

## STRATEGIE NATIONALE DE SANTE

### PROPOSITIONS DE FRANCE ASSOS SANTE <sup>1</sup>

#### Préambule

##### Rien sans nous !

L'expertise des usagers et des associations qui les représentent est évidente. Elle doit être reconnue et plus encore avoir les moyens d'être efficiente.

Toute politique de santé, à chacune de ses étapes et dans toutes ses dimensions, doit être co-construite avec ceux qu'elle vise. Co-construire, c'est donner tous les moyens à chacun pour que la synergie soit créatrice :

- C'est notamment systématiser le recueil des données de santé, les rendre accessibles et permettre aux associations d'usagers de participer à leur analyse.
- C'est aussi avoir un corps d'experts le plus indépendant possible pour l'exploitation de ces données, afin d'organiser la contribution et la confrontation des parties prenantes.
- C'est encore donner les moyens à des personnes en activité professionnelle de pouvoir s'investir dans la démocratie en santé et valoriser cet investissement.

##### Repenser le budget de la santé pour rééquilibrer le *care* et *cure*

La prévention n'est pas un recueil de souhaits, elle a besoin d'une vraie stratégie avec la mise à son service **des moyens financiers nécessaires qui ne sauraient être inférieurs à 10% du budget global** au regard des économies sur le soin qu'elle génère, même si ces dernières peuvent n'être visibles qu'à long terme.

De nouvelles formules de financements sont à développer :

- Rembourser de nouveaux actes, notamment liés aux parcours de santé et à la coordination.
- Donner les moyens à trois des piliers de la santé des populations : la médecine générale, la médecine scolaire et la médecine du travail.
- S'inspirer du modèle environnemental « pollueurs-payeurs ».

---

<sup>1</sup> Axes et propositions élaborés sur la base des travaux d'un séminaire interne organisé par France Assos Santé le 25 octobre 2017. Les personnes et associations/délégations suivantes ont participé à ce séminaire :

##### **15 associations et 2 délégations régionales représentées**

Marie-Agnès Besnard (Familles Rurales), Didier Lambert (E3M), Caroline Izambert (Aides), Sandrine Rollot (AFPréc), Vincent Perrot (CLCV), Jean-Marc Dien (AFH), Romain Bonfillon (France Rein), Alain-Michel Ceretti (Président de France Assos Santé, Le Lien), Marc Morel (Directeur général, France Assos Santé), Nicolas Brun (UNAF), Florence Fauconnier (CNAO), Jean-Claude Marion (Délégation France Assos Santé Hauts-de-France), Ginette Poupard (France Parkinson), Jean-Pierre Grouzard (FFCM), Magali Leo (Renaloo), Jean Perrin (Délégation France Assos Santé Grand-Est), Claire Desforges (FFD), Alain Laforêt (FNAR).

**Animation** : David-Romain Bertholon (EmPatient) et Sylvain Fernandez-Curiel (Chargé de mission santé, France Assos Santé).

## **La santé dans toutes les politiques publiques**

A l'image du Québec qui évalue l'impact de toutes les politiques publiques (logement, transport, énergie, travail, éducation, etc.) sur la santé, **tout projet de loi lié à un déterminant de santé doit s'accompagner d'une étude d'impact sur la santé de la population.**

## 1. AXE PREVENTION & PROMOTION DE LA SANTE<sup>2</sup>

### 1.1 Intégrer le principe de précaution dans la gestion des risques sanitaires

- 1.11 Imposer des repas équilibrés et bio dans les cantines scolaires.
- 1.12 Financer des études, indépendantes des producteurs, dès les premières alertes sur un produit néfaste à la santé.
- 1.13 Renforcer la protection des lanceurs d'alerte.
- 1.14 Identifier des référents environnement dans chaque ARS.
- 1.15 Renforcer la pharmacovigilance opérationnelle plus proactive.
- 1.16 Rendre publics les résultats des études menées par les ARS dans l'ensemble des régions, notamment sur la présence de plomb dans les bâtiments fréquentés par les élèves.

### 1.2 Développer de véritables stratégies de prévention à l'école

- 1.21 Développer des parcours éducatifs dans et hors de l'école.
- 1.22 Renforcer la médecine scolaire et universitaire et développer le partenariat avec le secteur éducatif ; renforcer la présence de professionnels de santé dans les écoles, collèges et lycées (partenariat avec les établissements et structures de soins).
- 1.23 Prévoir une activité physique quotidienne de 20 minutes minimum à l'école primaire ; promouvoir son intérêt en matière de santé sans rechercher la performance et sous toutes ses formes.
- 1.24 Faire la promotion de l'éducation à la santé dans les comités de vie lycéens.
- 1.25 Permettre un accès permanent à des toilettes propres et garantissant l'intimité des élèves dans tous les établissements scolaires.

