

**Actes du colloque 3<sup>e</sup> payeur**



Aux côtés d'autres acteurs politiques, publics, médicaux, patients et payeur, Pfizer s'engage à contribuer à la maîtrise par chacun de sa santé et des dépenses corollaires. Saisis entre les deux grands payeurs, assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire, les patients et usagers du système de santé, appelés les 3<sup>e</sup> payeurs, voient de plus en plus leurs dépenses de santé augmenter.

Aussi, en soutenant en toute transparence la tenue du « Colloque 3<sup>e</sup> Payeur », organisé le 8 novembre dernier autour de personnalités diverses appartenant à l'ensemble des maillons de la chaîne de santé, Pfizer souhaite assumer ses responsabilités et contribuer à l'émergence de solutions innovantes et d'expériences originales face aux dépenses croissantes assumées par les ménages. En effet, cette augmentation des restes à charges n'a pas qu'une portée financière mais aussi des conséquences dommageables sur le recours et l'accès aux soins pour tous.

Il reste que l'évolution de la santé passera nécessairement par une refonte des organisations et des modes de prises en charge. Les multiples propositions allant dans ce sens formulées au cours de ce colloque sont autant de pistes de travail et d'éclairages stratégiques qui mériteront, au-delà d'un approfondissement, une volonté politique importante.

Emmanuelle Quilès  
Présidente, Pfizer France

En apportant son soutien transparent à l'organisation de ce colloque, en en respectant l'indépendance éditorial, Pfizer, entreprise du médicament, a joué un rôle de contributeur à l'émergence d'un débat public, ouvert et, de l'avis des participants, particulièrement intéressant.

Cette contribution, dans le contexte actuel de suspicion permanente qui touche les entreprises et plus généralement le secteur privé, est un acte courageux. Sans cet acte, cette manifestation n'aurait pu se tenir. Il aurait été dommageable que les acteurs présents n'aient pu avoir cette possibilité de s'exprimer. La démocratie sanitaire commence par la contribution de tous au débat, sans exclusion ni préférence.

Olivier Mariotte  
Président, nile



## Colloque 3<sup>e</sup> Payeur

Salons France-Amériques, 9 avenue Franklin D. Roosevelt, Paris 8<sup>e</sup>

Mardi 8 Novembre 2011

*Programme*

Animation : Stéphanie Lampert (La Gazette Santé-Social) et Olivier Mariotte (nile)

### **08h30 – Accueil**

**09h30 – Ouverture : Catherine Raynaud, Directeur des affaires institutionnelles de Pfizer**

**09h40 – Patients et usagers, quels enjeux pour le 3<sup>e</sup> payeur : Jean-Pierre Lacroix, Secrétaire général adjoint du Collectif Interassociatif Sur la Santé (Le CISS)**

### **10h00 – Les protagonistes**

- Environnement général : Olivier Mariotte, Président de nile
- Les usagers : Nathalie Tellier, Chargée de mission à l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)
- Enjeux économiques et PLFSS : Jean-Pierre Door, Député du Loiret et rapporteur du PLFSS 2012

### **11h00 – Vision des payeurs**

- François Lhoste, Ancien Président de la Société Française d'Economie de la Santé (SFES)
- Anne Mounolou, Directrice générale de la Fédération Nationale de la Mutualité Interprofessionnelle (FNMI)
- Alain Rouché, Directeur santé de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA)
- Jean-Pierre Lacroix, Secrétaire général adjoint du CISS

### **12h00 – Questions/débat avec la salle**

### **13h00 – Cocktail déjeunatoire**

### **14h30 – Présentation d'expériences concrètes et innovantes**

- Dépistage des risques cardiovasculaires en pharmacie : Christine Nonnenmacher, Directrice santé, prévoyance, emprunteur et dépendance d'Allianz ; Pascal Louis, Président du Collectif National des Groupements de Pharmaciens d'Officines (CNGPO) ; Jean-Claude Boulmer, Président de l'Alliance du Cœur
- Patients-Experts, accompagnement par les pairs en complémentarité avec le programme SOPHIA : Gérard Raymond, Président de l'Association Française des Diabétiques (AFD) ; Patrick Vexiau, Diabétologue Membre du comité scientifique de SOPHIA
- Prévention et accompagnement de la dépendance : Marie-Laure Huon, Responsable de « Réunica Domicile »

