



Vers une meilleure politique de soins de santé !

13/05/2014

-  COMMUNAUTE
-  PROSPERITE
-  PROTECTION



Svin Deneckere

Senior Fellow

2014-2019: vers une politique de santé ciblée avec une ambition collective

Les arbres ne montent pas jusqu'au ciel : nous devons faire plus avec moins de moyens.

La durabilité de notre système de soins de santé est en jeu. Les dépenses publiques en soins de santé augmentent toujours plus vite que notre prospérité, à cause des attentes plus élevées de la population en matière de soins, du coût de l'innovation technologique et de la vague de vieillissement qui s'annonce. Si la politique actuelle est maintenue, nous nous dirigeons droit vers un scénario où les soins de santé mobiliseront près d'1/5ème du PIB d'ici 2060, ce qui représente un doublement de l'investissement par rapport à notre prospérité. Compte tenu des nombreux autres défis cruciaux qui nous attendent sur le plan social et sur le plan économique, le message est évident : dans le domaine des soins de santé, nous devons arriver à faire plus avec moins.

Qualité et accessibilité menacées, fracture sociale aggravée.

Qu'est-ce que la population obtient en retour de ce gigantesque investissement ? En termes d'accessibilité physique et de satisfaction citoyenne, nos soins de santé occupent le haut du classement. Notre système des soins de santé est décrit comme étant le plus généreux en Europe, mais mérite-t-il vraiment cette qualification ? Notre liberté de choix tellement vantée et la grande satisfaction qu'elle entraîne ne sont pas vraiment le fait de choix réellement avertis, et ce à cause d'un manque de transparence en matière de qualité et de coût des soins de santé. L'accessibilité financière est elle aussi en baisse. La quote-part que le patient doit payer de sa poche est montée à 20%, alors qu'aux Pays-Bas elle n'est que de 6%. Cette situation entraîne un creusement du fossé entre riches et pauvres, et près de 4 fois plus de consultations médicales sont reportées pour raisons financières, entre les hauts (4 %) et les bas (27 %) revenus.

Si l'on considère la qualité de notre système de soins de santé, le constat est assez positif mais il reste aussi de très nombreux points à améliorer. Les plus grands problèmes restent : le nombre de suicides (18 personnes sur 100 000), le taux de décès dans les 30 jours de l'admission après un accident vasculaire cérébral (9,2%), le dépistage inadéquat du cancer (pour le cancer du sein : 36% de mammographies en trop, 12% trop peu de mammographies), environ le double d'imageries médicales par rapport aux Pays-Bas, seulement 47% des patients ont un dossier médical global, et 6% des patients hospitalisés développent une infection nosocomiale ou d'autres problèmes dans le cadre des soins reçus. Force est de constater un accroissement sensible de la fracture sociale dans le domaine des soins de santé. La différence d'espérance de vie en bonne santé entre les plus hauts et les plus bas revenus est de près de 20 ans. L'innovation dans l'organisation des soins est insuffisante. Le manque de personnel entraîne une importante charge de travail, qui a des conséquences néfastes sur le bien-être du personnel et provoque l'apparition de burnout chez 25% des travailleurs.

Viser une réflexion stratégique et des objectifs concrets pour les soins de santé du futur.

Il manque une vision fondamentale sur la politique de la santé. Les décisions prises sont beaucoup trop souvent politisées, fondées sur des convictions 'idéologiques' ou des équilibres d'intérêts plutôt que visant des objectifs concrets en matière de soins de santé sur la base d'un bénéfice maximal pour la santé. Les partenaires actuels au sein du modèle de concertation se disputent plus souvent qu'ils ne proposent de solutions concrètes. Le plus grand syndicat de médecins menace de se mettre en grève. Les

mutuelles possèdent des montagnes de données qui ne sont pas rendues disponibles. Les chercheurs qui suggèrent des pistes de solution sont qualifiés de prophètes de malheur qui, du haut de leur tour d'ivoire, n'ont aucun contact avec la vie réelle. Les réformes proposées sont rejetées d'avance, et il faut parfois chercher loin pour trouver des exemples de bonne gestion.

