

FaxMedica

Magazine d'information de l'Union Nationale des Mutualités Libres - décembre 2006

Et si ...



on essayait le
disease management ?

Mutualités
Libres

www.mloz.be

Pharmacia



Sommaire

- ▶ Se moderniser ou périr **3**
- ▶ Des solutions plurielles face à un défi commun **4**
- ▶ Qu'est-ce que le disease management ? **6**
- ▶ L'importance des nouvelles technologies **8**
- ▶ Le MG comme coach **11**
- ▶ L'importance de la « datanurse » **12**
- ▶ Vers un MAF médical **13**
- ▶ S'investir dans le dépistage et le traitement précoces des maladies chroniques **16**

Editeur responsable : Pascal Mertens
Rédacteur en chef : Nicolas de Pape
Responsable pré-press : Luc De Weireld

Traductions : Anna-Maria Mathues, Jenny Vanmaldeghem

Ont contribué à ce numéro : Dr Philippe Drabs et
Jan Van Emelen, Piet Van Eenoooghe, Guillaume Vandermeersch,
Regina De Paepe, Chris Van Hul, Valérie Nys, Ann Ceuppens, Olivier Stoop

Images : Image Bank

Vos réactions à
nicolas.depapel@mloz.be

ou

Nicolas de Pape

Communication manager

Rue Saint-Hubert 19, 1150 Bruxelles

EDITORIAL



Se moderniser ou périr

Les dépenses 2006 en matière de soins de santé vont à nouveau vraisemblablement rester inférieures à l'objectif budgétaire fixé fin 2005.

Des marges (buffers) sont même officiellement libérées en prévision d'années plus difficiles en termes de maîtrise des dépenses.

Par ailleurs, certains prédisent même au secteur de la santé un avenir radieux. Il connaîtrait une vague d'innovations qui profiterait à tous les secteurs de l'économie. Mais il n'échapperait pas à la constitution d'un second pilier tandis qu'un panier de soins accessible à tous resterait financé sur ressources publiques.

Les tenants de cette hypothèse partent du principe qu'un système de soins entièrement financé par les cotisations sociales ou par l'impôt n'est pas tenable, dans un pays qui, comme la Belgique, concentre des taux élevés de taxation. D'autant que les dépenses de santé pourraient tripler d'ici 2020, dans les pays de l'OCDE, pour atteindre 10.000 milliards de dollars ; 16% du PIB y seraient consacrés dans les pays de l'OCDE, plus de 20% aux Etats-Unis .

Quelle que soit l'évolution du secteur, les Mutualités Libres sont totalement opposées à la privatisation des soins de santé. Là où elle est pratiquée, celle-ci n'a pas pu endiguer l'inflation des coûts tout en réduisant fortement l'accessibilité aux soins.

Pour autant, nous demeurons persuadés que, faute d'adaptation, notre système actuel risque précisément de ne pas échapper à une privatisation progressive que des financeurs de plus en plus impatients ne manqueront pas de réclamer. Les pressions récentes observées dans les instances de la Sécurité Sociale sont là pour le démontrer.

Or, confinés dans des marchés nationaux voire régionaux, confrontés à des problèmes très spécifiques, notre système de soins de santé conserve une approche très traditionnelle voire conservatrice face aux défis à venir.

Il nous appartient de lancer des pistes innovatrices qui permettent de maintenir une couverture sociale équivalente pour tous, tout en maintenant une médecine accessible et de qualité.

Le concept de disease management - auquel ce deuxième numéro de Fax Medica nouvelle mouture est consacré - pourrait être l'une de ces pistes.

Espérons qu'il suscitera en vous d'utiles réflexions.

Pascal Mertens
Directeur Général

Des solutions plurielles face à un défi commun

Il y a deux ans, PriceWaterhouseCoopers, la célèbre firme d'audit et de conseil, réitérait ses projections en matière de soins de santé grâce à une étude unique en son genre¹, fruit de la participation de centaines de professionnels issus de 27 pays dans le monde.

En tant que sondage, l'étude a les défauts de ses qualités. Mais elle confirme certaines craintes : les professionnels de santé appréhendent, d'ici 2020, une nouvelle croissance des coûts des soins de santé dans les pays développés. Ces coûts pourraient tripler, dévorant près de 16% du PIB² des pays de l'OCDE et même 21% du PIB des Etats-Unis.

Comment faire face à cette situation ? Quel est le sentiment des décideurs en santé dans le monde ? Comment voient-ils les choses quant à l'avenir des systèmes de soins ?

1. Il y a un large consensus, y compris dans les pays de tradition sociale, sur la nécessité de bâtir un système de santé fondé sur le partage des risques et des responsabilités entre organismes publics et privés fournissant une couverture maladie. Les personnes sondées refusent de reporter le coût croissant sur les générations futures en augmentant la dette. Et seule une minorité pense qu'un système essentiellement financé par l'impôt est viable ;
2. La transparence tant au niveau des dépenses que de la tarification est considérée comme essentielle pour maintenir les coûts sous contrôle. Aux Etats-Unis, les patients sont vus comme responsables des dérapages ; en Europe, on culpabilise plutôt les médecins. Mais, quoi qu'il en soit, la confiance des usagers et des professionnels passe par la transparence à tout niveau ;
3. Si les programmes de prévention et de gestion des épidémies sont considérés comme insuffisamment exploités, les campagnes de promotion de la santé sont vues comme n'ayant pas donné les résultats escomptés. Le manque de coordination des soins est identifié comme problème majeur ;
4. Devant l'exigence toujours plus grande des « consommateurs » de soins, les systèmes de soins dans lesquels les médecins sont rémunérés à la performance (Pay For Value) apparaissent comme une solution. Or, les hôpitaux ne seraient pas à même de satisfaire ces nouvelles exigences. En contrepartie, le patient doit participer davantage à la gestion des coûts.
5. Les technologies de l'information sont vues comme essentielles pour mieux coordonner les soins et réduire les coûts. Mais elles ne suffiront pas elles seules et ont peu de chance de rétablir la confiance des patients. En outre, elles n'amélioreront pas nécessairement la sécurité de ceux-ci ;

Une vision partagée

Le consultant plaide donc pour que les frontières s'estompent entre organisme d'assurance maladie, entreprise de biotechnologie, industrie pharmaceu-

tique, fournisseur de soins, etc. Il est important que l'ensemble de ces acteurs envisage une plus grande collaboration à l'avenir ou, à tout le moins, que l'on tende vers une approche plus horizontale des problèmes.

Un système « durable » (« sustainable ») pourrait avoir, selon PWC, les caractéristiques suivantes. Elles constituent incidemment autant de défis :

1. La recherche d'une vision partagée par les acteurs dont question ;
2. Une infrastructure informatique robuste ;
3. Un ajustement des systèmes « d'incitation » veillant à l'accessibilité des soins mais dans un contexte de responsabilisation ;
4. Une standardisation de la qualité des services et la sécurité des consommateurs ;
5. Une répartition stratégique des ressources veillant à la fois à la mise en concurrence et à la maîtrise des coûts ;
6. Un climat propice à l'innovation ;
7. Des structures de soins et des acteurs plus flexibles et davantage tournés vers le patient et ses besoins ;

A cet égard, chaque pays offre un panorama différent et des solutions diverses. Il est inutile de vouloir plaquer un système sur un autre : les Belges, différents entre eux, ne sont pas des Danois ou des Américains.

Mais prise isolément, chacune de ces solutions peut servir d'inspiration.

C'est résolument vers ce type de réflexion que les Mutualités Libres ont choisi d'aller. ■

¹ « HealthCast 2020 : Créer un future durable », op. cité.

² Un peu plus de 10% en Belgique en 2005.

³ Avec certaines réserves : lire « Kiwi à la Demotte, pourquoi nous avons dit non » sur www.mloz.be



Les Mutualités Libres sont en dialogue constructif avec c

Le futur se conjugue aux Mutualités Libres

Qu'avons-nous déjà réalisé ? Que pourrions nous lancer à l'avenir ?

Voici quelques exemples de bonnes pratiques adaptées à la Belgique :

1. Travailler ensemble au-delà du cadre sectoriel et territorial traditionnel

Les Mutualités Libres sont demanderesse de développer un dialogue constructif, win/win en somme, avec d'autres acteurs de soins (assureurs privés, industrie pharmaceutique) mais dans le respect des spécificités de chacun, ce qui implique, pour les organismes assureurs, qu'on leur reconnaisse le know-how qui est le leur dans l'assurance maladie. Les Mutualités Libres appellent depuis longtemps à construire des partenariats avec les prestataires plutôt que l'opposition un peu stérile qui a caractérisé ces cinquante dernières années. C'est le cas également en matière d'assurance hospitalisation.

