

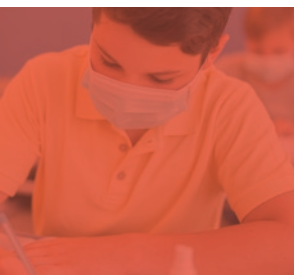


CONTRIBUTIONS DE L'ISNI AUX ÉLECTIONS PRÉSIDENTIELLES DE 2022





1 ACCÈS AUX SOINS



2 PROMOTION DE LA SANTÉ



3 NUMÉRIQUE



4 GOUVERNANCE



5 FINANCEMENT



6 SANTÉ & ENVIRONNEMENT

The background of the entire page is a photograph of a doctor in a white coat using a stethoscope to examine a baby. The image is semi-transparent, allowing the text and the large number to be clearly visible. At the top and bottom of the page, there are horizontal bars composed of five colored segments: green, light orange, yellow, blue, and dark grey.

1 ACCÈS AUX SOINS

L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS : LA SANTÉ AU PLUS PRÈS DES TERRITOIRES

6 millions de Français n'ont pas de médecin traitant.

Malgré l'augmentation du *numerus clausus*, le nombre de médecins diminue partout et les départs à la retraite ne peuvent être compensés. Les délais de rendez-vous augmentent et aucune amélioration démographique n'est attendue avant 2030.

Les évolutions sociétales de ces 50 dernières années ont modifié la pratique médicale : elle est plus technique et fait appel à de nombreux examens complémentaires. De 1999 à 2019 le nombre d'IRM pour 100 000 habitants a été multiplié par 15. Les médecins ont eux-même changé : désirant mieux concilier vie professionnelle et vie privée, augmentation de la proportion de femmes.

De 1999 à 2019 le
nombre d'IRM pour
100 000 habitants a
été multiplié par 15.

► En 2022, l'accès à un médecin traitant est de plus en plus difficile.

La formation médicale est essentiellement **hospitalo-centrée, en décalage par rapport aux exigences professionnelles et à l'exercice réel des jeunes médecins** ; parallèlement à la dégradation du service public de santé les internes sont cloisonnés à l'intérieur des CHU afin de pallier le manque de personnel et d'attractivité du secteur hospitalier.

Il existe deux types de zones médicales sous dotées :



des zones rurales

victimes du
phénomène de
métropolisation



des zones urbaines

sensibles victimes
d'une insécurité
importante

► Cette dualité entraîne des solutions différentes.

Les mesures de lutte contre la désertification médicale prises ces 30 dernières années sont essentiellement incitatives, financières et matérielles. Le résultat de ces politiques est décevant. Les études réalisées auprès des jeunes médecins montrent en effet que les éléments déterminants à l'installation sont :



FAMILIAUX

(emploi du conjoint
et proximité familiale)



ENVIRONNEMENTAUX

(présence de services publics)



MÉDICAUX

(projet médical et
exercice non isolé)

Les mesures coercitives, qu'elles touchent le conventionnement ou la liberté d'installation, sont inefficaces voire parfois contre productives comme en attestent les expériences internationales publiées en particulier au Canada et en Allemagne.¹

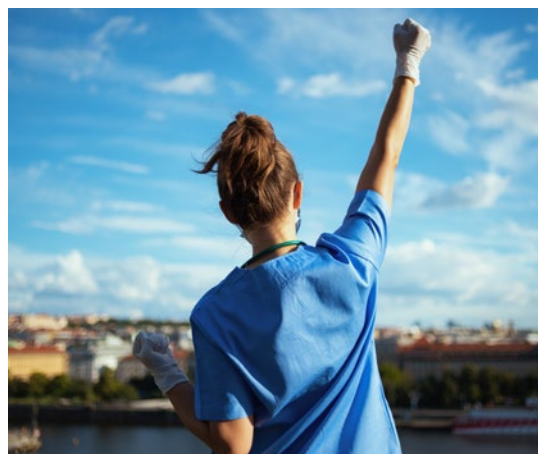
Les soins de premier recours sont garantis par un ensemble de professionnels, d'instruments diagnostics et thérapeutiques permettant la prise en charge des patients.

► **Il doit être pensé comme un système global allant au-delà de la question du médecin traitant.**

Augmenter le recrutement des étudiants en médecine issus de zones sous denses

Engagement social et sanitaire, le recrutement des étudiants en médecine favorise aujourd'hui les populations urbaines aisées. Plus de 40 % des médecins sont enfants de cadres supérieurs.² Le nombre de boursiers dans les études de médecine est faible par rapport aux autres domaines universitaires. Les études menées sur les déterminants à l'installation démontrent que **l'origine socio-géographique des jeunes médecins est un facteur déterminant.**¹

► **Il est nécessaire d'aider les jeunes issus de ces territoires à s'investir dans les études de médecine.**



Développer le transfert de compétences et redéfinir les champs d'actions des professions du soin et de l'assistance aux personnes

La prise en charge des patients doit être redéfinie pour prendre en compte l'ensemble des aspects nécessaires à une prise en charge de qualité : médicaux, sociaux et familiaux.

Les compétences doivent être redéfinies de manière concertées entre les différentes professions médicales et non médicales (infirmiers en pratique avancée, infirmiers diplômés d'état, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux...). Cette redistribution des compétences doit être concertée, consensuelle et systématiquement sécurisée par une formation adaptée qui garantit une qualité uniforme dans la prise en charge des patients.



Créer des cabinets médicaux mobiles connectés pour les zones à faible densité de population

L'accès aux soins dans les zones à très faible densité de population rend peu judicieuse l'installation de cabinets fixes ; on préférera la **création d'unités médicales mobiles motorisées** (bus, camions) comportant un appareillage pour la réalisation d'examens biologiques et d'imagerie standards,



gérés par une équipe médecin-infirmier pouvant être salariés par les communes. On assurera un soutien spécialisé au médecin de l'unité par une mise en relation avec une équipe pluridisciplinaire (radiologue, cardiologue...) d'astreinte via la téléexpertise. Ces unités mobiles se rendront à jour fixe dans les communes afin de prendre en charge les populations.

Créer des pépinières d'internes

L'Etat et les collectivités locales doivent favoriser la création de pépinières d'internes aux carrefours de communication permettant un accès optimal aux populations d'un territoire donné.

Ces pépinières d'internes sont à la fois des maisons de santé et des internats-logement qui permettront à plusieurs internes de venir simplement exercer en groupe pour une période de 6 mois ou plus en écartant les difficultés matérielles et l'isolement, défavorables à l'exercice en zone sous dense.

Les mesures favorisant l'accès aux soins des Français doivent nécessairement s'intégrer dans un plan global d'aménagement du territoire. Le développement des territoires est étroitement

lié à la présence médicale, l'un et l'autre se favorisant mutuellement. La mise en place d'un grand plan de réappropriation des territoires est la condition nécessaire au développement harmonieux du pays et au retour des professionnels de santé dans les zones sous-denses.

Les mesures favorisant l'accès aux soins des Français doivent nécessairement s'intégrer dans un plan global d'aménagement du territoire.

LA JUSTICE SOCIALE ET L'ÉDUCATION AU SERVICE DE L'ACCÈS AUX SOINS

L'accès aux soins et à la santé est **lourdement impacté par les problématiques sociologiques et économiques**. Les inégalités de santé trouvent une dernière illustration lors de la pandémie du COVID-19 où la fracture sanitaire rejoint la fracture sociale.³

- ➡ **Parce qu'elle est obligatoire et touche les plus jeunes, l'École doit être le lieu privilégié d'accès à la santé.**



Sanctuariser le dépistage scolaire des troubles sensoriels



La médecine scolaire vit une grave pénurie de personnel avec un tiers des postes non pourvus.

Moins de un enfant sur cinq bénéficie de la visite médicale lors de la 6^{ème} année scolaire, essentielle pour le dépistage des troubles sensoriels pourvoyeurs de troubles des apprentissages.⁴

- **Rendre obligatoire une visite médicale** auprès d'un médecin scolaire pour l'ensemble des élèves à l'entrée du primaire, du collège et du lycée, particulièrement orientée vers le dépistage des troubles sensoriels et la prévention de la santé mentale et physique.
- Les personnels enseignants devront tous bénéficier d'une **formation au dépistage des troubles sensoriels et troubles de l'apprentissage** afin de permettre aux enfants de bénéficier d'un examen médical.
- **Le nombre de médecins scolaires doit être augmenté** et les postes pourvus.

