

# 16 Un système de santé remodelé et axé sur la prévention

## NOS PROPOSITIONS

En date du 18 mars 2017

**CONTACT :**

Pôle Programme :

[arthur.keller@charlotte-marchandise.fr](mailto:arthur.keller@charlotte-marchandise.fr)

Questions générales :

[contact@charlotte-marchandise.fr](mailto:contact@charlotte-marchandise.fr)

**Protéger la santé passe avant tout par la prévention et par la création d'environnements sains. Or, aujourd'hui, les financements consacrés aux actions de prévention et de promotion de la santé restent faibles, et celles-ci sont de plus menées par différents acteurs sans véritable coordination. Les professionnels de santé, quant à eux, restent principalement mobilisés sur les soins curatifs.**

**Et ce n'est pas le seul domaine où notre système de santé, réputé pour être l'un des meilleurs au monde, commence à fatiguer. La France creuse les inégalités en matière d'accès aux soins et à la santé, tarde à mettre en place une politique volontariste pour agir sur l'ensemble des déterminants de santé et met en difficulté l'hôpital public en lui imposant le modèle d'entreprise, en l'asphyxiant financièrement et en le poussant à des restructurations massives basées essentiellement sur des critères comptables, sans concertation ni réelle évaluation des besoins. La médecine de ville, elle aussi, est à la peine, avec des disparités criantes entre les territoires : il devient difficile, ici et là, de trouver un médecin traitant, et il devient usuel d'attendre six mois pour être reçu par un spécialiste, de passer des heures aux urgences pour une consultation sans gravité ou de faire cinquante kilomètres pour accoucher.**

**Nous voulons garantir l'accès facile de tous aux soins. Nous voulons une protection sociale solidaire réaffirmant le principe comme quoi chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. Nous voulons réintroduire une réelle démocratie dans le domaine de la santé, en donnant du poids aux associations compétentes. Et surtout nous voulons que le système de santé soit centré sur l'essentiel : l'être humain en souffrance.**

*Parler de la santé et de l'accès aux soins aujourd'hui, c'est lancer un cri d'alarme sur la crise sanitaire qui couve dans notre pays.*

*Françoise Nay (ex-présidente de la Coordination nationale des hôpitaux et maternités de proximité)*

## ► ADAPTER LES STRUCTURES

Créer un service public de la santé mettant en place un maillage du territoire national en structures de santé, couvrant tous les domaines : médico-social et social pour une prise en charge globale des questions de santé, prévention, dépendance et soin.

Développer une logique de territoire avec tous les acteurs. Assurer par contrat obligatoire, établi par les Agences régionales de santé (ARS), le lien sur un territoire donné entre les professionnels de santé, les intervenants sociaux, les établissements de santé publics et privés et les établissements et services médico-sociaux publics et privés.

Octroyer davantage de pouvoirs aux conseils d'administration des ARS, allant dans le sens d'une autonomie, notamment en matière de nomination des directeurs. Supprimer la tutelle directe actuelle par les services de l'administration centrale du ministère de la Santé.

Reconnaître, par la loi, une compétence spécifique des collectivités territoriales de proximité (communes, métropoles, communautés de communes) sur la santé et prendre en compte les indicateurs de santé dans le calcul de leur dotation.

Mailler tout le territoire avec des Contrats locaux de santé (CLS) ainsi qu'un système de surveillance permettant, sur la base des recommandations de l'OMS, de produire pour chacun des indicateurs pertinents (facilité d'accès aux soins, capacités et résultats hospitaliers, déterminants de santé, etc.).

Remettre à plat les responsabilités des différents acteurs dont les compétences sont actuellement dispersées et enchevêtrées au point de rendre le système peu efficace.

## ► FAIRE AVANCER LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ

Fonder une véritable démocratie sanitaire avec la participation des citoyens, des élus et des professionnels pour recenser les besoins au niveau des territoires, mais aussi leur donner de vrais pouvoirs décisionnels dans les différentes instances de la santé. Sortir de la pseudo-démocratie institutionnelle qui existe aujourd'hui.