Le 6 juin dernier, Pascal Mertens, directeur général des Mutualités Libres, interrogé sur l'article 43ter qui consacre la séparation totale entre le

monde des assureurs privés et la sphère mutualiste, s'est positionné en faveur d'une adaptation de ce carcan.

« Notre communauté est devant des défis importants : vieillissement de la population, nouvelles technologies... Si demain, nous voulons continuer à offrir à nos membres l'accessibilité aux soins du futur, une collaboration s'impose. Les organismes assureurs sont des spécialistes en santé, les assureurs le sont dans le domaine des assurances. Les assureurs disposent également d'un capital considérable. Un partenariat me semble donc souhaitable. Mais à des conditions strictes : le respect

mutuel pour les valeurs de chacun. Les assureurs commerciaux doivent impérativement renoncer à leurs taux de rentabilité observés sur d'autres produits s'ils veulent un jour, jouer un rôle dans le secteur des assurances complémentaires soins de santé. »

2. Utiliser la réglementation pour encourager et renforcer la concurrence.

Les Mutualités Libres sont ferventes du développement de l'assurance complémentaire, secteur par excellence pour lancer des produits innovants de façon plus souple et rapide mais qui pourront ensuite être intégrés dans l'assurance obligatoire. Les ML ont soutenu toutes les initiatives – notamment Kiwi soft³ – renforçant le jeu du marché en matière de médicaments. A cet égard, il conviendrait sans doute de jouer davantage sur les prix des molécules encore sous brevet et non d'abaisser sans cesse le prix des médicaments hors-brevet qui empêchent l'industrie générique de décoller ou précipitent sa chute.

3. Organiser les soins autour du patient

Les Mutualités Libres ont été à la base, lors des Dialogues Santé en 2004, du lancement en Belgique de l'idée des trajets de soins, idée largement reprise par d'autres ensuite. Nous y revenons largement dans les pages suivantes.

4. Se rapprocher des patients

Les Mutualités Libres encouragent le développement des soins à domicile. Que ce soit à la sortie de l'hôpital dans un contexte de durée de séjour raccourcie ou d'hospitalisation « One day » ou, plus particulièrement, dans un contexte de vieillissement de la population, les soins à domicile doivent être développés.

Ils permettent, dans ce contexte, de maintenir les plus âgés au domicile et leur éviter les difficultés de l'hospitalisation voire l'entrée précoce en maison de retraite.

Les soins à domicile coûtent souvent moins cher qu'intra-muros et exigent précisément une approche multidisciplinaire. Il convient de prévoir des taux de remboursement qui encouragent de tels soins plutôt que les structures qui les coiffent.

5. Responsabiliser les usagers quant aux coûts

La solidarité responsable est un des piliers de la philosophie des

Mutualités Libres. Elle implique la prise en main par le patient de sa santé et des coûts qu'il génère. Surveiller son poids et son alimentation sont les conseils que nous donnons à nos affiliés. Les plateformes diabète et obésité (lire pages 16 à 18) s'inscrivent également dans cette philosophie.

6. Afficher les prix, faire apparaître les coûts

Aux Mutualités Libres, nous pensons que nous n'échapperons pas à la nécessaire comparaison des coûts et des prix tant pour les hôpitaux que les autres acteurs, nous y compris. Pourquoi ne pas publier les performances et les contre-performances des hôpitaux ? Un taux anormal d'erreurs médicales ? La durée d'attente avant telle intervention (comme aux Pays-Bas) ? La qualité de l'accueil ? Souvenons-nous qu'un Prix de l'Humanisation des hôpitaux avait été créé à cet égard par Intra-Muros, un magazine consacré au secteur hospitalier.

Par ailleurs, nous prenons un soin particulier à envoyer notre rapport annuel – ainsi que celui d'Hospitalia – affichant une rare transparence.

7. Faire du bien-être le mode de vie idéal

Les Mutualités Libres ont insisté (et insisteront) sur l'importance de l'alimentation comme préalable à l'alternative éventuelle aux coûteux médicaments pour être et demeurer en bonne santé.

8. Former le personnel aux nouvelles technologies

Souci permanent des Mutualités Libres, la formation mais aussi l'acceptation aux nouvelles technologies est une des pistes pour un système de soins plus performant. L'impact de la technologie bien pensée permet d'éviter des thérapies coûteuses et de prévenir des complications.

Autant de réformes et de pistes que les Mutualités Libres appellent de leurs vœux et qui prennent corps graduellement, en dépit d'obstacles nombreux posés par certaines forces conservatrices. ■



manderesses de développer l'autres acteurs de soins...

Qu'est-ce que le Disease Management ?



Le Disease Management remet en cause le cloisonnement actuel. C'est un concept à la fois transversal et local alors que notre système est plutôt cloisonné.

Plusieurs définitions du disease management coexistent, mais toutes se rejoignent. Une définition simple, parmi d'autres :

« Le Disease Management (DM) est un processus dans lequel les diverses parties prenantes (patients, prestataires et organismes assureurs) se mettent d'accord sur les standards à suivre en matière de prévention, diagnostic, traitement d'une affection ainsi que sur les moyens financiers qui doivent être mobilisés pour répondre à ces standards. »

Ceci implique que le DM comprend des programmes de gestion par pathologie, structurés autour de patients et réunissant les professionnels de la santé dans une approche multidisciplinaire et transversale. Un programme de DM implique donc « une coopération entre chaque acteur de la chaîne de valeur de santé. Il est fondé sur la collecte, le partage et l'application de l'information. Les technologies Internet apparaissent comme le support privilégié de ces programmes ».

Le DM est en quelque sorte la gestion, basée sur des standards de qualité, de l'histoire naturelle du développement d'une maladie de son origine à sa guérison ou au décès du patient.

Il s'agit donc d'une approche globale, holistique, s'adressant prioritairement à des affections chroniques et, de préférence, dont la prise en charge montre des variations de pratiques individuelles importantes.

Approche pro-active

Cette vision a montré son efficacité en matière d'amélioration du suivi des affections chroniques. L'adhésion des prestataires aux standards de prise en charge et le suivi des recommandations de bonne pratique se sont également améliorés tout comme la connaissance, par le malade, des divers éléments touchant son affection.

L'approche ainsi obtenue se veut plus « pro-active » – elle tente d'anticiper d'éventuelles complications –, que « réactive » face à des complications déjà apparues.

Résumons-nous. Les facteurs clés du DM englobent :

- ▶ une vue holistique des soins : multidisciplinaire, incluant la totalité d'un parcours, depuis la prévention jusqu'aux aspects curatifs et l'éventuelle réadaptation fonctionnelle;
- ▶ une approche intégrée, coordonnée des soins;
- ▶ une cible bien définie (diabète, par exemple);
- ▶ une attitude pro-active et responsabilisante;
- ▶ des recommandations de bonne pratique définissant des protocoles de prise en charge;
- ▶ un soutien technologique per-

mettant l'échange et le partage d'informations;

- une amélioration continue du processus.

Cette gestion doit déboucher sur une qualité des soins maximale pour un coût acceptable économiquement et socialement. Il ne s'agit donc pas d'écraser les coûts mais d'obtenir le meilleur rapport qualité/prix.

Approche médicalisée

Répetons-le : le DM n'est pas une méthode d'économies mais une manière d'assurer un rapport qualité-prix optimal. C'est une manière de passer d'une maîtrise comptable des dépenses à une maîtrise médicalisée.

C'est un concept radicalement différent du Managed Care dans lequel le médecin doit vérifier, si son patient est assuré avant de prescrire une thérapie.

Toutefois, à l'origine, les sociétés de Managed Care se sont fort intéressées au DM. Ensuite, cette notion a été reprise avec une optique plus sociale dans divers programmes de Santé à travers le monde. L'approche belge est également basée sur un aspect intégrant essentiellement la qualité du suivi des patients.

Dans tous les cas, la maîtrise médicalisée incarnée par le DM implique une décentralisation de l'organisation de soins basée sur l'observation des besoins du patient au niveau local. Elle remet en cause le cloisonnement actuel et initie une véritable révolution copernicienne puisque ce concept est à la fois transversal et local alors que notre système est plutôt cloisonné.

Et en Belgique ?