1. Portela - 2021 - Remédier aux pénuries de médecins dans certaines.pdf. Accessed December 23, 2021. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>

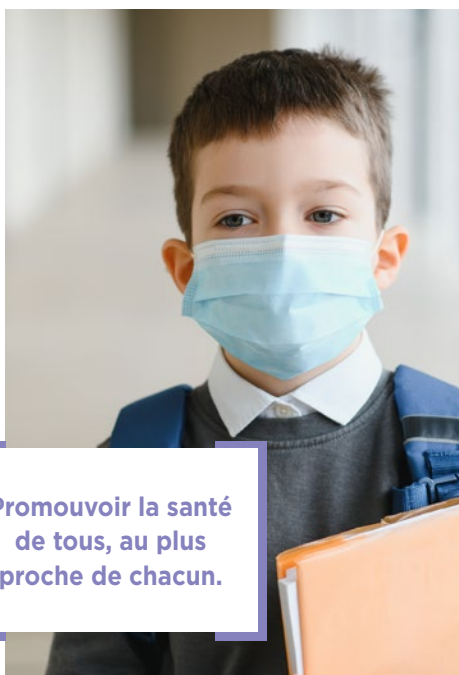
2. Breuil-Genier - 2006 - L'origine sociale des professionnels de santé.pdf. Accessed January 21, 2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er496.pdf>

3. 2020-10-09_CP_SAPRIS_EPICOV-1.pdf. Accessed January 21, 2022. https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2020/10/2020-10-09_CP_SAPRIS_EPICOV-1.pdf

4. Cour des Comptes. Les médecins et les personnels de santé scolaire - Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale. Vie publique.fr. Published April 2020. Accessed January 21, 2022. <https://www.vie-publique.fr/rapport/274412-les-medecins-et-les-personnels-de-sante-scolaire>

The background of the entire page is a photograph of a classroom. In the foreground, a young man with dark hair is leaning over a desk, writing in a notebook with a blue pen. He is wearing a light-colored shirt. In the background, another student is visible, also wearing a face mask. A large, bold, orange number '2' is superimposed over the center of the image, partially covering the text. The text 'PROMOTION DE LA SANTÉ' is written in white, bold, uppercase letters across the middle of the image, positioned over the orange number '2'.

PROMOTION DE LA SANTÉ



Promouvoir la santé
de tous, au plus
proche de chacun.

C'est en 1986 avec la charte d'Ottawa⁵ que le concept de promotion de la santé voit le jour. *«Elle représente le processus social et politique qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes.»*

La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé.

La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.»

LA SANTÉ AU PLUS PROCHE DU CITOYEN

Les enjeux de promotion de la santé ne sont pas homogènes sur l'ensemble des territoires et nécessitent donc une politique différenciée pour être au plus proche des besoins des populations. Cette démarche passe par l'enrichissement de l'offre de soin avec des professionnels de santé formés, entre autre, à la compréhension des besoins individuels des populations (IPA par exemple).

PRIORITÉ N°1

- **Elaborer** une politique de soin territoriale basée sur les besoins de santé et non plus sur l'offre

PRIORITÉ N°2

- **Mettre en œuvre** la révolution numérique en santé pour abolir les distances (mise en place réelle et effective du Dossier Médical Partagé ou DMP)

PRIORITÉ N°3

- **Favoriser** une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue

PRIORITÉ N°4

- **Décentraliser** les politiques de promotion de la santé pour favoriser l'innovation et l'efficacité des projets

PRIORITÉ N°5

- **Favoriser** les démarches de lieux de santé promoteurs de santé pour renforcer le virage préventif

**PRIORITÉ
N°6**

- **Remettre** l'école au centre du dispositif de prévention et de promotion de la santé en augmentant le nombre de médecins scolaires et les programmes de prévention scolaires



**S'approprier la Santé au delà du soin.
Développer les interventions et ateliers
pédagogiques autour de la Santé, remettre
la cuisine et l'alimentation au cœur de la vie**

L'éducation à la Santé doit être à la fois pratique et ludique. Elle doit faire appel aux intervenants extérieurs - professionnels de santé, scientifiques, agriculteurs, sportifs, cuisiniers - pour évoquer lors d'ateliers les questions liées à la Santé dans leur diversité et par le biais de situations concrètes comme l'alimentation ou la pratique sportive.

L'alimentation et la cuisine doivent être remises au centre de la vie collective et individuelle : elles développent à la fois le partage, la protection de l'environnement par la connaissance des produits de saison, la protection contre les risques cardiovasculaires et la lutte contre l'épidémie d'obésité. Des ateliers réguliers autour de ces thèmes doivent être organisés et généralisés dans les écoles.

SANTÉ MENTALE : CHANGER LE REGARD, SE FORMER, ACCOMPAGNER

La crise sanitaire a généré une augmentation de l'incidence des troubles de la santé mentale et la nécessité pour les professionnels de santé de se former à leur prévention.

La prise en charge de la santé mentale doit s'étendre au monde de l'entreprise en condamnant les formes de management toxiques.

**PRIORITÉ
N°1**

- **La santé mentale doit être prise en charge collectivement** par l'ensemble des professionnels de santé en laissant à la psychiatrie la gestion de la pathologie mentale.
- **La formation initiale** des étudiants en médecine sur la santé mentale doit être renforcée.
- **La participation à la formation** d'association de patients, de famille de patients et de pairs-aidants est à renforcer.

**PRIORITÉ
N°2**

- Il faut **changer la communication autour de la santé mentale** dans toutes ses composantes. Aujourd'hui taboue et peu évoquée, elle doit investir le débat public pour devenir un terrain d'action à l'image de la santé somatique.
- La parole des patients doit être au centre de cette démarche.

**PRIORITÉ
N°3**

- Afin de faire face aux départs des professionnels de santé, les personnes aux postes de management doivent avoir **une formation systématique** (chefs de service, cadres de santé, directeur d'établissement, etc.) qui intègre les méthodes réduisant les risques psycho-sociaux chez les professionnels sous leur responsabilité. Une formation à la suicidologie doit être suivie par ces mêmes professionnels.
- Mettre en place **des formations de gestion du stress et des situations traumatiques** dans l'ensemble des cursus de santé.

**PRIORITÉ
N°4**

- **Redonner son rôle central à la médecine du travail** comme acteur de premier plan dans la lutte contre les risques psychosociaux et l'accompagnement de celles et ceux qui en souffrent : information systématique en début d'internat lors des journées d'accueil, de l'existence et du fonctionnement de ces services.

