

Réunion publique du Grand débat national  
Organisée par l'Académie nationale de médecine  
Lundi 4 mars 2019

## La santé doit être une priorité du Grand débat national

### COMPTE RENDU

L'Académie nationale de médecine, depuis sa création, alerte sur les questions de santé publique, s'intéresse à tous les objets d'étude et de recherche pour contribuer aux progrès de l'art de guérir. La santé, enjeu majeur, doit être une priorité.

Parce que la santé est une des préoccupations majeures des Français, à l'occasion du Grand débat national, l'Académie nationale de médecine a souhaité organiser une réunion publique pour porter la parole et les attentes des patients, des aidants, des professionnels de santé et de leurs associations.

Plus d'une centaine de personnes se sont mobilisées pour participer à cette réunion à l'Académie nationale de médecine le lundi 4 mars 2019 : Associations de patients, associations d'aidants, étudiants, professionnels de santé, élus de la République ont échangé et fait leurs propositions constructives autour de trois questions fondamentales de la santé :

La Santé dans les territoires  
Les partenariats Patients — Aidants — Soignants  
Le numérique pour la Santé

#### **La séance**

La séance était présidée par le secrétaire perpétuel de l'Académie nationale de médecine et le journaliste Thierry Guerrier.

#### **Recueil des contributions**

Quatre rédacteurs ont relevé les éléments abordés pour constituer le contenu de ce compte rendu : Gérard Raymond, président de la fédération française des diabétiques, Pierre-François Plouin, secrétaire adjoint de l'Académie nationale de médecine, Flavie Mathieu, responsable du Collège des relecteurs de l'Inserm et Charles Gustin, étudiant en classe préparatoire aux grandes écoles.

En plus des interventions orales, les participants ont eu la possibilité de rédiger leurs propositions. Relevées en fin de réunion, elles sont également intégrées au compte-rendu.

## **Organisation :**

Les échanges et propositions ont été articulés en trois temps durant lesquels les invités ont respecté le temps imparti et les échanges ont été respectueux et constructifs.

- la Santé dans les territoires,
- les partenariats : Patients — Aidants — Soignants,
- le numérique pour la Santé.

## **Les échanges, doléances et contributions**

Pour chaque thème, 5 minutes d'introduction et 30 minutes par échange étaient imparties et chaque intervention se limitait à 2 minutes afin de laisser un maximum d'invités s'exprimer. À la fin de chaque thème, un temps était laissé aux élus présents afin de réagir sur les interventions.

## **1<sup>er</sup> thème : La Santé dans les territoires**

Introduction du sujet par le Professeur François Richard

- Fermeture des maternités qui semblent vétustes et désertification
- Problème de réorganisation territoriale
- Amélioration de la pertinence des soins
- Interrogation sur les hôpitaux de proximité et les hôpitaux « classiques »
- Notion de gradation des soins
- Des équipes de soins primaires pourraient être gérées au plus près du terrain par les médecins (pas d'actes hyperspécialisés), pour une redirection ensuite vers des établissements spécialisés.
- Participation public-privé
- Problématique des plateaux techniques

### ***Doléances et propositions***

« *La Santé dans les territoires* »

[La prise en charge d'une pathologie](#)

- En France le trouble de l'attention n'est pas pris en charge : fréquent à l'âge scolaire (4 %), il fait l'objet d'une assistance insuffisante dans l'enfance, et inexistante à l'âge adulte (concerne 3 % des adultes avec de nombreuses addictions), les unités de psychiatrie devraient s'en charger, possibilité de prise en charge dans les établissements scolaires pour les plus jeunes : une formation est nécessaire
- Problème de maladies psychiatriques qui pourraient être pressenties par les psychologues : remboursement des psychologues
- Faciliter l'accès et le financement des soins de support

- La santé des maladies rares doit être prise en charge au même niveau dans tous les territoires, ce qui n'est pas le cas dans toutes les ARS, il faut une homogénéisation
- Faire avancer la recherche et soulager les malades dans l'attente du diagnostic, surtout dans les maladies invisibles

« *La Santé dans les territoires* »

Organisation territoriale :