Garantir le droit à l'éducation et à l'information en matière sanitaire et sociale, via une meilleure intégration de l'éducation à la santé dans les programmes scolaires. Développer l'enseignement sur la santé, la maladie, la prévention, les moyens thérapeutiques médicamenteux ou non, et ce de manière indépendante des firmes (pharmaceutiques, agroalimentaires, etc.).

Permettre aux jeunes de se protéger de maladies graves, avec un « Pass Contraception » généralisé.

Lancer deux débats nationaux sur deux sujets controversés : la prise en charge en fin de vie et la politique vaccinale.

Imposer une saisine systématique du Comité consultatif national d'Éthique (CCNE) sur tous les sujets qui traversent la société : gestation pour autrui (GPA), euthanasie active et suicide assisté, obligation vaccinale, impact sur la santé du réchauffement climatique...

Engager une réflexion politique, en vue de compléter le droit existant et de fixer l'existence juridique des aidants familiaux, sur le statut et les droits de ceux-ci (formation, soutien financier, mesures fiscales...).

Inviter à des états généraux de l'hôpital public, pour remettre en cause les lois HPST et Touraine ainsi que la tarification à l'activité, pour remettre en question les fermetures de lits et restructurations voire de rouvrir les services et lits nécessaires en fonction des besoins recensés, pour définir les moyens nécessaires, humains, matériels et financiers lui permettant de répondre à leur mission en assurant qualité, proximité et sécurité, pour mettre en place un contrôle démocratique associant les usagers, les personnels et les élus.

*De 1996 à 2012, une maternité sur trois a fermé en France  
(Rapport de la Cour des comptes sur les maternités, janvier 2015)*

*100.000 lits d'hospitalisation ont été supprimés ces 20 dernières années  
(chiffres de l'OCDE).*

## ► DONNER UNE PRIORITÉ RÉELLE À LA PRÉVENTION POUR UNE BONNE SANTÉ DE TOUTE LA POPULATION

Protéger la santé par la création d'environnements sains. Garantir une bonne qualité de l'air et de l'eau. Travailler à la transition vers un système agricole produisant une nourriture saine, variée et nutritive (cf. notre livret thématique n° 7, « Vers un modèle agricole, des modes de production et de consommation sains »). Améliorer la qualité et l'accessibilité de l'habitat (cf. notre livret thématique n° 14, « Un logement décent et un habitat durable pour tous ») et des transports (cf. notre livret thématique n° 4, « Aménagement équilibré et valorisation de tous les territoires urbains et ruraux »). Garantir une bonne accessibilité des équipements sportifs.

Sanctuariser 10% du budget de la santé pour des actions de prévention et de promotion de la santé.

*En 2015, seulement 1,8% du budget de santé a été consacré à la médecine préventive  
(chiffres de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
du ministère de la Santé).*

Intégrer une étude d'impact santé à tous les textes de loi liés à des déterminants de santé.

*Les études d'impact rendues obligatoires pour tout projet de loi prévoient d'en mesurer les  
conséquences environnementales potentielles mais pas les conséquences sanitaires...  
nous nous interrogeons sur les conséquences pour la flore et la faune mais pas pour l'homme !*

Lutter contre les facteurs connus pour leur effet néfaste pour la santé par des mesures législatives ou réglementaires (interdiction progressive du diesel, interdiction des perturbateurs endocriniens ayant un effet néfaste prouvé, obligation d'un étiquetage nutritionnel simple sur tous les produits, etc.).

Améliorer l'attractivité des métiers de la PMI, de la médecine scolaire et universitaire, de la médecine du travail.

Accompagner davantage les familles dans leur rôle de prévention (alimentation, pollution, activité sportive, hygiène) lors d'étapes-clefs tout au long de la vie et en y consacrant davantage de moyens.

*C'est en France que les patients entendent le moins souvent parler d'alimentation et d'activité physique lors des consultations !  
(Enquête du Commonwealth Fund menée auprès de citoyens de onze pays)*

Développer les travaux du comité interministériel sur la santé et les ouvrir à la société civile.