Dans notre système belge, le DM s'assimile à la notion de trajets de soins ou, au niveau hospitalier, de Clinical Pathway.

En ambulatoire, il s'adressera essentiellement aux patients chroniques dont la prise en charge est multidisciplinaire.

Dans le cadre des trajectoires de soins discutées au niveau de la CNMM (Commission nationale médico-mutualiste), nous en sommes à une conception conjointe entre prestataires de soins concernés et organismes de financement (INAMI et organismes assureurs, représentant aussi leurs assurés).

Deux trajets de soins sont en discussion à l'INAMI concernant les patients diabétiques et les insuffisants rénaux.

Mais on peut déjà considérer les conventions INAMI sur le diabète, soit la possibilité pour un patient reconnu

comme diabétique d'obtenir une aide en matière de tigettes, seringues, infirmières etc., et le Passeport du Diabète comme des embryons, bien imparfaits encore, de DM.

De même, bien sûr – nous y reviendrons –, les initiatives des Mutualités Libres en vue d'une approche globale de l'autorisation de remboursement du patient complexe (MAF médical) ou leurs Plateformes maladies chroniques.

Une responsabilité partagée

L'approche des trajets de soins décrite est valable tant en ambulatoire, en milieu hospitalier que dans un contexte transmural ; tant dans un système privatisé que public. Elle implique une responsabilisation de tous les acteurs, y compris bien entendu le médecin généraliste particulièrement impliqué dans l'initiation, la motivation et le suivi de ces trajets de soins.

Partenariat

Le mensuel Minerva³ rapporte l'expérience réussie d'un suivi téléphonique assuré par l'infirmière en ce qui concerne les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique stable. Des suivis infirmiers de ce type ont été également expérimentés pour les diabétiques de type 2. « *Des pistes nouvelles pour l'accompagnement de ces nombreux patients chroniques doivent être dessinées, conclut Minerva. Un partenariat patient-généraliste-infirmière est une de ces pistes avec une collaboration possible du pharmacien et d'autres intervenants.* »

Le patient, quant à lui, devient progressivement pro-actif par rapport à sa santé.

Il est en effet informé de plus en plus rapidement des avancées technologiques, devient critique et exigeant, mais est aussi amené à contribuer de sa poche, de manière de plus en plus importante, au maintien ou au rétablissement de sa santé.

Dès lors, le patient va de plus en plus exiger d'être exactement informé sur son trajet de soin et l'impact sur sa santé, ainsi que sur les alternatives existantes et le coût. Ce dernier élément

touche à ce qu'on appelle le « Consumer driven health »

Dans ce contexte, le DM ne prend pas le patient par la main mais le guide à travers le dédale des soins, en le responsabilisant.

Efficacité en matière de qualité et de coûts ?

On a vu que la baisse des coûts n'est pas l'objectif recherché. En revanche, la notion de « consumer driven health » est à rapprocher d'une autre notion qui est celle du « pay for value ». Notion que nos politiques et les organismes assureurs, par ailleurs, se doivent d'intégrer en permanence dans leurs réflexions : que sommes-nous prêts à payer et pour quoi ?

La littérature semble montrer que l'approche du DM amène une meilleure garantie de qualité dans la prise en charge et son suivi.

Il semble, cependant, très difficile de démontrer objectivement, à moyen et long termes, si les coûts liés à cette approche seront équivalents, moindres ou plus élevés, pour une qualité au moins équivalente et de préférence améliorée. Ceci est dû soit à des carences dans les analyses réalisées (pas de mesures des coûts, périodes étudiées trop courtes, ...) soit à des difficultés méthodologiques empêchant de comparer diverses études entre elles dans la littérature.

Pour les mêmes raisons (études trop courtes ou indicateurs non analysés), la littérature ne montre pas d'effets clairs sur la mortalité ou la qualité de vie.

Cette carence d'information claire et objective n'implique pas l'absence d'effets positifs sur les coûts, la mortalité ou la qualité de vie, mais découle simplement d'études insuffisamment développées à ces sujets. C'est certainement une opportunité en Belgique. En effet, notre pays est particulièrement bien placé, grâce à son approche concertative et sa nomenclature analytique des prestations de santé, pour pouvoir évaluer cette notion d'outcome (résultats).

Il ne s'agit pas d'inférer que si les coûts sont plus élevés, le système doit être abandonné. Il s'agit simplement d'évaluer la nouvelle approche basée sur le rapport coût-qualité et d'en tirer les enseignements afin d'améliorer, sans cesse, notre système de santé et de le maintenir accessible à tous et, en particulier, aux plus démunis, financièrement ou sur le plan médical. ■

L'importance des nouvelles technologies

L'approche holistique ou globale du patient dont on a parlé dans le cadre de la définition du disease management (lire pages 6 et 7), implique, en particulier dans le cadre des maladies chroniques, une connaissance clinique du malade ainsi que de son environnement socio-familial et professionnel mais aussi une appréhension précise des aspects scientifiques liés à la pathologie concernée et aux trajets de soins conseillés.

Partager des données utiles et nécessaires

Dans la prise en charge d'un patient, surtout complexe, l'aspect multidisciplinaire, dans lequel médecins, généralistes et spécialistes, mais aussi para-médicaux et parfois intervenants sociaux interviennent, joue un rôle essentiel.

Cette nécessité met en évidence l'intérêt d'un dossier médical partagé entre les acteurs concernés et pour les domaines qui les concernent. Le médecin généraliste doit avoir une vision globale et complète des informations, le tout dans les règles liées à la législation sur la protection de la vie privée.

Qui dit accessibilité partagée et réglée dit dossier médical informatisé (DMI), utilisant un langage commun et implique la gestion des accès aux données (en partie) partageables.

L'information pour prendre ses décisions en connaissance de cause

La médecine évolue très rapidement. Les articles scientifiques foisonnent. Les nouvelles technologies se développent à profusion. Les professionnels de la santé sont débordés d'information dont la validité, immédiate ou à long terme, peut poser problème.

En outre, Internet et l'e-médecine s'ouvrent aussi à de plus en plus de patients.

Il devient essentiel de permettre aux uns et aux autres d'accéder à des informations de qualité et impartiales.

Si les professionnels de la santé disposent déjà d'outils propres pour la recherche d'articles spécialisés, il manque essentiellement une capacité de vérifier précisément le niveau de preuve de ces articles. Un site comme le CEBAM (Belgian Center for Evidence-Based Medicine - www.cebam.be) répond, notamment, à ce besoin et devrait aider les professionnels à répondre aux questions des patients, des questions souvent critiques et parfois revendicatives quant à l'usage d'une nouvelle technologie médicale.

Pour le patient, confronté à une information souvent pseudo-scientifique, la vérité est plus difficile à trouver. Une piste pourrait être la mise à disposition par des organismes indépendants d'information validée.

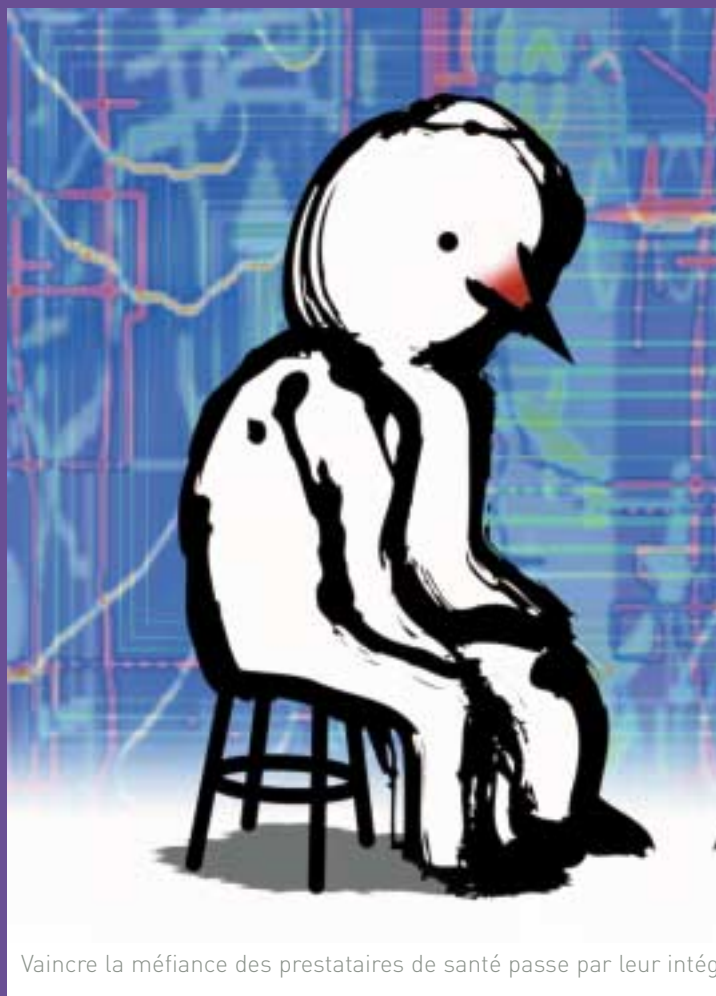
Informé mais aussi simplifier la vie de chacun

Ces activités de recherche d'information et de discussion constructive avec les patients ne seront possibles pour les prestataires qu'en allégeant leur charge de travail à travers une simplification administrative qui les amènerait, par exemple, à communiquer avec les organismes assureurs par voie électronique (lire ci-dessous : Carenet et My Carenet).