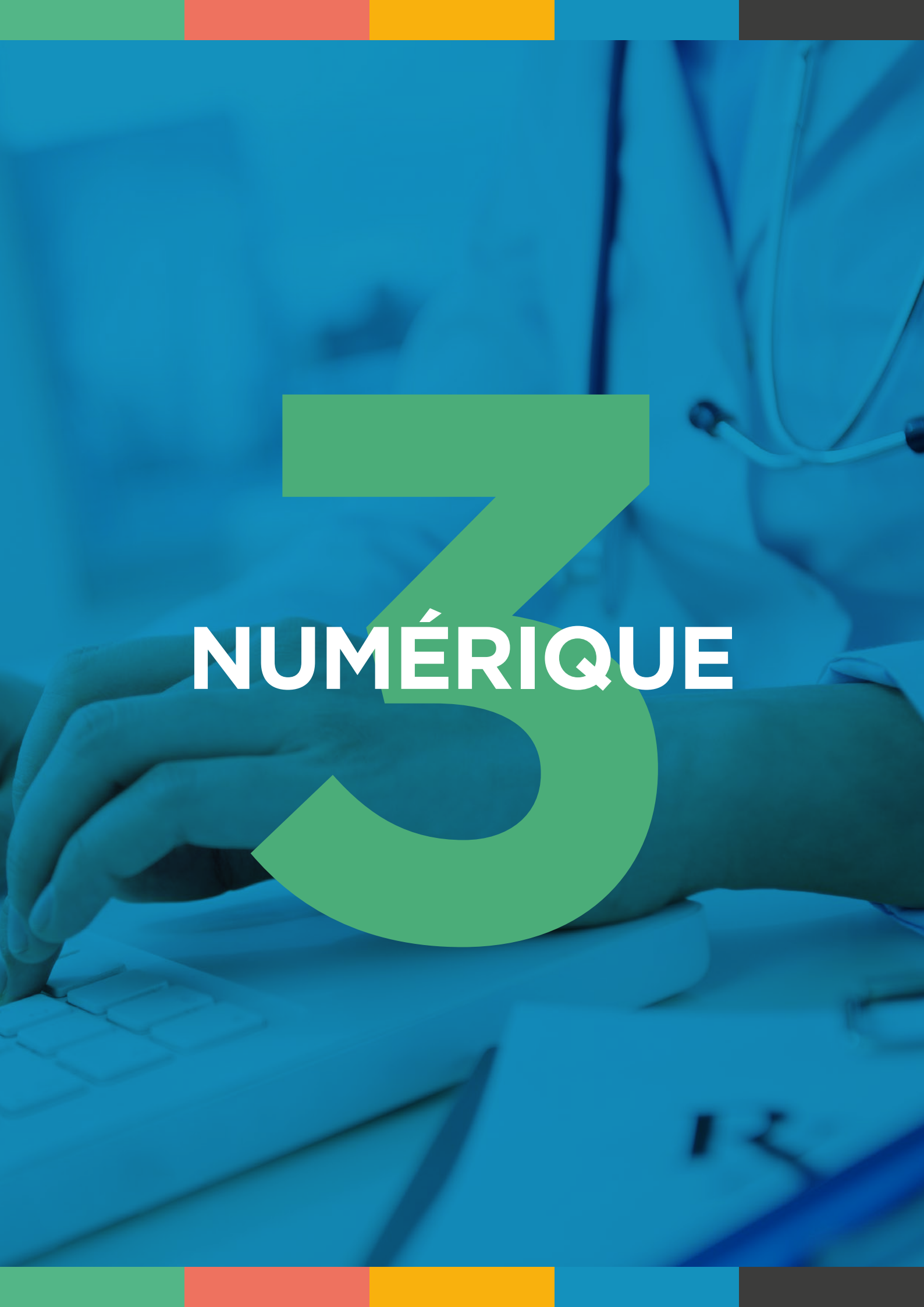
**PRIORITÉ
N°5**

- **Assurer une meilleure coordination** entre les différentes structures locales.
- **Faire un état des lieux** sur les différentes structures dans chaque faculté et organiser une coordination.
- **Réunion annuelle** faisant intervenir psychiatre, médecine du travail, direction CHU, direction facultaire, syndicat et association étudiante pour fixer les objectifs, des actions et leur évaluation.

**PRIORITÉ
N°6**

- **Institutionnaliser la mise en place d'enquête sur la santé mentale des internes** avec un accès transparent aux résultats, résultats présentés aux instances de la faculté, aux directions et CME des CHU et des directions et CME des centres hospitaliers périphériques. On ne peut soigner en étant dans la souffrance mentale, si les soignants vont bien ils seront plus efficaces dans leurs soins.

5. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986. Accessed January 21, 2022.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

The image features a doctor in a white coat with a stethoscope, typing on a laptop. The scene is overlaid with a semi-transparent blue filter. A large, bold, green number '3' is centered in the background. The word 'NUMÉRIQUE' is written in white, bold, sans-serif capital letters across the middle of the number '3'.

NUMÉRIQUE

**L'Etat doit
entreprendre et
accompagner
le virage de la
médecine moderne.**

La modernisation du système de soins français passe par le renforcement et le déploiement du numérique en santé. L'hôpital public, au même titre que les patients et associations de patients, les médecins libéraux ou encore les industries de santé et la recherche, peuvent y trouver un intérêt : réduction des coûts, du temps administratif, efficacité du système de soins, attractivité...

Par le développement d'une politique publique ambitieuse, et le soutien aux acteurs institutionnels et privés, l'Etat doit entreprendre et accompagner le virage de la médecine moderne.

EFFICACITÉ, MODERNITÉ, SÉCURITÉ : LE NUMÉRIQUE AU SERVICE DES CITOYENS

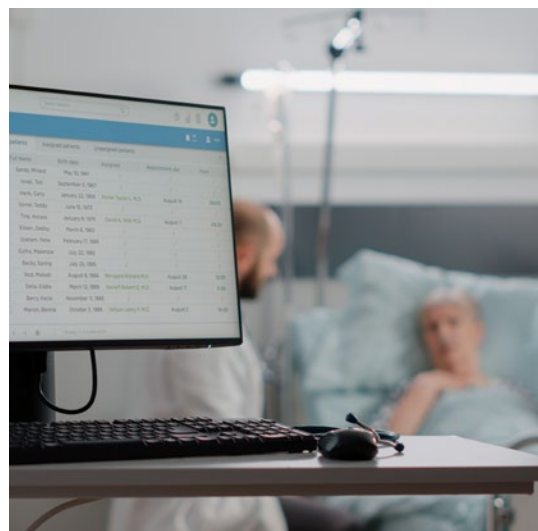


Le programme HOP'EN 2017-2022 (Hôpital Numérique ouvert sur son Environnement) est la déclinaison numérique du plan Ma Santé 2022. Il fait notamment suite au programme hôpital numérique (2012-2017), et

s'inscrit dans le cadre du grand plan d'investissement (GPI) élaboré au début du quinquennat. Le programme HOP'EN s'adresse à l'ensemble des établissements de santé, quels que soient leur statut (public, privé, ESPIC) et leur activité (MCO, SSR, PSY, HAD). Le programme est décliné à l'échelon local par les ARS.

S'assurer de l'interopérabilité des logiciels d'exploitation : un dossier à jour qui suit le patient

L'enjeu premier de toute numérisation de l'hôpital est de favoriser l'interopérabilité des données utilisées. Il apparaît qu'au sein d'un même hôpital, parfois même au sein d'un même service, deux logiciels différents soient utilisés, ne permettant pas d'échanger les données récoltées. Rendre les logiciels interopérables, c'est limiter le temps administratif et libérer du temps médical, c'est enfin la garantie du suivi du dossier médical pour le patient et le meilleur niveau de connaissance possible pour les professionnels de santé qui le suivent.



A ce titre, **la plateforme RELIMS** a pour vocation de référencer les éditeurs de logiciels à destination des établissements de santé. **C'est une plateforme unique, gérée par la DGOS.** Toutefois, la décision finale de financement revient à l'ARS, ce qui peut limiter l'échelle de déploiement d'un programme.

C'est pourquoi nous proposons :

- **soit de développer un logiciel d'exploitation unique.** Cependant, certaines spécificités liées à l'exercice dans une spécialité ou dans un domaine en particulier peut rendre cette solution difficilement applicable.
- **soit de remonter le niveau de décision de financement à l'échelon national.**
- **soit d'obliger l'ensemble des nouveaux logiciels implémentés à s'assurer de la bonne communication des données entre logiciels,** par le développement d'un langage commun et la production de standards pour l'exploitation globale des données.

La fourniture du matériel et des logiciels : des moyens à la hauteur des ambitions

Le programme HOP'EN est financé par le FMESPP (Fond de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés). En 2020, seuls 19,8 millions d'euros ont été alloués à la numérisation de l'hôpital, à l'échelon national. Notons par ailleurs que l'enveloppe de soutien financier de chaque région est composée de 20% de financement consacré à « l'amorçage » des projets et de 80% consacré au soutien financier conditionné à l'atteinte de cibles d'usage.

Une politique de modernisation ambitieuse doit nécessairement s'accompagner de moyens. Ce montant doit notamment prendre en compte la mise à niveau du matériel informatique, alors que beaucoup d'hôpitaux fonctionnent encore avec un FAX pour la prise de rendez-vous.