Itinera exhorte toutes les parties impliquées à 'sortir des tranchées' et prône la mise en place d'une commission capable de définir les objectifs stratégiques pour les années à venir ainsi que de préparer les choix fondamentaux qui en découleront. Une stratégie pluriannuelle est indispensable : le domaine des soins de santé est tel un énorme et complexe vaisseau dont la trajectoire ne peut être changée que lentement et moyennant un effort collectif. Tous les pays qui ont fondamentalement amélioré leurs soins de santé l'ont fait sous un angle stratégique et en abordant la question dans son ensemble. Nous plaçons en faveur d'une réflexion analogue en Belgique.

L'innovation doit aller de pair avec la rentabilité.

La pénurie budgétaire provoquée par la crise financière impose la recherche d'économies dans tous les domaines. Le secteur des soins de santé n'échappe pas à la règle, mais en même temps, c'est un secteur qui exige par définition toujours plus de moyens : l'innovation permanente pèse en effet lourdement sur les dépenses. Nous devons être capables de suivre le mouvement si nous voulons continuer à améliorer notre santé publique. Parvenir à maîtriser le budget de la santé sans toucher à l'accessibilité, à la qualité et au caractère innovant du système est un véritable défi, que nous ne semblons en l'occurrence pas être en mesure de relever. Les recettes classiques appliquées par le passé, comme l'imposition de plafonds budgétaires, la 'râpe à fromage', l'augmentation de la quote-part du patient et la réduction du prix de certains médicaments, ne suffisent plus aujourd'hui et peuvent même se révéler contreproductives. Les diverses mesures d'économie tranchent dès lors de plus en plus dans le muscle plutôt que dans le gras, ce qui met l'innovation technologique en danger. Nous constatons que certains traitements, qui ont pourtant prouvé leur efficacité mais nécessitent un investissement initial, sont de plus en plus souvent refusés. L'accès aux médicaments novateurs est en baisse. Moins de 50% des nouvelles molécules enregistrées ces 3 dernières années en Europe sont disponibles en Belgique avec remboursement. Plus de 40% des nouveaux médicaments développés ces 3 dernières années n'ont pas été commercialisés en Belgique, alors que 80% d'entre eux l'ont bel et bien été dans au moins 4 pays comparables au nôtre.

Nous plaidons pour un plus grand choix en matière de gain pour la santé et donc de rentabilité. Pour le moment, ces principes ne sont appliqués que pour les nouveaux médicaments et limités en Flandre aux nouvelles mesures préventives. Des analyses de rentabilité permettent de vérifier si les gains pour la santé peuvent justifier les dépenses pour de nouvelles technologies médicales. Mais ces analyses ne doivent pas freiner l'innovation. Les nouvelles technologies doivent recevoir l'opportunité de grandir. Pour pouvoir en bénéficier en temps utile sur le marché, il faut inclure à moyen terme un système de garantie du type 'garantie de remboursement ou pas de remboursement'. Il faut en outre sortir plus vite du système de remboursement les technologies dépassées pour lesquelles il existe entre temps de meilleures alternatives.

Qualité et valeur ajoutée au centre de toutes les pistes de réflexion.

Briser l'Omerta : publication des résultats en matière de soins.

Nous devons évoluer vers un système de soins qui soit plus axé sur la valeur. L'accent doit reposer sur l'amélioration de la santé du patient en lui offrant les soins de la meilleure qualité possible pour chaque euro dépensé. Itinera plaide pour la mise en place d'une politique poussée de qualité à tous les niveaux de notre système de soins de santé. Un premier pas dans cette direction serait la publication de rapports rendant compte des résultats en matière de soins et des coûts par prestataire de soins. La transparence des résultats est une condition nécessaire pour un changement de culture vers une amélioration permanente de la qualité. On évoluera ainsi d'une pseudo liberté de choix et d'une satisfaction des patients basée sur la réputation, vers un consommateur réellement informé en matière de qualité et de coûts. L'information est disponible mais elle n'est pas rendue publique, ni de façon systématique, ni de façon uniforme. Le temps du silence est désormais révolu. Il faut qu'un organisme indépendant soit mandaté pour rendre cette information accessible et la publier.

Récompenser ceux qui obtiennent de bons résultats, inciter les autres à faire mieux.

Le système actuel de remboursement a lui aussi grand besoin d'être réformé. Le fait de rétribuer une prestation ne traduit en effet pas la qualité de ladite prestation.