Cette simplification vaut également pour la législation et les conditions d'accès à ces informations partagées. Ceci doit reposer sur un contrat de confiance entre les partenaires.

Ce partage de données utiles à tous et venant de toutes les parties concernées, avec, répétons-le, des accès différenciés, permettrait de faire évoluer positivement notre système de soins mais aussi de transformer l'activité de contrôle systématisé des instances compétentes vers une approche d'évaluation a posteriori plutôt qu'a priori, vers une approche statistique plutôt que « au cas par cas ».

Quant au patient, il conviendra de lui permettre d'accéder tant



Vaincre la méfiance des prestataires de santé passe par leur intérog

et de l'e-santé

à des informations personnelles que scientifiques, qu'il peut sélectionner en fonction de ses besoins propres au départ d'une application Web en lien avec son médecin généraliste.

E-santé et données techniques médicales

D'autre part, le développement de l'e-médecine et des technologies de communication devrait permettre un suivi plus aisé des pathologies et à distance : glycémies à domicile, tension artérielle, VEMS (Volume expiratoire maximum seconde),... permettant au secteur thérapeutique une intervention rapide et ad hoc.

Disease Management : communiquer, partager et améliorer

Le dossier partagé est l'élément clé de ce processus coordonné.

La littérature semble mettre en évidence une amélioration de la qualité des soins en termes de prise en charge coordonnée aux travers de trajets de soins mais il ne semble pas y avoir d'informations précises sur les « outcomes » (résultats), que

ce soit en matière d'efficacité médicale à long terme (mortalité par exemple) ou en ce qui concerne les aspects financiers.

L'analyse conjointe des données médicales et de facturation ainsi que le suivi de la situation clinique des patients (par exemple les complications et les coûts liés) sont des éléments essentiels pour assurer la pérennité de cette approche.

A ce niveau, une collaboration étroite entre prestataires et organismes assureurs, sur base de données anonymisées, devient essentielle. Mais ceci implique l'utilisation d'un langage commun, structuré et des échanges informatisés. C'est l'objet des initiatives lancées, notamment, par les Mutualités Libres. ■

De (My)CareNet à Be.Health : associer les prestataires de soins

Les échanges électroniques de données médicales suscitent la méfiance depuis quelques années, notamment dans le corps médical. Mais la situation est en train de changer. L'IRDM (Institut de recueil de données médicales), initiative médicale, démontre que les médecins prennent conscience de la nécessité d'avoir une banque de données large et complète. Les autorités sont acquises à l'idée que, sans données fiables, aucune politique de santé cohérente ne peut être menée. Si le rêve de posséder une gigantesque « Matrix » dans laquelle toutes les données de santé seraient dûment répertoriées relève encore de la science-fiction, la méfiance des prestataires ne pourra de toute façon pas être levée sans une participation pleine et entière de ceux-ci au système.

C'est la philosophie choisie par les Mutualités Libres, qui travaillent, avec d'autres, aux concepts de CareNet et MyCareNet.

De quoi s'agit-il ?

CareNet est un système d'échanges électroniques sécurisés entre organismes assureurs (OA) et hôpitaux.

Depuis le 1er juillet 2006, l'ensemble des hôpitaux belges envoient électroniquement les documents 721, 723 et 727, soit : l'ouverture, la prolongation et la fermeture d'une hospitalisation.

Ces hôpitaux évitent ainsi les échanges papiers desdits documents.

CareNet brasse également électroniquement les factures et les décomptes. Tout le monde en profite : les hôpitaux qui ont adhéré à l'ensemble du système sont également dispensés du détail des factures individuelles des patients (c'est ce que nous appelons la suppression facture papier) et les services administratifs des OA en sont déchargés.

De CareNet à MyCareNet

Le système actuel d'échange avec les hôpitaux fonctionne



ration dans les processus décisionnels.

bien. Mais il repose sur un logiciel et une infrastructure assez lourds qui sont loin de convenir aux centaines de milliers de prestataires individuels qui pourraient participer au système, puisque tel est le but in fine.

La solution passe par un système plus souple qui puisse être utilisé par tous : « MyCareNet ».

MyCareNet, même s'il vise à terme les prestataires individuels dans leur ensemble, souhaite travailler dans un premier temps avec les infirmières. Celles-ci envoient actuellement environ 10.000 disquettes magnétiques reprenant les facturations à domicile de leurs services, essentiellement en tiers-payant. MyCareNet permettrait à chaque infirmière de demander l'assurabilité de sa patientèle, d'obtenir un engagement de paiement sur celle-ci, de transmettre la facturation en mode électronique et de recevoir les fichiers de décomptes et de rejets. On envisage également d'y introduire d'autres notions nécessaires à l'activité quotidienne des infirmières telles que les données de l'échelle de Katz (échelle d'évaluation de la perte d'autonomie utilisée pour attribuer les forfaits de dépendance).

Ces éléments, aujourd'hui encore à l'état embryonnaire, font l'objet de discussions approfondies entre les acteurs concernés. Le concours des prestataires sera indispensable à la réussite d'un projet de cette ampleur.

Pas d'investissements trop importants

En effet, l'expérience CareNet combinée aux technologies de réseaux et produits associés à la transmission électronique (sécurité, authentification, signature électronique) permet aujourd'hui d'envisager avec sérénité la mise en place d'une architecture de réseau adaptée aux différentes catégories de prestataires de soins sans requérir de leur part des connaissances informatiques pointues et sans les obliger à des investissements importants.

La pierre angulaire de cette architecture s'appuie sur le concept de portail qui a pour rôle de concentrer les requêtes et réponses aux requêtes avant de les réorienter vers les destinataires concernés, et ce, en appliquant, sans compromis, les règles de sécurité prédéfinies.

Maintenant ou jamais

Le moment est propice pour lancer ce « point central » de connexion télématique pour l'ensemble des professionnels de la santé au travers duquel ils pourront accéder à toute une série d'informations fiables et nouvelles. En effet, la mise en œuvre de la nouvelle carte d'identité électronique dont la délivrance est en cours, facilitera le processus d'authentification des personnes qui se connecteront au portail MyCareNet. Le système d'identification combiné à un ou plusieurs fichiers de références déterminant le ou les profils de la personne permettront aisément de fixer les services du portail auxquels la personne aura accès.

De nombreuses fonctionnalités pour tous les prestataires

Quelles pourraient être les fonctionnalités de MyCareNet ?

Citons, hors du cadre du tiers-payant :

- la transmission électronique d'une demande d'autorisation au médecin-conseil pour toutes les prestations soumises à leur décision. Le médecin-conseil formaliserait électroniquement sa décision au prestataire facilitant ainsi toute la procédure administrative.
- L'attestation de soins pourrait se voir remplacée à terme

par une attestation électronique permettant un transfert immédiat de celle-ci vers l'organisme assureur concerné, facilitant ainsi le processus administratif liée au remboursement des prestations

Dans le cadre du tiers-payant, on pourra bientôt consulter en temps réel des données d'assurabilité; et accéder ainsi aux données actualisées. Est envisageable, parmi d'autres fonctionnalités, l'accès aux informations du MAF (Maximum à facturer).

Etage supérieur

Mais (My)CareNet n'est qu'une étape vers un concept plus ambitieux encore qui a pour nom « Be.Health ».

Derrière ce vocable futuriste se cache un procédé dont on parle depuis des années. Be.Health utiliserait MyCareNet (données des OA), mais aussi les données INAMI, celles de la Santé publique, de la Banque Carrefour et celles des médecins, des hôpitaux et des patients.

