

Des petits pas

Isabelle Heymans, médecin généraliste, membre de la cellule politique de la Fédération des maisons médicales

.....

Cela a fait du bruit à la fin de l'année écoulée : le budget 2004 pour les soins de santé a été largement dépassé. Suite à ce constat, M. Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, a décidé de prendre des mesures pour équilibrer le budget pour 2005. Il nous semble très important, à nous aussi, que le budget de l'assurance maladie fasse l'objet d'une grande attention. C'est une des conditions pour que la sécurité sociale en général et l'accès aux soins de santé en particulier puissent rester aussi larges que possible.

.....

Mots clefs : politique de santé, économie de la santé.

Nous avons lu la note du ministre « Budget des soins de santé 2005 et maîtrise structurelle des dépenses », approuvée par le Conseil des ministres le 26 novembre 2004. Même si cette note était d'objectif économique, nous y trouvons des idées plus larges, sur des thèmes qui nous sont chers, et nous voudrions nous arrêter à certaines d'entre elles.

.....

Prescrire en dénomination commune internationale (DCI) et en uni-doses ?

La plus grosse part des mesures budgétaires proposées concerne le secteur du médicament. Sans nous étendre sur ces mesures¹, nous voulons nous arrêter un peu sur la question de la prescription en dénomination commune internationale². Nous pensons depuis longtemps que les médecins devraient pouvoir prescrire des molécules et non des marques de médicaments. Le ministre propose l'entrée en vigueur de cette possibilité cette année. Toutefois, le passage à la prescription en dénomination commune internationale doit absolument être précédée par la mise en place de moyens pour éviter que l'influence des firmes pharmaceutiques pesant actuellement sur les prescripteurs soit transférée sur les officines. Une réforme du mode de financement des pharmaciens est donc indispensable avant de permettre ce changement. Un financement basé sur les prestations (délivrance et conseil, gestion des dossiers médicamenteux, collaboration avec le médecin prescripteur, etc.) et non plus sur une marge bénéficiaire sur les boîtes délivrées mettrait l'accent sur le rôle d'offre de service et d'expertise des pharmaciens, ce qui ne peut être que positif. Une réforme a déjà été mise en place en 2004 dans ce sens, permettant une rémunération partielle à la délivrance. Il reste à l'intensifier.

Autre idée intéressante concernant le médicament, la délivrance en « uni-doses »³. Le ministre propose cette mesure pour les maisons de repos. Cela devrait être envisagé pour les soins ambulatoires aussi : en plus du

nom de la molécule, le médecin signalera le nombre de doses à délivrer par le pharmacien à l'unité près, ce qui sera source de grandes économies. Mais encore une fois, le travail des pharmaciens s'en verra fort transformé.

.....

Des « bassins » et des trajets de soins

Dans son souci de dépense plus raisonnée des moyens, et en insistant sur l'importance de maintenir la qualité du service de soins de santé fourni à la population, le ministre a introduit la notion de « bassins de soins ». Nous y voyons deux enjeux très intéressants et positifs.

L'un est la rationalisation de l'offre de soins hospitaliers, à la fois pour qu'elle soit plus efficiente et pour que tous types de soins de qualité restent accessibles géographiquement et financièrement à la population. Le ministre ose proposer un dialogue entre les très traditionnels réseaux historico-politiques (chrétien, socialiste, libre) qui occupent notre paysage hospitalier pour un partage des missions à un niveau loco-régional.

L'autre enjeu est l'idée d'une zone géographique au sein de laquelle TOUS les acteurs de santé sont réunis pour une coordination et collaboration efficaces. Avec l'intention de promouvoir des trajets de soins efficaces et qualitatifs à suivre par les patients, par le biais de mesures d'encouragement de l'échelonnement.

Le concept d'organisation géographique de l'offre de soins n'est pas nouveau. Des zones de soins sont déjà actuellement définies, correspondant

à divers types d'offres de soins ambulatoires et de première ligne, dont les Services intégrés de soins à domicile (SISD). Ces zones de soins avaient été définies en tenant compte aussi de l'offre hospitalière. Pourtant il n'est nulle part fait mention de ces zones SISD dans la note du ministre. Si la volonté est bien de coordonner efficacement les différentes lignes de soins, les bassins de soins nous paraissent devoir se superposer à ces zones de soins.

Nous sommes d'ailleurs surpris du peu de place de la première ligne dans ce projet de coordination et de trajets de soins, tel qu'énoncé dans la note. Nous

ne répéterons jamais assez l'importance primordiale des acteurs de santé de première ligne dans un projet d'offre cohérente et coordonnée de soins à la population. Généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, accueil, aide psychologique, aide sociale, et à fortiori les initiatives multidisciplinaires de première ligne : ces professionnels des soins de santé primaires sont le point de départ de la plus grande majorité des trajets des patients dans le système de soins. Dans ce cadre, les Services intégrés de soins à domicile sont des structures dont le projet est d'améliorer la coordination multidisciplinaire entre les acteurs de santé en ambulatoire mais aussi avec

les hôpitaux. Des projets pilotes sont en cours dans plusieurs villes, et ce mouvement doit être encouragé parce qu'il va dans le sens de cette coordination entre acteurs et échelons du système de santé.