Au contraire même, car de mauvais résultats qui entraînent un plus grand nombre d'interventions médicales, rapportent de ce fait plus au prestataire. Il faut néanmoins bien faire attention à ce que le remède ne soit pas pire que le mal. Nous devons en effet conserver les aspects positifs du financement de la prestation : cela stimule l'augmentation du volume de soins fournis ainsi que la rapidité avec laquelle ces soins sont pris en charge. Nous prônons un système de remboursement qui repose sur la qualité et la création de valeur ajoutée. Le nouveau système de remboursement doit combattre la fragmentation actuelle de notre système de soins de santé et inciter à l'harmonisation et à la collaboration, pour une meilleure coordination des soins. Il doit également apporter la stabilité financière aux hôpitaux en dégagant suffisamment de moyens et un budget suffisamment prévisible, et en autorisant la mise en place d'un plan financier pluriannuel. Les décalages dans les honoraires des médecins doivent être gommés en réduisant l'écart de revenu entre actes techniques et intellectuels, ainsi qu'en rétribuant le temps qui n'est pas passé en face à face avec le patient. Nous plaçons pour une réforme de la nomenclature ainsi que pour une combinaison intelligente entre un remboursement par prestation avec financement anticipé des soins prévisibles, et un remboursement all-in des soins de longue durée. Tout ceci allant toujours de pair avec un système de rétribution de la qualité. Un système de ce type permet la mise en place d'une concurrence 'à somme positive' dont tout le monde ressort gagnant : les patients reçoivent de meilleurs soins, les prestataires de soins sont récompensés pour la qualité de leur travail, et les coûts pour la collectivité peuvent être mieux maîtrisés.

La qualité doit être présente dans chaque fibre des organisations de soins.

La qualité ne profite pas uniquement au patient, elle permet également des économies au niveau des coûts. Une meilleure qualité des soins permettra en effet de diminuer des frais évitables liés à des complications, des infections nosocomiales, des réadmissions, des hospitalisations de trop longue durée, etc. Aux Pays-Bas, on a évalué qu'une qualité médiocre des soins coûte 523 millions d'euros par an, et 17,1 milliards de dollars par an aux États-Unis. La qualité doit donc être présente dans chaque fibre des organisations de soins. C'est une question de gestion organisationnelle, et ne peut donc pas rester limité à quelques modestes projets qui ne sont pilotés que par une poignée de collaborateurs motivés. On entend trop souvent dans le secteur des affirmations du genre : "Voyez comme nous travaillons à la qualité de nos prestations, nous avons d'ailleurs engagé un coordinateur qualité !" Nous plaçons pour un haut niveau d'implication des

médecins et des prestataires de soins dans les projets d'amélioration, mais cela ne doit pas s'arrêter là. La qualité doit figurer au programme de chaque comité de direction, chaque conseil médical et chaque conseil d'administration. Le suivi de la qualité doit être utilisé pour piloter la gestion et développer une stratégie stimulant l'ambition collective de faire mieux. La simplification de l'administration et l'investissement dans la numérisation seront des conditions premières pour se donner au moins une chance d'y parvenir. Il faut en outre améliorer l'adaptabilité des soins en standardisant les processus thérapeutiques sur la base de directives scientifiques. Dans ce contexte, les pouvoirs publics peuvent investir avec le concours des prestataires de soins dans des systèmes d'aide à la décision (decision support systems) rassemblant tout le savoir scientifique existant et pouvant être intégrés dans un dossier médical électronique.

Il s'agit d'une responsabilité collective : tout le monde doit œuvrer dans le même sens !

Pour que les choses puissent vraiment être améliorées, il faut que chacun prenne ses responsabilités. Nous devons pour cela oser une réflexion sans tabou sur la responsabilisation de tous les acteurs impliqués. Il nous faut d'abord veiller à ce que le patient puisse faire des choix plus avisés en matière de qualité et de coûts des soins. La publication du niveau de qualité des soins s'inscrit dans ce contexte. Le montant du ticket modérateur peut aussi être lié au degré de bien-fondé des soins concernés. Si le patient opte pour un soin moins fondé, par exemple s'il fait appel de manière injustifiée à un service d'urgence, il paie plus. La responsabilisation financière peut en outre servir à améliorer la bonne observation du traitement prescrit et inciter à un changement de style de vie. Ce n'est pas que nous voulons refuser des traitements aux patients qui n'auraient pas adapté leur style de vie, mais nous proposerions par exemple de demander aux patients concernés qui peuvent se le permettre de payer une contribution plus élevée.

Des mutuelles différentes, des assurances différentes.