L'enveloppe de soutien financier de chaque région est composée de 20% de financement consacré à « l'amorçage » des projets et de 80% consacré au soutien financier conditionné à l'atteinte de cibles d'usage.



C'est pourquoi nous proposons :

- d'abord **d'effectuer un recensement national du parc informatique et numérique des hôpitaux**, afin d'élaborer une juste analyse des besoins en matériel et en logiciel.
- Ensuite, **d'allouer les fonds nécessaires à la transition numérique au sein de l'hôpital** : mise à niveau des outils informatiques, des connexions internet, des logiciels d'exploitation.

Sécuriser les données : l'exigence du secret médical

Ces dernières années, plusieurs **failles de cybersécurité** ont pu être constatées au sein des hôpitaux, en France comme à l'étranger. S'assurer de la bonne conservation des données des usagers est fondamentale pour la pérennité du système de soins : **elle est garante de la confiance des usagers envers leur système de santé.**

Le nouveau règlement européen pour la protection des données impose depuis mai 2018 de désigner un délégué à la protection des données personnelles au sein des établissements. La politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S) propose en parallèle l'élaboration au sein de chaque établissement d'une politique de cybersécurité par un responsable sécurité du système d'information, dûment mandaté.

Il s'agit là encore de donner les moyens aux établissements de développer ce pôle de cybersécurité et de les accompagner, en allouant une enveloppe au sein de leur financement, notamment via le programme France Relance².



LA FRANCE, LEADER EUROPÉEN DES DONNÉES DE SANTÉ

Le développement d'une base de données publique revêt plusieurs atouts : d'abord celui de **favoriser la recherche par les acteurs publics**, mais aussi celui d'**accroître l'attractivité et la réputation de la France auprès des acteurs privés.**

Poursuivre le mouvement d'ouverture des données du Health Data Hub à d'autres bases de données nationales et internationales

L'ambition première du Health Data Hub était de faciliter le partage des données en mettant en relation les producteurs et les utilisateurs publics comme privés selon un processus standardisé. En tant que guichet unique, il offre l'accès à l'intégralité des données de santé soutenues par la solidarité nationale comprenant le SNIIRAM, le PMSI, le CépicDc (statistique nationale des causes médicales de décès) et plus récemment l'ouverture à d'autres bases de données élargissant le SNDS via la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé.

Plus récemment, un partenariat entre l'ANSM et le Health Data Hub a vu le jour, à l'image des projets DataMed et ORDEI. Il s'agit pour l'ANSM de mettre à disposition des données sur les

médicaments et leurs effets indésirables en automatisant leur publication, afin d'en faciliter l'accès et leur compréhension par les patients et les professionnels de santé. Il serait probablement pertinent de **compléter les données du Health Data Hub avec celles d'autres agences nationales**. Concernant les acteurs privés, il pourrait être intéressant de **conditionner l'accès aux données du Health Data Hub au partage des données issues de leurs bases**.

Enfin, au niveau européen, le Health Data Hub et FINDATA en Finlande ont annoncé la signature d'un accord de collaboration en novembre 2021, visant tout d'abord à mutualiser leurs expertises concernant les difficultés liées au partage de données, afin d'accéder à moyen terme au partage de leurs bases de données. L'accès aux bases de données étrangères via le Health Data Hub serait un argument conséquent pour l'attractivité des pôles de recherche.

Faire de la France le leader européen des données de santé

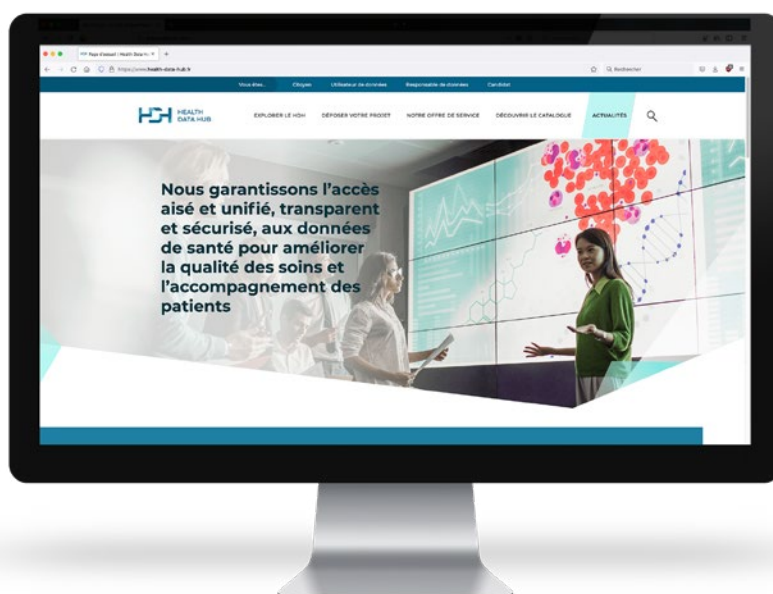


Récemment, la Commission européenne a lancé **EU4Health (2021-2027)**, ouvrant la voie à une Union européenne de la Santé, compétence alors réservée aux entités nationales³. EU4Health représente un financement de 5,3 Milliards d'euros en 6 ans.



C'est dans le cadre de ce programme que l'élaboration d'un Espace Européen des Données de Santé (EHDS) a été lancée. Le **Health Data Hub** a pris la tête d'un consortium rassemblant les plateformes nationales de données de santé de plusieurs Etats membres (Finlande, Norvège, Danemark, Allemagne, Belgique), ainsi que l'Agence européenne du médicament (EMA) et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) afin de construire ensemble une version test du projet.

➡ Alors que s'ouvre la 13^e présidence française du Conseil de l'Union européenne, intégrer et promouvoir l'élargissement et la coopération entre bases de données de santé serait un véritable atout pour la recherche en France et en Europe.



LE NUMÉRIQUE ET MOI : LA TECHNOLOGIE AU SERVICE DE L'HOMME

Si le numérique en santé est porteur d'espoir à l'échelon individuel, il apparaît que certaines avancées ont encore des difficultés à s'inscrire dans les territoires ruraux, à l'image de la télémédecine.

Télémédecine : un complément essentiel à la consultation conventionnelle

Depuis le 15 septembre 2018, les actes de téléconsultation sont ouverts à tous les patients et remboursés par l'assurance maladie comme des consultations classiques s'ils s'inscrivent dans le cadre d'un parcours de soins coordonné. Ce qui présuppose :

- ➔ **d'avoir été orienté initialement par son médecin traitant** (sauf cas particulier notamment spécialité d'accès direct comme la gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie..)
- ➔ **d'être connu du médecin téléconsultant**, c'est-à-dire avoir eu au moins une consultation physique avec lui au cours des douze derniers mois.
- ➔ **que la téléconsultation doit être effectuée par vidéotransmission** via une plateforme vidéo sécurisée.



La pandémie de COVID-19 a mis en exergue l'apport que pouvait avoir la télémédecine dans la continuité des soins. Ainsi, le nombre de téléconsultations remboursées par semaine a atteint 1 million au plus fort de la crise, en avril 2020. Par ailleurs, des dérogations de remboursement avaient été prévues, permettant une prise en charge de chaque acte de téléconsultation à hauteur de 100%. **Elle apparaît aujourd'hui comme un outil incontournable dans le parcours de soin du patient.**

Pour autant l'usage de la télémédecine reste disparate sur le territoire. En effet, sur l'ensemble du territoire :

68% se déclarent
favorables au développement
de la téléconsultation



- les moins de 35 ans **(78%)**
- les plus aisés..... **(73%)**
- les habitants de la région parisienne.. **(75%)**

Parmi eux, **58%**
se disent prêts à y recourir



- les plus jeunes **(69%)**
- les plus aisés..... **(67%)**
- les résidents de région parisienne..... **(66%)**

Les plus âgés se montrent plus réticents **(52%)**.

