

BLOC-NOTES SANTE

PRÉVENTION

Campagne de sensibilisation

L'UNAF s'associe avec l'Institut national de la consommation (INC), la Lyonnaise des Eaux et 6 autres associations de consommateurs et de parents d'élèves au lancement de la **campagne de sensibilisation sur l'eau du robinet**, menée à destination des enfants des écoles primaires.

Cette opération se déroulera, dès cette rentrée, dans quatre régions pilotes (Alsace, Ile-de-France, Lorraine, Nord-Pas de Calais), puis sera étendue, en 2008, à l'ensemble du territoire.

L'objectif est de promouvoir auprès des enfants, de leurs parents et de leurs professeurs, un accès convivial à l'eau dans les écoles primaires, grâce à la diffusion d'un **kit pédagogique ludo-éducatif** (*jeux autour de l'eau sur Internet pour les 6-8 ans et les 9-11 ans, affiche, livret comportant des fiches pédagogiques,*

des leçons, des activités pratiques, des exercices à faire en classe pour les professeurs) et à l'installation de robinets-fontaines dans les écoles.

Cette campagne de sensibilisation répond à deux attentes majeures : **elle est au coeur des enjeux de développement durable des collectivités locales** (*valoriser l'eau du robinet, boisson indispensable à une alimentation équilibrée*) et **fait suite aux recommandations des pouvoirs publics et des autorités de référence en matière de santé publique** concernant la lutte contre l'obésité infantile.

Le jeu "Clara et Noé, une journée au fil de l'eau", le livret pédagogique des professeurs, le poster ou encore des fiches pour les parents sont accessibles gratuitement sur le lien : www.conso.net/claranoe.htm

RAPPORT

Rapport de la Cour des Comptes

Un des chapitres du rapport de la Cour des Comptes est consacré aux médecins libéraux. Sont tour à tour abordés les sujets concernant la

démographie médicale, les revenus des médecins et l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie de la mise en place du parcours de soins. A

la suite de l'analyse sans concession de ces différents thèmes, la Cour préconise un certain nombre de recommandations. C'est ainsi qu'il est proposé de : réduire le nombre d'instances chargées des questions de démographie médicale ; mettre en place des mécanismes de pénalisation financière complétant les dispositifs incitatifs existants afin de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire et de préserver l'égal accès aux soins ; poursuivre les transferts de compétences entre professionnels de santé ; disposer le plus rapidement possible d'une connaissance fine des revenus des médecins libéraux entre le secteur 1 et le secteur 2 ; mettre en place une analyse fi-

nancière des sociétés d'exercice libéral ; faire respecter l'objectif de neutralité financière initialement arrêté pour la CCAM en programmant des baisses de tarifs, en particulier pour les radiologues ; réexaminer le dispositif des dépassements autorisés du secteur 1 qui engendre une grande part de la complexité de la tarification du parcours de soins coordonné ; conduire sans tarder une réflexion sur l'articulation du paiement à l'acte et du paiement au forfait des médecins généralistes.

Reste à savoir maintenant quel sera le sort de ces recommandations.

Cour des Comptes (suite)

Toujours dans le même chapitre, la Cour relève que « dans deux sous-spécialités - la chirurgie urologique et orthopédique - le monopole du secteur 2 s'exerce sur une part importante du territoire national : 27 départements ne disposent d'aucun chirurgien urologue de secteur 1 aussi bien parmi les 547 urologues libé-

raux que parmi les 116 urologues hospitaliers. La situation est identique, s'agissant de la chirurgie orthopédique, dans 16 départements ».

La Cour en déduit que cette situation remet totalement en question le principe d'égal accès aux soins.

Source : Rapport de la Cour des comptes « Sécurité sociale 2007 »

RAPPORT

Permanence des soins

Jean-Yves Grall, Conseiller général des établissements de santé, a remis à Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, un rapport sur une mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins.

La permanence des soins ambulatoire (PDS) a été définie en 2003, dans le cadre du groupe présidé par Charles Descours, sénateur honoraire et auquel participait l'UNAF/CISS en tant que représentant des usagers.