Il convient ensuite de réexaminer le rôle joué par les mutuelles en matière de santé publique. Les attestations papier sont condamnées à disparaître : l'avenir est au numérique. Les mutuelles peuvent le cas échéant jouer un rôle plus coordinateur et plus directeur en aidant leurs affiliés à trouver des soins de qualité et rentables. Il faudra pour cela faire le point sur leurs divers rôles historiques (exécutant, représentant des patients, gestionnaire et fournisseur de soins) et elles devront faire des choix pour éviter d'éventuelles confusions d'intérêts. Les pouvoirs publics doivent pour leur part établir des

règles du jeu équitables qui permettent aux mutuelles et assurances maladies d'entrer en concurrence ou de collaborer. Les mutuelles peuvent dans ce contexte conclure avec différents prestataires des contrats portant sur l'offre en matière de soins, avec des clauses précises en matière de qualité et de coût. Elles peuvent également être responsabilisées financièrement par rapport à la réalisation d'objectifs thérapeutiques pour leurs membres affiliés. Les mutuelles et les assurances maladies sont de la sorte incitées à garder leurs membres en bonne santé et ont tout avantage à obtenir la plus grande valeur ajoutée pour les patients affiliés.

Le médecin est parfois le problème mais toujours la solution : rétablir le contrat social avec le médecin.

Il est essentiel que le combat pour plus de qualité ne soit pas perçu comme une guerre à l'encontre des médecins. Nous avons absolument besoin d'eux. Sans leur implication, il est impossible d'atteindre l'objectif de plus de qualité et de rentabilité. La recherche de qualité ne peut devenir synonyme de bureaucratisation, de surréglementation ou de politisation, sous peine de détruire de l'intérieur notre système de soins de santé. Les médecins sont à la fois demandeurs et parties prenantes de soins de santé de grande qualité. Le bon fonctionnement des soins de santé en Belgique est dû en grande partie à cet engagement de médecins indépendants qui, après avoir suivi des cursus de haut niveau, s'investissent dans le métier pour y donner le meilleur d'eux-mêmes. Ce contrat social est le ciment de base d'un système de soins de santé réussi. Nous devons le valoriser et le redéfinir, et non l'abandonner ou le réglementer à outrance.

L'amélioration dépend de l'intégration des soins et l'innovation des processus.

De 'silos de soins verticaux' vers un 'continuum de soins horizontal'.

Aujourd'hui, l'offre en matière de soins de santé est complètement cloisonnée en différents silos. Le patient est balloté du médecin traitant vers divers spécialistes, entre hôpitaux et soins à domicile, etc. Sachant que près de 70% de l'ensemble des soins de santé vont concerner la gestion de maladies chroniques, il est évident que nous ne pouvons tout simplement pas nous permettre un tel cloisonnement. Il faut au contraire travailler à la mise en place d'une structure qui suit le cours des maladies comme un itinéraire continu : de la prévention jusqu'au suivi et jusqu'aux aides générales et soins à domicile, en passant par le dépistage, et ce par le biais de traitements combinés qui dépassent ce cloisonnement des spécialismes et des hôpitaux.

Itinera plaide pour la mise en place d'une offre intégrant soins de santé et bien-être, en partant des besoins du patient. L'offre structurée verticalement en première/deuxième/troisième ligne doit tout simplement être remaniée. Nous sommes en faveur d'un décloisonnement complet de l'offre en matière de soins de santé. Le principe fondamental doit consister en un ancrage social des soins, avec une attention particulière pour la promotion de la santé et la responsabilisation du patient. L'objectif ultime est une meilleure qualité de vie. Le budget consacré à la prévention (actuellement 0,9% du total des dépenses en soins de santé) doit être augmenté considérablement et être amené au-dessus de la moyenne OCDE, qui est de 3%. Ensuite, il faut veiller à ce que le patient chronique reçoive une place appropriée dans la société et qu'il soit maintenu le plus longtemps possible dans la vie active. Une étude néerlandaise conduite par le Bureau de planification sociale et culturelle des Pays-Bas démontre qu'il y a encore des progrès à faire dans ce contexte. La Belgique se retrouve parmi les pays de l'UE les moins performants en la matière, avec seulement 45% de ses malades chroniques encore au travail. Les autres dépendent d'une allocation, et même ceux qui travaillent prestent moins d'heures que leurs homologues dans les autres pays.