*En novembre 2016, il a été annoncé que le comité interministériel travaillerait uniquement sur la lutte contre l'antibiorésistance, au détriment de nombreux autres sujets de premier plan.*

D'autres mesures de prévention ciblées sur la santé mentale et l'équilibre psychique sont développées dans le livret thématique n° 23, « Politique civique de paix sociale, de mieux vivre ensemble et de sécurité ».

## ► ASSURER UN ACCÈS RENOUVELÉ AUX SERVICES DE SANTÉ EN PROXIMITÉ

Élaborer dans chaque région un plan de développement de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), de Maisons médicales de garde (ou de proximité) ou de Centres de Santé pour permettre un accès universel. Faire émerger une stratégie coordonnée entre les différents acteurs locaux : mutuelles, Sociétés coopératives d'intérêt collectif (Scic), services d'aide et de soins à domicile, établissements médico-sociaux, collectivités, médecine de ville...

*Plus de 71% des usagers pensent que les pouvoirs publics devraient intervenir pour réguler la répartition des médecins libéraux sur le territoire.  
14,6 millions de personnes vivaient en 2016 dans un territoire où l'offre de soins libérale était insuffisante  
(Étude de l'UFC-Que choisir, juin 2016)*

*Dans la région Rhône-Alpes, en 2016, le délai moyen d'attente était de 164 jours pour accéder à un ophtalmologiste.*

S'assurer qu'une offre de soins à tarif opposable (c'est-à-dire (sans dépassement autorisé) est présente pour l'ensemble des familles dans tous les territoires.

Créer un Service national public d'information en santé pour renseigner toute la population sur tous les éléments relatifs à leur santé, accessible 24 heures sur 24 par Internet.

Soutenir le développement de la télémédecine afin de permettre un diagnostic ou une expertise à distance dès que nécessaire, réduisant ainsi les inégalités d'accès aux soins dans les territoires ruraux tout en respectant les contraintes économiques.

Dynamiser les échanges numériques entre professionnels de santé, par la généralisation d'une plate-forme d'échanges sécurisée gratuite pour tous les professionnels de santé.

Développer le transfert de tâches, en reconnaissant officiellement le partage de compétences et en inscrivant à la nomenclature des actes infirmiers remboursables la consultation d'un infirmier délégué prenant en charge des tâches habituellement médicales, à l'instar du *nurse practitioner* des pays anglo-saxons.

*En Finlande, en cas de pénurie de médecin dans une spécialité, les infirmiers peuvent accomplir, après une formation adaptée, certains actes médicaux. La Suède les autorise également, après une formation spécifique, à prescrire un nombre limité de médicaments.*

Permettre à des jeunes issus de familles défavorisées de faire leurs études de médecine, en leur proposant un contrat où l'État prendrait en charge tout leur cursus médical jusqu'à l'obtention de leur premier poste rémunéré d'interne, en contrepartie d'une obligation d'exercice pour une durée définie dans une zone identifiée comme « désert médical ».

Rendre sélectif le conventionnement des médecins par l'assurance maladie.

Développer des modes de rémunération mixtes tendant vers un service public de médecine, au besoin en créant nouveau secteur conventionnel pouvant être librement choisi et quitté, introduisant une rémunération mixte constitué d'une base salariale, modulable notamment en fonction de critères d'installation et du nombre de patients pris en charge, et d'un complément libéral.

Maîtriser les dépassements d'honoraires pour désinciter l'installation des médecins en zones de surdensité médicale, en substituant l'OPTAM (Option de pratique tarifaire maîtrisée) au secteur 2 afin d'empêcher que la liberté tarifaire soit exercée pour compenser de faibles volumes de consultations.

Créer le métier d'Auxiliaire administratif, chargé d'aider au quotidien les professionnels de santé conventionnés dans leurs tâches médico-administratives.

Valoriser auprès des étudiants l'exercice de la médecine ambulatoire en rendant obligatoire la participation à un stage en médecine ambulatoire (générale ou spécialisée) lors du cursus universitaire entre la 4<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup> année de Médecine. Revaloriser l'indemnisation des médecins maîtres de stage et simplifier les démarches nécessaires pour accéder à cette fonction.