Sa finalité officielle concerne la mise à disposition d'informations fournies par les différents intervenants au niveau de la santé, de manière uniforme et sécurisée aux prestataires de soins de santé et de sécurité sociale, et, à terme, aux patients. A côté de services dits « de base » (identification, authentification, autorisation, etc.) développés de manière unique pour l'ensemble de la communauté, Be.Health devrait fournir des services « à valeur ajoutée », développés par les partenaires, comme les données d'assurabilité (My Carenet), aujourd'hui reprises sur la carte SIS, les recommandations de bonne pratique, les RCM, le cadastre des professions de santé et le fameux « Dossier Patient Partagé » (DPP).

Peurs irraisonnées

Cette giga-banque de données suscite les convoitises mais aussi une série de peurs. Car, devant l'ampleur de la tâche, certains acteurs, ont déjà décliné l'entrée dans le système en phase pilote. Pourtant, les données sont entièrement cryptées. Tous les éléments à valeur ajoutée resteront toujours de la responsabilité des partenaires impliqués.

Un potentiel énorme

Pour conclure, les potentialités de Be.Health sont énormes. Les craintes que le concept suscite notamment auprès des médecins devront être levées alors que le concept n'en est qu'à ses balbutiements.

Vaincre la méfiance passe par l'intégration des prestataires dans les processus décisionnels, ce qui est le cas puisque tous les groupes de travail font participer les prestataires à la réflexion. La transparence dans ces processus de discussion devrait, espérons-le, garantir une confiance retrouvée de la part des prestataires de soins. ■

Le médecin généraliste, **coach** du patient



Un accès rapide et fiable à l'information est nécessaire au médecin afin de répondre aux différentes interrogations critiques du patient, parfois mal informé...

Le médecin généraliste (MG) dispose, de par sa fonction, et pour autant que les moyens (transmission de l'information) lui en soient donnés, de l'ensemble des données concernant son patient.

Il appréhende également de façon prioritaire la situation médico-sociale et familiale sur le terrain, en étroite collaboration avec les confrères spécialistes et les paramédicaux concernés. Il est le pivot essentiel de la communication entre ces divers intervenants.

Le MG au sein du disease management : le patient doit être responsabilisé

Comme on l'a dit, le Disease Management sous-entend une définition de trajets optimaux de soins qui soient en phase avec une EBM applicable quotidienne et correspondant aux souhaits et besoins des divers acteurs concernés : le patient, les

thérapeutes et les organismes de financement.

Ces trajets de soins une fois définis, il convient que le patient y fasse référence et soit informé, guidé et responsabilisé par son médecin, depuis la mise au point jusqu'à la phase thérapeutique et l'éventuelle réadaptation fonctionnelle ou professionnelle ainsi que tout au long du suivi chronique s'il s'avère nécessaire.

En outre, en matière de prévention ou d'éducation à la santé, qui mieux que le MG peut amener son patient, de façon concertée avec les divers acteurs, à prendre en main sa santé ?

Cette connaissance du terrain, pour atteindre son efficacité maximale, doit être conjuguée à une connaissance des règles de bonne pratique (et donc leur accessibilité aisée) tout comme à un partage de l'information, ciblée selon les compétences de chacun et dans le respect du secret médical mais doit aussi être associée à une volonté de coordination des actions entreprises.

Le MG : coach du patient

Cette vision débouche naturellement sur le concept d'un MG, coach de son patient ; un MG intervenant informé et motivé quant à l'ensemble des problèmes de son patient et qui doit rester en contact étroit avec celui-ci selon l'importance des besoins médicaux. Le Dossier Médical Global (DMG) est appelé à jouer un rôle déterminant dans cette fonction. Le MG accompagne son patient et le stimule et, s'il le faut, le remet sur la voie du trajet de soins adapté à sa pathologie et cela aussi longtemps que sa pathologie existe.

Le DMG et le DMI ne font qu'un

L'évolution technologique, et en particulier, l'e-Health, impliquent des dossiers médicaux électroniques basés sur des standards de communication. Ils doivent permettre, à court terme, de partager les informations de façon adéquate entre les divers intervenants concernés, avec l'accord du patient et, une fois encore, dans le respect bien compris du secret

médical : le DMG devenant dès lors un Dossier Médical Informatisé (DMI).

Les outils technologiques au service du disease management

Comme on l'a dit, l'essor de l'e-Health, encourage le patient, de plus en plus fréquemment, à surfer sur Internet à la recherche d'informations. Il n'est pas rare qu'il entame dès lors une discussion critique avec son médecin.

Là aussi, un accès rapide et fiable à l'information est nécessaire au médecin afin de répondre aux différentes interrogations du patient, souvent attiré par les nouveautés technologiques et la prescription de thérapies innovantes.

Il est important de souligner que l'usage de nouvelles technologies n'a de sens que s'il existe une issue thérapeutique. Les nouvelles technologies doivent servir à confirmer un diagnostic qui permette d'offrir, par la suite, un traitement adéquat.

Les discussions en cours à la Commission nationale médico-mutuelliste et au niveau des instances EMDMI¹ et Be-Health sont autant d'avancées politiques et technologiques qui permettront au MG de jouer ce rôle de coach à titre principal dans l'organisation efficiente et le suivi des soins de qualité, et ceci en collaboration étroite avec les divers spécialistes concernés et paramédicaux.

Ce rôle n'est possible que si l'on donne au MG les outils nécessaires pour effectuer cette tâche. Or, ces outils ne sont pas que « matériels » ; il importe aussi d'assurer au médecin une connaissance suffisante en informatique, une formation continue ad hoc et en partie axée sur la lecture critique de la littérature, une approche circonscrite des nouvelles technologies. Enfin, sans une base logistique adéquate au cabinet médical même, le MG ne peut travailler de façon optimale. Les efforts entrepris par les autorités afin d'équiper les cabinets (aide à l'achat de logiciels de gestion de DMG, etc.) constituent un effort louable dans ce sens. ■

¹ www.health.fgov.be/EMDMI/fr

La « datanurse » une nouvelle fonction de première ligne ?

Les Mutualités Libres anticipent une demande de soins qui ne cesse de croître et d'évoluer. C'est la raison pour laquelle, elles se focalisent sur l'étude de nouveaux modèles organisationnels comme celui de l'Evidence-Based Nursing (EBN). Ce type de modèle de soins novateur dans le cadre des soins chroniques peut susciter la création de nouvelles fonctions. Par exemple, ce modèle prévoit, pour une infirmière, la possibilité d'effectuer plusieurs tâches, ce qui était jusqu'à présent trop peu exploré dans la réalité belge. La rémunération des soins, principalement sur la base de la nomenclature, constitue peut-être un frein au développement rapide de ces tâches. Nous examinons, dans cet article, la signification que peuvent avoir les fonctions infirmières dans le cadre des soins chroniques.

L'éditorial de la revue *Minerva* de septembre 2006¹ fait référence aux excellents résultats cliniques obtenus lorsque des infirmières participent à la mission de « coaching » du médecin vis-à-vis de patients atteints de diabète de type 2 et d'insuffisance cardiaque (lire encadré page 7). On se demande, à juste titre, si dans le modèle de soins belge, les acteurs sont prêts pour cette évolution. Sont-ils prêts à endosser le rôle de « coach » en collaboration avec les infirmières ?

Outre les infirmières habituelles, le modèle belge prévoit pour l'heure des infirmières « relais » en matière de soins palliatifs, soins de plaie et diabète. Les dispositions légales en matière de diabète existent depuis le 01.07.2003 (AR du 11.06.2003). Le trajet comporte un trajet d'éducation aux soins autonomes pour de nouveaux patients qui s'adressent aux soins à domicile avec une prescription pour des injections d'insuline. Selon une estimation prudente, le patient pourrait, après cette formation donnée par une infirmière relais en diabétologie, s'injecter lui-même l'insuline dans 13 % des cas. Il en coûterait 27 euros par an à l'assurance maladie, mais ce coût serait, selon le ministre des Affaires Sociales de l'époque, récupéré 16 fois parce que les patients ne sont plus dépendants d'une infirmière à domicile pour les injections quotidiennes. Selon les évaluations, les économies ainsi réalisées pourraient se monter à 410 euros sur une base annuelle.