Les soins de base et le suivi des maladies chroniques doivent dans la mesure du possible quitter le contexte hospitalier pour se faire dans le cadre de vie des patients. Il convient dès lors de renforcer les soins à domicile et de leur attribuer un rôle central. L'inscription auprès du médecin traitant sera obligatoire, tout comme l'utilisation du dossier médical global. Ce qui compte, c'est une bonne collaboration entre soins professionnels et soins informels. Cela permettra d'éviter des demandes d'aide. Nous plaidons pour un débat sur les prestations de services des métiers de santé, qui aborde sous des angles divers la question de savoir à quoi ressemblera la demande dans les années à venir et ce que cela impliquera pour les groupes professionnels actifs dans le secteur des soins de santé.

Si l'on veut que la qualité occupe une place centrale dans la question des soins de santé, il faut une plus grande coordination de l'offre thérapeutique. Il est important d'impliquer dans ce processus les acteurs ancrés actuellement dans le secteur. Quant à savoir quels acteurs et de quelle manière, cette question ne peut pas être dictée par un jeu de piliers et d'intérêts à défendre. La question politique n'est pas de savoir "qui" doit agir, mais bien "que" doit-il se passer, et le gouvernement doit stimuler la qualité des soins en la récompensant. Comme évoqué précédemment, les mutuelles et les assurances maladies peuvent endosser ce rôle de 'courtiers en soins'. Les médecins et les groupements d'hôpitaux peuvent eux aussi assumer ce rôle de coordination, certainement dans un contexte où les médecins ne seraient plus enfermés dans des 'silos'. Avec la collaboration du médecin traitant en tant que gestionnaire de cas, il

serait possible de mettre en œuvre des équipes multidisciplinaires compétentes à la fois en matière de soins de santé et en matière de bien-être par des soins à domicile. Ces équipes pourraient être organisées par tranches de 10.000 habitants par exemple, et pourraient fonctionner comme des sortes de guichet. Une véritable percée dans cette fonction de recherche peut être facilitée par de nouveaux développements technologiques, des sites Web spécifiques, le développement d'applis spécifiques, etc. Tout cela doit permettre la mise en place d'une offre plus transparente et plus accessible, qui peut également contribuer à réduire la fracture sociale en matière de soins de santé.

Vers un système d'information santé intégré et performant.

Un système de soins intégral requiert un système d'information santé intégré et performant, qui collecte et partage toutes les informations des patients au sein d'une base de données, centralisée ou décentralisée. Ce système permet alors de surveiller la qualité des soins sur le long terme. Aux États-Unis, le réseau renommé de soins intégrés Kaiser Permanente a démontré qu'une optimisation de l'IT permet d'économiser jusqu'à 25% sur le coût des soins, et d'améliorer leur qualité. En Flandre, la plate-forme d'échange électronique Vitalink qui partage ses informations avec les prestataires de soins et les assistants sociaux, donne de beaux résultats. Athena Health est un système novateur qui partage ses données via une technologie basée dans le nuage (cloud-based). Ce principe serait certainement intéressant pour notre système de soins de santé belge. Le système E-Health est très prometteur, mais après 10 années de discussions et de développements, il est temps de passer aux réalisations concrètes sur le terrain. La question est de savoir si le système pourra être opérationnel d'ici 2018, comme prévu. Il faut maintenant que les choses aillent vite, d'autant plus que la directive européenne du 15 octobre 2013 relative aux soins transfrontaliers exige une offre et un partage transparents des données des patients via des systèmes eHealth.

Vers une concentration des soins spécialisés dans des centres d'expertise et une collaboration au sein de réseaux de soins.

Les hôpitaux doivent faire des choix : de quels soins veulent-ils se défaire, et dans quels programmes de soins veulent-ils exceller ? Les hôpitaux pourront ainsi évoluer vers un nombre limité d'entités de soins ou 'focused factories', travaillant avec des équipes interprofessionnelles hautement qualifiées et capables d'organiser les processus de

soins de façon très efficace et très effective. Ensuite, il convient de stimuler la formation de réseaux et de liens de collaboration dynamiques entre tous les prestataires de soins, via un nombre limité de réseaux de soins de santé, par exemple 4 par province, proposant des offres tant intra qu'extramuros. Ces offres seraient reliées entre elles via des itinéraires de soins décrivant et harmonisant clairement l'organisation des soins par groupes de patients.