- L'organisation du GHT doit descendre sur le terrain pour la prise en charge psychiatrique, faisant allusion à la sectorisation des soins psychiatriques : création d'un CHU dans le 93
- Volonté de représentants des territoires, hors de l'ARS, dans les projets
- Désertification : création d'un statut intermédiaire entre médecins et autres agents de santé nécessitant moins d'étude
- Mutualisation des hélicoptères pour faciliter les transports vers les centres bien équipés (AVC et autres urgences vitales)
- Exemple des urgences vitales comme AVC ou crise cardiaque. Si le CHU est à 50 km du malade, problème de l'intervention rapide et est donc en contradiction des recommandations de prise en charge => Nécessité de former les médecins généralistes ruraux aux urgences médicales
- Renforcer la communication des bonnes pratiques entre centres experts et CH voire CHU (organisation de visioconférence par grande région)
- Meilleure communication des possibilités de soins pour les malades, qu'elles soient médicales ou sociales, accès facilité aux centres experts, réduction des délais
- Débloquent les maisons de santé, accessibles jour/nuit/week-end/vacances
- Tabagisme : principale cause de décès (200 par jour) et coûts importants pour l'État, développer dans les maisons médicales et les hôpitaux de proximité des consultations de tabacologie et pneumologie dédiées pour l'information du public et la prévention du tabagisme et autres substances illicites, ciblage sur les jeunes en priorité, financement de ces consultations par une augmentation substantielle et brutale de la fiscalité sur les produits du tabac (seule mesure efficace pour la réduction importante du tabagisme)
- Lutter contre les addictions tabac/alcool/drogue chez les jeunes y compris dans les zones urbaines/rurales reculées : création de centres déportés ou itinérants, voire téléconsultation, visioconférence
- Très peu de concertation : manque de coordination médico-sociale car il y a une grande nécessité du médico-social, besoin de soins primaires
- Faire des cartes avec les différents centres d'expertise par maladie afin que pour le patient il soit facile de rejoindre le service de santé adapté et spécialisé (mapping disponible sur des sites web ex : doctolib)
- Mettre en œuvre des réglementations fondées au minimum sur les recommandations de l'OMS
- Mettre à jour les réglementations en prenant en compte l'état des connaissances scientifiques actuelles et non les données technologiques et scientifiques d'il y a 50 ans

- Les effets sur la santé de la pollution atmosphérique devraient relever de la compétence du ministère chargé de la santé et non du ministère chargé de l'environnement
- Développer les plateaux techniques, mutualisés et spécialisés, pour les opérations lourdes ou des prises en charge « en médecine de pointe », Chirurgie hyperspécialisée, et des équipes plus grandes pour augmenter son expérience
- Pas d'actes interventionnels de pointe, les  $\frac{3}{4}$  des actes chirurgicaux sont de petites interventions (cataracte, varice...) ne nécessitant pas de recours à un plateau technique
- Établir à l'échelle nationale un parcours type de diagnostic et de suivi pour toutes les maladies chroniques et/ou rares
- Établir à l'échelle régionale, un plan factuel de mise en application de ces parcours types en fonction des ressources humaines et techniques locales
- Mettre en activité le « Registre opérationnel de ressources » recueillant les compétences spécifiques de tous les soignants dans les différentes pathologies afin de pouvoir orienter les patients aux spécialistes les plus proches et non systématiquement à l'hôpital ou aux CHU
- Reconnaître et valoriser les actes et consultations des soignants formés spécifiquement à un niveau de secours secondaire ou tertiaire, même en ville
- Organiser et financer des « filières » de prise en charge des pathologies fréquentes, afin d'uniformiser les parcours par une meilleure coordination entre les professionnels
- Les inégalités ne sont pas seulement constatées entre ville et campagne, les déserts médicaux existent aussi en Ile-de-France.
- Inégalités territoriales aussi de formation des spécialistes (psychiatrie, pédiatrie...). Plus facile d'avoir des médecins dans les déserts médicaux s'il y a une faculté de médecine. Par exemple, pourquoi n'y a-t-il pas de faculté de médecine à la Génomole ? il faudrait que les formations hospitalo-universitaires irriguent jusqu'à la grande couronne, plutôt que de faire de nouveaux CHU.
- Faire irriguer les connaissances des praticiens « super-compétents » dans les hôpitaux de proximité
- Développer le rôle des conseillers territoriaux de santé et de la démocratie en santé
- Définir la santé d'urgence en ne délaissant pas les territoires, déjà définis comme déserts médicaux

*« La Santé dans les territoires »*  
Mobilités des médecins

- Demande d'un statut libre permettant le détachement de praticiens des CHU vers les centres locaux.
- Possibilité de profiter de l'expérience locale pour se former en chirurgie : favorable à des échanges rapides entre CHU et établissements de proximité

