de formation auprès des soignants pour mettre à jour en temps réel les données du séjour dans le système d'information

A ce dernier niveau d'analyse, nous abordons la gestion efficiente des séjours hospitaliers au travers de thématiques qui visent très précisément le service rendu au patient (dans une quête de l'hospitalisation au bon endroit et pour une juste durée) et le cadre de travail des professionnels (dans un souci de simplification des tâches, de lissage des activités et de régulation des besoins). La formalisation du trajet de soins, la préparation de la sortie du patient et les modèles de soins intégrés sont décomposés, le tout dans un environnement technologique de la communication et de l'information de plus en plus novateur.

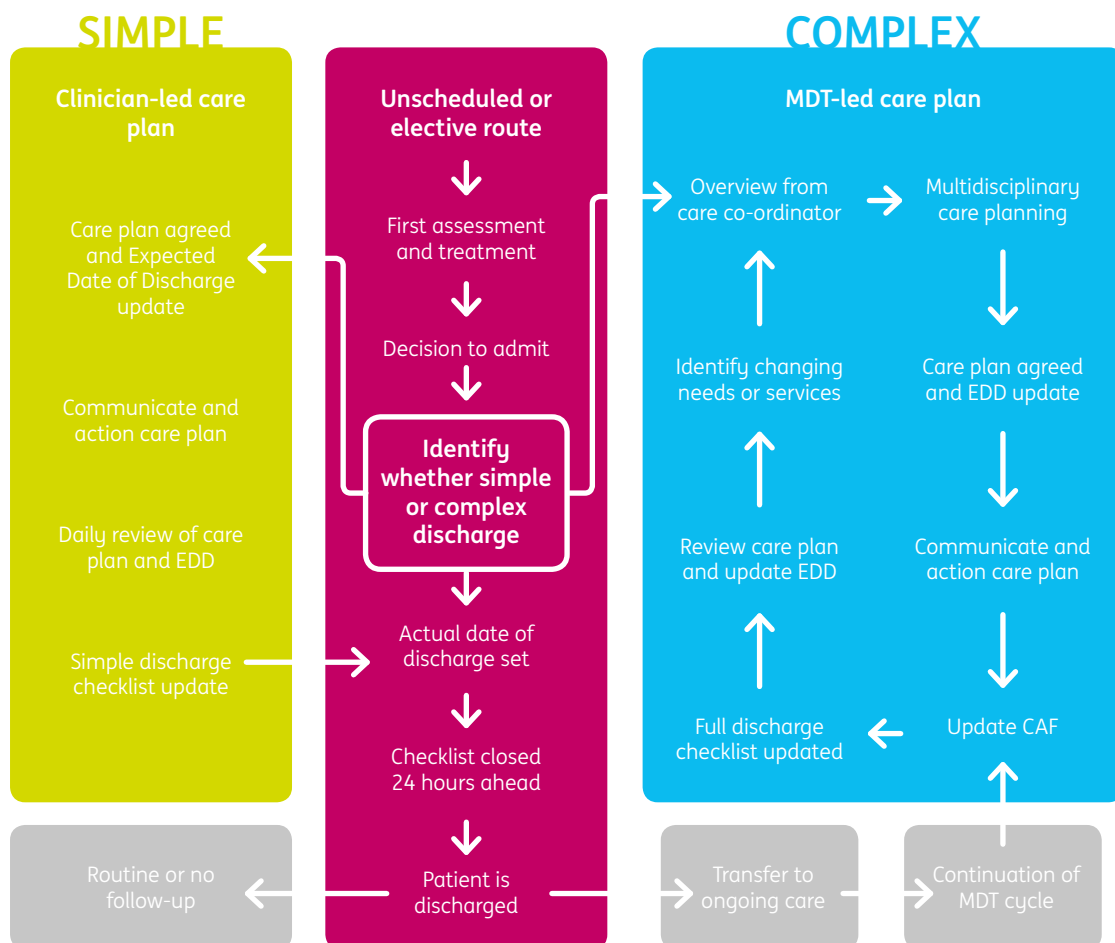
a. L'anticipation et la préparation de la sortie des patients

Hypothèse : Anticiper et préparer la sortie des patients avant même l'admission, respecter les temps établis et prédire la durée de séjour sont des éléments clés pour la gestion des séjours hospitaliers.

Le processus de préparation de la sortie du patient ('discharge planning') correspond au moment où les soins hospitaliers du patient s'arrêtent et où sa convalescence se poursuivra dans un autre type d'institution de soins, voire à son domicile. De ce point de vue, la sortie du patient n'est pas une étape finale mais plutôt une des nombreuses transitions de son parcours de soins. En outre, le fait d'informer le patient et son entourage de la date de sortie prévue crée un dialogue « participatif » avec l'équipe hospitalière qui s'exprime et s'engage sur ce point, améliore le climat de partenariat et réduit les tensions et/ou l'anxiété qu'accompagnent souvent les séjours de très courte durée. Dans ce cadre, la complexité intrinsèque à la coordination d'un nombre élevé d'acteurs, appartenant souvent à des organisations différentes, fait que la sortie du patient peut devenir une étape vulnérable et à haut risque¹²⁷.

Conscient de ce risque, le Department of Health (Royaume-Uni) a publié un document de travail intitulé 'Ready to go ?' qui illustre cette complexité dans la figure suivante, et qui souligne les étapes nécessaires pour assurer une sortie de l'hôpital sécurisée, sans perte de temps et orientée patient¹²⁸.

Figure 33 : Processus de sortie du patient pour des cas simples et complexes



Les étapes pour une sortie de l'hôpital sécurisée :

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Une communication efficace et partagée entre les intervenants▪ Un alignement des services pour assurer la continuité des soins▪ Des systèmes et des processus efficaces pour appuyer la sortie et le transfert de soins▪ Des plans clairs de gestion de la sortie clinique | <ul style="list-style-type: none">▪ Une identification rapide de la date de sortie ou de transfert▪ Des coordinateurs identifiés nommément▪ Des audits et des études organisationnelles▪ Une gestion proactive des sorties 7 jours sur 7 |
|---|---|

L'anticipation et la préparation de cette sortie et le fort impact de cette démarche sur les séjours hospitaliers sont largement partagés :

« L'organisation du passage de l'hôpital au domicile (ou dans un autre établissement, de soins de suite par exemple) comprend différentes étapes pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie. Elles visent à éviter la rupture de la continuité des soins et à réduire la survenue d'événements de santé défavorables, dont les réhospitalisations évitables »¹²⁹.

« Le processus de préparation de la sortie du patient doit commencer au moment de l'admission ou juste après celle-ci [...] Une sortie bien planifiée améliore significativement la santé et le bien-être du patient, réduit la probabilité de risque et de vision, réduit les réadmissions inappropriées et apporte généralement une expérience positive au patient »¹³⁰.

Au Royaume-Uni, le NHS a développé un outil visuel ('Red and Green Bed Days') pour aider à l'identification des temps perdus lors du séjour du patient, en prenant l'optique du patient et en se demandant si celui-ci serait capable de répondre à des questions du type : « Ai-je reçu des informations sur ma pathologie ? Que va-t-il se passer maintenant, plus tard dans la journée et demain en termes de traitement médical ? Quels examens dois-je encore réaliser avant de pouvoir rentrer chez moi ? Si ma récupération est bonne et qu'il n'y a pas de délai particulier, quand puis-je espérer rentrer chez moi ? »¹³¹. Une journée verte doit répondre à trois critères :

1. Le patient reçoit des soins dont la valeur ajoutée le fait progresser vers sa sortie ;
2. Toutes les actions sont planifiées ou demandées pour être réalisées ;
3. Le patient reçoit des soins qui ne peuvent être délivrés que dans un lit hospitalier aigu.

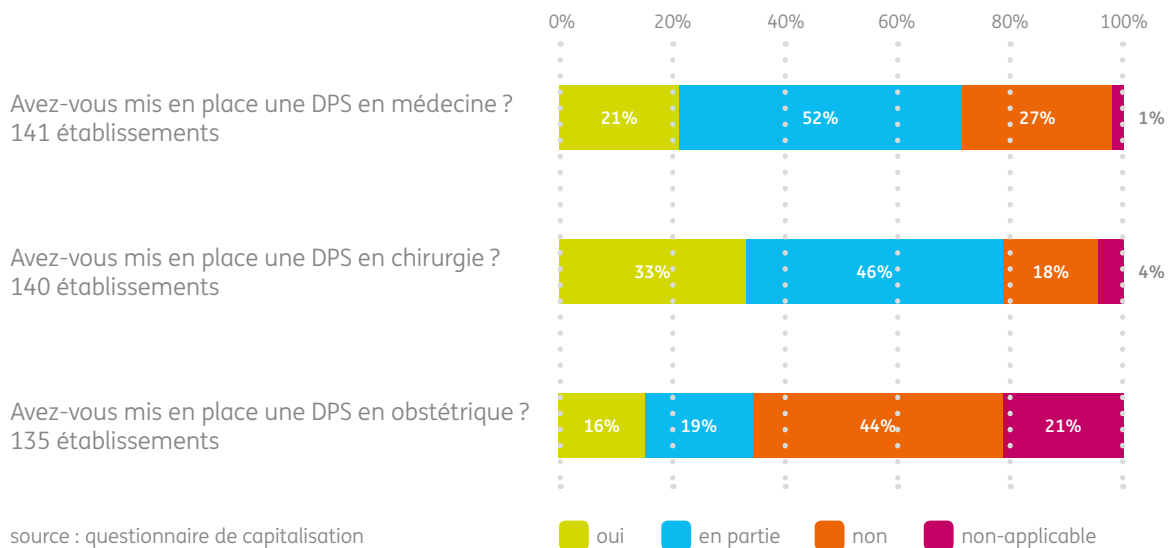
En pratique, considérant que chaque journée qui commence est rouge, le rôle de l'équipe soignante est de s'assurer que le plan de soins du patient va progresser de manière à passer à une journée verte. L'application rigoureuse de cet outil permet l'identification des journées rouges et pousse l'équipe soignante à éviter proactivement les délais non nécessaires, à réduire la durée de séjour et à améliorer la délivrance des soins et la gestion des flux.