Pays-Bas

Une étude néerlandaise montre que le pourcentage d'appels à des infirmières spécialisées pour des affections chroniques est passé de 14 % à 30 % entre 1999 et 2004². Les personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques (co-morbidité) ont continué à faire souvent appel à une infirmière spécialisée mais le nombre de patients atteints d'une seule affection et faisant appel à une infirmière spécialisée a lui aussi augmenté de manière significative (de 8 % à 26 %). Par ailleurs, cela n'a engendré aucune diminution des contacts entre les malades chroniques et handicapés et leur médecin (généraliste).

« A l'évidence, il s'agit de soins supplémentaires dont il existe un réel besoin. Néanmoins, l'attention que l'infirmière spécialisée prête, par exemple, à un mode de vie sain,

à la prévention secondaire et au respect de la thérapie, pourrait conduire à terme à une diminution des consultations médicales ».

Canada et USA

Le Canada et les Etats-Unis ont intégré la notion de « télénursing » dans un cadre légal depuis 1996³. Le télénursing réfère, dans ce cas-ci, à la réalisation de soins à distance en utilisant les techniques de télécommunication et d'information. Les « visites à domicile » chez les patients atteints de maladies chroniques et à mobilité réduite (BPCO, maladies cardiaques, ...) sont plus fréquemment effectuées par vidéoconférence, appels téléphoniques réguliers ou Internet, ce qui augmente l'efficacité de l'implication des infirmières. Ces contacts peuvent consister à suivre et informer le patient, régler les rendez-vous, contrôler la prise de la médication, préparer la visite chez le médecin, donner des explications sur des examens et de tests.

Dans le cadre d'une étude d'efficacité des appels téléphoniques infirmiers dans l'étude sur l'insuffisance cardiaque⁴, les résultats montrent 45,7 % d'hospitalisations en moins par rapport à un groupe de référence après trois mois et 47,8 % de moins après 6 mois. Le taux de réadmissions est considérablement réduit et la satisfaction du patient est sensiblement augmentée.

Industrie pharmaceutique

Au sein de l'industrie pharmaceutique, le rôle de l'infirmière dans le cadre des essais cliniques de médicaments est connu depuis longtemps. En effet, une infirmière fait souvent preuve des capacités idéales pour la communication avec le patient, l'exécution de certaines tâches cliniques spécifiques (prises de sang, compléter les questionnaires, ...) et la mise à jour méthodique de la gestion administrative des données. Dans le contexte belge, nous trouvons ce genre de « datanurses » chez les spécialistes impliqués dans la recherche pharmacologique.

Point de vue MLOZ

Les Mutualités Libres plaident pour qu'on continue à étudier l'implication des infirmières spécifiques dans les trajets de soins pour les maladies chroniques. La qualité de vie du patient, l'efficacité des soins et la collaboration avec d'autres prestataires en sera augmentée. La question est maintenant de savoir si le principe de « datanurses », uniquement connu dans les essais de l'industrie pharmaceutique pour le moment, peut être appliqué dans les trajets de soins de demain. La collaboration avec le médecin généraliste, qui est l'axe central du trajet de soins, doit être développée de manière structurelle et les modalités de rémunération doivent être explorées. ■

¹ *Minerva Revue d'Evidence Based Medicine* Volume 5 N° 7 – Editorial : Généralistes et infirmières, partenaires pour le suivi des patients chroniques. J.Laperche et P. Chevalier.

² Nivel (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) – Publication site Internet dossier 5.09.2006 : Chronisch zieken gaan steeds vaker naar gespecialiseerde verpleegkundige. <http://www.nivel.nl/>

³ American Nurses Association (ANA) : <http://www.ana.org/pressrel/1996/hodactio.htm>

⁴ Effect of a Standardized Nurse Case-Management Telephone Intervention on Resource Use in Patients With Chronic Heart Failure Barbara Riegel, DNSc, RN, CS; Beverly Carlson, MS, RN, CNS, CCRN; Zoe Kopp, RN, MPH; Barbara LePetri, MD; Dale Glaser, PhD; Alan Unger, PhD – *Arch Intern Med.* 2002;162:705-712. <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/162/6/705>

Vers un **MAF** médical



Le MAF est l'aboutissement d'un long processus qui a démarré par les franchises sociales et fiscales. L'idée était que les patients démunis, en fonction de leur statut social et de leur budget, puissent, au-dessus d'un certain plafond de tickets modérateurs, être remboursés.

Frank Vandebroucke, ministre des Affaires sociales avant Rudy Demotte, a voulu systématiser le principe et a lancé le MAF (Maximum à facturer) qui étend le système antérieur.

Malgré les améliorations qu'apporte le MAF par rapport aux franchises sociales et fiscales, la philosophie sous-jacente demeure essentiellement « financière ». Ce n'est pas en fonction d'une pathologie que le patient bénéficie du plafonnement de ses tickets modérateurs (TM) mais en fonction de ses revenus.

L'évolution vers un MAF médical davantage fondé sur l'état de santé du patient plutôt que sur ses finances est certainement une voie à suivre.

Or, on peut difficilement parler d'une approche par pathologie à propos de trois innovations récentes apportées au système, à savoir la prise en compte, pour le calcul du MAF :

- ▶ des tickets modérateurs des médicaments en catégorie C ;
- ▶ de la quote-part personnelle des séjours en hôpital général après le 91^e jour d'hospitalisation ;
- ▶ des tickets modérateurs des préparations magistrales.

L'évolution vers un MAF médical davantage fondé sur l'état de santé du patient plutôt que sur ses finances est certainement une voie à suivre.

Paracétamol

En revanche, l'intégration éventuelle en 2007 du paracétamol dans le MAF (ce n'est qu'une éventualité) constitue pour les OA, volontairement ou non, un pas dans cette direction... sans pour autant accompagner cette mesure d'une approche Disease Management, incluant la description de trajets de soins coordonnés idéaux pour ce type de patients.

La solution proposée par le Gouvernement est plus une approche globale, peu nuancée et certainement pas médicalisée telle que le DM le permettrait.

D'ailleurs, il peut paraître paradoxal que ces timides initiatives vers une approche médicale de la contribution des patients rendent les estimations budgétaires encore plus délicates.

En effet, ces dernières années, les dépenses comptabilisées du MAF ont fortement progressé. En 2003, les dépenses atteignaient 150,4 millions d'euros¹ et 198,4 millions d'euros deux ans plus tard. En deux ans, les dépenses comptabilisées ont progressé de 31,75 % (soit 14,78% de croissance annuelle). Le premier trimestre 2006 est en progression de 38,46 % par rapport au premier trimestre 2005. Les dépenses indiquent ainsi un dépassement significatif du budget partiel trimestriel pour ce poste.

Dans son rapport d'audit, l'INAMI a tenté de tracer une évolution réelle des dépenses. Mais le trend d'évolution des dépenses est résolument à la hausse :

Ainsi, les dépenses MAF augmentent de 27,02 % entre 2002 et 2003, 17,24 % l'année suivante. Pour 2005, comme l'indique le tableau, les données sont incomplètes de sorte qu'on ne puisse pas en conclure à une diminution des dépenses.

Toutefois, certains éléments expliquent cette augmentation.

Tout d'abord, bien entendu, le fait que de plus en plus de prestations se sont ajoutées au MAF avec le temps, ce qui démontre son utilité sociale. Parmi d'autres, l'introduction, à partir de 2002, des contributions d'urgence dans les hôpitaux ; en 2003, les médicaments de catégorie C et en 2004, l'intervention personnelle relative aux admissions hospitalières en hôpital général sans limite de temps. En 2006, citons notamment les préparations magistrales.

En outre, la prise en compte dans le MAF 2003 des TM remboursés en 2004 a contribué à alourdir la facture. Celle-ci devrait s'alléger avec l'intégration du « MAF revenu » en 2005.

Distribution inégale

Mais ces explications n'enlèvent rien au constat sur l'augmentation continue du MAF.

Qui plus est, de l'analyse du remboursement MAF par tranche d'âge se dégage une distribution inégale dans laquelle 70 à 80% des remboursements concernent les patients de plus de 50 ans et 50 à 60% les patients de plus de 70 ans.

Les tickets modérateurs étant cen-

LE MAF EN CHIFFRES

	Nb de familles	Nb de personnes	Remboursement réalisé
	en 000 EUR		
2002	328.543	696.768	121.428
2003	408.606	798.543	154.237
2004	419.431	815.665	180.825
(*) 2005	442.861	864.582	175.678

¹ données incomplètes

ÉVOLUTION (en %)

	Nb de familles	Nb de personnes	Remboursement réalisé
2003/2002	24,37	14,61	27,02
2004/2003	2,65	2,14	17,24
2005/2004	5,59	6	-2,85

sés refléter le niveau de consommation de soins, le système n'est que très incidemment lié à la santé du bénéficiaire puisque le plafond des TM est fonction du revenu. L'approche par pathologie échappe donc complètement aux concepteurs du système : on rembourse en fonction du niveau de consommation et non par rapport à une pathologie particulière.