## ► RENFORCER LA PERTINENCE DES SOINS ET DES PARCOURS

Mesurer l'impact de la tarification à l'activité sur la pertinence des soins en établissement de santé. Généraliser des « contrats de pertinence » ou « contrats de performance », passés entre les établissements et les Agences régionales de santé.

Améliorer la pertinence des soins, en particulier de la prescription médicamenteuse, pour libérer des financements nécessaires au développement et à l'accès à l'innovation thérapeutique. Les marges d'amélioration sont nombreux, notamment la surmédicalisation, les prescriptions systématiques des molécules les plus récentes et les plus onéreuses, les soins redondants à l'hôpital comme en ville, les soins inappropriés.

*Dans le domaine du médicament, les mésusages, excès et non-pertinences peuvent avoir des conséquences graves sur la santé et coûteuses pour la collectivité.*

*Les soins inutiles représentent entre 27% et 30% des dépenses maladie (soit de l'ordre de 55 milliards d'euros) sous forme de diverses surprescriptions et de parcours inappropriés notamment à l'hôpital, du fait des prescripteurs, des industriels, des autorités de santé... et parfois des patients.*

Évaluer les effets du paiement à l'acte sur les prescriptions en médecine de ville. Enrichir le dispositif ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique) de nouveaux indicateurs, fondés sur les recommandations de bonnes pratiques de la HAS (Haute autorité de la santé) et directement orientés sur la pertinence des prescriptions.

Développer des procédures d'accord préalable du service médical de l'Assurance maladie pour certaines prescriptions où des pics anormaux de prescriptions sont repérés.

Développer la rémunération à la capitation (cas où le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodiguera) afin de décorrélérer le niveau de revenus, actuellement lié au volume d'actes, et ce en vue d'améliorer la qualité des soins.

*Le Royaume-Uni et les Pays-Bas accordent par exemple une place importante à la capitation, qu'ils complètent par du salariat (Royaume-Uni) ou du paiement à l'acte (Pays-Bas).*

Généraliser le dossier médical partagé (DMP) à tous les assurés sociaux. Y faire figurer toutes les informations permettant de favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins donnés aux patients. Cette mesure sera facilitée par le système d'échange entre professionnels de la santé (cf. supra, « Assurer un accès renouvelé aux services de santé en proximité »).

*En décembre 2014, 513 000 DMP seulement avaient été créés alors que, dans le même temps, les pharmaciens avaient créé près de 40 millions de dossiers pharmaceutiques !*

Mieux imposer les recommandations de bonnes pratiques élaborées par la HAS et renforcer l'opposabilité de certaines d'entre elles.

Prendre en compte les préférences individuelles des patients afin d'en faire ressortir des critères de jugement rarement inclus dans les travaux de recherche clinique débouchant sur les recommandations de bonnes pratiques, à commencer par la qualité de vie.

Rendre publiques les données relatives aux variations des pratiques médicales, en ville comme en établissements de santé.

## ► CONSERVER ET CONSOLIDER NOTRE MODÈLE DE FINANCEMENT, MAIS EN FAIRE ÉVOLUER LES MODALITÉS

Repositionner l'Assurance maladie obligatoire et solidaire en tant que financeur principal des soins. Augmenter la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire afin d'abaisser celle prise en charge par les complémentaires santé. Pour ce faire, s'aligner sur le régime local d'Assurance maladie d'Alsace-Moselle où tous les salariés, retraités et indépendants cotisent un supplément de 1,5% de leur revenus et bénéficient d'une extension de prise en charge jusqu'à 90% de leurs frais de santé.

*Plus un système de santé repose sur les acteurs privés, plus il est inégalitaire. L'Assurance maladie est solidaire : chacun cotise en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins. À l'opposé, les organismes complémentaires ne prévoient pas la modulation des cotisations en fonction des ressources de leurs adhérents.*

Rembourser à 100% les médicaments génériques et les médicaments princeps non substituables de SMR (Service médical rendu) important et modéré.