### 1.3 Mettre en œuvre de véritables parcours de prévention personnalisés remboursés

- 1.31 Privilégier les approches non médicamenteuses (en particulier l'activité physique) et les outils de type éducation thérapeutique du patient (renforcer les compétences du patient en matière de comportement de prévention)
- 1.32 Permettre le remboursement de séances chez un ou une psychologue parce que cela permet souvent de limiter ou d'éviter une prise en charge médicamenteuse et cela améliore considérablement la prise en charge des troubles de l'apprentissage chez les enfants.
- 1.33 Expérimenter les approches de pairs-aidants.
- 1.34 Impliquer tous les acteurs dans la définition et le développement des différentes

---

<sup>2</sup> Lorsqu'une proposition concerne plus particulièrement la santé des jeunes et/ou des enfants, elle est surlignée en gris. Cela ne signifie pas que les autres propositions ne concernent pas aussi les enfants, mais seulement qu'elles ne leur sont pas spécifiquement consacrées.

politiques de prévention.

- 1.35 Revisiter le panier de soins ALD pour y introduire le remboursement de soins de prévention.
- 1.36 Intégrer le remboursement des cures thermales au panier de soins de l'ACS.

#### **1.4 Permettre d'améliorer la couverture vaccinale par la restauration de la confiance dans les vaccins**

L'extension de l'obligation vaccinale de 3 à 11 vaccins a été votée à l'Assemblée et au Sénat. Il est difficile de juger dès à présent si cette stratégie est la plus à même de permettre l'augmentation de la couverture vaccinale. En revanche, elle sera inopérante, voire contre-productive, si les mesures suivantes ne sont pas mises en œuvre :

- 1.41 Mettre en œuvre le remboursement à 100% par l'assurance maladie obligatoire de tous les vaccins obligatoires (acquisition et injection).
- 1.42 Communiquer sur chaque vaccin en donnant l'ensemble des éléments à la population (contenu, nombre d'injections, professionnels et lieux pour se faire vacciner, bénéfices et risques...) en s'appuyant sur la littérature en santé afin de toucher toutes les populations.
- 1.43 Former et informer les professionnels en charge de la vaccination pour les aider à communiquer sur les bénéfices et les risques de chacun des vaccins.
- 1.44 Assurer un financement public de recherches sur les vaccins et leurs effets secondaires potentiels.
- 1.45 Créer un carnet de vaccination électronique articulé au DMP et au système d'information sur l'immunisation.
- 1.46 Mettre en place un observatoire basé sur un système d'information sur l'immunisation qui récupère les éléments des différentes bases de données existantes afin de disposer notamment d'un outil de suivi et d'analyse des vaccinations, de leurs possibles effets secondaires et de gestion des stocks.
- 1.47 Faciliter l'indemnisation des préjudices dès lors qu'il existe un faisceau d'éléments précis et concordants permettant de lier un événement indésirable à l'injection d'un ou plusieurs vaccins
- 1.48 Renforcer la protection vaccinale des populations vulnérables en favorisant le rattrapage pour des vaccinations qui leur sont recommandées.

## **2. AXE 2 : RENDRE LA SANTE ET LES SOINS VERITABLEMENT ACCESSIBLES A TOU(TE)S**

### **2.1 Accessibilité géographique**

- 2.11 Améliorer la répartition territoriale des professionnels de santé et des établissements de façon attractive ; conventionnement sélectif (refus d'installation dans les zones suffisamment dotées) et encouragement à la pratique groupée et à la télémédecine.
- 2.12 Expérimenter et déployer la délégation de compétences (infirmières, pharmaciens, vaccination...).
- 2.13 Renforcer l'accessibilité physique aux lieux de soins en matière de transport (remboursement des transports non médicalisés) et d'équipement (handicap et obésité).
- 2.14 Développer la télémédecine pour rompre l'isolement territorial et social et développer l'autonomie.
- 2.15 Mettre en évidence les inégalités sociales et territoriales par la recherche.

### **2.2 Accessibilité financière**

- 2.21 Assurer l'accessibilité financière avec une offre à tarifs opposables sur tout le territoire (diminuer les restes à charge, assurer les soins si AME, CMU-C, réduire les dépassements d'honoraires).
- 2.22 Assurer l'accessibilité des droits (CCAS) ; information et accompagnement vis-à-vis de la CMU-C par le médecin traitant (à former).
- 2.23 Lutter contre les restes-à-charge facturés en sus du GHS par les établissements de santé (forfaits administratifs, parkings payants pour les patients et les visiteurs, frais d'archivage, etc.)