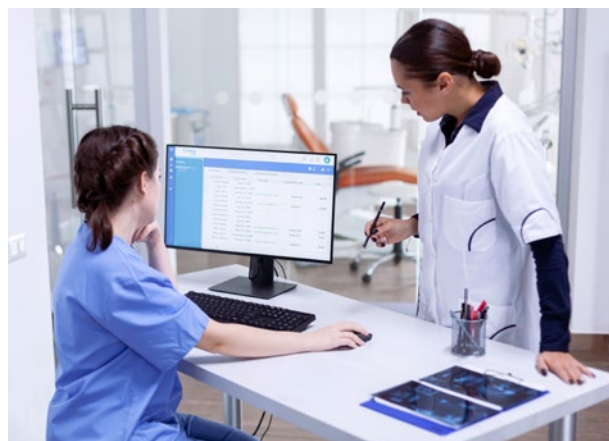
Chez les professionnels de santé, l'usage de l'outil numérique est lui aussi un sujet de génération. Si 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans utilisent quotidiennement les trois outils socles de la e-santé (le dossier patient informatisé, le logiciel d'aide à la prescription et la messagerie sécurisée de santé), ils ne sont que 48 % chez les 60 ans et plus. Or, il apparaît que la distribution d'âge des médecins en exercice est elle aussi liée au lieu d'exercice. Ainsi, l'âge moyen des médecins en exercice est de 54 ans dans la Creuse contre 47 ans dans le Rhône et la région lyonnaise.

C'est pourquoi, et afin d'accompagner son déploiement, il paraît envisageable de :

- **prolonger pour une durée limitée la prise en charge à 100% des téléconsultations**, afin de sortir durablement de la crise COVID-19 ;
- **assouplir le principe selon lequel le téléconsultant doit connaître préalablement le patient** (hors pédiatrie).

Objectif 2027 : Un dossier médical complet qui suit chaque patient

L'espace numérique de santé (ENS) sera disponible début 2022. Il remplacera le Dossier médical partagé (DMP), afin de faciliter les démarches des usagers et les échanges avec les professionnels de santé. Contrairement au DMP, un ENS sera créé pour chaque usager sauf refus explicite de sa part. Il se composera notamment d'un espace de partage des données de santé (CRH, ordonnances, traitements...), d'une messagerie sécurisée ainsi que d'un agenda santé qui regroupera les rendez-vous médicaux.



Il apparaît qu'une des raisons de l'échec du DMP était tout d'abord la saisie manuelle des données de santé du malade par le médecin ou pharmacien. Si certaines données comme le remboursements effectués par l'Assurance maladie pouvaient être renseignées de façon automatique, les comptes rendu d'hospitalisation ou de consultation ne peuvent y figurer qu'après saisie par les professionnels de santé.

- **C'est pourquoi il convient de s'assurer de l'interopérabilité des logiciels de médecine de ville et d'hôpital avec l'ENS, afin d'y reporter de façon automatique les éléments de consultation et d'hospitalisation, voire de conditionner leur déploiement à cette inter-opérabilité. Demander aux praticiens de remplir eux mêmes l'ENS fait courir le risque d'un nouvel échec.**
- **Plus encore, concernant la messagerie sécurisée, il convient de sensibiliser les professionnels de santé à cet espace, alors que trop de documents et conversations ont encore lieu via des messageries non sécurisées.**

Intelligence Artificielle et aide à la prescription

Il apparaît que les apports de l'intelligence artificielle en santé sont trop disparates entre spécialités pour établir une position commune. En effet, si un biologiste ou un radiologue peuvent y voir une aide essentielle, l'intérêt peut être plus débattu sur des spécialités plus cliniques.

► **C'est pourquoi ce débat doit préférentiellement avoir lieu au sein des collèges de spécialité, afin de déterminer avec plus de justesse les apports et limites de ces outils dans la pratique courante.**

Par ailleurs, concernant les logiciels dit open source appliqués à la santé, **une surveillance voire une certification HAS** pourrait conditionner leur implémentation au sein des établissements de santé.



1. Circulaire N° DGOS/R1/2020/233 du 17 décembre relative aux crédits du FMESPP
2. Cybersécurité : Protéger les établissements de santé avec France Relance - https://www.ssi.gouv.fr/uploads/2021/04/anssi-france_reliance-cybersecurite_proteger_les_etablissements_de_sante.pdf
3. REGULATION (EU) 2021/522 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 24 March 2021 establishing a Programme for the Union's action in the field of health ('EU4Health Programme') for the period 2021-2027, and repealing Regulation (EU) No 282/2014
4. Harris Interactive, Baromètre : les Français et la téléconsultation, vague 2, janvier 2020
5. Janvier 2020 E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans (DREES n° 1139)
6. Atlas de la démographie médicale : Situation au 1^{er} janvier 2020, Dr Patrick Drouet, Conseil National de l'Ordre

The background of the slide is a blurred photograph of a business meeting. Several people in business attire are visible, with one person in the foreground holding a silver pen. A large, semi-transparent blue number '4' is centered over the image. The word 'GOUVERNANCE' is written in white, bold, uppercase letters across the middle of the number '4'.

4 GOUVERNANCE

REPENSER LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ : MÉRITE, COLLÉGIALITÉ, DÉCENTRALISATION

Mettre fin au système hérité de la loi HPST de 2009

La gouvernance des établissements de santé telle que définie et appliquée actuellement manque drastiquement de collégialité, menant à une méconnaissance réciproque des enjeux et champs d'actions entre gestionnaires et acteurs de santé.

Il est essentiel de **rétablir une coopération, à niveau égal, entre soignants et gestionnaires**. Les uns étant indispensables au projet de soins de l'hôpital, les autres à sa faisabilité et exécution tant sur le plan opérationnel, financier, qu'administratif.

De façon plus large, la politique de l'hôpital doit être décidée par un **organe collégial dans lequel administratifs, soignants, élus et usagers doivent intervenir**.

Le poids des soignants au sein de la gouvernance hospitalière est aujourd'hui marginal, conduisant à un désintérêt et une défection de ces derniers au sein des instances représentatives telles que la commission médicale d'établissement (CME). **Celle-ci doit redevenir un organe exécutif et décisionnaire de la politique hospitalière.**

Concernant l'organisation des pôles et des services hospitaliers, il semble essentiel :

- **de remettre le service comme unité de base de l'hôpital**, avec à sa direction un chef de service ayant des compétences à minima en management,
- **de repenser la composition des pôles de santé** avec des services se regroupant autour de projets précis votés en collégialité par les acteurs concernés (chefs de service, représentants des soignants et des usagers).



Décentraliser la formation des directeurs hospitaliers pour plus de proximité avec les établissements de santé

Actuellement, la formation des directeurs hospitaliers en France s'effectue au sein de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique à Rennes. Afin de permettre le plus tôt possible une compréhension et une coopération mutuelle entre les différents acteurs destinés à la gestion hospitalière, il semble essentiel de décentraliser cette formation afin de la rapprocher au plus près des centres hospitaliers universitaires.

Former les médecins au management

La dimension managériale doit s'intégrer à toutes les échelles de la formation médicale initiale et continue.

- Dès le deuxième cycle d'études médicales, **une formation au management et à la gestion d'équipes et de projets doit être proposée** aux étudiants.
- Il en va de même pendant l'internat, avec l'**intégration de cette compétence au sein des maquettes**, notamment pour ceux qui auraient vocation à diriger des services, pôles ou hôpitaux.
- La création d'un **double cursus médecine-management sur financement public** dans chaque division serait une solution pertinente pour institutionnaliser cette formation.
- Enfin, le recrutement des chefs de service ne doit plus se faire uniquement sur l'excellence universitaire mais **sur les compétences managériales** de ces derniers.

Limiter le cumul de postes et de responsabilités

L'idée selon laquelle les médecins, et plus particulièrement les PU-PH et MCU-PH, seraient capables d'assumer la quadruple mission d'enseignement, de recherche, de soins et de gouvernance à diverses échelles est erronée. Ces derniers ne pouvant physiquement exercer toutes leurs prérogatives de front s'appuient donc humainement sur leurs équipes et structurellement sur les centres hospitaliers non universitaires, sans que ceux-ci ne soient valorisés et sans coordination suffisante.