*Avec ces deux réformes, la CMU (Couverture maladie universelle) se ramènera à une dispense de cotisation, ce qui supprimera le côté discriminatoire d'être « à la CMU ».*

Définir, pour tout dispositif médical remboursé par l'assurance maladie, un prix limite de vente indexé sur la base de remboursement de l'Assurance maladie.

Améliorer la qualité et la prise en charge des spécialités faiblement remboursées par l'assurance maladie obligatoire (opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes, etc.) en développant les réseaux de soins des organismes complémentaires d'Assurance maladie. Pour ce faire, élaborer un contrat national entre l'État, l'Assurance maladie et les organismes complémentaires, afin de mieux définir la place et le rôle de ces derniers et notamment du mouvement mutualiste.

Plafonner les restes à charge annuels des familles.

*36% des Français ont des problèmes au moment de payer des actes mal remboursés, et ce chiffre monte à 64% pour les foyers les plus modestes pour lesquels il s'accompagne d'un renoncement ou d'un retard de soins (sondage IPSOS pour le Secours Populaire Français)*

Étudier la suppression de la sectorisation de la médecine libérale en élaborant un mode de paiement mixte des professionnels libéraux et en réservant le paiement à l'acte pour des prestations exceptionnelles. A minima, moderniser le secteur 2 en rapprochant ses modalités d'exercice de celles prévues par l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée), de façon à limiter les dépassements d'honoraires.

Mettre en place un modèle de financement pour toutes les prestations à distance, sur une base forfaitaire.

Assouplir le financement des établissements à l'activité pour tenir compte de l'accueil de populations vulnérables et pour favoriser la continuité des soins avec le domicile.

## ► GARANTIR LA SOLIDARITÉ DE NOTRE SYSTÈME DE SOINS

Lever les freins à l'obtention d'une couverture maladie de base et complémentaire : protection universelle maladie (PUMA), aide médicale État (AME), couverture médicale de base ou CMU-C, aide à la complémentaire santé (ACS). Fusionner l'AME dans la PUMA.

Élever le seuil d'admission à la CMU-C au niveau du seuil de pauvreté à 50 %.

Créer dans chaque territoire local des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ayant vocation à réintégrer dans le droit commun les personnes éloignées du soin.

Renforcer les droits des malades et améliorer l'information à ce sujet. Supprimer du Code de la santé les possibilités de refus de soins. Lutter contre les refus de soins, combattre les carences spécifiques de l'entrée dans le système de santé mentale.

*La loi Kouchner du 4 mars 2002, faisant du malade l'acteur principal des décisions qui le concernent, reste mal appliquée, avec de nombreux refus de soins aux malades répertoriés, une mauvaise information des malades et de grandes inégalités sur les conditions de prise en charge de la fin de vie.*

Créer un statut de travailleur ayant une maladie chronique, avec des conditions de mise en œuvre protectrices. Permettre à ces travailleurs de combiner un emploi adapté avec des aides publiques à l'entreprise et une prise en charge médicale, ce qui sera bénéfique à la fois pour le travailleur, grâce au maintien dans l'emploi, et pour les comptes de l'Assurance maladie, moins sollicitée.



## ► ÉLABORER UNE PROSPECTIVE CONCERNANT LES IMPACTS SUR NOTRE SOCIÉTÉ DU VIEILLISSEMENT DE NOTRE POPULATION

Développer un grand programme national de prévention, financé par les différentes branches de la Sécurité Sociale, pour permettre le bien vieillir et le maintien à domicile le plus tardivement possible.

Promouvoir et améliorer les modalités d'activité adaptées à l'avancée en âge (travail à temps partiel, retraite progressive, etc.).

Promouvoir un rôle actif des seniors dans la société, en particulier sous forme de bénévolat. Développer la participation à la vie publique et à la société des personnes les plus âgées et les plus isolées (résidence intergénérationnelle, habitat participatif, bénévolat, parrainage et aides professionnelles ...).

Élaborer des programmes innovants de maintien et de soutien à domicile, utilisant notamment les nouvelles technologies.

Réduire, chaque fois où c'est possible, la consommation de médicaments des personnes âgées, source fréquente d'accidents de santé, voire de décès.