*« La Santé dans les territoires »*  
Nouveaux partenaires, métiers ou statuts

- Importance du rôle des infirmiers dans le maintien des personnes à domicile. Les infirmiers interviennent 24 h/24 h sur le tout le territoire : pratiques avancées liées à leurs compétences propres, reconnaissance des infirmiers en pratiques avancées plutôt que « d'assistants médicaux », partenariat infirmier/médecin
- Exemple de l'Afrique où les infirmiers pratiquent des petites interventions (hernies, césariennes) : formation de soignants « super-infirmiers » en 6 ans pouvant effectuer de petites interventions, ces assistants médicaux pourraient poursuivre des études de médecine (12 ans) s'ils le souhaitent.

*« La Santé dans les territoires »*  
Formation des médecins

- Disparité entre les maladies, par exemple la prise en charge de l'endométriose. Elle demande un lien entre patients-experts et les médecins pour connaître la dernière actualité de la recherche et des recommandations. Ces réseaux existent dans le domaine du VIH, nécessité de développer ce modèle pour les maladies chroniques.
- Psychologues formés aux techniques des TOC : pathologie mal connue, les psychologues ne sont pas formés à la technique thérapeutique et ne sont pas remboursés. Proposition d'une formation adaptée des psychologues, dans sa spécialité et plus généralement en psychiatrie.
- Il faut augmenter le flux de compétences des CHU vers les hôpitaux de proximité pour encourager les médecins à travailler dans les déserts médicaux
- Déficit de médecins généralistes comme de spécialistes : recrutement des étudiants en 1<sup>re</sup> année donnant la priorité aux candidats des zones défavorisées, sur des capacités de relations humaines et pas uniquement sur des critères académiques, peut-être une obligation à exercer pendant 5 ans
- Désintéressement des étudiants pour la médecine liée à la mesure coercitive, la gradation des établissements de soin fonctionne mieux.
- Recours aux infirmiers pour certaines pratiques, de même que les pharmaciens qui veulent voir leur champ d'action augmenté
- Intervention médico-sociale possible aussi par les infirmiers
- Des hôpitaux avec des moyens humains et techniques suffisants : donner aux praticiens hospitaliers des moyens afin de leur permettre de rester à l'hôpital public et cela dès le début de leur carrière
- Une formation des professionnels de santé mieux adaptée aux besoins des territoires par le biais de possibilités d'éducation dans le domaine de la santé et une licence commune aux études de santé permettant de combler les besoins en professionnels de santé dans les territoires
- Axer la formation continue des professionnels de santé sur les besoins de leurs territoires et faciliter les évolutions professionnelles pour les soignants souhaitant s'installer dans les déserts médicaux avec des financements facilités

- 5000 médecins se consacrent à des soins non conventionnels : Interdiction de faire valoir une compétence en soins non conventionnels pour réserver les fonds aux soins qui ont fait leurs preuves
- Des médecins consacrent leur temps à des pratiques de soins non-conventionnelles, les conséquences sont des retards de soins du fait de la place importante qu'ont prise ces pratiques ; les médecins ne doivent plus pouvoir faire état d'un titre d'homéopathie, d'acupuncture mais consacrer leur activité aux thérapeutiques ayant fait leurs preuves
- Les pratiques de soins non-conventionnelles et leur traitement illusoire ne doivent plus être pris en charge par l'assurance maladie
- L'hôpital ne doit plus héberger les pratiques de soins non-conventionnelles n'ayant pas fait leurs preuves

## 2<sup>e</sup> thème : Les partenariats : Aidants — Patients - Soignants

Introduction du sujet par le professeur Claude Jaffiol

- Généraliste : médecin de premier recours, humanisme, formation adéquate et temps long avec le patient mais pas toujours
- Prise en charge difficile des personnes âgées et état critique des EHPAD
- Quel avenir pour les assistants médicaux ? Déjà en place aux USA, il existe déjà des infirmières « asalées » en binôme avec des médecins
- Proposition de délivrance urgente de médicaments nécessitant une prescription
- Aidant : acteur de soutien des patients. La politique d'aidants est en retard par rapport à l'Europe du Nord. Rôle indispensable des associations de patients. Nécessité de financements par les pouvoirs publics. il faut réviser la formation des professionnels de santé