••••• Mieux que l'accessibilité financière : l'équité

Le ministre insiste à plusieurs reprises sur l'importance de maintenir l'accessibilité aux soins pour tous, et envisage notamment une réforme du système du Maximum à facturer (MAF). Pour nous, encore plus que l'accessibilité aux soins, l'équité est une valeur primordiale. Si le Maximum à facturer est un moyen honorable de freiner la paupérisation induite par la maladie, il doit rester un moyen complémentaire au remboursement préférentiel⁴, et ne peut en aucun cas le remplacer. Le remboursement préférentiel reste à nos yeux à la fois le moyen le plus équitable parce qu'il permet un remboursement immédiat et non à posteriori, et le moyen le plus simple pour permettre aux usagers de connaître et contrôler leurs dépenses de santé au fil de l'année. De plus, le Maximum à facturer présente le risque d'augmentation des prix des services ou produits offerts : les patients ne payant pas le ticket modérateur n'induiront aucun frein à ces augmentations de prix.

••••• Améliorer la qualité aussi

Dans cette note dont l'objectif est bien économique, il est question de recommandations de bonne pratique en



• Des petits pas • (suite)

matière d'imagerie médicale adressées aux radiologues et aux médecins généralistes. L'imagerie médicale est, avec la biologie, un des secteurs qui grèvent de façon importante les budgets des soins de santé. Nous saisissons néanmoins l'occasion pour réinsister sur le fait que des outils constructifs et efficaces d'aide à la décision doivent être soutenus, et pas uniquement dans un but économique : les acteurs de la santé ont besoin d'être encouragés dans une démarche constante d'amélioration de la qualité du service rendu à la population, qualité dont l'efficacité est un élément important mais non le seul.

• • • • **Financement des acteurs**

Nous sommes heureux de constater que le ministre prévoit d'aligner l'acte intellectuel sur l'acte technique et envisage le forfait comme une possibilité de financement plus efficace pour certains types de services. Pour nous, ces deux prises de position se situent dans un questionnement du mode de paiement des agents et des services, pour que l'offre reste qualitative en étant la plus efficace possible. Cela fait longtemps que des acteurs de la santé s'expriment sur les dérives qualitatives et financières d'une prise de pouvoir de l'acte technique sur le jugement et la réflexion intellectuelle, empêchant la complémentarité saine de ces deux approches. Cela fait longtemps aussi que les maisons médicales sont en recherche du mode de financement le plus optimal possible et expérimentent simultanément les limites du paiement à l'acte et au forfait. Fortes de leur expertise, elles demandent de pouvoir

expérimenter un système de financement mixte, dont les conséquences pourraient être évaluées ensuite pour tirer des conclusions utiles dans d'autres lieux.

• • • • **Last but not least, la pluridisciplinarité**

A plusieurs reprises la notion de pluridisciplinarité apparaît dans cette note, déclinée selon plusieurs définitions et dans plusieurs domaines, mais malheureusement jamais au sujet de la première ligne, quasi absente du texte. Nous continuons à témoigner de notre conviction que ce type d'organisation apporte une grande plus value dans le service à la population, à tous les niveaux de soins, et particulièrement au niveau qui nous intéresse : les soins primaires.

Puisque ce mot paraît possible, nous nous efforçons d'attirer encore et encore l'attention sur les initiatives déjà en place pour améliorer la prise en charge pluridisciplinaire et donc plus globale des personnes.

• • • • **Les écueils**

Quels sont les plus grands reproches que nous pouvons faire après lecture globale de cette note ?

L'absence complète de vision systémique de l'organisation des soins de santé. Des mesures sont décidées dans plusieurs domaines, sans qu'il soit possible de deviner la moindre coordination entre elles. Quand trouverons-nous une lecture globale du système de santé pour une meilleure organisation de ses interconnexions et pour

une plus grande qualité et efficacité de l'offre de soins ?

Et dans cette absence, encore une fois, l'absence de la première ligne, du premier échelon, même là où il nous semblait évident qu'il soit cité et utilisé (voir les bassins de soins et les trajets de soins). Quand les décideurs pourront-ils avoir et exprimer la conviction de l'importance des soins primaires, porte d'entrée, proches des personnes, globaux, continus, permanents, intégrés et de qualité ?

(1) Vous trouverez davantage de détails sur ces aspects dans notre article *Sur le front du médicament* en page 8.

(2) Dénomination commune internationale (DCI) : il s'agit de la dénomination « chimique » internationale du médicament, par opposition au nom de spécialité ou de marque, qui est un nom de fantaisie, commercial, inventé par le fabricant. La même substance médicamenteuse peut être commercialisée par différentes firmes pharmaceutiques sous des noms différents. Par exemple, le paracétamol, l'antidouleur et antipyrétique le plus employé en Belgique, est commercialisé sous plus de vingt noms différents, tels que Perdolan®, Dafalgan®, Efferalgan®, etcetera.

(3) Actuellement, le patient se voit prescrire des boîtes contenant un nombre fixe de comprimés, nombre qui ne correspond pas forcément à celui nécessaire au traitement. Il n'est pas possible de lui délivrer, sauf en prescription magistrale (les « préparations »), la quantité exacte nécessaire. D'où des surplus inutiles qui traînent dans les pharmacies familiales.

(4) Le remboursement préférentiel est un remboursement plus important des soins attribué aux usagers économiquement faibles. Concrètement, le ticket modérateur, c'est-à-dire ce qu'ils paient de leur poche, est réduit par rapport aux « assurés ordinaires ».