Il est important de pouvoir partager son temps de travail entre diverses activités, mais toutes impliquent une importante charge de travail et de responsabilité, et ne peuvent être cumulables sans un glissement évident des tâches.

- **Ces missions - clinique, enseignement, recherche, management - doivent donc être réparties entre les médecins d'un même service, mais aussi en coopération avec les centres hospitaliers non universitaires.**

Investir dans une formation continue indépendante

Les besoins de santé, grandissants, ne sont pas couverts et nos concitoyens le font savoir. Les attentes sont fortes et légitimes. Cependant, les facultés sont exsangues tant au niveau du nombre d'enseignants que de leurs moyens. D'autant que les inégalités de moyens entre les facultés se sont majorées ces dernières années. Elles engendrent des inégalités de formation et de qualité des soins sur le territoire là où pourtant les politiques souhaitent voir augmenter l'offre de soins.

Les professions de santé ont un besoin de formation continue.

Les professions de santé ont un besoin de formation continue. Elle est nécessaire pour le maintien à niveau des professionnels de santé afin de garantir la qualité de soins et la sécurité des patients. **Il est nécessaire de garantir un financement de la formation continue des professionnels de santé indépendant et suffisant.**

Glissement de tâches, perte de sens des professions de santé

La pression mise sur les ressources humaines a conduit à une **disparition des fonctions supports**. S'en suivent des aberrations visibles par chacun dans les services : la moitié du temps des soignants est occupée par des tâches administratives (comptes rendus multiples, prises de rendez-vous, bons d'exams papiers en multiples exemplaires, secrétariat, etc.), autant de tâches qui devraient être déléguées à des assistants afin de permettre aux soignants de **se concentrer sur leur tâche première : le soin**.



L'aberration est telle que, derniers éléments de la chaîne hiérarchique, les étudiants hospitaliers et étudiants en médecine de la 3^{ème} à la 6^{ème} année, présents à mi-temps à l'hôpital pour se former à l'évaluation clinique, voient souvent leur temps de formation hospitalière largement amputé par les rangements de dossiers papiers, les prises de rendez-vous voire le brancardage et autres tâches dénuées d'apprentissage médical. Ces tâches doivent être réalisées par des personnes formées et compétentes. Le secrétariat et le brancardage demandent des connaissances spécifiques. Combien d'entre nous se sont retrouvés perdus dans les sous-sols d'un hôpital sans savoir où aller avec un patient entre la vie et la mort ?

- **Pour contenir la pénurie de médecin à prévoir dans les prochaines années il nous faut réinvestir d'urgence dans les métiers médico-administratifs pour libérer du temps médical aux médecins seniors et aux jeunes médecins et étudiants.**

Hospitalo-centrisme et manque de structuration du soin hors les murs

Le système de santé publique français est historiquement organisé autour de l'hôpital. Les praticiens libéraux, dont le nombre a fortement diminué ces dernières décennies, sont aujourd'hui obligés de tenir un rythme effréné de consultations pour répondre aux besoins de la population de leur territoire ainsi que pour assurer la pérennité financière de leur cabinet face à un manque de valorisation.

Cela se fait au détriment de la qualité de leur expertise et entraîne une frustration des professionnels. **Il en résulte un manque d'attractivité du secteur auprès des jeunes médecins. L'offre libérale insuffisante entraîne un report des recours auprès de l'hôpital. Au-delà de l'embolisation du système hospitalier, cet effet représente un surcoût non justifié pour un même niveau de soins.**

Par ailleurs, l'offre de soins de ville, faute d'être soutenue dans son organisation et dans sa coordination par les moyens publics, est trop peu lisible et structurée. Cela conduit à une sous-utilisation de ses possibilités en amont du recours hospitalier.

De plus, l'hôpital s'occupe à 90% de la formation initiale des médecins. Cela contribue à une méconnaissance de la pratique libérale, et donc à une réticence

Aujourd'hui, 90% de la formation des jeunes médecins se fait à l'hôpital public.

à l'installation par les jeunes médecins. En dehors de la médecine générale, **les autres spécialités médicales n'ont qu'un très faible accès au monde libéral au cours de leur formation et de leur internat.** Au-delà de la crise des vocations, il en résulte une méconnaissance de l'organisation des filières et une absence de hiérarchisation des niveaux de recours aux soins.



Des Centres Hospitaliers Généraux de proximité insuffisamment dotés aux compétences trop peu lisibles



Le maillage territorial en CH de proximité s'est vu réduit sur l'autel de la mutualisation des coûts, et aux détriments voire aux risques seuls des patients, comme on a pu le voir pour les maternités. Si tout ne doit pas conduire à l'hôpital, **l'égal accès aux plateaux techniques en termes de temps et de distance est une nécessité absolue** dans le cadre des urgences vitales et fonctionnelles, **que le service public doit maintenir.**

La déshumanisation des soignants, la perte de sens du travail

Au fil des dernières années, c'est la perte de sens que les soignants déplorent, par **un système qui impose la performance et la rentabilité comme premier critère de qualité** et entraîne par là même une lourdeur administrative qui n'est plus viable pour les soignants, au détriment du soin des patients. Cette vision technocratique du soin et de la santé ne correspond pas et est en opposition avec la vocation des médecins et des soignants. Elle s'oppose aux raisons pour lesquelles ils exercent ces métiers. La rémunération des médecins, en totale décohérence tout au long de leurs études et de leurs carrières avec leur investissement et leur temps de travail hebdomadaire, se surajoute à cette perte de sens.



A tous les niveaux, Infirmière (bac+3 salaire moyen à 5 ans d'expérience, en fin de carrière...), orthophoniste, kinésithérapeute, psychomotricien (bac +4 /5 salaire moyen à 5 ans, en fin de carrière...) et internes (plus de 60 h/semaine pour 1600 € par mois) ne sont pas en rapport avec l'investissement des soignants. Les salaires n'ont pas suivi le coût de la vie et ont induit des salaires parmi les plus bas d'Europe occidentale.

De même, les médecins ne sont pas valorisés à l'hôpital pour leur nombre de consultations, leurs heures d'encadrement et de management, ni leur niveau d'expertise. Seul le nombre d'années de carrière fait actuellement l'avancement.



5 FINANCEMENT

DE L'ACTIVITÉ À LA QUALITÉ : PROMOUVOIR LE JUSTE SOIN

Repenser la tarification à l'activité et la tarifications des consultations pour un soin adapté aux patients

- La valeur de la ressource médicale et paramédicale étant le temps donné aux patients, ainsi que le niveau du recours dans un parcours gradué, il serait donc logique que ceux-ci soit l'indicateur principal de facturation.
- La tarification à l'activité garde sa pertinence pour certains domaines du soin comme la chirurgie. Néanmoins, **la tarification à l'activité est inapplicable dans un contexte de vieillissement de la population et d'explosion des maladies chroniques**. Un système de forfait par patient en fonction de ses comorbidités est beaucoup plus pertinent. De même, le financement de soins de prévention doit être pensé comme un levier majeur pour diminuer le coût immense que représentent les maladies chroniques pour notre système de sécurité sociale.
- **Créer un véritable financement à l'éducation thérapeutique**. Valorisation des groupes de parole. Permettre par la nomenclature de sortir l'éducation thérapeutique des cabinets et de l'hôpital pour se rapprocher des lieux de vie.
- **Remettre à plat, et simplifier drastiquement la nomenclature des consultations avec un tarif de consultation de base unique**, fermement relevé à 50€, largement inférieur au coût des consultations hospitalières et encore bien en deçà des standards européens.
- **Moduler le tarif de consultation uniquement par le temps passé avec le patient**, le niveau de recours (primaire, secondaire, tertiaire, centre référent régional ou national), et l'appartenance ou non à la permanence de soins plutôt que selon la spécialité médicale d'exercice.
- **Appliquer le même principe de valorisation du niveau de recours pour les actes techniques médicaux et paramédicaux**.
- Établir une **majoration de la consultation en fonction du bassin de population pris en charge**. Une patientèle précaire, poly pathologique, en zone sous dense, âgée doit induire un multiplicatif au tarif de la consultation.
- **Définir le prix d'hospitalisation de journée en fonction du niveau de recours au sein des filières**, afin de prendre en compte le niveau de rareté et/ou de poly pathologies associées.
- Établir une **nomenclature des actes valorisant clairement les activités de rééducation et d'accompagnement social** au sein des services et des soins de suite.