En France, dans le cadre de son programme national pour l'amélioration de la gestion des lits, l'ANAP a élaboré une fiche-action visant à renseigner et à faire vivre la durée prévisionnelle de séjour (DPS) par les praticiens. Cette DPS est « définie au plus tôt par le praticien, en fonction du motif d'hospitalisation et en tenant compte de critères médico-sociaux :

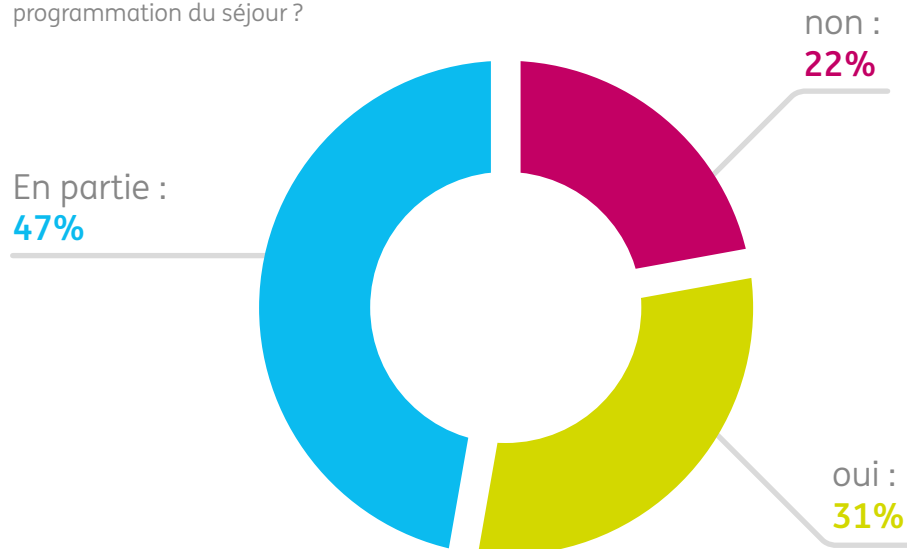
- Pour une entrée programmée : la DPS est définie si possible en consultation
- Pour une entrée non programmée : elle doit être déterminée au plus tard 48 heures après l'entrée du patient dans l'unité. La DPS peut être réajustée tout au long du séjour par le praticien »¹³²

Malgré tout son intérêt, notamment en réponse à des enjeux fondamentaux dans la gestion des lits et la diminution des durées de séjour (par ex. : donner de la visibilité aux professionnels pour programmer et anticiper l'organisation de la sortie, développer une culture de l'anticipation du devenir du patient, éviter des journées non médicalement justifiées, adapter le mode de prise en charge du patient en fonction de la DPS, etc.), la pratique est encore loin d'être généralisée, comme le montrent les résultats des enquêtes menées par l'ANAP.

Figure 34 : Résultats issus des questionnaires de capitalisation envoyés aux établissements



Si oui, cette DPS est-elle renseignée dès la programmation du séjour ?



124 établissements (source : questionnaire de capitalisation)



b. La structuration et la formalisation des trajets de soins

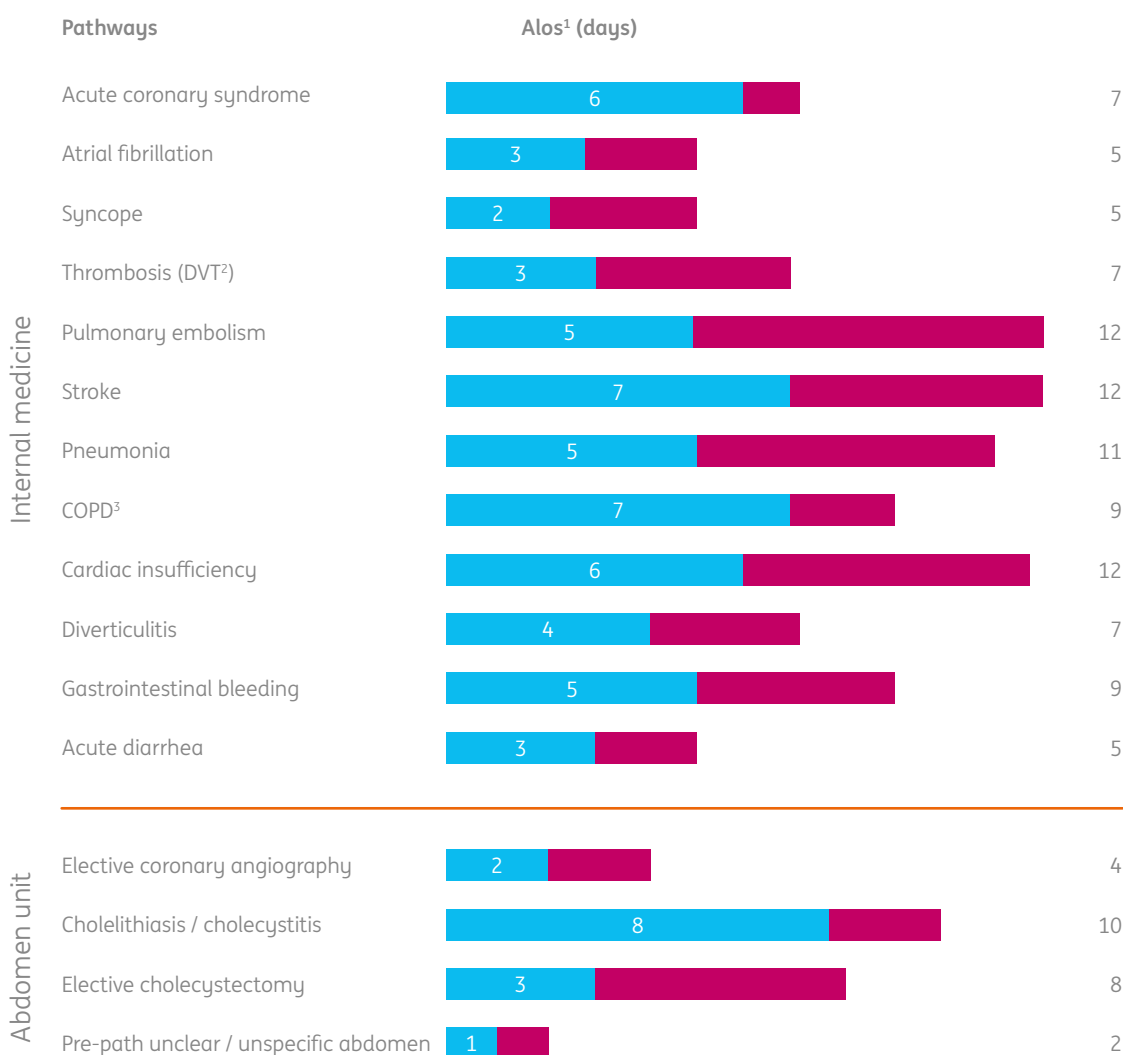
Hypothèse : La structuration et la formalisation des trajets de soins facilitent la gestion du parcours des patients et minimisent la variabilité des soins¹³³.

La mise en œuvre de parcours spécifiques de soins revient à cartographier précisément toutes les étapes parcourues par le patient dans le cadre de la prise en charge de sa pathologie¹³⁴.

L'optimisation du parcours des patients est un enjeu majeur à l'hôpital, notamment en France où elle fait actuellement l'objet d'une expérimentation encadrée par l'ANAP. L'objectif est « de développer des outils méthodologiques pour aider les établissements de santé à optimiser le parcours des patients »¹³⁵. Assez logiquement, le virage ambulatoire, la recomposition capacitaire, ainsi qu'un ajustement des DMS, sont les axes de travail privilégiés.

En distinguant d'importantes variations de DMS qui ne s'expliquaient pas toujours par l'état de santé des patients, un hôpital allemand a établi, pour les situations les plus représentatives, une série de bonnes pratiques à mettre en œuvre, réduisant ainsi substantiellement ses DMS, comme le montre la figure suivante. Cet exemple démontre que l'évaluation quotidienne et rigoureuse des patients, sur la base de caractéristiques cliniques standardisées, permet une amélioration des flux de patients, et une optimisation de l'utilisation des lits et des autres ressources et services dédiés aux soins critiques. Dans ce cas précis, la DMS de certains parcours a été réduite de moitié grâce à la standardisation des processus.

Figure 35 : DMS avant et après la standardisation des itinéraires cliniques



En outre, l'Allemagne connaît d'importantes problématiques de coordination entre les secteurs ambulatoire et hospitalier, ainsi qu'entre le premier recours et les soins spécialisés. Pour cette raison, des initiatives privées et locales apparaissent, comme le réseau de santé *Gesundes Kinzigtal*, fondé en 2005, dans l'objectif d'améliorer les relations des différents partenaires du parcours du patient et d'améliorer la continuité des soins¹³⁸, au-delà de la structuration intra-hospitalière du trajet de soin.

Au Royaume-Uni, le National Institute for Health and Care Excellence a mis en place des 'care pathways', sous la forme d'infographies détaillées par pathologie, représentant schématiquement une succession d'indicateurs et d'outils. Cette base, qui constitue un guide interactif de bonnes pratiques, est fonction du diagnostic principal et des différents symptômes du patient. Si les établissements parviennent à mieux comprendre et gérer leur flux de patients par le biais de parcours de soins systématisés, il semble que le parcours-type, la capacité à fournir les prestations dont les patients ont besoin, pourraient devenir à terme de nouvelles unités de mesure de la capacité de l'hôpital¹³⁹.