*Doléances et propositions*

« Les partenariats : Aidants-Patients-Soignants »  
Nouveaux partenaires, métiers ou statuts

- Il faut quitter la dichotomie entre patients et aidants car certains experts sont des deux côtés
- Bénévole 50 h/semaine -> pas de droit aux emplois aidés et l'ISF a réduit les aides, il faut une reconnaissance du statut des aidants et de l'expertise des patients experts dans les groupes de réflexion et de débat : remboursement des frais des bénévoles

- Création d'un statut de patient expert : apporter le point de vue du patient dans chaque décision le concernant, besoin d'une rémunération, le bénévolat est compliqué à concilier avec son travail et ses soins
- Création d'un statut pour les aidants : professionnaliser les aidants
- Statut du bénévole : avec liberté horaire pour exercer ses devoirs d'aidants, les hôpitaux devraient mieux préciser où sont les besoins en bénévoles, réserves de volonté et de travail disponible, il faut mettre en relation les médecins en contact local avec le patient avec les associations pour faire le point, mettre en contact les deux milieux
- Favoriser, financer le développement d'associations locales d'usagers et des associations de malades spécialisées, et leur donner un rôle dans l'information, le conseil
- Donner aux patients, aux associations un rôle local systématique dans l'évaluation de l'offre locale de soins, notamment par le signalement en qualité et non plus seulement par le traitement des réclamations des usagers
- Faciliter l'autonomie des patients par l'éducation à la santé (roses de vie, dépistage, vaccination) et l'éducation thérapeutique (maladies chroniques)
- Développer la présence d'assistants sociaux et de psychologues dans les centres de compétences et de références
- Garder la liberté pour les médecines parallèles, renforcer le rôle de conseils territoriaux de santé et des élus locaux
- Aide aux associations qui contribuent aux groupes de travail par leur expertise de patients
- Revoir la sémantique : un malade est appelé un patient mais le malade d'aujourd'hui n'est plus patient
- Augmenter le nombre de travailleurs sociaux pour mieux lier la santé aux problèmes sociologiques
- Délégation de nombreuses tâches aux infirmiers du travail : ancienne approche de prévention, infirmières du travail : peuvent être utiles pour la prévention notamment sur les addictions, il faut les former et les qualifier de spécialistes
- Une grande partie des hospitalisations aux urgences sont liées aux insuffisances des parcours de soins hôpital-ville et à une observance médiocre : renforcer et développer l'éducation thérapeutique du patient pour une prise en charge beaucoup plus multidisciplinaire impliquant des kinés, infirmiers, malades experts
- Question du parcours de soins, il faut remettre le patient au centre de ce parcours entre tous les intervenants, réduire les erreurs de diagnostic, penser la diminution des coûts, question de la délégation de tâches mais aussi les transferts de compétences

« *Les partenariats : Aidants-Patients-Soignants* »

[Prise en charge d'une pathologie](#)

- Errance du diagnostic et les moyens numériques qui pourraient aider à leur prise en charge : Orphanet est une ressource Top-Down, l'inverse, permettant d'aller des symptômes au diagnostic, reste nécessaire. L'éducation thérapeutique peut être complétée par des médecins experts. Favorable à un statut du bénévole dans le domaine.

- La prescription du sport est possible, mais guère pratiquée car non enseignée et non remboursée : définir la place et le financement du sport thérapeutique, et réduire les fermetures saisonnières des centres sportifs.
- Le patient est la découverte la plus marquante du XXIème siècle. Vie perpétuelle des patients chroniques avec la maladie alors qu'il ne fréquente son soignant que 5 heures par an. Il faut éduquer les patients à être leur propre soignant. Comment l'accompagner le reste du temps ? Il faut une réflexion sur la raison d'être des associations, leur modèle économique.
- Mettre en place des questionnaires sur la qualité de vie des patients dans les centres où il existe des disparités de prise en charge

« Les partenariats : Aidants-Patients-Soignants »