Réengager l'État en faveur de l'EHPAD public (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Développer, dans les EHPAD publics, les EHPAD privés à but non lucratif et les EHPAD privés du secteur commercial, le nombre de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement. Repenser globalement les EHPAD (formation, adaptation des locaux, ratio de personnel, projet d'établissement) en fonction des besoins spécifiques des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative, qui représentent la majeure partie de la population accueillie.

Renforcer le statut, le rôle et les pouvoirs de prescription du médecin coordonnateur en EHPAD, du fait de sa présence régulière auprès des résidents, de la bonne connaissance qu'il a du fonctionnement de l'établissement et de l'autorité fonctionnelle qu'il a sur l'équipe soignante.

Réformer le financement de la perte d'autonomie, de telle sorte que toute personne confrontée à une telle situation puisse disposer des ressources nécessaires pour y faire face.

*Au regard des inquiétantes projections pour les années à venir, l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie provoquant inéluctablement une évolution parallèle des coûts, il est indispensable que soient rapidement trouvées de nouvelles modalités de financement.*

Supprimer le cloisonnement entre « handicap » et « dépendance », en révisant les logiques sur lesquelles s'appuie l'organisation du système de prise en charge de la perte d'autonomie. Abandonner l'approche catégorielle, personnes handicapées ou âgées, pour une approche thématique, l'autonomie, afin que la compensation accordée soit fonction des besoins et non de l'âge.

Accueillir une représentation des familles au sein des conférences des financeurs créées au niveau de chaque département par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Réduire le reste à charge à domicile, afin de renforcer la capacité des familles à financer la perte d'autonomie de l'un de leurs proches.

Réduire le reste à charge en établissement d'hébergement. Imputer dans leur intégralité au forfait « soins », alimenté par les crédits de l'Assurance maladie, les dépenses liées à l'emploi des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques, actuellement financées concurremment par le forfait « soins » et le forfait « dépendance », financé par les départements.



Harmoniser les dispositions fiscales. Lorsqu'une personne en situation de perte d'autonomie réside à domicile, les dépenses supportées pour l'emploi d'un salarié à domicile ouvrent droit à un avantage fiscal, sous forme de crédit d'impôt égal à 50 % des dépenses supportées pour une exonération fiscale maximale de 7 500 euros par personne et par an, sous forme de crédit d'impôt. Mais lorsque la personne en situation de perte d'autonomie doit être transférée en établissement, la situation devient fiscalement plus sévère pour les familles, car l'avantage accordé prend la forme d'une réduction d'impôt égale à 25 % des dépenses, avec une réduction (et non un crédit) d'impôt maximal autorisé de 2 500 euros seulement par personne et par an.

*Cette inégalité de traitement constitue souvent un obstacle à l'entrée de la personne malade en établissement, alors que la situation l'exigerait.*

## ► DONNER D'AVANTAGE DE MOYENS AU DOMAINE DE LA SANTÉ PSYCHIQUE

Organiser des états généraux de la santé mentale engageant les acteurs concernés (associations compétentes, syndicats de médecins et d'auxiliaires médicaux et pouvoirs publics), sous la direction d'une nouvelle direction de la santé mentale. Ces états généraux aborderont la manière de traiter la schizophrénie, les troubles bipolaires, certaines formes graves de dépression et de TOC (troubles obsessionnels compulsifs), étudiant les propositions détaillées publiées par l'UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques), la fédération Santé Mentale France et l'association AIRe (Association nationale des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques et de leurs réseaux). Ils auront à s'entendre sur les objectifs, les moyens requis (en particulier budgétaires) et l'échéancier de mise en place, en visant une action de moyen et long terme.

► <http://www.unafam.org/>

Élargir le conventionnement des différents secteurs aux professions de psychologues cliniciens et de psychothérapeutes. Les intégrer dans le parcours de soins coordonnés, sur orientation du médecin traitant ou d'un psychiatre pour les adultes, d'un pédiatre pour les enfants.