La T2A, l'hospitalisation de flux, ne permettent pas de répondre aux populations vieillissantes : lieux de vie et assurance dépendance

Les soins hospitaliers rentables ayant été captés naturellement par les structures privées, l'hôpital public porte le poids des soins lourds, complexes et longs chez des patients âgés, précaires et polypathologiques. Aujourd'hui, la T2A ne le prend pas en compte. **Les Soins de suite et de réadaptation (SSR) et les EHPADs sont les structures les plus touchées.** Les conséquences sur la qualité des soins et des conditions de travail ont fait l'actualité en début d'année.

En finir avec un mode de financement uniquement basé sur l'activité

Investissements dans la formation et la recherche



- ▶ **Recenser** les réserves de formation dans le privé et la ville, et **définir** une capacité de formation théoriquement mobilisable.
- ▶ **Réorienter** les moyens humains de formation, et **valoriser** les valences de formation des personnels assumant de fait ces fonctions.
- ▶ **Réinvestir** dans une recherche de pointe et d'excellence au sein des grands pôles universitaires.
- ▶ **Faciliter et permettre** une coopération entre la recherche universitaire, le privé et les startups.
- ▶ Le financement "Recherche" **doit être impérativement fléché** dans chaque service et pôle avec un contrôle a posteriori systématique vérifiant que les fonds ont bien été utilisés comme prévu. Ce contrôle sera sous la responsabilité des ARS et des Facultés.

Financement des maîtres de Stage et de la formation des internes en milieu rural

- ▶ Revalorisation financière de l'activité d'encadrement en fonction du nombre et du niveau des étudiants et des internes accueillis. **Chaque Maître de Stages doit avoir accès aux avantages du statut hospitalo-universitaire quel que soit son mode d'exercice.**
- ▶ Investissement dans des **lieux de vie communautaire dédiés aux professionnels de santé en formation durant leurs stages**, au sein des bassins de vie sur le territoire, en lien avec les collectivités pour faire connaître les atouts, le terroir, et la qualité de vie. En parallèle, prévoir une prise en charge matérielle du logement des stagiaires dans les zones les plus reculées et

financer l'ouverture d'internats pluriprofessionnels dans toutes les structures de soins éloignées du centre universitaires.

- **Coordonner les installations d'internats ruraux par l'ARS, afin de garantir un maillage territorial structurant**, et desservir au mieux tous les cabinets de maîtres de stage médicaux et paramédicaux.
- **Développer en zones rurales les aides au financement et développer les aides pour la formation** : DU, congrès pour rendre attractif la prise de ses stages.

Prérogatives d'enseignement et de recherche. La distinction CH/CHU n'est de fait plus pertinente, tous les hôpitaux doivent avoir une valence d'enseignement.

La formation initiale et continue, en lien avec les universités, doit être présente partout où il y a des acteurs de la santé, à la fois pour diversifier l'offre de formation pour les futurs professionnels de santé mais aussi pour aider les professionnels installés à maintenir un haut niveau de connaissances et de technicité.

Création d'un maillage de Maisons de santé Interprofessionnelles Universitaires :



- **Regrouper les enseignants libéraux** dans des structures territoriales afin de **soutenir l'activité de recherche et de pédagogie** interprofessionnelle.
- **Valorisation indépendante des activités d'accueil d'étudiant et d'enseignement** en fonction de leur discipline et niveau d'avancement, ainsi que de la recherche tant clinique que fondamentale.

Distinguer clairement les financements enseignement-recherche du soin

- Sortir le MERRI de l'ONDAM pour **sortir de la compétition soin/recherche et financer l'activité de recherche et formation** par un budget dédié mixte ESRI-Santé, totalement indépendant de l'activité de soins.
- **Verser les financements aux UFR**, plutôt qu'aux hôpitaux, qui auront la charge de redistribuer les crédits entre les postes d'enseignants, de chercheurs, et les équipes de recherche ; et d'agir comme promoteurs des projets innovants sur leur territoire.
- **Le principe "Pas de première fois sur le patient" doit être appliqué pour tous les professionnels réalisant des actes invasifs**. Pour ce faire, les laboratoires de simulation haute fidélité doivent être présents partout sur le territoire et leurs formations dispensées obligatoires dès le début des cursus. Des crédits spécifiques ambitieux et proportionnels à la sécurité des soins qu'ils apportent doivent être débloqués par un triumvirat ARS-Université-Hôpitaux afin d'augmenter leur disponibilité.
- **Les valences recherche doivent être ouvertes à tous les professionnels de santé des CHG comme des CHU**. Le temps de travail doit être adapté en conséquence. Ainsi, un PH souhaitant s'investir durant une ou plusieurs années en recherche doit pouvoir disposer d'un 80% recherche 20% clinique avec des plages horaires définies de manière prévisionnelle.

Corriger le système de financement

Pour redonner du sens à leur engagement quotidien, les **professionnels ont besoin de reconnaissance sociale, que leur travail soit valorisé à sa juste hauteur**, et **que leur service ait les moyens de soins de qualité** sans que ce soit au détriment des soignants. Les revalorisations

Les revalorisations salariales doivent concerner tous les acteurs du système de santé.

salariales doivent concerner tous les acteurs du système de santé. Les infirmiers doivent avoir un niveau de rémunération moyen au niveau des pays riches de l'OCDE. **Les internes doivent être rémunérés a minima 1,5 fois le SMIC horaire. Les PH doivent avoir une rémunération attractive et dont la progressivité garantira qu'ils resteront à l'hôpital durant toute leur carrière.**

Revoir le principe de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie)

- **Mettre fin à ce système qui consacre le principe d'une enveloppe soi-disant fermée dédiée à des soins non limités en nombre.** La crise Covid, de par ses conséquences imprévisibles en termes d'augmentation des frais de santé pour l'Assurance maladie, a montré le caractère illusoire de ce mode de financement.
- **Le financement de la santé en France doit être fondé sur l'anticipation des besoins réels de la population** pour l'année à venir. Il doit prendre en compte notamment l'apport sur le long terme de certaines dépenses comme celles engagées dans le cadre de la prévention de certaines maladies chroniques.

Un statut social unique

- Pour les médecins, **créer un statut unique de médecin de l'externe**, en passant par l'assistant, au sénior, hospitalier ou de ville, avec des charges et droits sociaux communs (retraite, invalidité, prévoyance, etc.).
- Pour toutes les professions de santé : proposer **l'accès à un même dispositif social** allant de l'étudiant au professionnel en fin de carrière, salarié ou libéral dans toutes les disciplines médicales. Baisser globalement le niveau de charge social des libéraux, établir un plafond maximum, proportionnel au bénéfice non commercial.

Salaire et temps de travail

- **Création de grilles salariales indépendantes de celles du soin, pour les activités de recherche/ d'enseignement / représentation-management médicale** avec des droits sociaux identiques au socle de soignant.
- **Créer de nouveaux échelons dans la grille salariale des PH**, prenant en compte le niveau d'expertise.
- **Le temps de travail des internes et des PH doit être décomptés en heures permettant de discuter de dispositifs de récupération** et d'éviter que l'épuisement physique débouche sur l'épuisement professionnel et donc la mise en arrêt maladie des professionnels médicaux, voire leur départ des établissements.