#### Formation du personnel médical

- A l'hôpital : mieux écouter les patients en particulier en gériatrie, informer clairement la famille et régulièrement, former les soignants à ces dialogues, leur donner du temps aux heures de visites des familles pour ces échanges qui sont indispensables
- La GAPEC (Gestion de l'Aggression Physique des Personnes en Crise) doit être développée afin d'améliorer les pratiques des infirmiers
- Difficulté des partenariats : les soignants de proximité doivent définir leurs besoins et influencer les programmes de formation.
- Stage uniquement avec des médecins d'hôpitaux alors que le libéral a un rôle important et prépondérant pour la vision du pharmacien, vision corporatiste des 3 corps (médecins, infirmiers, pharmaciens) : il faut humaniser et décloisonner les formations de santé
- Multiplier les formations de type AFDET (Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique)
- Former les médecins à la psychologie afin de renforcer la relation de confiance, l'adhésion à la prise en charge
- Les étudiants doivent être formés à la prise en charge sociale, à la prise en charge non médicamenteuse, à faire la différence entre pratiques de santé et pratiques de bien-être, à travailler sur le consentement éclairé et la vulgarisation des connaissances

« Les partenariats : Aidants-Patients-Soignants »

#### Thérapies complémentaires

- L'interdiction de la pratique de l'homéopathie ne favorisera pas les nouveaux médecins et une plus grande couverture territoriale, la médecine passe aussi par le bien être, la pratique de l'homéopathie doit rester réservée aux médecins et autres prescripteurs professionnels de santé afin de garantir un choix thérapeutique fait avec discernement sans perte de chance pour le patient, son enseignement doit être rigoureux et de préférence universitaire
- Le médicament homéopathique doit continuer à être remboursé pour permettre un égal accès des patients à ces soins, la recherche et l'évaluation doivent être favorisées en milieu hospitalier avec des fonds publics



« Les partenariats : Aidants-Patients-Soignants »

Recherche

- Dans les partenariats, il y a aussi les chercheurs et les essais cliniques. Définir un cadre sur la recherche dans ces domaines.
- Contrôle des informations en matière de santé sur les réseaux et dans les diverses associations : comité ? Moyens juridiques efficaces...

« Les partenariats : Aidants-Patients-Soignants »

Objets connectés et télémédecine

- Des associations peuvent regrouper des malades, des médecins et des savants, en particulier pour l'éducation thérapeutique. On ne peut pas faire un métier des patients-experts, mais ils doivent être dédommagés de leurs frais de déplacement. Les objets connectés doivent être financés.
- Diffusion des connaissances et recommandations des sociétés savantes au plus proche des malades par réseaux de communication
- Réouverture des référentiels de compétences et autres types de référentiels de formation pour y inclure notamment des compétences en numérique de la santé et mieux anticiper les besoins en santé grâce au numérique

« Les partenariats : Aidants-Patients-Soignants »

Autres

- Lutter contre les fausses nouvelles, sources de confusion, de faux diagnostics, de mauvais traitements
- Crise de la psychiatrie : secteur G59 dans le Nord, exemple de progrès dans la restructuration des soins autour de l'utilisateur, il faut s'en inspirer
- Difficultés d'observance des personnes atteintes de maladies chroniques : plutôt que l'éducation thérapeutique, renforcer l'accompagnement qui est plutôt une démarche globale en partenariat professionnel qui s'appuie sur les démarches des patients, ses conditions de vie, ses motivations, s'appuyer aussi sur l'expérience des autres patients, développer des petits ateliers à plusieurs sur la prévention : exercices physiques, nutrition
- Remise en cause des notices des boîtes de médicaments, appréhension face à cette notice, impression de s'empoisonner : que faire pour que les malades disposent de fiches médicaments qui répondent à leurs demandes et à leurs questions ? Fiche par médicament avec langage clair, que faire au niveau européen ?
- Services à domicile : précieux besoins mis à mal faute de valorisation des métiers, financement et formation : proposition pour que les EHPAD puissent devenir des établissements pivots de l'organisation du maintien à domicile des personnes dépendantes, intervention des CMP dans les milieux ruraux et isolés, développer la prévention

## 3<sup>e</sup> thème : Le numérique pour la santé

Introduction du sujet par le Professeur Bernard Nordlinger

- Numérique, Intelligence Artificielle (IA) en santé, fantasmes véhiculés par les réseaux, il faut connaître ces technologies. L'IA est un mode de calcul logique et rapide pour arriver à une conclusion. Manque d'empathie et de bon sens de ces IA par rapport à un médecin.
- Aide au diagnostic et au traitement (aider les médecins à être au courant des dernières nouveautés et à faire gagner du temps, il ne s'agit pas de remplacer le médecin)
- Télémédecine et télédiagnostic
- Prévoir les afflux aux urgences de manière informatique à l'instar des outils de prévisions météorologiques
- Des métiers doivent s'adapter : radio, chirurgie, psychiatrie... Infirmiers et autres métiers devront aussi s'adapter
- Les objets connectés sont aussi à prendre en compte
- Nécessité de faire de la médecine de précision en regroupant de nombreuses données notamment celles des patients

