

Can we still conceive of a modern health system outside of a sustainable development approach?

## Peut-on encore concevoir un système de santé moderne en dehors d'une démarche de développement durable ?

Patrick Pessaux<sup>1</sup>, Emmanuel Andrès<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Service de chirurgie viscérale et digestive, Nouvel Hôpital Civil, hôpitaux universitaires de Strasbourg. président de l'Association française de chirurgie (AFC), président du collectif d'ÉcoResponsabilité en santé (Ceres)  
<patrick.pessaux@chru-strasbourg.fr>

<sup>2</sup> Service de médecine interne, diabète et maladies métaboliques, hôpitaux universitaires de Strasbourg. président de la commission médicale d'établissement

« **L**e développement durable est un mode de développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs. » Défini par le rapport Brundtland de 1987 (du nom de la présidente de la Commission mondiale sur l'environnement et le développement), le développement durable s'applique désormais dans tous les secteurs d'activité [1].

Si la première pierre a été posée dans les établissements de santé par un amendement à la loi Ségur – lequel propose l'intégration de la dimension d'écoresponsabilité dans le projet d'établissement afin de définir une trajectoire pour réduire leur bilan carbone –, il n'en demeure pas moins que l'ampleur du défi à relever en vue de parvenir à une véritable intégration du développement durable dans le système de santé soulève des questions plus fondamentales que celles touchant aux seules questions écologiques et de gouvernance.

Il est paradoxal de constater que les préoccupations écologiques ont encore peu droit de cité dans le monde de la santé. Or, si notre objectif commun est d'améliorer la santé de la population, cela ne nous

exempte pas de prendre conscience qu'en générant des activités de soins, nous augmentons la pression sur l'environnement, et avons ainsi des répercussions néfastes sur la santé publique. Le rapport final du Shift Project [2] a estimé que le secteur de la santé était responsable de 8 % des émissions de gaz à effet de serre en France, soit environ 50 millions de tonnes d'équivalent CO<sub>2</sub> (CO<sub>2</sub>eq) par an. En témoignent ces chiffres révélateurs de la consommation des établissements de santé :

- 700 000 t de déchets chaque année, soit 3,5 % de la production nationale,
- une intervention en salle d'opération produit en moyenne la même quantité de déchets qu'une famille pendant une semaine, soit un impact carbone supérieur à celui d'un aller-retour Paris-Lyon en voiture,
- 700 à 1 200 L d'eau par jour et par patient sont également consommés.

Le dérèglement climatique et les questions relatives au développement durable sont intimement et réciproquement liés à notre système de santé et, comme le rapporte l'Organisation mondiale de la santé, le changement climatique est déjà responsable d'au

moins 150 000 décès par an – un chiffre qui devrait doubler d’ici à 2030 [3]. Le concept *One Health* (« une seule santé », en français) qui a fait suite à la recrudescence et à l’émergence de maladies infectieuses, en raison notamment de la mondialisation des échanges, repose sur un principe simple, selon lequel la protection de la santé de l’homme passe par celle de l’animal et de leurs interactions avec l’environnement. Il vise à promouvoir une approche pluridisciplinaire et globale des enjeux sanitaires. À titre d’exemple, au moins 60 % des maladies humaines infectieuses ont une origine animale. De nombreuses pandémies, comme la Covid-19, les virus Zika et Ebola, la grippe aviaire ou encore le sida, ont en commun de venir des animaux. Le nombre de grandes épidémies au niveau mondial a augmenté depuis un siècle, à mesure de l’accroissement de la population mondiale, de l’intensification des transports, de la dégradation de l’environnement et du développement des villes. L’activité humaine joue ainsi un rôle majeur dans la propagation de maladies infectieuses : la déforestation a par exemple mis en contact les animaux sauvages et ceux d’élevage, facilitant le passage de nouvelles maladies à l’homme. Le système de santé, comme les autres secteurs de l’économie, doit prendre sa part dans la lutte contre le dérèglement climatique, ne serait-ce que pour des considérations sanitaires. Le rapport 2020 du Lancet Countdown [4] nous apprend que les systèmes de santé du monde entier, y compris français, ne sont pas prêts pour y faire face. Quelles solutions ? Face à la complexité et aux interconnexions entre la santé des animaux, celle des hommes et leur environnement, c’est le système dans son intégralité qui est à repenser. Néanmoins, la durabilité ne peut se résumer à la lutte climatique et aux enjeux de gestion des déchets. Pour être significatif, le développement durable nécessite d’être appréhendé selon une approche globale, intégrant ses trois dimensions : économiquement efficace, écologiquement soutenable et socialement équitable.