Cette standardisation des parcours est d'autant plus nécessaire dans le cas particulier des maladies chroniques. Elaborer des trajets de soins pour une meilleure prise en charge des pathologies permet d'englober dans ces processus un grand nombre de patients, en raison de l'évolution haussière des maladies dont ils sont atteints. En l'occurrence, la position de l'Allemagne illustre bien ce propos : le pays s'est aperçu que 80 % des dépenses de santé étaient consommées par 20 % de la population, et particulièrement les patients chroniques. Les caisses d'assurance maladie ont été contraintes de modifier leur fonctionnement afin de fournir des soins plus adaptés aux maladies chroniques, et six 'disease management programs' ont vu le jour, pour six pathologies spécifiques. Le but de ces programmes était d'augmenter l'adhésion aux bonnes pratiques et de contenir les coûts¹⁴⁰.

c. Les modèles de soins intégrés pour la gestion des malades chroniques

Hypothèse : *Les modèles de soins intégrés pour la gestion des malades chroniques favorisent une meilleure utilisation des lits d'hospitalisation aigus.*

Les maladies chroniques sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63 % des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète, etc.) sont la toute première cause de mortalité dans le monde »¹⁴¹. C'est notamment en raison de leur lourd impact sur la santé publique, que les différents systèmes de santé mettent en place des parcours de soins intégrés s'adressant spécifiquement aux patients touchés par ces pathologies.

En Belgique, pour soutenir ce changement de perspective, les ministres de la Santé publique des entités fédérées et de l'autorité fédérale ont approuvé en 2015 un plan conjoint en faveur des malades chroniques, intitulé « Des soins intégrés pour une meilleure santé »¹⁴². Dans le cadre de ce plan, des projets pilotes testent des modalités d'organisation de soins intégrés pour les patients chroniques, en abordant leur prise en charge de manière tout à fait neuve : le patient et son environnement sont centraux, et l'aide et les soins sont regardés dans leur ensemble, à travers les différentes lignes de soins et par-delà les piliers qui structurent l'organisation des soins.

« L'intégration entre les structures sanitaires, médico-sociales et sociales est un défi qu'essaie de relever la majorité des systèmes de santé, caractérisés par leur fragmentation entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers d'une part, et entre les secteurs sanitaire, médico-social et social d'autre part »¹⁴³, afin de répondre aux besoins des patients chroniques. En effet, le cloisonnement des secteurs ne peut répondre efficacement à la prise en charge des pathologies chroniques tant elles signifient pour le patient mouvements entre différents services, structures et professionnels.

A titre d'exemple, en 2016, la loi de modernisation du système de santé français prévoit la création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) « pouvant regrouper des médecins généralistes et spécialistes, des auxiliaires médicaux, des acteurs médico-sociaux et sociaux »¹⁴⁴, afin de développer une coordination territoriale autour du médecin généraliste et ainsi d'améliorer le parcours de soins des patients chroniques. Ce n'est donc pas à l'hôpital que les patients chroniques, « qui nécessitent des filières de prise en charge plus transversales »¹⁴⁵, doivent trouver leur place. De son côté, la HAS a élaboré de nouveaux outils pour les parcours des soins pour des maladies chroniques, à l'attention des professionnels et des patients, et qui jouent sur trois leviers principaux¹⁴⁶:

1. Promouvoir une prise en charge prospective et coordonnée des patients, et l'organiser dans la durée ;
2. Favoriser l'implication du patient et l'expression de ses préférences pour lui permettre d'être acteur de sa prise en charge sur la durée ;
3. Cibler les points critiques du parcours de soins pour minimiser les risques et harmoniser les pratiques des professionnels de santé.

C'est aussi une réflexion qu'a retenue l'Autriche : la constatation de l'augmentation marquée des admissions à l'hôpital pour des pathologies chroniques a été l'occasion de réformer le système des soins de premier recours. Concrètement, il s'agit avec la réforme de 2017, de créer des centres de soins non programmés et multidisciplinaires, notamment adressés aux patients chroniques, qui ne requièrent pas nécessairement une admission en hospitalisation complète¹⁴⁷. Cette démarche est activement soutenue, notamment par le Competence Center Integrierte Versorgung¹⁴⁸ (Centre de Compétences pour les Soins Intégrés), qui est un centre d'expertise dans le domaine des soins intégrés. Ce centre joue le rôle d'interface pour les assurés, les fournisseurs de soins, les agences d'assurance sociale et les autorités locales et régionales.

Le sujet connaît également une importance croissante au Royaume-Uni. Le NHS a mis en œuvre des programmes pilotes, connus sous la dénomination de 'vanguard sites', dans le but « d'améliorer la coordination, de délivrer de meilleurs services intégrés et plus de soins hors-murs de l'hôpital »¹⁴⁹.

Au regard des estimations de développement de la pathologie et du coût qu'elle engendre pour le système de santé, le Canada a développé en 2014-2015 un projet collaboratif spécifiquement adressé aux patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique¹⁵⁰. Une étude de la Fondation Canadienne pour l'Amélioration des Services de Santé a démontré en ce début d'année 2018 que « la mise en œuvre du modèle de soins de proximité du programme INSPIRED a entraîné une diminution considérable du nombre de réadmissions à l'hôpital et de visites au service d'urgence »¹⁵¹. Le succès de ce programme a contribué à l'annonce de nouvelles équipes et davantage de fournisseurs de soins associés, répartis sur l'ensemble du territoire canadien pour reproduire cette démarche, et atteindre un objectif de 5 800 patients par an d'ici à 2021.

En Allemagne, l'hospitalisation des patients chroniques est supposée évitable la plupart du temps, pour lui substituer une prise en charge ambulatoire. Pourtant, une forte augmentation des séjours pour chronicité a été enregistrée ces dernières années, en raison d'un manque de coordination des secteurs hospitalier et ambulatoire, évoqué précédemment. Depuis 2002, des 'disease management programs' et des nouveaux parcours de soins intégrés ont été progressivement implémentés sur le territoire¹⁵².

Très avancé dans la démarche, le système de santé des Pays-Bas dispose de plusieurs dispositifs pilotes qui se concentrent sur les soins intégrés spécifiquement sur les maladies chroniques. Ces structures sont dissociées totalement des hôpitaux. C'est d'ailleurs, comme nous l'avons montré précédemment, ce qui explique que la DMS nationale est très inférieure à la DMS des pays de l'Union européenne (6,2 jours versus 8,0 jours) puisqu'elle ne prend en compte que les patients aigus.

d. Les Technologies de l'Information et de la Communication

Hypothèse : *Les Technologies de l'Information et de la Communication sont un levier pour une plus grande efficacité dans la gestion des séjours hospitaliers.*

En Belgique, c'est la mission de la plate-forme e-Health, en tant qu'institution publique :

« de promouvoir et de soutenir une prestation de services et un échange d'information mutuels électroniques bien organisés entre tous les acteurs des soins de santé avec les garanties nécessaires en ce qui concerne la sécurité de l'information, la protection de la vie privée du patient et du prestataire de soins et le respect du secret médical et de cette façon d'optimiser la qualité et la continuité des prestations de soins de santé, d'optimiser la sécurité du patient, de simplifier les formalités administratives pour tous les acteurs des soins de santé et d'offrir un soutien solide à la politique en matière de soins de santé. »¹⁵³

Dans ce cadre, 20 points d'action ont été définis dans la perspective du paysage de l'e-Santé en 2019, dont certains peuvent constituer un levier pour une plus grande efficacité dans la gestion des séjours hospitaliers.

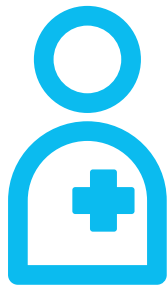
Le point d'action 19 vise le concept de santé mobile ('mobile health') qui recouvre les pratiques médicales et de santé publique qui reposent sur des dispositifs mobiles (téléphones, tablettes, systèmes de surveillance et autres appareils sans fil). Selon la Commission européenne, la santé mobile pourrait aider à remédier à la diminution des ressources dans les systèmes de santé, et notamment avec des effets sur les hospitalisations :

« Davantage d'actes médicaux et de soins pourraient être effectués à distance ou par les patients eux-mêmes, guidés par des systèmes de surveillance et de compte rendu, ce qui limiterait les hospitalisations. [...] [La santé mobile] pourrait éviter des hospitalisations aux personnes souffrant de maladies chroniques et fournir un moyen de remédier à la pénurie de professionnels de santé en Europe. On estime que la télésurveillance à l'aide de solutions de santé mobile pourrait faire baisser d'environ 15% le coût des soins de santé. »¹⁵⁴

Le Royaume-Uni a quant à lui connu une baisse de la DMS, et ce en partie grâce à l'Ecosse qui a contribué à cette réduction suite à des développements dans la télésanté et la télémédecine, qui sont particulièrement appropriées à un pays avec des régions rurales et distantes et où il existe une pression sur les lits hospitaliers. Les difficultés à trouver des lits ont créé des poches d'inefficacité, par exemple quand les patients attendent longtemps dans les services d'urgences tandis que les taux d'occupation élevés des unités de soins démontrent une faible capacité de réserve pour traiter les variations de la demande¹⁵⁵. En fait, l'Ecosse est reconnue comme étant un des leaders mondiaux dans les soins axés sur la technologie, avec le Scottish Centre for Telehealth and Telecare (SCTT)¹⁵⁶ qui se concentre sur l'expansion et l'intégration de différents programmes : le monitoring de la santé mobile et à la maison, la télémédecine, les services de vidéo conférence, et les applications et services numériques.