**16h00 – Conclusion : Alain-Michel Ceretti, Conseiller santé auprès du Défenseur des Droits**



*Soutien institutionnel*

# Actes du Colloque 3<sup>e</sup> Payeur

Salons France-Amériques, 9 avenue Franklin D. Roosevelt, Paris 8<sup>e</sup>

Mardi 8 Novembre 2011

## Ouverture

*Catherine Raynaud, Directrice des affaires institutionnelles de Pfizer ; Olivier Mariotte, Président de nile et animateur des débats ; Stéphanie Lampert, Journaliste à la Gazette Santé-Social et animatrice des débats*

Si communément face au 1<sup>er</sup> payeur, l'assurance maladie, et au 2<sup>e</sup> payeur, les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM), le 3<sup>e</sup> payeur, usager et patient du système de soin, tient une place bien souvent considérée comme superflue, il a toutefois à assumer bon nombre de restes à charges (environ 10% du total des dépenses de santé) lorsque la totalité des frais n'est pas remboursée par les 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> payeurs. Malgré de nombreuses réformes structurelles ayant permis une amélioration des prises en charge des maladies (chroniques en particulier), les ménages doivent faire face à une augmentation inexorable de ce reste à charge (environ 200€ par an et par habitant).

« *Comment soutient-on alors les déficits économiques et sociaux ?* », « *Le financement collectif est-il finalement la meilleure solution ?* », « *Comment peut-on pallier les inégalités d'accès aux soins ?* » : autant d'interrogations fondamentales rappelées par Catherine Raynaud et formulées grâce au soutien institutionnel de Pfizer, acteur de l'écosystème de santé. De nécessaires adaptations et évolutions devront ainsi voir le jour, passant par une meilleure compréhension du système de santé d'une part, et par une meilleure compréhension du rôle et des problématiques de chacun des acteurs de ce système d'autre part. Des propositions et pistes de travail tendent à converger, autant par des expériences innovantes entre acteurs que par la vraie préoccupation de ces derniers, soucieux de la sérénité de l'avenir du système de santé. Aussi, l'objectif de cette journée aura été de « *forger un aiguillon constructif porté à la connaissance des politiques* », nous rappelle Olivier Mariotte.

## Patients et usagers, quels enjeux pour le 3<sup>e</sup> payeur ?

*Jean-Pierre Lacroix, Secrétaire général adjoint du Collectif Interassociatif Sur la Santé (Le CISS)*

Les 3<sup>e</sup> payeurs ont régulièrement vu leur quote-part de dépenses de santé augmenter. Dans leur totalité, ces dépenses de santé s'élèvent aujourd'hui à environ 235 Md€, soit environ 12 % du PIB. « *De nombreuses mesures touchant directement leurs portefeuilles ont donc été prises : franchises médicales, diminution des remboursements des consultations réalisées hors du parcours de soins coordonnés, hausse du forfait hospitalier, ou encore baisse des taux de remboursements de certains médicaments* » rappelle Stéphanie Lampert. Cette situation n'est pas sans susciter des interrogations sur l'avenir du système de santé, mais également sur le rôle de chacun de ses acteurs. Il convient toutefois de rappeler que la France est un des pays développés où la prise en charge des dépenses de

santé par les fonds publics est la plus importante et où le reste à charge des ménages est le plus limité.

En outre, « *la santé n'occupe que la 9<sup>e</sup> position dans les postes de dépenses des Français, juste avant le tabac et l'alcool et loin derrière les logements ou les transports* », précise Olivier Mariotte. Rappelant par ailleurs les chiffres du baromètre L'équité en santé LH2 d'octobre 2011, il précise que « *70% des Français pensent aujourd'hui dans notre pays que tout le monde n'a pas les mêmes chances d'être en bonne santé ou de le rester* » ; « *le système de santé est perçu de manière équivalente comme égalitaire et inégalitaire* » ; « *80% des Français n'ont jamais entendu parler du concept d'équité en santé* ».