MAF médical

L'ensemble de ces constatations renforce la volonté des Mutualités Libres de convaincre les instances de concertation d'évoluer vers un MAF médical. Le patient atteint d'une maladie chronique ou d'une affection grave de longue durée - et donc exposé à des dépenses de santé importantes - obtiendrait un remboursement majoré et ciblé. Le remboursement ciblé des prestations se ferait sur base de l'évidence based medicine (EBM). La reconnaissance d'un statut particulier à ces patients chroniques permettrait en outre de simplifier l'aspect « administration » grâce à l'attribution simultanée d'une série de droits en fonction de l'affection.

Ce système serait encadré par des trajets de soins. En fonction de l'affection dont souffre le patient on définirait une prise en charge optimale visant à améliorer la qualité des soins donnés au patient et favoriser la collaboration entre les différents médecins s'occupant du même patient.

Dans cette optique, le MAF s'inscrirait pleinement dans le concept du disease management dont la vocation est d'améliorer la prise en charge multidisciplinaire et coordonnée d'affections chroniques et donc d'assurer une adéquation idéale entre, d'une part, les soins et la prévention et, d'autre part, les résultats obtenus et les dépenses engagées (Pay for Value). A cet égard, les relatives incertitudes budgétaires autour de l'approche actuelle du MAF ne constituent certainement pas un obstacle à envisager une telle approche par pathologie. ■

Intégration du Paracétamol : plus simple avec un MAF médical

Le paracétamol, disponible sous plusieurs spécialités, n'est pas du tout remboursé aujourd'hui. Seule la préparation magistrale l'est avec accord du médecin conseil. Le patient débourse 1,10 euro pour 10 gélules.

Dans le budget 2007, on prévoit d'intégrer les anti-douleurs dans le MAF sans autre précision. Si le Paracétamol devait être concerné, ce serait certainement une très bonne initiative pour le patient souffrant des douleurs chroniques. Mais il conviendrait de viser précisément les patients dont la pathologie nécessite clairement ce type de traitement de manière intensive, chronique et répétée.

Mais comment les identifier ? A cet égard, la reconnaissance du statut de patient chronique, son intégration dans un trajet de soins, permettront d'ouvrir un accès plus aisé administrativement et financièrement à la tranche de la population ayant besoin de prendre, chroniquement et sur une période prolongée, du paracétamol. Cette population pourrait, à terme, bénéficier, de manière plus aisée et moins coûteuse, d'autres produits pharmaceutiques ou prestations nécessaires dans le cadre de leur trajet de soins.

Une telle approche permettra aussi d'apprécier l'efficacité de la prise en charge, au niveau du MAF, des dépenses chroniques réellement nécessaires et définies dans le cadre du trajet de soins. Ceci rejoint le souci, exposé ailleurs, d'évaluer l'efficacité de l'approche « trajet de soins ».

Qui plus est, alors que la préparation magistrale de paracétamol dépend de l'accord du médecin conseil, un MAF médicalisé ouvrirait un accès plus aisé, dans un trajet de soins notifié au médecin-conseil, à cette molécule, quelle que soit sa forme galénique et, à terme, aux autres prestations définies dans le trajet concerné et ce, à un coût moindre.

Conséquence : moins de paperasse, coût moindre pour le patient dont la pathologie implique un usage différent et ciblé des prestations de santé, mais aussi plus de temps à consacrer à la médecine et à l'approche globale du patient. ■

S'investir dans le dépistage et le traitement précoces



Les Mutualités Libres ont, à ce jour, lancé deux plateformes maladies chroniques : l'une, en 2005, sur le diabète, l'autre, en 2006, sur l'obésité. Un de leurs objectifs principaux est de permettre le diagnostic précoce des personnes à risque via une intervention financière et une approche structurée de la consultation de dépistage. Dix-sept mois après son lancement, 2.153 membres utilisent la plateforme diabète, et après 5 mois, 989 membres utilisent la plateforme obésité. Le bilan est donc encourageant.

Les Mutualités Libres plaident depuis longtemps pour une approche globale des maladies chroniques par le biais notamment d'un remboursement structuré et progressif via l'octroi d'un statut pour le malade chronique. Ces idées progressent puisque le budget 2007 prévoit un certain nombre d'initiatives pour les malades chroniques.

Le diabète et l'obésité rentrent parfaitement dans cette approche globale. L'épidémie de diabète est bien documentée. En Belgique on dénombre quelque 500.000 diabétiques de type 2, dont un malade sur deux ignore sa maladie. Souvent, le surpoids et l'obésité sont des facteurs précurseurs de cette maladie.

Une approche tout à fait neuve

C'est pourquoi les Mutualités Libres ont lancé, en 2005, via l'assurance complémentaire, la « plateforme du diabète », intégrant une approche structurée et systématique du dépistage du diabète de type 2. Un an plus tard, la plateforme « surpoids et obésité » était lancée avec une approche identique.

Les Mutualités Libres souhaitent privilégier une approche tout à fait neuve en encourageant la prévention par le dépistage. La responsabilisation du patient est également au centre de la démarche qui entend induire auprès de lui un changement de comportement et une meilleure hygiène de vie.

Visite chez le diététicien

Concrètement, pour ce dépistage du diabète, les Mutualités Libres remboursent les tickets modérateurs de la consultation auprès du médecin généraliste dans le but d'encourager les personnes à risque. Celles-ci sont préalablement dépistées par l'entremise d'un petit questionnaire à points. Le calcul des points détermine si la visite chez le médecin généraliste s'impose.

Les Mutualités Libres interviennent ensuite dans le prix de la visite éventuelle chez le diététicien pour les personnes présentant certains risques de prédisposition au diabète.

L'approche en ce qui concerne l'obésité est identique. Le dépistage est plus facile et se base sur le calcul du BMI et sur la mesure de la cir-

ge

des maladies chroniques

conférence abdominale. Si le BMI dépasse 25, le patient peut choisir un accompagnement professionnel via un diététicien, ou via un centre spécialisé dans la prise en charge de l'obésité. Les interventions financières de l'assurance complémentaire incitent le patient à changer son mode de vie et à suivre un trajet de soins. Quand le patient arrive à réduire son BMI de 5%, un incitatif financier est prévu pour qu'il soutienne son effort.

En plus, la plateforme obésité informe les membres sur les possibilités de traitement divers.

63 centres

La Plateforme de l'obésité prévoit également de l'information spécifique sur les centres qui ont signé ou non une convention avec les Mutualités Libres. Une base de données en ligne a été créée pour l'enregistrement de ces centres (sur www.mloz.be).

La base de donnée reprend, outre les coordonnées des centres, le fait qu'ils soient ou non conventionnés et les différents types de prestataires actifs dans le centre : médecin coordinateur (interniste ou pédiatre), diététicien, psychologue ou pédopsychiatre et kiné. La recherche s'effectue sur base du code postal et offre la liste des centres présents dans l'arrondissement. A ce jour, 63 centres ont répondu à l'appel parmi lesquels de nombreux hôpitaux universitaires. ■

Le Centre fédéral d'expertise prône une approche disease management

En mai 2006, le Centre fédéral d'expertise a plaidé, dans la thérapie du diabète, pour une approche globale dans le cadre du disease management.

« Le diabète de type 2 prendra dans les prochaines années des proportions épidémiques. Comment garantir dans le futur des soins de santé de qualité à ces patients ? », se demandait le KCE qui lançait au printemps 2006 un projet ambitieux en collaboration avec l'association flamande du diabète (VDV) et quatre centres universitaires de médecine générale (UZ Gent, UZ Antwerpen, KU Leuven et UCL).

L'approche du KCE rejoignait sur de nombreux points celle des Mutualités Libres ; notamment :

1. La nécessité, selon le Centre, d'évoluer vers une approche spécifique pour les maladies chroniques;
2. Le plaidoyer pour l'implication active du patient (« patient empowerment »);
3. La valorisation du rôle du médecin généraliste, en concertation avec le spécialiste;
4. La proposition d'indicateurs qui permettent de mesurer la qualité des soins délivrés ;
5. Le fait que « des interventions isolées ne peuvent agir sur la qualité des soins. Les initiatives dispersées doivent laisser place à une politique de santé orientée vers le « disease management » », prise en charge globale de la maladie : raison pour laquelle les actions doivent être coordonnées à l'échelon national.