Les logiciels actuels intègrent de plus en plus les éléments exposés tout au long de ce rapport. Un exemple parmi d'autres : en France, le MiPIH (Midi Picardie Informatique Hospitalière, structure publique de coopération inter-hospitalière spécialisée dans la construction du système d'information hospitalier) propose des solutions d'optimisation du parcours patient et de gestion de lits avec une vue GHT de la disponibilité des lits par champs d'activité en temps réel¹⁵⁷. Le module 'Gestion des lits', qui constitue une réponse à la création par le ministère de la santé du poste de 'Gestionnaire de lits' vise à améliorer la qualité des soins pour le patient et l'utilisation des ressources, en lien avec les indicateurs de l'ANAP. Il permet également de bénéficier d'une connaissance de l'occupation des lits en temps réel, et même anticipée puisque les prévisions d'occupation sont intégrées de deux manières, avec la durée prévisionnelle de séjour des malades présents et l'entrée prévisionnelle des patients attendus avec la durée prévisionnelle de leur hospitalisation.

Figure 36 : Module 'Gestion des lits' du MiPIH



- Disponibilité immédiate et exacte
- Occupation
- Programmation & Réservation
- Indicateurs ANAP
- Indicateurs pour faciliter la sortie
- Programmation assistée
- Recherche intelligente d'un lit

De son côté, le Danemark est aussi internationalement reconnu comme étant un des leaders mondiaux en e-Santé¹⁵⁸. Ce positionnement de pointe est le résultat de plusieurs caractéristiques¹⁵⁹ :

- L'utilisation répandue des TIC dans la société danoise
- Un numéro d'identification personnel unique permettant une connexion sécurisée sur tous les sites web publics au Danemark
- Une tradition de plus de 30 ans de registres de santé et de bases de données
- L'existence d'un réseau national pour l'échange sécurisé de données de santé (Danish Health Data Network)
- Une législation nationale en matière d'e-Santé relativement accommodante

Figure 37 : Positionnement du Danemark en termes d'indicateurs de TIC

Ranking of Denmark in ICT indicators	2006	2007	2008	2009	2010
World Economic Forum: Networked Readiness Index	1	1	1	1	3
The Economist Intelligence Unit: Digital Economy Rankings	1	1	5	1	2
OECD: Broadband Growth and Policies	1	1	5	2	N/A
IDC: Information Society Index	1	1	1	1	1

Source: Agency for the Digitalisation

L'utilisation de la télémédecine s'est donc fortement développée dans les régions et les municipalités du Danemark. Après un certain nombre de projets en 'stand alone', le système des soins de santé évolue dorénavant vers des projets de plus grande envergure, dont notamment le monitoring à distance. Ce type de projet couvre une large gamme d'initiatives où l'état de santé du patient est surveillé à distance, souvent depuis son domicile. Ces projets consistent en de la télémédecine assistée, où le patient, aidé d'une infirmière, mène des tests sous la supervision en vidéo par le médecin spécialiste à l'hôpital. Le but est clairement d'éviter une admission hospitalière.

Le développement des techniques de télémédecine et d'intelligence artificielle est également attendu dans la gestion des parcours des patients chroniques afin de « faciliter la coordination (...) entre tous les professionnels de santé impliqués ». A terme, mettre en place des dispositifs de télésurveillance au domicile des patients atteints de pathologies chroniques devrait permettre de personnaliser la surveillance. Une personnalisation très pertinente puisque les projections montrent une propension croissante des personnes âgées à développer non seulement une, mais plusieurs maladies chroniques. Toutefois, il faut être bien conscient d'un véritable écueil dans la mise en œuvre d'une telle évolution : une

proportion encore importante de ces personnes n'a pas accès à internet, et « c'est dans cette population que se trouvent la plupart des patients âgés atteints de maladies chroniques »¹⁶⁰.

En France, un groupe de travail a lancé une réflexion collective sur la télésurveillance médicale, dont un des atouts est un meilleur suivi du retour à domicile avec des alertes générées par des solutions techniques permettant de prévenir une décompensation et ainsi d'éviter des ré-hospitalisations déstabilisantes et coûteuses. Dans leur vision de la télésurveillance médicale de demain, ce groupe de travail insiste notamment sur plusieurs éléments qui ont un impact sur les séjours hospitaliers¹⁶¹ :

- « La télésurveillance ne pourra que se développer dans les années qui viennent. Les raisons sont multiples : la démographie médicale, le besoin de consultation, la mise en place des GHT, le virage ambulatoire, l'envie des patients d'être plus acteurs de leur santé, le focus mis sur la prévention, etc.
- Au sein des GHT, la télésurveillance doit permettre d'optimiser la gestion des urgences en diminuant les (ré)hospitalisations des patients atteints de maladies chroniques, comme l'ont démontré certaines études cliniques. Elle pourrait réduire la durée de séjour hospitalier.
- La télésurveillance permettra, outre le suivi des patients chroniques, un suivi des patients aigus en post-opératoire en cohérence avec le développement de l'activité ambulatoire. »





Health ProspectING 2018

Implications de la gestion des séjours hospitaliers au vu des expériences internationales : conclusions

Au vu de l'évolution historique et de la situation actuelle en matière de gestion des lits et des séjours hospitaliers, de la comparaison entre la Belgique et les pays de notre échantillon, ainsi que d'autres tendances internationales, nous avons identifié plusieurs recommandations et implications en lien avec les différents niveaux analysés au sein de ce rapport.

Les coûts de la santé en Belgique et son financement

Par rapport aux autres pays de notre échantillon, les coûts de la santé – exprimés en % du PIB – sont moins élevés en Belgique. En parallèle, on observe que ces coûts sont directement proportionnels au niveau économique du pays, ce qui est un postulat accepté depuis longtemps : les sociétés les plus développées économiquement dépensent plus en santé.

Néanmoins, les indicateurs analysés semblent montrer que les sources de financement sont déjà à la limite de leur capacité à fournir des ressources additionnelles. En effet, le co-financement direct par les patients est un des plus élevés des pays analysés et la contribution fiscale (en % du PIB) du citoyen belge est une des plus élevées, avec une valeur plus proche du premier pays de l'échantillon que du pays situé juste derrière la Belgique. En clair, une augmentation des recettes ne nous semble pas une voie très plausible.

Il est évident que nous ne pouvons pas nous prononcer sur la structure des dépenses publiques, car cette décision fait partie du débat politique sur les priorités nationales qui échappent aux limites de cette réflexion.

Dès lors, le financement des réformes pour l'adéquation du système hospitalier aux nouveaux besoins devra être rencontré au sein des dépenses hospitalières actuelles. Il ne s'agit pas de faire des économies, mais plutôt de dépenser différemment... Il ne s'agit pas de faire plus, il s'agit de le faire sous une forme plus appropriée ou de faire autre chose.



Une perception positive du système belge

Depuis quelques années, il existe différents types de classement des systèmes de santé, basés sur de multiples critères. Dans le 'Euro Health Consumer Index' (EHCI) de 2017, la Belgique et la Suisse occupent la première position parmi les pays de notre échantillon, et la Belgique occupe la 8^{ème} position sur l'ensemble des 35 pays participants. Cette première position a surtout été obtenue grâce aux indicateurs d'accessibilité et de disponibilité des prestations, qui compensent des indicateurs moins bons dans d'autres rubriques. L'importance de ces deux groupes d'indicateurs (accessibilité et disponibilité) reflète très probablement la bonne perception qu'a la population du système hospitalier belge.

Parallèlement à cette notion de perception, nous constatons que la consommation des services par habitant (consultations ou examens d'imagerie) se trouve parmi les niveaux les plus élevés, sans que cette forte consommation impacte les valeurs d'autres rubriques telles que les outcomes cliniques, la prévention, etc. S'agit-il d'une source potentielle d'amélioration de l'efficacité ? A nouveau, se pose la question de comment faire sous une forme plus appropriée ou faire différemment.

Paradoxalement, cette situation coexiste avec un nombre de professionnels (médecins et infirmiers) par habitant qui est un des plus bas parmi les pays de comparaison. C'est une question qui mérite une réflexion urgente et sereine. Urgente parce que le débat autour de cette question est ancien et récurrent, mais aussi parce que toute décision qui pourrait être adoptée aujourd'hui n'apportera des résultats tangibles qu'à moyen ou long terme. Sereine parce que le skill mix des professionnels est actuellement à l'étude et qu'initier cette réflexion équivalra probablement à ouvrir la « boîte de Pandore », car elle mènera à d'autres réflexions tout aussi importantes : les relations entre les médecins et les institutions où ils développent leur activité, les modes de rémunération des médecins, l'articulation des formes de travail multidisciplinaires, etc.

Les réseaux

La configuration des réseaux cliniques entre hôpitaux est un des sujets structurants de l'actuelle réforme hospitalière, et il a fait l'objet de nombreux débats parmi tous les acteurs concernés. Toutes sortes d'effets vertueux et pervers ont été évoqués dans ces débats sur ces réseaux.

Il est très probable que l'impact de la mise en place de ces réseaux sur le nombre des lits hospitaliers sera mineur... si l'activité reste inchangée. Par ailleurs, son impact sur l'utilisation efficiente des lits ne sera perceptible que si les réseaux constitués partagent réellement le même bassin de soins et sont prêts à repenser (faire différemment) leur manière de réaliser l'activité. Enfin, il est à noter qu'une concentration significative des activités hospitalières de même nature, avec une spécialisation des sites hospitaliers, est une situation qui n'existe pas aujourd'hui dans le système hospitalier belge.