Car l'appellation de 3<sup>e</sup> payeur cache en réalité plusieurs choses. Si en moyenne, sa charge n'est que d'environ 10% des frais de soins, il existe de nombreuses disparités. En effet, le remboursement des soins courants (c'est-à-dire ceux des patients hors ALD) baisse très régulièrement, pour atteindre dans certains cas un pourcentage de 55%.

Aucun de ces chiffres ne donne une idée objective de la valeur de la solidarité. Celle-ci dépend en effet beaucoup plus du reste à charge, des prélèvements sociaux (environ 20% du salaire brut) et des cotisations aux complémentaires santé. Le reste à charge ne traduit pas par ailleurs le non-recours aux soins. Pour Jean-Pierre Lacroix, « *sa définition courante est loin d'être totalement satisfaisante, et nous pourrions imaginer d'autres indicateurs, tels que la notion de « taux d'effort » par tranches de revenus définie par Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)* ».

La mise en place d'un bouclier sanitaire reviendrait à « *recevoir les soins en fonction des moyens et non plus en fonction des besoins, s'éloignant d'une logique qui prévalait depuis les ordonnances de Pierre Laroque* », remarque Olivier Mariotte. Les régimes obligatoires et complémentaires doivent travailler ensemble pour reprendre en main la problématique de la prise en charge.

Parallèlement, « *le phénomène de démutualisation est particulièrement inquiétant. 6% des Français sont sans complémentaire santé, et ce nombre est loin de diminuer avec le doublement de la Taxe Spéciale sur les contrats d'Assurance (TSCA) solidaires et responsables* » rappelle Stéphanie Lampert. On assiste en effet à une diminution croissante du recours aux soins. Ces diminutions traduisent pour certains une nette régression de la démocratie sanitaire.

« *Un système de santé égalitaire doit être un système de santé pédagogique* », nous indique Jean-Pierre Lacroix. La notion de petit risque et celle de gros risque sont des notions sensibles, dans la mesure où l'expérience montre que si le petit risque ne peut pas bénéficier d'une couverture complémentaire, il risque de devenir un gros risque. C'est ici que la prévention prend tout son sens. « *Un système de santé égalitaire doit permettre de réduire les risques sanitaires évitables* », fait-il remarquer. Par ailleurs, toutes les mesures de réduction des dépenses de l'assurance maladie sont des mesures conjoncturelles. Elles sont inadaptées à l'ampleur des besoins et ne sont pas pérennes (pour preuve, de nouvelles sont constamment mises en place).

Afin de faire face à ces nombreuses problématiques, Jean-Pierre Lacroix insiste sur les revendications du CISS : « *le CISS demande la tenue d'un débat public sur l'assurance maladie afin de redéfinir le socle de son financement, le socle de ses actions et le niveau de la prise en charge garante de la qualité de l'accès aux soins.* »

« *L'efficacité du système de santé est la responsabilité de tous* », ajoute-t-il. Celle-ci passe nécessairement par la mise en place de stratégies à long terme, d'une meilleure prévention, ainsi que

d'une optimisation de recours et de l'accès aux soins. « *Il s'agit d'une approche globale, qui doit être pensée par l'ensemble des acteurs du système de santé, passant par le bon usage du médicament, la formation et l'information des professionnels de santé, le suivi des pathologies chroniques et une meilleure gestion des capitaux de santé* » ajoute-t-il enfin.

## Les protagonistes

*Nathalie Tellier, Chargée de mission à l'Union Nationale des Familles (UNAF) ; Olivier Mariotte, Président de nile ; Jean-Pierre Door, Député du Loiret et Rapporteur du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2012*

Être le 3<sup>e</sup> payeur, est-ce seulement assumer le reste à charge, ou est-ce également être une large part des premier et deuxième payeurs, *via* les cotisations sociales et les adhésions aux complémentaires santé ? « *Une grande partie du financement de la protection sociale est effectuée par les ménages* », nous rappelle Nathalie Tellier. Rebondissant sur cette déclaration, Olivier Mariotte ajoute qu'ainsi, « *celui qui est à l'origine du financement de la protection sociale est aussi celui qui a le moins de pouvoir pour le faire évoluer* ». Il rappelle par ailleurs que « *la notion de 3<sup>e</sup> payeur est une notion plurielle, regroupant les usagers et les patients, les masses financières leurs incombant étant fondamentalement différentes, notamment en matière de reste à charge* ».

