

Soins palliatifs

À la recherche d'une meilleure reconnaissance

Jacques Jaume*

Nous vivons une période riche d'apports et de promesses pour l'exercice des soins palliatifs (SP). De 1999 à 2001, s'est déroulé un premier plan triennal de développement des SP visant à développer et diffuser une culture des "soins palliatifs" chez les professionnels de santé et dans le public. En mai 2001, on dénombre trente réseaux de SP – contre dix-huit en 1998 – et, semble-t-il, plusieurs dizaines en constitution.

La loi du 9 juin 1999, votée à l'unanimité des parlementaires, assure aux SP une assise légale et un développement pérenne : elle garantit aux citoyens l'accès aux SP. Le volet "Soins palliatifs" est inscrit aux SROS, ou Schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Le second cycle des études médicales s'enrichit d'un module "Douleur, soins palliatifs et accompagnement". L'ANAES (Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé) a publié des Recommandations de bonne pratique en SP.

Le présent est marqué par la mise en place d'un Programme national de développement des SP (2002-2005). L'un de ses objectifs est de développer les SP et l'accompagnement à domicile ou dans le lieu de vie habituel grâce à la constitution de réseaux locaux domicile-hôpital. Parmi les mesures évoquées, on retrouve : la formation spécifique des professionnels de santé, l'hospitalisation à domicile, l'accompagnement par des bénévoles, la poursuite de la mise en place des réseaux de SP, etc. Des conditions spécifiques de rémunération des professionnels de santé, libéraux ou salariés des Centres de santé, pourront être envisagées. Dans le cadre de la convention Médecins de famille-CNAM du 23 mai 2003,

l'avenant n° 12 a été adopté par la CNAM et le syndicat signataire. Il intéresse notamment le contrat de SP à domicile. Beaucoup de médecins y voient une reconnaissance de la pratique des SP et de cet exercice bien spécifique par les caisses d'assurance-maladie. D'autres, cependant, demeurent plus réservés. L'avenant prévoit un forfait mensuel pour le médecin généraliste coordinateur de l'équipe de soins (80 €) et un forfait mensuel pour le médecin généraliste participant à la coordination (40 €), ces deux forfaits ne pouvant être cumulés, et enfin un troisième forfait mensuel (90 €) pour le généraliste effectuant les soins. La rémunération à l'acte resterait possible. Si le médecin choisit le paiement au forfait de soins, ce forfait est perçu par le médecin choisi par le malade et pour chaque malade sur une base mensuelle. Cet avenant s'inscrit donc bien dans les objectifs du Programme national de développement des SP en évoquant la forfaitisation et la rémunération de la coordination.

Où en sommes-nous ?

Le texte doit être transmis au Conseil national de l'Ordre des médecins pour avis et au ministre de la Santé avant publication au *Journal officiel*.

Si cet avenant devient réalité et si ses mesures sont applicables, il faudra bien évidemment en mesurer l'impact chez les médecins généralistes praticiens de terrain : ce sont eux qui le feront vivre ou, au contraire, mourir. Dans ce dernier cas, une approche alternative devra être pensée. Bien que les SP à domicile trouvent là une forme supplémentaire de reconnaissance, c'est bien la culture des "soins palliatifs", profonde, au cœur de la pratique médicale, qui pourra pérenniser les SP. Ceux-ci pourront alors s'épanouir, pour le bien des patients et des professionnels de santé. ■

* Médecin attaché, centre de la douleur, CHU de Nîmes.

Nos éditions
déclinent toutes
les expertises..



Dat Be
éditions
Société du groupe de presse
et d'édition santé
VIVACTIS
MEDIA