Dans les pays de notre échantillon, en général, les réseaux ont été constitués de façon « naturelle » suite à des grandes réformes liées au financement des hôpitaux. Aujourd'hui, dans ces pays, le débat qui est d'actualité porte sur les réseaux avec les structures de moyen et de long séjour, avec les services de santé communautaire et avec les services sociaux. A titre d'exemple, l'organisation territoriale des soins (pas seulement des hôpitaux aigus !) est un des cinq chantiers qui ont été récemment abordés dans la réforme française.

En Belgique, cette question reste absente de la réforme actuelle. Non seulement l'offre des structures et des services de moyen et de long séjour semble insuffisante en termes de volume et de diversité, mais en outre, la régulation de ces différents secteurs se réalise à des niveaux de pouvoir différents.

L'intégration des soins aigus avec la santé communautaire et avec les différentes modalités de prise en charge de moyen et de long séjour est toujours compliquée : le partage des informations cliniques des patients, l'exercice partagé de la responsabilité clinique, la cohérence globale des différents modes de financement, l'intégration des cultures professionnelles, etc. sont déjà des sujets difficiles et délicats à résoudre.

Mais, si à cette problématique, on ajoute des niveaux de régulation différents, le problème devient très complexe et les solutions difficiles à implanter.

L'existence de ces réseaux, cette intégration des services aigus avec les soins de convalescence, aurait certainement un impact majeur dans la gestion efficiente des lits hospitaliers aigus.

La régulation « macro » des lits hospitaliers

Dans les pays de notre échantillon, l'attention est davantage portée sur la régulation et le financement de l'activité que sur une régulation directe des lits. Ni les normes de programmation, d'autorisation, de transformation des lits ou de classification des lits selon la nature de l'activité qu'on y développe, etc. ne sont des sujets présents dans les autres pays. En Belgique, il est probable que l'importance du débat sur le « juste dimensionnement capacitaire » en hospitalisation complète est liée à son influence dans le financement hospitalier.

Malgré un moratoire sur les lits et plusieurs réformes du financement des hôpitaux (dont l'introduction du concept des lits justifiés en 2002), la Belgique n'a pratiquement pas réduit son nombre de lits au cours de ces dernières années.

L'évolution de la programmation et du financement du système hospitalier belge se caractérise par une double notion de lits – agréés et justifiés – qui n'existe qu'en Belgique. Les hôpitaux préfèrent garder des lits agréés « en réserve » tout en n'ouvrant réellement que ceux qui sont occupés, ce qui permet d'offrir un encadrement infirmier qui correspond aux soins intenses à fournir, tout en ayant le staffing minimum pour tous les lits agréés y compris ceux en réserve.



Selon l'opinion de certains acteurs, cette surcapacité faciliterait des admissions inappropriées ou évitables et freinerait le transfert de l'hospitalisation classique vers l'activité ambulatoire.

Il serait judicieux d'aborder cette problématique au-delà du cadre des hôpitaux, en appréhendant cette problématique parallèlement au renforcement des soins de première ligne, et au développement de formules alternatives, comme l'hospitalisation à domicile ou des structures intermédiaires pour les soins post-aigus (subacute care).

Donner une plus grande liberté d'organisation aux hôpitaux impliquerait un changement majeur dans les approches de régulation. Cela pourrait par exemple se traduire par une attention plus poussée sur les résultats cliniques, couplée au fait que ces résultats puissent influencer le financement des hôpitaux.

La gestion efficiente des lits par les institutions elles-mêmes (le niveau « méso »)

Même dans le contexte actuel, il y a des opportunités pour une meilleure utilisation de la capacité en lits existants en travaillant sur la gestion centralisée des lits et les admissions évitables, en réduisant les variations dans les durées de séjour ou en améliorant le processus de sortie des patients.

Au-delà de la problématique de la bonne gestion des lits et du parcours des patients à l'hôpital, les alternatives à l'hospitalisation (même partielles, pour une partie du séjour) constituent un réel enjeu de pertinence des soins et de gestion efficiente des lits et des séjours. Dans ce sens, la mise en place de l'hospitalisation à domicile, la concentration des patients qui nécessitent des soins de convalescence dans une même unité d'hospitalisation, etc. sont des mesures que les hôpitaux les plus innovateurs commencent à implanter.

Il conviendrait également d'aller vers une mise en place de plus en plus importante de recommandations, de bonnes pratiques organisationnelles et de prises en compte des expériences innovantes.

Finalement, la mise en place d'une responsabilité clinique partagée avec les chirurgiens et les médecins hospitalistes doit se développer pour répondre au problème concret de la complexité clinique des patients qui subissent des processus chirurgicaux mais qui, par leur âge et les comorbidités existantes, requièrent une approche plus globale.

La gestion efficiente des lits par les pratiques professionnelles (le niveau « micro »)

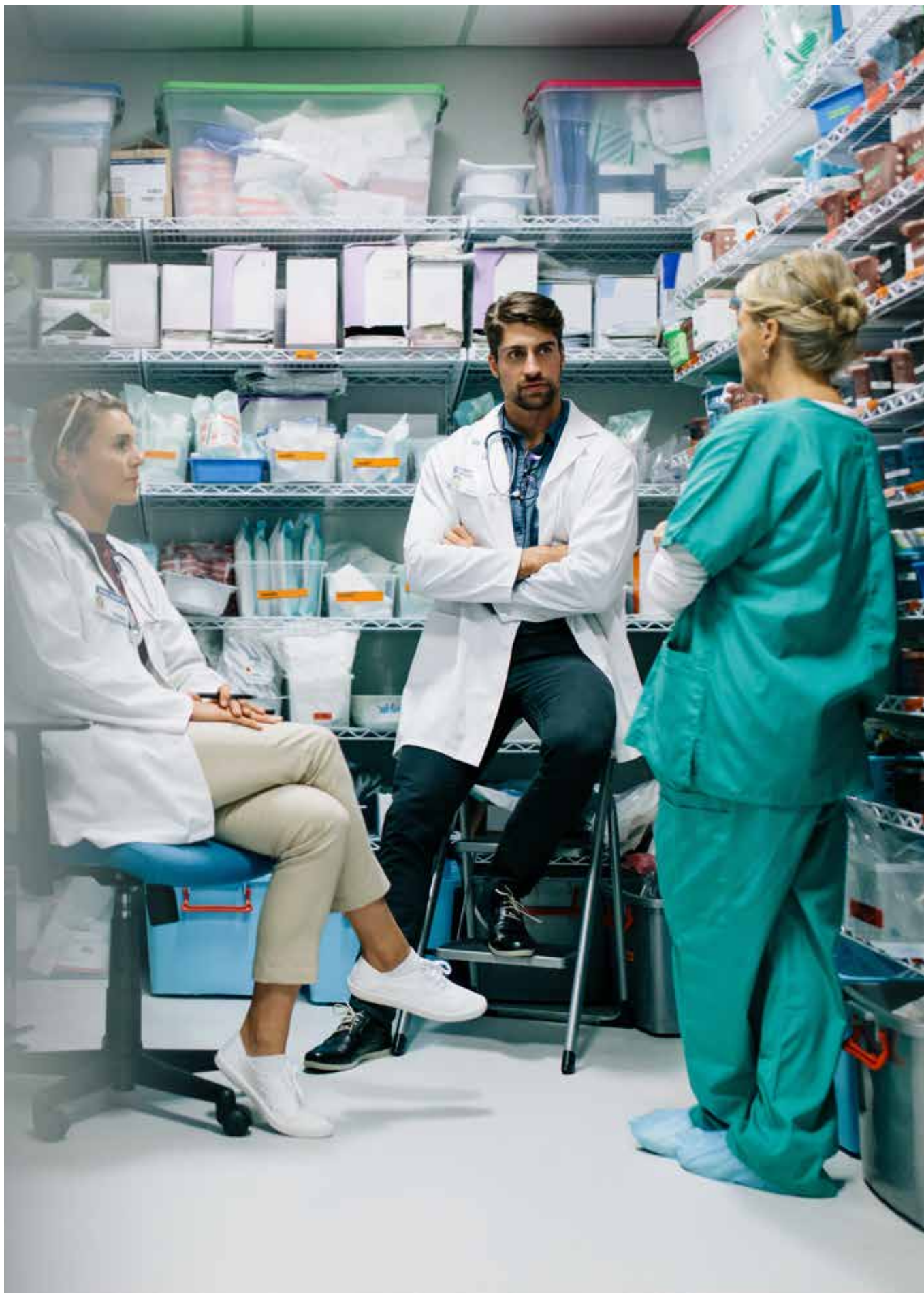
Il conviendrait de généraliser le processus de préparation de la sortie du patient ('discharge planning'), en réponse à des enjeux fondamentaux dans la gestion des lits et la diminution des durées de séjour.

Il faut développer la mise en œuvre de parcours spécifiques de soins, ce qui revient à cartographier précisément toutes les étapes parcourues par le patient dans le cadre de la prise en charge de sa pathologie. Cette standardisation des parcours est d'autant plus nécessaire dans le cas particulier des maladies chroniques.

L'intégration entre les structures sanitaires, médico-sociales et sociales est un défi à relever par la mise en place des parcours de soins intégrés s'adressant spécifiquement aux patients touchés par les pathologies chroniques, notamment en raison de leur lourd impact sur la santé publique.

Davantage d'actes médicaux et de soins pourraient être effectués à distance ou par les patients eux-mêmes, guidés par des systèmes de surveillance et de compte rendu, ce qui limiterait les hospitalisations. La santé mobile pourrait éviter des hospitalisations aux personnes souffrant de maladies chroniques et fournir un moyen de remédier à la pénurie des professionnels de santé.