Ces disparités dans les définitions et les modes de calculs impliquent une fragilité statistique qui limite la vision globale et précise de la réalité. Il faut insister sur la nécessité d'une grande rigueur dans la manipulation des chiffres du reste à charge. S'agit-il d'un reste à charge sur le remboursement ou d'un reste à charge sur la dépense totale de santé ? S'agit-il d'un reste à charge après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire ou d'un reste à charge après les remboursements de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire ? De telles disparités dans la définition du reste à charge impliquent des disparités au moins aussi grandes dans l'évaluation comptable de ce reste à charge. L'expression d'un taux moyen de reste à charge masque la diversité des situations. Il pourrait être plus pertinent de suivre les dispersions autour du reste à charge moyen, par exemple. Aussi, il est important de traiter la problématique des restes à charge aigus et non des restes à charge d'un niveau acceptable. Pour Natalie Tellier, « *ces restes à charge aigus sont majoritairement dus aux lacunes de l'organisation de soins dans la coordination des acteurs et dans le parcours de soins* ». Il est important d'améliorer cette coordination ainsi que la rationalisation des parcours de soins. Il en va de même pour la protocolisation des processus ou encore la délégation de tâches.

La qualité est par ailleurs une notion fondamentale. En dehors du domaine de la santé, il est tout à fait normal de payer plus cher pour un bien de consommation meilleur qu'un autre. Ceci étant, « *l'ensemble des citoyens doit avoir le droit à des prestations de qualité identique* », souligne Nathalie Tellier, quel que soient les revenus de ces citoyens.

Au-delà de cette notion de consommation, la vraie question est celle de la solidarité. Les usagers bien-portants du système de santé sont-ils toujours prêts à payer pour les malades ? Le principe consistant à cotiser selon ses moyens et consommer selon ses besoins est-il toujours valable ? Doit-on mettre en place le bouclier sanitaire ? « *La démocratie sanitaire va très certainement devoir*

*passer un jour par un parlement des usagers se regroupant afin de discuter et proposer de nouveaux modes de financement »*, remarque Olivier Mariotte.

Jean-Pierre Door rappelle que le PLFSS pour 2012 *« a été voulu volontariste, compte-tenu des circonstances économiques actuelles »*. De nombreuses recettes supplémentaires ont pu être faites, notamment grâce aux taxations sur le tabac, les boissons sucrées, les stock-options, etc. Des réductions de dépenses ont aussi été faites, en diminuant le prix des génériques, en favorisant la substitution des médicaments génériques, la réduction du prix de certains actes cliniques, etc. Il ajoute que *« ce sont là des résolutions conjoncturelles positives. »*

Malheureusement, les résolutions structurelles restent à être prises. Jean-Pierre Door insiste sur le fait qu'il *« faut impérativement s'y engager, mener des réflexions sur un nouveau plan de financement de la protection sociale, qui ne devra plus être uniquement calqué sur le travail et la fiscalité »*. Ce débat occupera à coup sûr une grande place d'ici les échéances électorales à venir. En effet, *« l'augmentation du budget de la protection sociale au sein de budget global se fait au détriment des fonctions régaliennes de l'Etat »*, car si la branche de l'assurance maladie a su réduire son déficit de moitié depuis 2004 et si la branche famille et la branche Accidents du Travail – Maladies professionnelles (AT-MP) se maintiennent, le déficit de la branche vieillesse augmente indéniablement.

Faut-il sortir certains malades du système ALD ? La HAS s'est engagée à mener une réflexion à ce sujet. *« Certaines maladies peuvent sortir de ce cadre, quitte à y rentrer ensuite »*, conclut le député.