Le rôle des pouvoirs publics glissera de la régulation de l'offre vers le contrôle de la qualité des soins et la création de règles du jeu qui sont les mêmes pour tous et autorisent la concurrence. Cette concurrence crée entre les organisations de soins une émulation en termes de valeur réellement ajoutée pour le patient, et constitue dès lors l'incitant optimal pour la fourniture de soins efficaces et de meilleure qualité. Itinera insiste sur le fait que le besoin de centres d'expertise ne doit pas être dicté par un agenda politique. La tâche première des pouvoirs publics n'est pas de choisir qui seront les gagnants et les perdants dans le paysage hospitalier. Ils devront définir le cadre des règles de qualité et de leur contrôle au sein duquel les patients, mieux informés et mieux accompagnés, détermineront les gagnants sur la base de la qualité de leurs prestations et non plus sur la base de leurs appuis ou couleurs politiques.

Renforcer la base, investir dans le personnel. Briser les silos internes par l'innovation des processus.

Itinera plaide pour une exploitation optimale du personnel disponible, non pas en réduisant ses effectifs mais en l'utilisant de façon plus intelligente. Cela pourra se faire avant tout par le biais d'analyses coût/efficacité visant à déterminer l'effectif optimal en ressources humaines. Il a déjà été démontré qu'un meilleur déploiement du personnel se répercute favorablement au niveau des coûts. Une étude américaine a ainsi déterminé que pour chaque dollar investi dans l'augmentation des effectifs du personnel soignant, on en récupère les trois quarts sous forme d'une diminution des complications thérapeutiques et d'un raccourcissement de la durée de l'hospitalisation. Un effectif correct permet également de sauver des vies. Le risque de décéder à l'hôpital augmente de 7% par patient supplémentaire dont doit s'occuper un infirmier/une infirmière. Avec 11 patients par infirmier/infirmière, la Belgique est à la traîne par rapport aux autres pays européens (7 pour 1 aux Pays-Bas, et 5 pour 1 en Norvège). Le niveau de compétence du personnel soignant est lui aussi important. Une augmentation de 10% des effectifs infirmiers titulaires d'un baccalauréat (plutôt qu'un diplôme de professionnel supérieur), se traduira par une diminution de 7% du risque de décès chez

les patients. Force est de constater une grande variation entre les hôpitaux belges à ce niveau, avec un taux de bacheliers oscillant entre 26% et 86%.

Via l'innovation des processus et le travail d'équipe, le personnel doit recevoir les armes nécessaires pour faire face aux attentes croissantes que l'on place dans son travail. Il faut soutenir dans ce contexte le développement d'itinéraires de soins. Le fonctionnement d'une équipe multidisciplinaire peut en outre être stimulé par la mise en place d'une réglementation plus flexible quant aux prestations de services des métiers de santé, autorisant un glissement et une différenciation des tâches (AR n°78). Il convient aussi de confier autant que possible à des équipes autogérées la responsabilité et le pouvoir de décision quant aux soins fournis. Il est contreproductif d'imposer arbitrairement un carcan de petites règles et de procédures. L'idée est de décentraliser le processus décisionnel et d'impliquer au maximum les médecins et prestataires de soins dans les projets d'amélioration. Il convient aussi d'apprendre aux collaborateurs à 'travailler ensemble', par exemple via l'organisation de plates-formes d'apprentissage communes dans le cadre de la formation aux métiers de la santé.

“Le patient occupe une place centrale”: utilisez-le !

Que le patient soit au centre des préoccupations est probablement le plus grand cliché du secteur des soins de santé. Mais il semble qu'aujourd'hui le patient soit aussi un peu dans le chemin : il n'est en effet pas impliqué dans la réalisation d'un système de santé publique, si ce n'est par le coût direct des traitements qui est prélevé dans son propre portemonnaie. Nous pourrions vraiment faire mieux. Itinera est d'avis que le rôle du patient doit devenir clairement plus actif. Qu'il s'agisse de prévention, du bon choix de l'itinéraire de soins, de l'utilisation des médicaments, de la bonne observation du traitement prescrit, du style de vie : le patient est bien plus qu'un patient. Il est même un facteur déterminant du fonctionnement des soins de santé. Repenser la structure de l'offre de soins en un itinéraire axé sur le patient et dès lors un processus qui doit aussi impliquer, informer, sensibiliser et responsabiliser le patient lui-même.