C'est au niveau des pratiques professionnelles qu'il existe le plus d'expériences avec d'excellents résultats et, en outre, c'est à ce niveau que la diffusion des innovations se réalise le plus rapidement, en comparaison avec les niveaux méso et macro. Mais la diffusion de ces initiatives se propage aussi plus rapidement dans les contextes où les médecins partagent les résultats de leur institution... Question cruciale.





Références

- ¹ Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins. Disponible: <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2008/07/10/2008A24327/justel>
- ² Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R. Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 229Bs. D/2014/10.273/66. Disponible: <https://kce.fgov.be/fr/cadre-conceptuel-pour-la-reforme-du-financement-des-hopitaux>
- ³ Crommelynck A., Degraeve K., Lefèbvre D. L'organisation et le financement des hôpitaux. Mutualité Chrétienne. 2013. MC-Informations n° 253, suppl. Disponible: https://www.mc.be/binaries/mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm377-130594.pdf
- ⁴ UNESSA décrypte l'actualité : Il y a trop de lits d'hôpitaux en Belgique. Disponible: <http://www.unessa.be/Presse/Decryptage/Il-y-a-trop-de-lits-d-hopitaux-en-Belgique.aspx>
- ⁵ Un taux d'occupation normatif est notamment proposé pour le calcul du prix annuel d'hébergement et du juste prix à la construction en Région Wallonne, cf. Décret du 9 mars 2017 relatif au prix d'hébergement et au financement de certains appareillages des services médico-techniques lourds en hôpital. Disponible: <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/decret/2017/03/09/2017201708/justel>
- ⁶ OECD Health Statistics 2017 [En ligne]. Paris: OECD; 2017. Dépenses de santé et financement. Disponible: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ⁷ Ibid.
- ⁸ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Belgique: Profils de santé par pays 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285057-fr>
- ⁹ OECD Health Statistics 2017 [En ligne]. Paris: OECD; 2017. Dépenses de santé et financement. Disponible: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ¹⁰ OECD Health Statistics 2017 [En ligne]. Paris: OECD; 2017. Dépenses de santé et financement. Disponible: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ¹¹ OECD Health Statistics 2017 [En ligne]. Les indicateurs de l'OCDE. Paris : Éditions OECD; 2017. Dépenses de santé à la charge des patients. Disponible: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ¹² Ibid.
- ¹³ European Commission. Taxation and Customs Union. Disponible: https://ec.europa.eu/taxation_customs/
- ¹⁴ Loi portant réforme du financement de la sécurité sociale. Moniteur Belge du 27.04.2017. Disponible: <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2017/04/18/2017202167/moniteur>
- ¹⁵ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Belgique: Profils de santé par pays 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285057-fr>
- ¹⁶ Ibid.
- ¹⁷ OECD Health Statistics 2017 [En ligne]. Les indicateurs de l'OCDE. Paris : Éditions OECD; 2017. Protection sociale. Disponible: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ¹⁸ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), France: Profils de santé par pays 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285187-fr>
- ¹⁹ Health Consumer PowerHouse. Euro Health Consumer Index 2016. Marseillan: Health Consumer Powerhouse; 2017. Disponible: <https://healthpowerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2016>
- ²⁰ Schneider E.C., Squires D. From Last to First, Could the U.S. Health Care System Become the Best in the World? N Engl J Med 2017; 377:901-904. Disponible: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1708704#t=article>
- ²¹ Schneider E.C., Sarnak D.O., Squires D., Shah A., Doty M.M. Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care. Disponible: <http://www.commonwealthfund.org/interactives/2017/july/mirror-mirror/>
- ²² OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Belgique: Profils de santé par pays 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285057-fr>
- ²³ OECD Health Statistics 2017 [En ligne]. Les indicateurs de l'OCDE. Paris : Éditions OECD; 2017. Utilisation des soins de santé. Disponible : <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ²⁴ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Belgique: Profils de santé par pays 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285057-fr>

- ²⁵ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Sweden: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283572-en>
- ²⁶ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Germany: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283398-en>
- ²⁷ OECD Health Statistics 2017 [En ligne]. Les indicateurs de l'OCDE. Paris : Éditions OECD; 2017. Utilisation des soins de santé. Disponible : <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ²⁸ Obyn C, Cleemput I, Léonard C, Cluson J-P. Imagerie par résonance magnétique : analyse de coûts. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2009. KCE reports 106B (D/2009/10.273/15). Disponible : <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20091027315.pdf>
- ²⁹ http://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/rapports-activites-secm.aspx#WoQN_ajiY2y
- ³⁰ Claes V., IRM "grises" : rupture de confiance. Le Journal du Médecin. Disponible: <http://www.lejournaldumedecin.com/actualite/irm-grises-rupture-de-confiance/article-normal-30379.html>
- ³¹ OECD Health Statistics 2017 [En ligne]. Paris: OECD; 2017. Ressources en santé. Disponible: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ³² OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Sweden: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283572-en>
- ³³ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Austria: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283268-en>
- ³⁴ OECD Health Statistics 2017 [En ligne]. Paris: OECD; 2017. Ressources en santé. Disponible: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ³⁵ Les données ne sont pas disponibles en continu entre 2000 et 2015 pour la France, les Pays-Bas et la Suisse.
- ³⁶ OECD Health Statistics 2017 [En ligne]. Paris: OECD; 2017. Ressources en santé. Disponible: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ³⁷ Arrêté Royal du 31/07/2017 portant modification de l'arrêté royal du 12/06/2008 relatif à la planification de l'offre médicale.
- ³⁸ OECD Health Statistics 2017 [En ligne]. Paris: OECD; 2017. Ressources en santé. Disponible: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ³⁹ Ibid.
- ⁴⁰ OECD Health Statistics 2017 [En ligne]. Paris : OECD; 2017. Ressources en santé. Disponible : <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ⁴¹ Les définitions des types de lits ne sont pas rigoureusement similaires dans tous les pays. Les différences peuvent être consultées ici : <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ⁴² Les pathologies chroniques prises en compte sont les APR-DRG suivants : 194 - Insuffisance cardiaque, 420 - Diabète, 140 - Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).
- ⁴³ OECD Health Statistics 2017 [En ligne]. Paris : OECD; 2017. Ressources en santé. Disponible : <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ⁴⁴ Il y a une rupture dans la série du nombre de lits hospitaliers en 2006 (lorsque les lits des institutions de soins psychiatriques ont été exclus), ce qui explique la grande réduction du nombre de lits cette année-là.
- ⁴⁵ Les données ne sont pas disponibles en continu entre 1990 et 2015 pour le Royaume-Uni.
- ⁴⁶ La DMS des Pays-Bas est sous-estimée, parce qu'elle inclut uniquement les séjours aigus. OECD Health Statistics 2017 [En ligne]. Paris : OECD; 2017. Utilisation des ressources en santé. Disponible : <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ⁴⁷ OECD Health Statistics 2017 [En ligne]. Paris : OECD; 2017. Utilisation des soins de santé. Disponible : <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ⁴⁸ OECD Health Statistics 2017 [En ligne]. Paris : OECD; 2017. Ressources en santé ; Utilisation des ressources de santé. Disponible : <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- ⁴⁹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Sweden: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283572-en>

- ⁵⁰ Ewbank L., Thompson J., McKenna H. Septembre 2017. NHS hospital bed numbers: past, present and future. Kings Fund. Disponible : <https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-hospital-bed-numbers>
- ⁵¹ Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Avril 2016. Recueil de fiches pratiques sur l'efficience hospitalière. Fiche 2-5 : Le juste dimensionnement capacitaire en hospitalisation complète. Disponible: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-5_juste_dimensionnement_capacitaire.pdf
- ⁵² <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2016/03/29/20002-20160329ARTFIG00349-hopital-la-carte-regionale-des-fermetures-de-lits.php>
- ⁵³ Il convient néanmoins de préciser que ces lits « en trop » ne sont pas financés.
- ⁵⁴ La Libre Belgique. 28 juillet 2016. Il y a 10 000 lits d'hôpitaux en trop
- ⁵⁵ Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 289Bs. D/2017/10.273/43. Disponible: <https://www.kce.fgov.be/fr/publication/report/capacit%C3%A9-hospitali%C3%A8re-n%C3%A9cessaire-en-2025-et-crit%C3%A8res-de-la-ma%C3%A9trise-de-l%E2%80%99offre-po>
- ⁵⁶ <http://www.deblock.belgium.be/fr/plan-evidence-based-practice-les-soins-les-plus-ad%C3%A9quats-pour-chaque-patient>
- ⁵⁷ Halley des Fontaines V., Alla F. 2007. 1. Apprendre à décider : l'Evidence Based Public Health. Santé Publique Vol. 19. DOI : 10.3917/spub.070.0135. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-hs-page-135.htm>
- ⁵⁸ Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 289Bs. D/2017/10.273/43. Disponible: <https://www.kce.fgov.be/fr/publication/report/capacit%C3%A9-hospitali%C3%A8re-n%C3%A9cessaire-en-2025-et-crit%C3%A8res-de-la-ma%C3%A9trise-de-l%E2%80%99offre-po>
- ⁵⁹ Rechel B., Wright S., Barlow J., McKee M. 2010. Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows. Bulletin of the World Health Organization 2010;88:632-636. doi: 10.2471/BLT.09.073361. Disponible: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/09-073361/en/>
- ⁶⁰ Ettelt S., Nolte E., Thomson S., Mays N. 2008. International Healthcare Comparisons Network. Capacity planning in health care: A review of the international experience. Disponible: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/108966/E91193.pdf
- ⁶¹ Kumar A. et Schoenstein M., OECD Health Division. 2013. Managing hospital volumes : Germany and experiences from OED countries
- ⁶² Kumar A. et Schoenstein M., OECD Health Division. 2013. Managing hospital volumes : Germany and experiences from OED countries
- ⁶³ Kranklader E. Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts. Dossiers Solidarité et Santé ; 25, 2012. Disponible : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article25.pdf>
- ⁶⁴ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Netherlands: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283503-en>
- ⁶⁵ Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 289Bs. D/2017/10.273/43. Disponible: <https://www.kce.fgov.be/fr/publication/report/capacit%C3%A9-hospitali%C3%A8re-n%C3%A9cessaire-en-2025-et-crit%C3%A8res-de-la-ma%C3%A9trise-de-l%E2%80%99offre-po>
- ⁶⁶ European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Health Systems in Transition (HiT) profile of Denmark. Disponible: <http://www.hspm.org/countries/denmark27012013/livinghit.aspx>
- ⁶⁷ <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/257/aid/10696>
- ⁶⁸ <http://www.german-hospital-directory.com/#>
- ⁶⁹ <https://www.nhs.uk/service-search/Hip-replacement/Leeds/Results/5/-1.549/53.801/1374/12472?distance=25>
- ⁷⁰ Note annexe à la notification du budget des moyens financiers au 1er janvier 2018. Disponible : <https://www.>

health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/note_annexe_a_la_proposition_du_bmf_u_1er_janvier_2018.pdf