## La vision des payeurs

*François Lhoste, Ancien président de la Société Française d'Economie de la Santé (SFES) ; Anne Mounolou, Directrice générale de la Fédération Nationale de la Mutualité Interprofessionnelle (FNMI) ; Alain Rouché, Directeur santé de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA) ; Jean-Pierre Lacroix, Secrétaire général adjoint du Collectif Interassociatif Sur la Santé (Le CISS)*

Si, comme nous le rappelle François Lhoste, *« chacun s'accorde à considérer que nous sommes à la fin d'un cycle économique »*, de nombreux changements et refondations sont à attendre en ce qui concerne le financement de l'assurance maladie. *« Il est urgent de reconsidérer le système de protection sociale car nous sommes également à la fin d'un cycle de production des soins »*, nous rappelle-t-il également. La France est le seul pays qui offre à tous un accès égalitaire aux soins, y compris aux soins les plus chers, sans distinction d'âge et sans distinction d'état d'avancement des pathologies.

Il existe néanmoins de nombreuses contraintes, qu'elles soient économiques, technologiques ou politiques. Contraintes définies par François Lhoste comme les résultantes d'un quadruple désarroi :

- *« La première contrainte est celle du désarroi des patients »*. Ceux-ci sont de plus en plus informés par les médias et accordent aux professionnels de santé une confiance de moins en moins grande. Cette perte de confiance est le premier pas vers une perte de chance.
- *« La deuxième contrainte est celle du désarroi des producteurs de soins, des laboratoires pharmaceutiques, avec parfois des demandes de prix de médicaments qui peuvent paraître exorbitantes, pour des raisons de survie financière »*.

- « La troisième contrainte est celle du désarroi des payeurs, assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire, avec bien sûr le déficit de l'assurance maladie et les difficultés des OCAM dues à l'augmentation de la taxation ».
- « La quatrième et dernière contrainte enfin, celle du désarroi des politiques, qui se doivent d'assumer la qualité des soins pour tous ainsi que leur financement et la pérennité de ce financement ».

Comment peut-on réduire ces contraintes ? Augmenter les recettes en augmentant les cotisations sociales ? Réduire les prestations ? Ou bien réorganiser le système sanitaire, grâce à des innovations de rupture, et non d'incrémentation. « Le système de santé doit à présent faire preuve de productivité », conclu-t-il.

Il est évident que dans ce contexte, le doublement de la Taxe Spéciale sur les Contrats d'Assurance (TSCA) ne peut que peser sur le joug des complémentaires santé. En dernier ressort, « c'est malheureusement sur les adhérents que sera répercuté ce doublement », regrette Jean-Pierre Lacroix. Afin de limiter les dépenses corolaires à une telle mesure, l'amélioration de la coordination et des parcours de soins est nécessaire.

Pour ce faire, il y a d'une part le développement des services directement liés à la santé des patients (développement de l'information, du suivi, de l'orientation, de l'orientation des soins, du coaching, de la télémédecine, etc.), et d'autre part les services liés à la maîtrise des dépenses de ces patients (facilitation des paiements, maîtrise du coût des soins, du niveau des cotisations aux OCAM, etc.). Au sujet de ces derniers services, les réseaux de professionnels de santé sont très importants et l'impossibilité pour les mutuelles d'en créer est manifeste de réticences qui n'ont pas lieu d'être. Ces réseaux permettraient aux adhérents d'avoir accès à des soins de qualité, à des tarifs négociés et transparents. « Il faut continuer à intervenir pour que nous puissions enfin construire de tels réseaux qui, au final, agissent sur le prix global de la prestation et contribuent à la maîtrise des coûts », indique Anne Mounolou.

Une concertation sur le rôle des complémentaires semble nécessaire. Si les réseaux de soins permettent effectivement de diminuer le reste à charge, l'accès à certaines données de soins le permettrait également. Comme le rappelle Alain Rouché, « les expérimentations « Babusiaux » ont très bien fait leurs preuves ; reste à les généraliser, même s'il existe de nombreuses réticences bien souvent infondées ». Les complémentaires pourraient ici jouer un rôle important correspondant à l'intérêt général, un rôle dans le domaine de la prévention, etc. « sans pour autant les cantonner à un rôle de payeur aveugle », ajoute-t-il.