SANTÉ & ENVIRONNEMENT

IMPACT ENVIRONNEMENTAL SUR LA SANTÉ

Constats

L'impact du changement climatique sur la santé

- ➡ Emergence de **nouvelles maladies infectieuses** (ex : COVID 19)
- ➡ **Migration climatique** : s'apprêter à des mouvements de population et à l'importation de maladies infectieuses
- ➡ **Hausse du nombre de catastrophes naturelles** (inondations, canicules, feux de forêts...)
- ➡ Eco-anxiété

L'impact de l'alimentation industrielle et de la sédentarité

- ➡ **Explosion du diabète de type II et des maladies cardio vasculaires**, hausse des dépenses de santé allouées aux maladies chroniques (ALD)
- ➡ **Baisse de l'espérance de vie** en bonne santé

L'impact de la pollution des airs, eaux et sols

- ➡ **Cancer des poumons**
- ➡ **Troubles endocriniens**
- ➡ **Baisse de l'espérance de vie** en bonne santé

Raréfaction des ressources primaires (dont énergies fossiles, métaux rares)

- ➡ **Impact direct sur le fonctionnement des hôpitaux** dont le fonctionnement dépend des importations, des transports, des énergies fossiles et des métaux rares (matériels médicaux, médicaments)

Production étrangère des médicaments et du matériel médical

- ➡ La plupart des médicaments sont importés et produits en Chine et en Inde de même pour le matériel médical.
 - Tous les ans, **des centaines de médicaments sont en rupture d'approvisionnement** dans les pharmacies de France, avec en 2020 plus de 2 000 ruptures signalées
 - **L'accès aux médicaments et au matériel médical n'est pas assuré** en cas de catastrophe naturelle, conflits politiques, raréfaction des ressources fossiles qui impactera les transports.
 - En 2021 l'État avait sélectionné 87 projets de relocalisation de principes actifs pharmaceutiques, et investi plus de 100 millions d'euros. Mais **il faudrait 4 fois plus de moyens de fabrication en Europe** pour pouvoir relocaliser la production chinoise.

IMPACT ENVIRONNEMENTAL SUR LA SANTÉ

Propositions

Lutter directement contre le réchauffement climatique	➡ sortir des énergies fossiles, limiter les émissions de CO² pour lutter contre l'émergence de nouvelles maladies et les migrations climatiques ➡ Anticiper le coût économique et humain des catastrophes naturelles, des mouvements de population, de l'apparition de nouvelles maladies liées au changement climatique
Créer des systèmes de santé résilients face au changement climatique et à la raréfaction des ressources (ce point rejoint la proposition de décarboner le système de soins et relocaliser des industries sanitaires)	
Souveraineté nationale et sécurité sanitaire	➡ relocaliser la production de médicaments et des matériels médicaux de première nécessité (cf liste des intérêts thérapeutiques majeurs) ➡ levée de certains brevets pour un accès facilité aux médicaments de 1^{ère} nécessité
Alimentation	➡ Prévention : aborder l'environnement par l'angle de l'éducation (enseigner des cours de cuisine à l'école comme ça se fait au Canada, promotion au moyen du plaisir de cuisiner ensemble plutôt que d'interdire...) ➡ Lutter contre certaines pratiques industrielles et la production de "malbouffe"
Promotion de l'activité physique	
Changer d'indicateurs	➡ Espérance de vie en bonne santé en incluant les facteurs de morbidité versus espérance de vie ➡ Changer d'indicateur de puissance : remplacer la croissance du PIB par l'espérance de vie en bonne santé

IMPACT DU SYSTÈME DE SANTÉ SUR L'ENVIRONNEMENT

Constats

- ❶ **Trop peu de recyclage des déchets, d'information et d'éducation au développement durable** dans nos hôpitaux
- ❷ Au sein des hôpitaux, ce sont les systèmes de ventilation et de climatisation qui présentent **l'impact carbone le plus important**
- ❸ **Pollution des eaux liée aux médicaments** (antibiotiques, chimiothérapie, pilule..)

Propositions

❶ Décarboner notre système de soins

- ➡ **Recyclage** des produits jetables
- ➡ **Sortir du plastique et l'usage unique** dans nos hôpitaux
 - Plateaux repas
 - Matériels médicaux
- ➡ **Formation auprès des soignants** sur le développement durable et le tri
- ➡ **Formation des étudiants en santé** au développement durable (développer les UE optionnelles, la formation développement durable au sein du service sanitaire lors du 1^{er} cycle)
- ➡ **Création de postes de "réfèrent développement durable"** dans les centres hospitaliers afin de **coordonner** les pratiques de recyclage et **sensibiliser** à des pratiques plus respectueuses de la planète
- ➡ **Repenser la construction et la localisation de nos futurs hôpitaux** pour limiter l'impact carbone des systèmes de ventilation et de climatisation
- ➡ **Promotion des pratiques les moins coûteuses pour l'environnement** (ex greffe de rein versus dialyse dans le Shift Project)
 - Transports de patients : promouvoir les transports électriques, le train
 - Améliorer l'accès des hôpitaux par les transports en commun
 - Développer les parkings vélo sécurisés pour les personnels des hôpitaux

② Lutter contre la pollution des eaux liée aux médicaments

- ▶ **Ajouter un volet « impact environnemental » dans les études de recherche et les étapes de commercialisation d'un médicament**, dans le but d'informer les prescripteurs et d'inciter les industriels à produire des médicaments plus respectueux de la planète
- ▶ Exemple d'**un indice créé en Suède le « PBT »** (pour persistance bioaccumulation et toxicité) que certains pharmaciens et médecins français ont eu l'idée, dans leurs prescriptions ou leurs commandes d'utiliser pour éviter les molécules toxiques et de trouver des alternatives médicamenteuses aussi efficaces
- ▶ **Obligation pour les industries pharmaceutiques à renseigner cet indice** auprès des prescripteurs et des pharmaciens
- ▶ **Renseigner cet indice dans le Vidal**
- ▶ **Prise en compte de l'écotoxicité des médicaments** dans les critères d'attribution du SMR (le service médical rendu) et de l'ASMR (l'amélioration du service rendu), qui sont les critères pris en compte lors de l'AMM

③ Prévention en santé

- ▶ **Réduire la consommation de médicaments** et donc le coût environnemental



Sources

- [*“Young People’s Voices on Climate Anxiety, Government Betrayal and Moral Injury: A Global Phenomenon”*, The Lancet, Septembre 2021](#)
- [*The Shift Project “Décarboner la santé pour soigner durablement”*, Novembre 2021](#)
- [*Guide pratique SFAR du développement durable au bloc opératoire*](#)
- [*“Impact du changement climatique sur la santé en France”* Direction générale de la santé, mai 2009](#)
- [*“The 2017 Report of The Lancet Countdown on Health and Climate Change”*](#)
- [*Constance Maria, “Impact carbone : les anesthésistes réanimateurs montrent la voie”*, What’s up doc, Octobre 2021](#)
- [*Julia Neuville, “No Plastic Challenge : Un défi relevé par le service de chirurgie viscérale du CHU de Strasbourg”*, What’s up doc, Juin 2021](#)
- [*Julia Neuville, “A la Clinique Mutualiste de la Porte de l’Orient, le bloc a la main verte”*, What’s up doc, mai 2021](#)
- [*Éloi Laurent, Et si la santé guidait le monde ? L’espérance de vie vaut mieux que la croissance*, Paris, Les Liens qui libèrent, 2020](#)
- [*Arrêté du 27 juillet 2016 fixant la liste des classes thérapeutiques contenant des médicaments d’intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l’article L. 5121-31 du code de la santé publique*](#)
- [*Solenne Le Hen, Relocaliser la production de médicaments, c’est possible*, France Info, Juin 2021](#)
- [*Stéphanie Benz, Relocaliser la production de médicaments, les leçons des expériences étrangères*, L’Express, Octobre 2021](#)
- [*Malika Surlbled, Les médicaments polluent les eaux, mais il y a des solutions*, Reporterre, Novembre 2018](#)
- [*Ministère de l’environnement, Plan micropolluants 2016-2021 pour préserver la qualité des eaux et de la biodiversité*, 2020](#)
- [*Sophie Fabrégat, Résidus de médicament : prévenir plutôt que guérir*, Actu environnement, septembre 2014](#)



InterSyndicale Nationale des Internes

17 rue du Fer à Moulin 75005 Paris

 06 50 67 39 32 (Présidence) | 07 68 58 88 89 (Délégue générale)

 <https://isni.fr> |  contact@isni.fr

 ISNIsyndicat

 ISNItwit

 ISNI_officiel

 ISNI-officiel

 ISNI-officiel