Cette crise sanitaire a bien mis en évidence qu’aujourd’hui, la difficulté majeure est celle des ressources humaines. Sous l’effet conjugué de la recherche d’efficacité pour les établissements et de la réduction des coûts en masse salariale, ces dernières années ont vu une aggravation significative des risques psychosociaux auxquels sont exposés les professionnels de santé, ainsi qu’une précarisation des situations sociales, révélatrices des limites du mode de pilotage actuel des établissements. L’enjeu premier est de stopper la fuite de personnel, et de créer un véritable choc d’attractivité, faute de quoi les fermetures de lits se poursuivront inexorablement, en l’absence de professionnels pour en assurer la charge. Les contraintes du métier, le manque de reconnaissance et la perte de considération sont des raisons importantes de la désaffection pour les professions de santé, mais le manque de perspective de carrière y contribue également.

Il convient de rappeler le sens et les fondements de la mission et des valeurs aux équipes, car l’hôpital n’est pas une organisation comme les autres : s’y ajoutent le sens de l’humain, les relations aux malades et aux familles, le rapport à la maladie et à la mort. . . Il est indispensable de construire des parcours professionnels correspondant aux aspirations des professionnels tout au long de leur vie. Il faut redonner aux personnels l’envie de progresser professionnellement, notamment en leur offrant des passerelles ou des apprentissages en alternance permettant de se hisser vers de nouveaux métiers ou de nouvelles compétences avec, éventuellement, des délégations de tâches. Le rôle de la politique sociale à l’hôpital est de contribuer au respect ou à la mise en œuvre d’autres droits des professionnels, afin de prendre en compte leurs besoins sociaux : accès aux crèches, aux logements ou encore à la santé. Par exemple, il s’agit de permettre aux soignants de bénéficier de logements dont les loyers sont compatibles avec leur rémunération. Cette politique volontariste doit largement se développer, pour en faire un facteur d’attractivité dans le secteur public. Les employeurs publics doivent continuer à faire évoluer leurs règles et leurs pratiques, pour défendre l’égalité professionnelle femme/homme, promouvoir la diversité et être plus inclusifs, notamment envers les professionnels en situation de handicap. Il s’agit de mettre en place de vrais outils d’évaluation et de définition d’objectifs clés, pour accorder une plus grande importance à la lutte contre les discriminations, sous toutes ses formes.

La dimension économique tend à promouvoir des relations et des échanges équitables, objectifs à long terme et de répartition des fruits de la croissance pour le plus grand nombre. Accroître la résilience du secteur de la santé impose de placer la notion de sobriété au centre des pratiques de soin. Les notions de service médical rendu, de qualité des soins et de pertinence des parcours de soins sont totalement occultées, ou du moins reléguées au second plan de la gouvernance hospitalière. Dans le cadre du développement durable, la performance ne peut s’inscrire dans une analyse purement quantitative de résultats à court terme, comptables et financiers, mais doit s’intégrer dans une approche de création de valeur sur le long terme, amenant à une réconciliation entre financier et humain. En sortant de la tyrannie du tout-quantitatif, système par nature productiviste, financer une part du parcours de soins selon la qualité ne peut qu’être bénéfique pour tous, les « bons soins » étant de plus générateurs d’économies financières, écologiques et environnementales. Or, la santé ne possède aujourd’hui que peu d’indicateurs de la pertinence des soins. Un parcours de soins pertinent requiert d’avoir, d’abord et avant tout, des actes de qualité. Mais la pertinence des soins englobant l’idée de parcours intègre également les notions d’organisation, d’indication, de suivi et de coordination des différents acteurs de soins. Ainsi, la

non-pertinence est souvent synonyme de gaspillage et de surconsommation, avec un surcoût financier – estimé à 20 milliards d’euros – mais également environnemental. Pour autant, la sous-consommation et le renoncement aux soins relèvent tout autant d’une non-pertinence, et sont secondairement source d’une surconsommation de « rat-trapage ». Il s’agit donc de trouver un équilibre pour assurer le juste soin. L’attention à une telle démarche souligne l’importance qu’il y a à s’interroger sur le sens de la relation médecin-soignant-malade, prenant tout à la fois en compte les éléments objectifs de la médecine factuelle, basée sur les preuves, et les préférences et les attentes du patient. Un autre objectif fondamental est de faire de la France une nation de santé publique mettant en place une réelle politique de la prévention. Il s’agit de réussir la transformation systémique de notre organisation pour la faire évoluer d’un système de soins, ce qu’elle est aujourd’hui essentiellement, vers un système de santé. Il s’agit d’engager de réelles actions de promotion de la santé et ce dès le plus jeune âge, avec une éducation à la santé à l’école dès l’enseignement primaire. Accroître la part de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) dans la rémunération des médecins en augmentant, dans son calcul, la pondération des indicateurs de prévention est indéniablement un levier. Enfin, la relocalisation du tissu industriel de notre filière santé est également un élément respectueux de notre environnement. Partout en France, le savoir-faire, l’innovation, l’expertise et l’excellence existent ; il s’agit de les soutenir pour favoriser les circuits courts.