*Dans sa thèse « Analyses épidémiologiques et socio-économiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies », la doctorante Anne Dezetter écrit que ses simulations montrent que, pour un euro investi dans la prise en charge d'un adulte dépressif, l'ensemble des coûts directs et indirects épargnés se monte à deux euros.*

Assurer le remboursement intégral des soins psychologiques avec tiers payant pour les enfants et les adolescents, les femmes enceintes, les patients en Affection de longue durée (ALD) pour troubles mentaux ainsi que pour les bénéficiaires de la CMU.

*Les soins psychologiques pour les enfants et les adolescents conduiront à moins d'incivilités, moins d'échec scolaire et à la prévention de troubles plus graves.*

Revoir notre politique de prévention et de prise en charge des toxicomanies. Renforcer la loi Évin après une consultation avec les associations du secteur et augmenter les taxes sur l'alcool (cf. le livret thématique n° 11, « Une réforme fiscale pour plus d'équité et de progressivité »). Tirer les leçons des expériences réussies à l'étranger en matière de lutte contre le tabagisme pour changer de politique et augmenter les taxes sur le tabac. Légaliser le cannabis, ce qui permettra des rentrées fiscales supplémentaires destinées à la lutte contre les addictions et la concentration du travail des forces de l'ordre sur d'autres domaines.

*La France reste dans le peloton de tête en matière de consommation de tabac (78 000 décès par an), d'alcool (50 000 décès par an) et de drogue.*

D'autres mesures de prévention ciblées sur la santé mentale et l'équilibre psychique sont développées dans le livret thématique n° 23, « Politique civique de paix sociale, de mieux vivre ensemble et de sécurité ».

## ► MAÎTRISER LA QUALITÉ ET LE PRIX DES MÉDICAMENTS

Imposer un contrôle accru des essais cliniques, par exemple en confiant aux experts indépendants des commissions d'AMM (Autorisation de mise sur le marché) la conception et la réalisation des études cliniques d'efficacité, qui resteront à la charge de la firme pharmaceutique.

Renforcer les moyens publics sur la pharmacovigilance et la surveillance des effets indésirables des médicaments, en empêchant toute intervention de l'industrie pharmaceutique. Doter les médecins d'un système simple de déclaration via Internet.

Développer l'enseignement de la pharmacologie au cours des études médicales, pharmaceutiques et paramédicales, par des enseignants indépendants de l'industrie, en insistant sur la pharmacovigilance et la sécurité des patients.

Mettre en place, en toute transparence, un nouveau mécanisme de fixation des prix des médicaments innovants, non plus basé sur leur seule « valeur thérapeutique et médico-économique », mais incluant également le critère de coût (recherche, développement, production, commercialisation, suivi en vie réelle...) aujourd'hui non pris en compte.

Garantir à tous les patients le droit de bénéficier des meilleurs soins, incluant les innovations pharmaceutiques disponibles sur le marché. Cette exigence, impérative, suppose que les prix soient fixés de manière à offrir l'égalité de traitement et à éviter toute perte de chance aux personnes malades.

Prendre en compte le point de vue du patient dans les évaluations médicales et médico-économiques du médicament, pour les indicateurs de « service médical rendu » et d'« amélioration du service médical rendu ».

Mettre en place des contrats de performances pour développer le suivi en vie réelle des médicaments, qui peut être différente de celle observée lors des essais cliniques. Conduire ces études de façon indépendante, c'est-à-dire par les autorités sanitaires elles-mêmes qui doivent se départir des seules données transmises par les laboratoires.

Multiplier les campagnes publiques d'information de qualité à destination du grand public pour un bon usage des médicaments et mettre en place une base publique, exhaustive et gratuite d'information sur les médicaments commercialisés (rapport d'évaluation, résumé des caractéristiques du produit, avis de la commission de transparence, bibliographie pertinente de qualité, etc.).

## ► RENDRE LEUR PLACE AUX MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES

Reconnaître dans la loi le métier d'herboriste, pour produire, vendre et conseiller pour usage médicinal toutes les plantes, parties de plantes, mélanges de plantes fraîches ou sèches, à l'exception des plantes vénéneuses (décret du 5 février 2007 relatif aux substances vénéneuses) et des plantes à risque figurant sur la liste B de la pharmacopée française (article D. 4211-12 du Code de la santé publique).