- ⁷¹ Ce concept concerne la sous-partie B2 (services cliniques) qui représente 42% de la totalité du BMF et dont la répartition entre hôpitaux est basée sur un système à points qui tient compte de l'activité justifiée, du volume et de la nature des prestations, de l'intensité de l'activité infirmière et d'autres indicateurs structurels et d'activité.
- ⁷² Il s'agit de 214 codes INAMI mentionnés dans la liste B de l'annexe 3.7. de l'Arrêté-Royal du 25/04/2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.
- ⁷³ Cette mesure ne concerne plus aujourd'hui que 99 lits inappropriés alors que le nombre était de 2 000 au moment de l'introduction de la mesure en 2002.
- ⁷⁴ Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R. Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 229Bs. D/2014/10.273/66. Disponible: <https://kce.fgov.be/fr/cadre-conceptuel-pour-la-reforme-du-financement-des-hopitaux>
- ⁷⁵ INAMI / SPF. Octobre 2017. Réforme du financement des hôpitaux. Le montant global prospectif par admission.
- ⁷⁶ <http://afc.chirurgie-viscerale.org/association-francaise-de-chirurgie>
- ⁷⁷ Instruction N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020. Disponible : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/10/cir_40158.pdf
- ⁷⁸ Chancellerie (IVS), Canton du Valais. Communiqué du 21 septembre 2017. Ambulatoire plutôt que stationnaire - Éviter des séjours hospitaliers non nécessaires.
- ⁷⁹ Le Webzine de la HAS, Magazine des bonnes pratiques, Organisation des soins, Pertinence des soins, 15 janvier 2018. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2818625/fr/pertinence-des-soins-les-professionnels-en-action
- ⁸⁰ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. 2017, 202 p. (2.1 Poursuivre le virage ambulatoire et l'adaptation des prises en charge en établissement)
- ⁸¹ Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Communiqué de presse du 25 Mai 2016 : « Maggie De Block lance un appel à projets pilotes sur l'hospitalisation à domicile ». Disponible : <http://www.deblock.belgium.be/fr/maggie-de-block-lance-un-appel-%C3%A0-projets-pilotes-sur-l%E2%80%99hospitalisation-%C3%A0-domicile>
- ⁸² FNEHAD, L'hospitalisation à domicile, une exception française ? - Monographies des systèmes d'HAD à l'étranger, Décembre 2016, 11 p.
- ⁸³ <http://www.chuv.ch/fr/chuv-home/patients-et-familles/deroulement-de-votre-sejour/hotel-des-patients/>
- ⁸⁴ Note d'information N° DGCS/SD3A/2017/306 du 27 octobre 2017 relative la diffusion du dossier technique prévu par la mesure 19 du Plan maladies neurodégénératives 2014-2019 (PMND) visant à promouvoir les formes d'habitat inclusif pour les personnes atteintes de maladie neurodégénérative, 48 p.
- ⁸⁵ Note de politique générale : soins de santé. 25/11/2014. Chambre des représentants de Belgique. Disponible : http://www.deblock.belgium.be/sites/default/files/articles/2014_11_25_Note%20de%20politique%20g%C3%A9n%C3%A9rale%20soins%20de%20sant%C3%A9_54K0588007.pdf
- ⁸⁶ Le Journal du Médecin. 1er février 2018. Réseaux hospitaliers : aucun timing imposé aux hôpitaux wallons. Disponible : <http://www.lejournaldumedecin.com/actualite/reseaux-hospitaliers-aucun-timing-impose-aux-hopitaux-wallons/article-normal-32721.html>
- ⁸⁷ Le Spécialiste. 30 janvier 2018. Réseaux hospitaliers : les hôpitaux flamands doivent sauter à l'eau pour ... le 15 février ! Disponible : <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/socio-professionnel/breaking-news-reseaux-hospitaliers-les-hopitaux-flamands-doivent-sauter-a-l-rsquo-eau-pour-hellip-le-15-fevrier.html>
- ⁸⁸ Le Journal du Médecin. 5 février 2018. Réseaux hospitaliers bruxellois: plutôt la concertation que la pression. Disponible : <http://www.lejournaldumedecin.com/actualite/reseaux-hospitaliers-bruxellois-plutot-la-concertation-que-la-pression/article-normal-32733.html>
- ⁸⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. Groupements hospitaliers de territoire (GHT). Les activités médicales et soignantes. Disponible : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/les-activites-medicales-et-soignantes>
- ⁹⁰ Medworxx An Aptean Company. 2016. Use of standardized clinical criteria improves patient flow and accelerates discharge. Disponible : <http://www.apteran.com/assets/pdfs/resources/documents/medworxx/APT-MW-Whitepaper-CC-EN.pdf>
- ⁹¹ Bate A. Briefing paper Number CBP 8190, 9 January 2018. Accountable Care Organisations. Disponible : <http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/CBP-8190>
- ⁹² Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Avril 2016. Recueil de fiches pratiques sur l'efficience hospitalière. Fiche 2-4 : La gestion des lits. Disponible: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-4_gestion_des_lits.pdf

- ⁹³ Medworxx An Apteian Company. 2016. Use of standardized clinical criteria improves patient flow and accelerates discharge. Disponible : <http://www.apteian.com/assets/pdfs/resources/documents/medworxx/APT-MW-Whitepaper-CC-EN.pdf>
- ⁹⁴ Medworxx An Apteian Company. 2016. Use of standardized clinical criteria improves patient flow and accelerates discharge. Disponible : <http://www.apteian.com/assets/pdfs/resources/documents/medworxx/APT-MW-Whitepaper-CC-EN.pdf>
- ⁹⁵ Proudlove N., Boaden R and Jorgensen J. 2007. Developing bed managers : the why and the how. *Journal of Nursing Management* 15:1, 34-42 Disponible : http://www.academia.edu/29501713/Developing_bed_managers_the_why_and_the_how
- ⁹⁶ Medworxx An Apteian Company. 2016. Use of standardized clinical criteria improves patient flow and accelerates discharge. Disponible : <http://www.apteian.com/assets/pdfs/resources/documents/medworxx/APT-MW-Whitepaper-CC-EN.pdf>
- ⁹⁷ Audit Commission. 1992. Lying in wait: the use of medical beds in acute hospitals, Audit Commission, London
- ⁹⁸ Proudlove N., Boaden R and Jorgensen J. 2007. Developing bed managers : the why and the how. *Journal of Nursing Management* 15:1, 34-42 Disponible : http://www.academia.edu/29501713/Developing_bed_managers_the_why_and_the_how
- ⁹⁹ NHS Salisbury. NHS Foundation Trust. Clinical Management : Bed Management Policy. 2018. Disponible : <http://www.icid.salisbury.nhs.uk/ClinicalManagement/OperationalIssues/Pages/BedManagementPolicy.aspx>
- ¹⁰⁰ Disponible : <http://www.anap.fr/les-projets/diffuser-a-grande-echelle-la-culture-et-les-outils-de-la-performance/detail/actualites/programme-national-de-gestion-des-lits/>
- ¹⁰¹ Matray J. 2008. Créer un service de médecine polyvalente au centre hospitalier de Dole : pertinence, limites et préconisations, 66 p.
- ¹⁰² Patterson L. Kings Fund, Wrong bed wrong ward, December 2012. Disponible : <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/linda-patterson-wrong-bed-wrong-ward-poor-transitional-care-patient-outcomes-kingsfund-dec12.pdf>
- ¹⁰³ State of health in the EU : Country Profile 2017 – Denmark, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Disponible : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283343-en>
- ¹⁰⁴ State of health in the EU : Country Profile 2017 – United Kingdom, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Disponible : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283589-en>
- ¹⁰⁵ Circulaire DHOS N° 195 /DHOS/O1/2003 du 16 avril 2003, relative à la prise en charge des urgences
- ¹⁰⁶ Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique
- ¹⁰⁷ R Wachter, L. Goldman. 1996. The Emerging Role of "Hospitalists" in the American Health Care System. *N Engl J Med* 1996; 335:514-517. DOI: 10.1056/NEJM199608153350713
- ¹⁰⁸ Même si les deux rôles sont favorables à l'efficacité des séjours et au raccourcissement des DMS, il existe une confusion conceptuelle entre « médecin hospitaliste » (généraliste formé aux spécificités des soins hospitaliers aigus) et « attending physician » (médecin spécialiste aguerri dédié à temps plein et de manière continue dans la semaine à la gestion des patients d'une unité de soins aigus)
- ¹⁰⁹ Wachter RM. The hospitalist field turns 15: new opportunities and challenges. *J Hosp Med* 2011;6:E1-4
- ¹¹⁰ Kirthi V., Temple R., Patterson L. Inpatient care: should the general physician now take charge? *Clinical Medicine* 2012, Vol 12, No 4: 316-19. Disponible : <http://www.clinmed.rcpjournals.org/content/12/4/316.full.pdf+html>
- ¹¹¹ The Royal College of Physicians of London. Future Hospital Commission UK. Future Hospital : caring for medical patient. 2013. Disponible : <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/future-hospital-commission>
- ¹¹² Timmermans M, van Vught A., Wensing M., Laurant M. The effectiveness of substitution of hospital ward care from medical doctors to physician assistants: a study protocol. *BMC Health Services Research* 2014 14:43. Disponible : <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-43>
- ¹¹³ The American Institute of Architects Academy of Architecture for Health. Guidelines for Design and Construction of Healthcare Facilities. Disponible: <https://www.fgiguilines.org/wp-content/uploads/2016/07/2006guidelines.pdf>
- ¹¹⁴ Dowdeswell B., Erskine J., Heasman M. 2004. Hospital ward configuration determinants influencing single room provision. A Report for NHS Estates by the European Health Property Network. Disponible : www.pcpd.scot.nhs.uk/PDFs/EUHPN_Report.pdf
- ¹¹⁵ Cullinan K., Wolf M. 2010. The Patient Room: what is the ideal solution?. Disponible : <http://iwsp.human.cornell.edu/files/2013/09/The-patient-room-what-is-the-ideal-solution-26h3eox.pdf>
- ¹¹⁶ Ulrich R. Effects of Single vs. Multi-bed Accommodation on Outcomes. 2007.