La PDS ambulatoire revêt ainsi le caractère d'une mission de service public assurée par des médecins libéraux sur la base du volontariat, durant les heures de fermeture des cabinets médicaux, soit de 20h à 8h en semaine et du samedi 12h au lundi 8h. Cette PDS est organisée au niveau départemental sous l'autorité du préfet,

après avis du comité départemental d'aide médicale urgente et de permanence des soins (CODAMUPS), sous la forme de secteurs géographiques dans lesquels il existe un médecin d'astreinte. Son accès est régulé préalablement par le centre 15 ou une plate-forme de régulation libérale ayant passé convention et interconnectée avec le Centre 15. Une liste de médecins d'astreinte est établie et en l'absence de volontaires et après avis du Conseil départemental de l'ordre, le préfet peut procéder aux réquisitions nécessaires.

Le rapport dresse un bilan très mitigé sur l'efficacité de cette organisation. Le rapporteur constate « que trouver un médecin devient un sujet d'inquiétude et les difficultés d'accès, quel qu'en soit le motif, de soins ou administratif, suscitent l'incompréhension de la population et de ses élus, associée à une tension certaine chez

les représentants de l'État, responsables de l'organisation de la PDS ».

Le rapporteur précise en outre que la PDS se révèle en fait globalement peu fiable, fragile et coûteuse et incapable de répondre aux évolutions de la demande non programmée de soins ou d'avis médical de la population sur l'ensemble du territoire.

Pour remédier à cette situation, Jean-Yves Grall préconise 5 principes (1. remettre le patient au premier plan, de même que la notion de service à la population, 2. bâtir un dispositif économe en temps médical, 3. laisser l'initiative et des marges d'adaptation au niveau régional et départemental, 4. considérer l'efficacité et ajuster le coût pour la collectivité, 5. préparer l'avenir) et définit sept axes stratégiques qui ont pour dénominateur commun une exigence de cohérence (1. redéfinir les missions et clarifier la sémantique : passer de l'étiquette à la fonction et regrouper la réponse adaptée à la demande de soins ou d'avis médical non programmés sous l'appellation unique d'Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP), 2. mettre en place un dispositif institutionnel et un financement cohé-

rents, 3. décliner une organisation homogène, lisible et découplée, assurant la synergie de tous les acteurs : un volet Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de l'AMPP définissant outre l'implantation des structures d'urgences et des SMUR, la régulation médicale, socle du dispositif, des points fixes de consultation de médecine générale type maison médicale de garde (MMG) et des effecteurs mobiles sur des territoires définis. La sectorisation telle que définie actuellement disparaîtrait, 4. favoriser le volontariat et la pérennité du dispositif par un véritable contrat de volontariat, 5. adapter les formations, en réorientant la formation médicale initiale, en améliorant la formation des permanenciers d'accueil et de régulation médicale (PARM), 6. informer et responsabiliser la population : seul un dispositif fiable, pérenne et donc lisible peut permettre une indispensable communication sur la base d'un cadre national adapté localement, 7. évaluer périodiquement l'efficacité du dispositif dans le cadre des comités départementaux d'aide médicale permanente à la population (CODAMPP)).

Fort de ce constat, Roselyne Bachelot a annoncé le 17 septembre, le lancement d'une concertation des acteurs de la permanence des soins sur l'ensemble des propositions du rapport Grall.

Source : rapport « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins » Docteur Jean-Yves Grall Août 2007. Ce rapport est accessible sur www.sante.gouv.fr

ALZHEIMER

Une Charte

Lors de la journée mondiale consacrée à la maladie d'Alzheimer le 21 septembre, l'Espace éthique de l'AP/HP et le département de recherche en éthique de l'Université Paris-Sud 11 ont présenté la « Charte Alzheimer Éthique et Société ». Ce document a été conçu dans le cadre d'une consultation nationale associant proches, professionnels de santé et membres d'associations.

Cette charte a pour objet d'exprimer les valeurs de référence et les exigences que l'on doit avoir au bénéfice des personnes touchées par la maladie. Ce texte engage les professionnels, proches ou bénévoles signataires autour de 10 axes (assurer à la personne malade l'accès aux soins, la compensation des handicaps et la prévention des facteurs aggravants ; développer et garantir les compétences professionnelles par les formations initiale et conti-

nue ainsi que par le travail en équipe ; reconnaître le droit à la personne malade à être, ressentir, préférer, refuser ; respecter le choix de la personne malade ; respecter les liens affectifs de la personne malade ; respecter la liberté de conscience de la personne malade et valoriser ses activités ; respecter la personne malade, ses biens et ses choix matériels ; soigner, respecter et accompagner la personne malade jusqu'à la fin de sa vie ; faire bénéficier la personne malade de la recherche et de ses progrès ; contribuer largement à la diffusion d'une approche éthique).