*Doléances et propositions*

« *Le numérique pour la Santé* »

Nouveaux partenaires, métiers ou statuts

- Expérience de télémédecine : mais lorsqu'une infirmière assiste une personne âgée, comment la rémunérer ? En télémédecine : l'utilisation des téléphones des infirmières est courante s'il n'y a pas de structure
- Disparités de la formation dans le territoire

« *Le numérique pour la Santé* »

Formation des médecins

- Une rupture sociologique complète conduit à revoir toutes les formations de Santé et autres. Commencer l'éducation le plus tôt possible dans l'enseignement de base
- Actualiser et anticiper les besoins, les logiciels devraient être pensés par les soignants, la formation en santé n'est pas bonne pour ces logiciels et si tôt adaptés on change de logiciel
- Demande que ce tournant soit pris dès les études en IFSI et que les logiciels soient interopérables
- Préparation des étudiants pour l'innovation numérique nécessaire et formation, évaluation par des certifications : il faut numériser les différents programmes de pertinence économique et de qualité

*« Le numérique pour la Santé »*  
Prise en charge de pathologie

- Souhait d'une plateforme unique (cf. le Health data hub) consultable par les médecins généralistes et les malades pour éviter la chronicité
- Maladies rares : à 80 % génétiques mais 20 % sont non génétiques et impliquent 80 % des malades. Il y a des erreurs de diagnostic successives, il faut créer une plateforme comme Orphanet pour diagnostiquer

*« Le numérique pour la Santé »*  
Accès au numérique

- Pas de précipitation sans évaluation économique et pratique
- Développer l'Intelligence Artificielle pour améliorer la médecine (le diagnostic, la proposition de soin)
- Evaluer l'intérêt des applications proposées en santé (pertinence, efficacité, confidentialité, coût)
- Former tous les Français à l'utilisation d'un micro, d'un téléphone portable, d'une tablette
- Avancer sur les freins psychologiques et sur les craintes d'utilisation ou de fuite des données personnelles
- Créer des GAFA européens
- Recours au numérique pour diffusion des savoirs et aide à l'expertise des malades lors de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)
- Un coût important sera engagé pour le numérique, peut-être se tourner vers les logiciels libres car les logiciels sous contrats coûtent des millions et une fois obsolètes ne sont plus utilisables, les logiciels libres existent et doivent être utilisés, la variabilité des logiciels complique l'apprentissage des personnels hospitaliers lors de leur changement de service
- Envoi des ordonnances et possibilité d'utilisation par mail, les patients renvoient aussi des documents qui ne sont pas protégés, les ordonnances papier peuvent être falsifiées, les interactions médicamenteuses sont faites par les logiciels mais entre les différents médicaments du dossier de santé
- Les ordonnances doivent être transmises par une clé électronique sur le DMP sans intermédiaire papier ni messagerie.
- Trouver des solutions pour mesurer les patients concernant la protection des données (confidentialité, piratage)
- Accès difficile de l'historique des examens même au sens de l'APHP, mobiliser les compétences des spécialistes de ces domaines qui ne sont pas médecins
- L'interopérabilité et la difficulté pour les jeunes médecins de créer une entreprise informatique dans le domaine de la santé et en conséquence la place laissée aux GAFA.
- Des données précises sur les revenus de la population seraient utiles, mais les données sur la santé sont peu disponibles
- Le numérique n'est pas une panacée

- Capacité de télécharger des données précises sur le financement des populations mais pas possibles pour l'état des populations, il faut un registre de l'état de santé général de la population
- Arrêter le papier, mettre en place la numérisation systématique (quid de la fracture numérique ?)
- Comment éduquer le patient au numérique ?
- Attention aux patients avec hypersensibilité électro-magnétique qui pourraient se retrouver isolés
- Le numérique est essentiel et répondra aux deux premières problématiques. La création d'algorithmes et du Big-Data : il faut constituer des bases de données d'origines différentes, enjeu essentiel de la collection de données notamment dans la génétique, le morcellement du parcours de la donnée génétique : comment responsabiliser l'ensemble de ces acteurs
- Uniformiser le système afin de simplifier la vie des patients et des professionnels de santé
- Accès aux bonnes pratiques en santé