*De tout temps, des hommes et des femmes ont su reconnaître, cueillir, préparer les plantes médicinales pour soulager les maladies, soutenir leur vitalité et préserver la santé de la population.*

Développer la recherche, la formation et l'évaluation concernant les différentes médecines non conventionnelles, en créant un Centre national des Médecines non conventionnelles (MNC) à l'image des États-Unis, en associant scientifiques et praticiens reconnus des disciplines concernées.

Utiliser les résultats des évaluations pour définir une liste officielle des thérapies qui ont fait leurs preuves en matière d'efficacité, de celles qui n'ont pas fait leurs preuves (au-delà de l'effet placebo) et ne présentent pas de danger particulier en elles-mêmes, et de celles qui sont dangereuses, et porter ces listes à connaissance de tous.

Pour les thérapies non conventionnelles qui ont fait leurs preuves, légiférer et règlementer le contenu des formations, organiser ces formations sous la responsabilité de l'État (certification, contrôle) et prévoir un remboursement des traitements lorsqu'ils sont prescrits par des médecins et exécutés par des praticiens en MNC bien formés.

Revoir le concept d'exercice illégal de la médecine, et encadrer l'utilisation qui est faite des MNC qui ne présentent pas de danger particulier en elles-mêmes, mais qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité au-delà de l'effet placebo, afin de protéger les Français en définissant strictement les conditions d'exercice des praticiens de ces médecines, sur le modèle de l'état du Nouveau-Mexique.

Punir les personnes qui pratiqueraient des thérapies non conventionnelles sans respecter la loi, en appliquant l'article 313-1 du Code Pénal qui concerne l'escroquerie et prévoit des peines de cinq ans d'emprisonnement et de 2 500 000 francs d'amende.

## ► RENFORCER LES MOYENS DE LA RECHERCHE MÉDICALE

Renforcer les moyens de la recherche médicale, aussi bien fondamentale que clinique. Favoriser l'hybridation des financements avec une programmation stratégique et un pilotage par l'État.



Nombre des propositions ci-dessus sont inspirées par les travaux des associations et collectifs suivants :

- **Collectif interassociatif sur la santé (CISS) :**  
<http://www.66millionsdimpatients.org/>
- **L'Appel des 100 « Ensemble, favoriser l'irruption citoyenne pour construire l'alternative » :**  
[http://www.appeldes100.org/intervention-de-francoise-nay-coordination-de-defense-des-hopitaux-a-la-soiree-du-3-fevrier-2017-de-lappel-des-100/#\\_ftn1](http://www.appeldes100.org/intervention-de-francoise-nay-coordination-de-defense-des-hopitaux-a-la-soiree-du-3-fevrier-2017-de-lappel-des-100/#_ftn1)
- **Collectif ALERTE national, regroupant 38 fédérations et associations nationales de lutte contre la pauvreté et l'exclusion :**  
<http://reflexehandicap.blogs.apf.asso.fr/media/00/00/2668531642.pdf>
- **France Alzheimer et maladies apparentées :**  
<http://www.touscandidatsalamaladie.fr/>
- **Union nationale des associations familiales (UNAF) :**  
<http://www.unaf.fr/spip.php?rubrique1746&cmobile=web>
- **Union des employeurs de l'économie sociale et solidaire (UDES) :**  
[http://www.udes.fr/sites/default/files/public/users/agathe/60\\_propositions\\_pr\\_une\\_economie\\_citoyenne\\_contribution\\_udes\\_0.pdf](http://www.udes.fr/sites/default/files/public/users/agathe/60_propositions_pr_une_economie_citoyenne_contribution_udes_0.pdf)
- **Plate-forme de l'Association des paralysés de France**  
<https://2017agirensemble.fr/>
- **Les Jours Heureux**  
<http://les-jours-heureux.fr/le-livre/le-bien-etre/>
- **Les contributeurs de la Commission thématique nationale Santé de Nouvelle Donne**