La charte sera révisée annuellement afin de l'enrichir des apports qu'elle suscitera.

Vous pouvez signer cette charte ou avoir accès à l'intégralité de son texte sur : www.2007.alzheimer@sls.aphp.fr ou www.espace-ethique.org

Plan national

Lors de la journée mondiale de lutte contre la maladie d'Alzheimer, le président de la République, Nicolas Sarkozy, a présenté, les premières pistes du futur plan, dont l'élaboration a été confiée au professeur Joël Ménard.

La première orientation porte sur la dimension éthique « qui doit être permanente et non plus intermittente » et qui sera financée dans le futur plan. La seconde porte sur la recherche qui est actuellement insuffisante. Le Président demande à la commission d'examiner la possibilité de créer une structure nationale de recherche sur la maladie qui aurait pour mission de fédérer l'ensemble des recherches sur ce sujet. Le parcours du malade est la troisième orientation définie par la commission. Il est demandé à la commission « d'étudier les conditions d'une plus grande cohérence entre le mode de rémunération du médecin traitant et le suivi des personnes malades ». Un forfait « Alzheimer » pourrait être ainsi envisagé. Une meilleure cohérence des différents intervenants auprès du malade devrait être également recherché afin de soulager les familles. Le chef de l'État souhaiterait également qu'il existe une porte d'entrée

unique dans le système de prise en charge de cette maladie. Pour cela, Nicolas Sarkozy suggère la création de plates-formes de territoire autour des Conseils généraux et avec l'appui de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Le président de la République a également demandé que le futur plan prévoit des mesures ciblées pour les malades jeunes (10000 malades ont moins de 60 ans) dans le domaine de la recherche, des soins et de la prise en charge médico-sociale. Enfin, le chef de l'État a insisté sur l'importance d'un soutien en matière de logement et de transport, mais également sur la nécessité d'un continuum de prise en charge entre le domicile et le « tout établissement ». Le Président s'est ainsi interrogé pour savoir si l'hébergement temporaire, l'accueil de jour, étaient assez développés dans notre pays. La commission fera l'ensemble de ses recommandations au début du mois de novembre. Un débat public autour de ces propositions sera organisé. La mise en œuvre du futur plan sera supervisée par le Premier ministre, il sera réalisé sur la période 2008-2012.

Une évaluation publique en sera faite dès 2011.

EUROPE

Droits du patient

Lucien Bouis, représentant de l'UNAF au Comité économique et social européen, vient de rédiger, au nom de la section spécialisée « Emploi, affaires sociales, citoyenneté », un avis sur « Les droits du patient ». Après avoir établi le constat des différentes évolutions qui ont conduit à la reconnaissance explicite de droits individuels aux patients, l'avis souligne que les politiques publiques tendent à prôner de plus en plus la participation des citoyens avec le développement des méthodes de participation dans différents pays d'Europe (les conférences de consensus danoises, les jurys citoyens mis en œuvre dans plusieurs états européens, les états généraux...). Le Conseil de l'Europe et le parlement Européen promeuvent d'ailleurs de telles démarches participatives. Au-delà du constat, l'avis du Comité préconise de mieux informer le corps médical de ces évo-

lutions, en les intégrant dans leur formation ; en développant des lieux de débat et de rencontre entre professionnels, et entre les professionnels et les usagers ; en mettant en place des comités d'éthique clinique au sein des établissements de santé qui permettront de soutenir les professionnels et de respecter les droits des malades ; en renforçant la lisibilité du système par les usagers, en valorisant la place et le rôle de l'ensemble des professionnels ; en imaginant de nouvelles formes collectives d'exercice impliquant les médecins et les autres professionnels de santé.

L'avis souligne enfin la nécessité d'aider au développement d'une parole collective des usagers de la santé en donnant notamment aux associations d'usagers les moyens de leurs actions et de leur expression (formation, congrès représentation...).