Pourquoi les plateformes sont performantes

Les plateformes maladies chroniques, et notamment la plateforme diabète, s'inscrivent dans le cadre de la continuité des soins. C'était la volonté des Mutualités Libres dès le départ.

Ainsi, si un demandeur est diagnostiqué diabétique, les interventions de la plateforme du diabète concernant la gestion de son diabète ne lui seront octroyées que s'il possède le "Dossier Médical Global" et le "Passeport du diabète", deux éléments inscrits depuis longtemps dans le paysage des soins de santé.

La nécessité de posséder un DMG ressort essentiellement de la volonté des Mutualités Libres de placer le généraliste au centre de cette approche mais aussi, outre des raisons pratiques, de la volonté de donner un cadre thérapeutique et qualitatif supplémentaire au DMG pour en faire un véritable outil de soins. Mais le DMG peut être un instrument de mesure utile.

En effet, que nous apprend le tableau ci-dessous? Entre mai 2004 et mai 2005, en l'absence de plateforme diabète, la progression du DMG parmi les porteurs d'un passeport du diabète est graduelle (2.854 à 3.900 sans convention ; 956 à 1.033 avec convention). Sur un an et demi – entre mai 2005, date de lancement de la Plateforme, et octobre 2006 –, on passe de 3.900 à 6.685 personnes et de 1.376 à 4.835. La plateforme a donc eu manifestement des effets positifs sur le nombre de porteurs de DMG. C'est un indice supplémentaire de performance de la plateforme diabète.

Par ailleurs, en 17 mois, la plateforme diabète :

- a généré 1.156 remboursements dans le cadre de la consultation de dépistage. Ce chiffre ne cesse d'augmenter, ce qui démontre un intérêt certain de la part des assurés ;
- a remboursé 801 incitants à l'activité physique ;
- est intervenu 156 fois dans le remboursement dans le trajet de soins ou dans le matériel de contrôle glycémique.

Nous possédons moins de recul, en ce qui concerne la plateforme obésité. Elle a suscité l'intérêt d'a peu près 30.000 internautes [sur www.mloz.be] et près de 1.000 demandes de remboursement mais il faudra encore du temps pour analyser la performance au niveau de la prise en charge.

Les enseignements

Ces conclusions positives nous amènent à tirer les enseignements suivants :

- Les plateformes constituent une approche novatrice et évolutive pour améliorer le dépistage, la prise en charge précoce, le support et l'information des maladies chroniques ;
- Les résultats obtenus montrent l'utilité préventive de ces plateformes en termes de réalisations concrètes : dépistage, prise en charge et information correcte ;
- Il est nécessaire de développer davantage d'autres plateformes maladies chroniques et de mettre à disposition des instruments de gestion ;
- Il est opportun d'élargir le spectre à d'autres types d'intervention.

Rapport entre DMG, passeport du diabète et convention de rééducation de l'INAMI

Nombre de membres MLOZ détenant le passeport du diabète:

SANS convention de reeducation

	mai 2004	mai 2005	octobre 2005	mai 2006	octobre 2006
sans DMG	1663	2305	2374	2725	2903
avec DMG	2854	3900	4752	5788	6685

AVEC convention de reeducation

	mai 2004	mai 2005	octobre 2005	mai 2006	octobre 2006
sans DMG	956	1096	1160	1240	1000
avec DMG	1033	1376	1766	3613	4835

Visitez www.mloz.be

Des infos critiques et actualisées sur la politique de santé en Belgique ?
Un clic de souris vous suffit !



www.mloz.be constitue une source d'informations indispensable pour tous ceux qui évoluent de façon professionnelle dans les soins de santé et qui souhaitent être éclairés par ses plus récents développements.

Le site vous offre un éventail d'infos et de documentation :

- des articles et des communiqués de presse récents sur les accords et les décisions prises en matière de santé, avec les commentaires ad hoc;
- des études et des dossiers relatifs à l'actualité des soins de santé, comme le DMG, le financement des hôpitaux, les indépendants, etc.;
- des outils à l'usage des professionnels, comme le Guide le l'hospitalisé, des bases de données concernant les génériques et les suppléments hospitaliers, etc.;
- un moteur de recherche ultra-performant.



L'Union Nationale des Mutualités Libres regroupe

Mutualité Professionnelle et Libre de la Région Wallonne • EuroMut Mutualité Libre • Freie Krankenkasse • Mutualité Libre Securex
Partenamut Mutualité Libre • OZ Onafhankelijk Ziekenfonds • Partena-OZV
et assure plus de 1,8 million de Belges.

« Le défi des Maladies Chroniques, comment pouvons-nous faire mieux ? »

En association avec Medipress, organisateur du colloque, les Mutualités Libres participent le 17 mars 2007 à l'Espace Diamant à Bruxelles à un colloque sur le thème des maladies chroniques.

Le colloque sera rehaussé par la présence de plusieurs spécialistes. Le professeur J. Peers et le professeur E.Coche présideront les séances.

1. Objectifs du Congrès :

- ▶ Identifier les bons modèles pour l'amélioration des soins et de la réhabilitation des patients.
- ▶ Identifier les barrières et obstacles pour la mise en place de ces nouveaux modèles.
- ▶ Identifier les stratégies de mise en place.
- ▶ Confronter la théorie au paysage « belge », au travers de workshops sur des exemples pratiques.

2. Pré-Programme :

Le matin sera consacré à la fixation du cadre institutionnel grâce au concours de Jo De Cock, directeur général de l'INAMI. Le Pr. Walter Sermeus (KUL) fixera le cadre belge des trajets de soins tandis que le Dr Jan Van Emelen, directeur Etudes stratégiques des Mutualités Libres, détaillera le rôle des mutuelles et des assurances complémentaires.

L'après-midi sera consacrée à des ateliers dans quatre spécialités

que sont la cardiologie, la pneumologie, l'endocrinologie et la rhumatologie. Le but est la présentation d'un trajet de soins concret dans la discipline concernée.

Cible :

Le congrès fera l'objet d'une campagne nationale dans « Tempo Médical » et « La Semaine Médicale » afin d'informer chaque médecin. Les autres groupes recevront une invitation personnelle par courrier postal ou une affiche pour informer leur staff.

Le colloque s'adresse aux médecins, hôpitaux, universités, sociétés scientifiques, institutions politiques, mutualités et compagnies d'assurances, presse scientifique et grand public, laboratoires pharmaceutiques, etc.

Renseignements et inscriptions :

Medipress Services
Chaussée de Louvain, 426 - 1380 Ohain
Tél: 02/352.07.80 - events@medipress.be

Êtes-vous à l'abri des surprises financières ?



Hospitalia. Pensez-y et puis n'y pensez plus.

Chaque année, plus de 15 % de la population doit être hospitalisée. Il s'agit souvent d'interventions pas trop graves, mais les frais à payer, eux, font toujours très mal. Les suppléments pour chambre particulière, l'intervention elle-même, les implants et prothèses, les examens complémentaires ou les soins posthospitaliers alourdissent considérablement la facture. Bien sûr, on peut refuser de penser au problème et croiser les doigts en espérant que rien n'arrive. Disons-le d'emblée, ce n'est pas le bon calcul. En effet, les Mutualités Libres vous proposent la gamme Hospitalia : des assurances hospitalisation

conçues pour vous permettre de couvrir la majeure partie des frais non remboursés et résultant d'une ou plusieurs hospitalisations. Hospitalia vous assure en vous offrant des options répondant exactement à vos besoins. L'assurance de base Hospitalia offre déjà une couverture très large, Hospitalia Plus garantit encore plus de confort et les meilleurs soins possible, et Hospitalia Ambulatoire rembourse les soins administrés en dehors de l'hôpital. Les tarifs sont particulièrement compétitifs et appréciés par plus de 545.000 clients. Pour en savoir plus, appelez gratuitement le **0800 10 122** ou surfez sur **www.hospitalia.be**.

Hospitalia

Les assurances hospitalisation
des Mutualités Libres

**Mutualités
Libres** 

euromut

mfl
mutualité
professionnelle et libre
de la région wallonne


**Freie
Krankenkasse**

Mutualité Libre
securex
Social Management®

PARTENA MUT
Mutualité Libre