Il existe toutefois une volonté de mise en place d'expériences, de partenariats concrets et innovants, permettant une amélioration significative des prises en charge déjà existantes. Aussi, quelques fiches pratiques sont associées à ces actes afin d'illustrer ces prises en charge.

## Conclusion

*Alain-Michel Ceretti, Conseiller santé auprès du Défenseur des droits*

« Au moment où la dette occupe une grande place dans les esprits, la question du financement de la protection sociale inquiète de plus en plus », commence Alain-Michel Ceretti. « Somme toute, le 3<sup>e</sup>

*payeur se retrouve à tous les niveaux de financements, que ce soit à travers les cotisations sociales, les primes d'assurances ou les adhésions aux mutuelles ou que ce soit à travers le reste à charge », continue-t-il. Il ajoute que « le 3<sup>e</sup> payeur représente alors à la fois l'usager en tant que cotisant et le malade en tant qu'utilisateur du système de santé ».*

*« Les tabous de la productivité et de l'efficacité du système de santé sont en train de tomber », dit-il. Reprenant les propositions évoquées à la tribune et au sein de l'assemblée, il indique qu'il faut désormais laisser de côté les considérations idéologiques à propos de l'organisation des soins, se poser la question de l'efficacité de ces soins, « en prenant garde de répondre aux questionnements éthiques », précise-t-il. Pour lui, « il est important d'organiser une concertation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, faire progresser et entretenir la démocratie sanitaire en continuant à travailler avec les associations de patients et reconnaître leur expertise en mettant en place un parlement des usagers ». Autant de pistes de travail et d'éclairages stratégiques qui, s'ils peuvent être mis en lumière grâce au travail commun des acteurs de santé, mériteront pour être appliqués, un courage politique bien plus important. En effet, au-delà des propositions formulées, la mise en place d'un débat constructif et inaugurant leur application sera indispensable.*

Les principales propositions formulées sont :

- la mise en place d'un parlement des usagers du système de santé
- l'organisation de concertations entre l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie complémentaire et les usagers
- la mise en place au-delà des résolutions conjoncturelles, de résolutions structurelles du système de santé menant à un nouveau plan de financement de la protection sociale, plus uniquement calqué sur le travail et la fiscalité : un grenelle de la protection sociale ?
- la généralisation des accords Babusiaux afin pour les OCAM de ne plus être des payeurs aveugles
- la substitution de la notion du taux d'effort par tranches de revenus tel que défini par le HCAAM à la notion de reste à charge
- l'amélioration de la productivité du système de santé et celle de la coordination et de la rationalisation des parcours de soins.

### Dépistage des risques cardiovasculaires en pharmacie

*Intervenants : Jean-Claude Boulmer, Président de l'Alliance du Cœur ; Christine Nonnenmacher, Directrice santé, prévoyance, emprunteur et dépendance d'Allianz ; Pascal Louis, Président du Collectif National des Groupements de Pharmaciens d'Officines (CNGPO)*

Ce dépistage est issu d'un partenariat entre le Collectif des Groupements de Pharmaciens d'Officine (CNGPO) et Allianz. Il est proposé à l'ensemble des pharmaciens d'officine.

Lors de ce dépistage des risques cardiovasculaires en pharmacie, cinq facteurs sont mesurés (cholestérolémie, glycémie, hypertension, indice de masse corporelle et tour de taille, tabagisme) chez des personnes *a priori* en bonne santé.

Ce dépistage s'accompagne de la remise d'un coffret santé contenant un carnet de dépistage personnalisé et un CD-Rom d'une heure d'éducation à la prévention et au maintien du capital-santé. Cet acte pharmaceutique, qui s'inscrit dans le cadre de la loi HPST, est facturé au prix conseillé de 18€ et permet d'obtenir des résultats immédiats. Ce service innovant participe à la prévention des ALD chez des patients en bonne santé qui ne se seraient pas fait dépister. Si les résultats confirment des facteurs de risque, le pharmacien incite alors le patient à consulter son médecin.

