

AFM - Audition publique
Mercredi 28 mars 2007

- Mme Tenneson : Merci de prendre place, nous allons reprendre sur la question trois, le choix du produit et sa prescription.

M. Rémy-Néris va nous parler des acteurs pour accompagner le choix des solutions.

- M. Rémy-Néris : Bonjour.

J'ai sorti ma montre pour ne pas faire plus de 10 minutes. Je pense que je ne vais pas faire ma présentation et je vais revenir sur ce que j'ai abordé hier parce que, et je vais essayer de parler lentement pour que la vélotypiste puisse inscrire les choses et que cela marque peut-être un peu plus, je pense que durant la journée d'hier nous avons fait des beaux programmes, des belles propositions, mais que globalement nous sommes largement à côté de la plaque.

Nous sommes à côté de la plaque car la majorité des patients que nous aurons demain n'est pas celle des populations de centres de rééducation et l'essentiel des intervenants que vous avez vus hier sont pour beaucoup issus des centres de rééducation ou des services de MPR, des centres hospitaliers, universitaires ou non.

Nous avons des mécaniques bien huilées et nos projets sont probablement très intéressants pour une catégorie de patients qui représente aujourd'hui à peu près 30 à 40 % des prescriptions d'aides techniques, c'est-à-dire la population de gens sévèrement dépendants, mais cette population, en pourcentage, est en décroissance. La population en pleine croissance, c'est la population de personnes âgées et cette population, vos projets de vie, quand même des gens qui ont 70 ans, leur vie est derrière eux et ils ont une vie devant eux, bien sûr, mais ils n'ont pas forcément besoin de nous pour savoir ce qu'ils ont envie de faire. Et je pense que beaucoup de personnes handicapées moteur, beaucoup de personnes handicapées visuelles ou sourdes, n'ont pas besoin que l'on évalue avec des procédures qui durent trois mois, six mois, un projet de vie qu'ils ont déjà largement réfléchi puisque cela fait déjà deux ans qu'ils attendent de pouvoir accéder à une structure d'évaluation.

J'ai énormément de respect pour les ergothérapeutes, les assistants sociaux, avec lesquels je travaille dans de très bonnes relations au quotidien.

Je m'appuie sur leurs avis, mais je me demande, et je vous repose la question, et à la commission : est-ce notre but est de faire des recommandations qui, certes, permettront de mettre tous les patients sur un pied d'égalité extraordinaire, mais quelque peu arrogant peut-être sur le plan intellectuel, si par ailleurs nos procédures sont inapplicables car impossibles à gérer sur le plan des moyens ? Nous n'aurons pas plus de moyens, ou très peu, et deuxièmement si de toutes les façons cela dure un an, comme nous l'a dit M. Pifferi hier qui de façon très concrète nous a dit : il y a un certain nombre de gens, dont on apporte le fauteuil, et qui ne sont plus là.

La procédure a été bien faite, c'est sûr, mais le patient est mort entre-temps.

Ce que je voudrais, c'est mon point de vue, et j'ai discuté hier avec quelques patients qui rigolaient un peu de nos procédures d'évaluation et de ce que pouvaient dire certains professionnels, ce que je voudrais, c'est qu'on ait des procédures efficaces, rapides, pour évaluer les besoins et prescrire rapidement une aide technique en commençant par les

besoins les plus urgents de la personne. Et le projet de vie, on va l'évaluer, bien sûr, c'est notre travail, mais c'est un travail à faire dans la durée.

Commençons par répondre aux besoins les plus urgents avec les personnes qui sont concernées et en essayant de réduire au maximum les délais d'obtention des aides techniques qui ne sont pas le fait que des fournisseurs.

Voilà.

Alors, j'avais préparé des choses, j'avais essayé de segmenter les choses par type d'aide technique, les choses sont assez simples pour les aides techniques, certaines aides bien définies avec des listes fermés. Et la seule aide technique, c'est le fauteuil roulant électrique pour lequel les acteurs ont été bien définis Dans une équipe labellisée, et puis le distributeur. C'est assez simple et, comme je vous le disais, c'est simple, c'est très administratif, cela met quand même assez longtemps et je ne suis pas sûr que nous ayons besoin de tous ces moyens pour répondre aux besoins d'une personne âgée qui a besoin de sortir de chez elle, mais peut-être pas avec un fauteuil très adapté et sans l'apport d'un ergothérapeute pour adapter le fauteur.

Je ne dessers pas la population des ergothérapeutes quand je dis cela, ils n'ont pas le temps d'adapter tous les fauteuils électriques de nos patients.

Donc des difficultés qui sont entre autres le fait qu'il y a une variabilité assez importante des compétences des distributeurs. On en parlait hier avec les distributeurs eux-mêmes qui font des efforts, mais qui ne peuvent pas répondre à toutes les demandes.

C'est clair.

Quand on veut un système sophistiqué, je ne suis pas sûr que ce soit la meilleure solution, je l'ai déjà dit.

Les aides techniques de marche, vous savez que depuis le 9 janvier 2006 elles peuvent être prescrites par un kinésithérapeute qui est quand même celui qui est le plus au contact des patients et qui est donc le mieux à même de les évaluer.

Ces évolutions me semblent importantes.

Pour les autres aides techniques, il y a une multiplicité d'acteurs, tant au niveau des distributeurs qu'au niveau des associations ou des professionnels, qui interviennent dans la prescription et la préconisation d'aides techniques. Je pense qu'un des objectifs importants serait de former les acteurs de terrain, c'est-à-dire les médecins généralistes, mais plus que les médecins qui sont débordés de travail, je pense qu'il faudrait former des gens comme les infirmières qui, elles, sont au contact des patients dépendants car elles font la toilette et l'habillage et qu'elles sont peut-être bien placées pour au moins orienter vers les structures que nous recommanderons peut-être de créer, mais orienter correctement les patients vers les structures capables d'évaluer les besoins en termes d'aides techniques.

Je vous remercie.