### **2.3 Impliquer le patient dans les décisions de santé**

- 2.31 Assurer la compréhension des soins pour les personnes qui ne maîtrisent pas le français (interprétariat, informations claires et accessibles...). Expérimentation d'alternatives avec l'utilisation des compétences des personnels soignants en matière de langues étrangères.
- 2.32 Développer le service public d'information en santé et l'étendre au-delà d'Internet, toujours de façon interactive. Un service public doit physiquement et humainement s'incarner !
- 2.33 Développer des centres de ressources santé communautaires, à financer pour informer et accompagner les patients.
- 2.34 Développer des stratégies d'implication du patient dans les décisions de santé le concernant (co-décision) ; favoriser l'engagement du patient comme acteur de sa santé (et acteur de sa maladie). Mais refuser la sanction économique et le déremboursement pour le patient.

## **2.4 Accès à l'innovation**

- 2.41 Promouvoir l'innovation thérapeutique accessible à tous : maîtriser le prix des produits de santé, lutter contre les situations de monopole, obtenir plus de transparence dans le processus de fixation des prix.
- 2.42 Rendre accessible la liste exhaustive des essais cliniques en cours et en faire la promotion pour que les patients puissent s'y impliquer.

### **3. AXE 3 : AMELIORER LA QUALITE, LA SECURITE ET LA PERTINENCE DES SOINS**

#### **3.1 Formation et évaluation des professionnels**

- 3.11 Former les professionnels de santé à la prévention et à l'intérêt des stratégies non médicamenteuses (formation initiale et continue).
- 3.12 Former les professionnels de santé en continu par des patients formateurs au sujet des besoins spécifiques de certaines populations (ex : usagers de drogue, personnes âgées, personnes obèses, malades chroniques...).
- 3.13 Former les professionnels de santé à la communication et à l'écoute et intégrer des items sur l'engagement des usagers dans la qualité des soins dans l'examen classant national.
- 3.14 Evaluer périodiquement (5 ans) les compétences des soignants.

#### **3.2 Respect des recommandations**

- 3.21 Rendre opposables les recommandations de bonnes pratiques de la HAS
- 3.22 Réformer les modes de financement des professionnels de santé pour promouvoir la pratique professionnelle des actions de prévention.
- 3.23 Faire évoluer les modalités de financement permettant de faire évoluer l'offre vers une meilleure efficacité : sortir du paiement à l'acte, explorer de nouvelles formes de financement dont la forfaitisation (par ex : sur la coordination des parcours de soins/santé de maladies chroniques, notamment sur la transition hôpital-domicile) en lien avec des cahiers des charges qualitatifs (certification).
- 3.24 Développer les approches pluridisciplinaires (ex : RCP).
- 3.25 Veiller au respect des référentiels des bonnes pratiques, tant en ville qu'à l'hôpital, et en particulier au respect des modalités qui doivent accompagner les prescriptions dérogatoires (hors AMM).
- 3.26 Développer dans les établissements de santé des indicateurs de qualité et de sécurité des soins par spécialité

#### **3.3 Renforcer le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques, en particulier des personnes âgées**

- 3.31 Organiser dans le temps et à domicile le suivi de maladies chroniques traitées (au-delà de la phase aiguë), en particulier dans le cas de polyopathologies.
- 3.32 Corriger le déficit d'attractivité de la profession de généraliste et en faire un médecin pivot de la coordination des soins des malades chroniques.
- 3.33 Généraliser la consultation d'annonce et nommer un référent dans l'équipe de soin.
- 3.34 Rembourser les soins de prévention dans les ALD (en lien avec la proposition 1.35)
- 3.35 Obtenir le remboursement de l'ETP en ambulatoire.
- 3.36 Développer les équipes de soins mobiles pour « aller vers ».
- 3.37 Améliorer la coordination de la prise en charge entre les lieux de vie, la ville, les établissements de santé et les structures médico-sociales.

3.38 Constituer des registres sur une base réglementaire obligatoirement alimentés par les professionnels de santé (ex : parkinson, rein...).

**3.4 Organiser des Etats généraux des soins en santé mentale, en particulier sur l'autisme et la santé mentale des enfants. Coordonnés par les associations de patients et incluant l'ensemble des parties prenantes.**



## 4 AXE 4 : RECHERCHE ET INNOVATION

- 4.1.1 Définir les objectifs de recherche et de développement de solutions en santé par un collectif multipartite incluant l'UNAASS.
- 4.1.2 Tenir compte de l'amélioration de la qualité de vie dans l'évaluation des innovations et du bénéfice risque par la HAS.
- 4.1.3 Adapter les outils numérisés et technologiques à la diversité des profils des patients : participer à l'élaboration des solutions industrielles (co-construction).
- 4.1.4 Créer des indicateurs qualité HAS concernant la prise en compte des avis et propositions des représentants des usagers et des acteurs associatifs, mais aussi des indicateurs spécifiquement dédiés au suivi et à la prise en charge des enfants et des adolescents.