Afin de pratiquer cet acte pharmaceutique, les pharmaciens signent une charte d'engagement qui formalise les actes pharmaceutiques et la rémunération du pharmacien par Allianz, et suivent une formation élaborée par un comité scientifique de médecins et de pharmaciens indépendants.

Pour Jean-Claude Boulmer, représentant des patients, « *ce dépistage issu d'un partenariat innovant permettrait à grande échelle de réduire de façon significative les risques cardiovasculaires, car il fait intervenir à la fois le dépistage et la prévention* ».

### Patients-experts, accompagnement par les pairs en complémentarité avec le programme Sophia

*Intervenants : Patrick Vexiau, Diabétologue et Membre du comité scientifique du programme Sophia ; Gérard Raymond, Président de l'Association Française des Diabétiques (AFD)*

Le programme Sophia est un service d'accompagnement de l'assurance maladie pour les maladies chroniques. Il est destiné aux personnes diabétiques prises en charge dans le cadre des ALD. Sophia propose des conseils et des informations adaptés, en relais des recommandations du médecin-traitant en mettant à disposition des infirmiers des conseillers pour soutenir les patients, mais en mettant également à leur disposition de l'information pour leur rappeler comment agir sur la maladie.

Il s'agit d'un service gratuit qui n'a pas d'incidence sur le niveau des remboursements des patients. L'objectif est de limiter les risques de complication liés au diabète ou leur aggravation. Ce programme permet un soutien et un accompagnement des diabétiques pour améliorer leur qualité de vie et est réalisé avec la collaboration de l'Association Française des Diabétiques (AFD).

125 000 patients sont suivis grâce à ce programme, qui leur a permis d'améliorer le contrôle de leur diabète, de diminuer le recours aux hospitalisations, et surtout d'améliorer les prises en charges, y compris pour les patients qui ne bénéficient pas de cet accompagnement, car il tire vers le haut les médecins traitants.

Parallèlement au programme Sophia, l'AFD a mis en place un programme d'accompagnement de patient à patient qui permet de former et d'outiller des bénévoles patients experts afin qu'ils puissent développer et animer des actions de proximité, d'accompagnement, de soutien et d'orientation.

En collaboration avec les associations locales membres de l'AFD, le siège national prend en charge la formation des patients experts, la coordination de la mise en œuvre des actions d'accompagnement ainsi que la promotion du dispositif. « *Il s'agit d'un programme important car il repose sur la solidarité inter-patients* » précise Gérard Raymond.

Ce programme a déjà formé plus de 120 patients experts et permis l'accompagnement de plus de 1100 patients.

### **Prévention et accompagnement de la dépendance : Réunica Domicile**

*Marie-Laure Huon, Responsable de Réunica Domicile*

Dans le cadre de sa politique d'action sociale, Réunica a créé Réunica Domicile, un espace pédagogique doté d'équipements et d'aménagements favorisant le soutien à domicile des personnes âgées. « *Plus de 90% des personnes âgées souhaitent vivre chez elles le plus longtemps possible et 80% d'entre elles sont en excellent état de santé. Réunica a comme priorité de favoriser une vie autonome et d'inciter au maintien du lien social* » précise Marie-Laure Huon.

L'association, située dans le 10<sup>e</sup> arrondissement à Paris, ouverte à tous et gratuite, propose un parcours de sensibilisation et de démonstration à travers : la visite d'un habitat-type adapté (salon, chambre, cuisine et salle de bains), des conférences (prévention sommeil et audition, premiers secours, pollution domestique, etc.), ainsi que des permanences de professionnels (juristes, ergothérapeutes, etc.). Un espace documentaire est également mis à disposition afin d'apporter toute l'information sur les grandes thématiques de l'aménagement de l'habitat et du soutien à domicile.

L'objectif d'une telle initiative est de permettre de trouver des solutions simples afin de conserver l'autonomie au fil du temps, d'encourager le soutien à domicile des personnes âgées en aménageant et en sécurisant les logements.

PA-010-072011