- ¹¹⁷ Lawson B., Phiri M. 2004. The benefits of single rooms' provision and their impact on staff and patient health outcomes within the NHS in England. Interim Study Report for NHS Estates
- ¹¹⁸ Accord National Médico-Mutualiste 2018-2019. 19 décembre 2017
- ¹¹⁹ Boldt-Christmas O., Dimson J., Kloss C. Supply and demand strategies for lowering spending on hospitals.
- ¹²⁰ Ministère des Affaires sociales et de la Santé français, Communiqué de presse de Marisol Touraine, 10 février 2017
- ¹²¹ Anne Quito. 12 Novembre 2015. Quartz Media. In Scandinavia, « patient hotels » provide an alternative to hospitals
- ¹²² Rigshospitalet. 2015. Rigshospitalet opened its new patient hotel on Friday. Disponible : <https://www.rigshospitalet.dk/praktisk-information/dit-ophold/patienthotellet/Sider/default.aspx>
- ¹²³ State of health in the EU : Country Profile 2017 – Denmark, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Disponible : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283343-en>
- ¹²⁴ Direction Générale de la Cohésion Sociale, Circulaire du 27 octobre 2017 – Mesure 19 du Plan Maladies Neuro-Dégénératives
- ¹²⁵ Mot E., ENEPRI Research Report n°90. 2010. The long-term care system for the elderly in the Netherlands. Disponible : http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/LTCSYSTEMinThe%20Netherlands_RR90.pdf
- ¹²⁶ Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Avril 2016. Recueil de fiches pratiques sur l'efficience hospitalière. Fiche 2-4 : La gestion des lits. Disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-4_gestion_des_lits.pdf
- ¹²⁷ Waring J., Marshall F., Bishop S., et al. Health Services and Delivery Research, No. 2.29. 2014. An ethnographic study of knowledge sharing across the boundaries between care processes, services and organisations: the contributions to 'safe' hospital discharge. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK259995/>
- ¹²⁸ Department of Health. Ready to go? Planning the discharge and the transfer of patients from hospital and intermediate care. Disponible : https://www.thinklocalactpersonal.org.uk/_assets/Resources/Personalisation/EastMidlands/PandEI/Ready_to_Go_-_Hospital_Discharge_Planning.pdf
- ¹²⁹ Lettre d'information de la HAS n° 41. Octobre 2014. Sortie d'hospitalisation : continuité des soins et sécurité du patient. Dossier « Qualité de vie au travail : les outils de la HAS ». Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1766628/fr/sortie-d-hospitalisation-continuite-des-soins-et-securite-du-patient
- ¹³⁰ The Queen's Nursing Institute (QNI). 2016. Discharge planning – Best practice in transitions of care. Disponible : https://www.qni.org.uk/wp-content/uploads/2016/09/discharge_planning_report_2015.pdf
- ¹³¹ NHS Improvement. Rapid Improvement Guide to: Red and Green Bed Days. Disponible : <https://www.england.nhs.uk/south/wp-content/uploads/sites/6/2016/12/rig-red-green-bed-days.pdf>
- ¹³² Agence Nationale d'Appui à la Performance. Disponible : <http://gestion-des-lits.anap.fr/publication/1474-gestion-des-lits-vers-une-nouvelle-organisation-tome-2-mise-en-oeuvre-et-bilan/2047-fiche-7-renseigner-des-la-programmation-et-faire-vivre-la-duree-previsionnelle-de-sejour-par-les-praticiens>
- ¹³³ En Belgique, il est à noter que le concept de trajet de soins utilisé par l'INAMI vise à « organiser et coordonner la prise en charge, le traitement et le suivi d'un patient avec une maladie chronique ». Or, les modèles de soins intégrés spécifiques à la gestion des maladies chroniques font l'objet de développements ultérieurs. <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/Pages/trajets-de-soins.aspx#.WnLZHajiY2w>
- ¹³⁴ Mc Kinsey. 2011. Using care pathways to improve health systems. Disponible : https://healthcare.mckinsey.com/sites/default/files/784420_Using_Care_Pathways_to_Improve_Health_Systems.pdf
- ¹³⁵ Agence Nationale d'Appui à la Performance. Programme national de gestion des lits, Optimiser le parcours des patients à l'hôpital
- ¹³⁶ Mc Kinsey. 2010. Supply and demand strategies for lowering spending on hospitals
- ¹³⁷ Medworxx An Aptean Company. 2016. Use of standardized clinical criteria improves patient flow and accelerates discharge. Disponible : <http://www.apteran.com/assets/pdfs/resources/documents/medworxx/APT-MW-Whitepaper-CC-EN.pdf>
- ¹³⁸ <https://www.gesundes-kinzigtal.de/gesund-es-kinzigtal-im-ueberblick/>
- ¹³⁹ Rechel B., Wright S., Barlow J., McKee M. 2010. Hospital capacity planning : from measuring stocks to modelling flows. Bulletin of the World Health Organization ; 88:632-636. Disponible : <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/09-073361/en/>
- ¹⁴⁰ Mc Kinsey. 2011. Using care pathways to improve health systems. Disponible : https://healthcare.mckinsey.com/sites/default/files/784420_Using_Care_Pathways_to_Improve_Health_Systems.pdf
- ¹⁴¹ Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Disponible : http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
- ¹⁴² www.integreo.be et https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/kb_geintegreerde_zorg.pdf
- ¹⁴³ Haute autorité de Santé (HAS). 2014. Note méthodologique et de synthèse documentaire : Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ?
- ¹⁴⁴ Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des Femmes. 2016. Loi de Modernisation de notre Système

de Santé – Dossier de presse, 28 janvier 2016

- ¹⁴⁵ Emmanuel Dudoignon, L'ajustement capacitaire comme levier dans l'élaboration du projet d'établissement, Décembre 2015
- ¹⁴⁶ Haute Autorité de Santé. Dossier de presse. 15 mai 2012. Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1247611/fr/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalisés-pour-les-malades-chroniques
- ¹⁴⁷ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Austria: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283268-en>
- ¹⁴⁸ Competence Center Integrierte Versorgung. Disponible: <http://www.cciv.at/portal27/ccivportal/content?contentid=10007.678425&portal:componentId=gtn258134f7-a244-4c1a-8383-0ce39ffb0354&viewmode=content>
- ¹⁴⁹ State of health in the EU : Country Profile 2017 – United Kingdom, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Disponible : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283589-en>
- ¹⁵⁰ Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). Diffusion du projet collaboratif INSPIRED relatif à la MPOC. Disponible : <http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/recent-programs/inspired-approaches-to-copd>
- ¹⁵¹ FCASS. 23 janvier 2018. La santé nous habite : la transition vers des soins de proximité pour les patients souffrant d'une maladie chronique réduit considérablement le nombre d'hospitalisations. Disponible : <http://www.fcass-cfhi.ca/NewsAndEvents/NewsReleases/NewsItem/2018/01/23/home-is-where-the-health-is>
- ¹⁵² OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Germany: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283398-en>
- ¹⁵³ <https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/fr/mission>
- ¹⁵⁴ European Commission. 2014. Green Paper on mobile health ("mHealth"). Disponible : <https://ec.europa.eu/digital-single-market/news/green-paper-mobile-health-mhealth>
- ¹⁵⁵ State of health in the EU : Country Profile 2017 – United Kingdom, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Disponible : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283589-en>
- ¹⁵⁶ <https://sctt.org.uk/>
- ¹⁵⁷ <https://mipih.fr/>
- ¹⁵⁸ State of health in the EU : Country Profile 2017 – Denmark, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Disponible : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283343-en>
- ¹⁵⁹ Danish Ministry of Health. April 2012. eHealth in Denmark. eHealth as a part of a coherent Danish health care system. Disponible : https://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2012/Sundheds-IT/Sundheds_IT_juni_web.ashx
- ¹⁶⁰ Simon P. La Télémedecine et l'I.A. à l'heure des parcours de soins... Et si c'était possible ? Télémedecine : enjeux et pratiques. Février 2018.
- ¹⁶¹ Groupe de travail sur la télésurveillance médicale. Février 2018. Réflexion collective sur la télésurveillance médicale d'aujourd'hui en France et visions pour demain.