Nous terminerons par la dimension environnementale, en rappelant que les deux principales sources d’émission de gaz à effet de serre propres au système de santé sont l’achat de médicaments et/ou de dispositifs médicaux, et le transport [2]. Dans le domaine des transports et des déplacements, les avancées technologiques ne suffiront pas, à moyen terme, à assurer une meilleure qualité de l’air. Une modification des comportements individuels est indispensable, notamment en termes de modes de déplacement alternatifs, de développement de l’offre de transports publics, de covoiturage et de transports « doux » (marche, vélo, etc.), ainsi que de développement du télétravail. La mise en place de plans de mobilité va dans ce sens, et doit se faire en collaboration avec les collectivités territoriales, en préconisant l’encouragement plutôt que l’obligation. À l’avenir, les centrales d’achats devraient intégrer des principes communs de respect des critères écoresponsables et socialement responsables dans le choix de leurs fournisseurs. À l’instar du nutri-score, un « éco-score » pour les achats de médicaments et de dispositifs médicaux pourrait être établi. Il faut rappeler que la loi Climat et résilience va imposer, d’ici cinq ans au plus tard, que tous les marchés publics intègrent une clause écologique ainsi que des clauses liées au domaine social et

à l’emploi, à l’aune desquelles une offre pourra être jugée préférable à une autre sur des critères autres que les seuls facteurs jusqu’ici pris en compte, de prix et de qualité. L’hôpital public ne devrait pas y déroger. Une réglementation à l’échelle de l’Union européenne permettrait en outre aux États membres de recommander ce dispositif et d’encadrer son utilisation. Concernant la gestion des déchets, la mise en place des filières spécifiques de tri doit être renforcée dans tous les établissements de santé afin d’optimiser le tri déchets assimilables aux ordures ménagères/déchets d’activités de soins à risque infectieux (Daom/Dasri), mais également d’inciter à réduire la production de déchets à la source, notamment en privilégiant les produits avec moins d’emballages ou en gros conditionnements. Les critères « haute qualité environnementale » (HQE) et des objectifs de très haute performance énergétique pour les bâtiments, qui prennent en compte les spécificités liées aux activités de soins, doivent être davantage intégrés dans les programmes de rénovation ou de construction de bâtiments. Il faut espérer que le conseil scientifique du Conseil national d’investissement en santé (Cnis) prendra en compte ces dimensions dans l’élaboration de ses nouveaux référentiels d’appréciation et d’accompagnement des projets.

Nombreux sont ceux qui s’interrogent sur le devenir de notre système de santé, en particulier à l’aune de la crise sanitaire due à la Covid-19 ; aussi pourrait-il sembler déconnecté de proposer d’intégrer un modèle de développement durable dans l’organisation de ce système. Or, en remettant le patient et l’ensemble des professionnels de santé au cœur des préoccupations, le développement durable ne pourrait-il pas devenir une stratégie profitable, conduisant à la pérennité de notre système de santé tout en assurant une « santé équitable » ? La convergence de la santé publique et du développement durable n’est pas une simple vue de l’esprit, et semble même incontournable, car s’inscrivant dans une perspective à long terme, respectant les facteurs environnementaux, sociaux et économiques. Ainsi, le développement durable vise à améliorer qualitativement et quantitativement les conditions des individus, lesquelles reposent essentiellement sur l’accès pour tous à la santé et aux soins, ainsi qu’à généraliser le bien-être du plus grand nombre plutôt que d’un individu. Le chemin est probablement long, mais le temps n’est déjà plus aux constats : il est à l’action et aux actes, en menant de front les différents chantiers qui s’imposent à nous, afin de mettre en place un cercle vertueux. Il s’agit désormais de mobiliser l’ensemble de l’écosystème afin que les acteurs se rencontrent, échangent et construisent. Ces exigences pèsent avant tout sur le système de santé lui-même, et il en sortira grand.

**Liens d’intérêt :** Les auteurs déclarent n’avoir aucun lien d’intérêt en rapport avec cet article.

---

## Références

1. *Report of the world commission on environment and development: our common future*. <http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm>.
2. *Décarboner la santé pour soigner durablement*. <https://theshift-project.org/wp-content/uploads/2021/11/211125-TSP-PTEF-Rapport-final-Sante.pdf>.
3. *Les effets du réchauffement climatique sur la santé : les pays en développement sont les plus vulnérables*. <https://www.un.org/fr/chronicle/article/les-effets-du-rechauffement-climatique-sur-la-sante-les-pays-en-developpement-sont-les-plus>.
4. Watts N, Amann M, Arnell N, *et al.* The 2020 report of *The Lancet* countdown on health and climate change: responding to converging crises. *Lancet* 2021 ; 397(10269):129-70.