

# LIVRE BLANC 2022

L'avenir du système de santé vu par les étudiants en médecine



Association Nationale des Etudiants en Médecine de France ANEMF c/o FAGE -  
79 rue Périer - 92120 Montrouge - Téléphone : 01 40 33 70 72 - [www.anemf.org](http://www.anemf.org) - [contact@anemf.org](mailto:contact@anemf.org)

# AVANT-PROPOS

Dans ce contexte de crise sanitaire, de mobilisation massive des professionnels de santé au fur et à mesure des vagues épidémiques et au moment d'une large remise en question de la société sur l'après-crise, ces élections présidentielles sont attendues par tous et devront être porteuses de la société de demain.

Massivement, les étudiants en médecine, et plus largement en santé, sont mobilisés partout en France pour réaliser dépistages, vaccinations, travail en service COVID. Jamais l'implication étudiante dans le système de santé n'avait été aussi visible aux yeux du public et le système de santé n'avait jamais autant reposé sur eux.

Loin d'être une situation exceptionnelle, les étudiants sont présents au sein de la chaîne de soin au jour le jour. Ils contribuent à faire tourner le système de santé et sont un maillon essentiel de la chaîne de soin.

Cet investissement majeur doit être reconnu et considéré. Des mesures doivent être prises pour mettre fin aux problématiques qui gangrènent nos études : la précarité étudiante, les violences sexistes et sexuelles, les risques psycho-sociaux et la santé mentale des étudiants. Ce ne sont que quelques-unes des nombreuses problématiques à propos desquelles nous tenons à porter les propositions des étudiants en médecine pour les résoudre. Nous espérons que ces élections présidentielles apporteront une réponse concrète aux demandes des futurs médecins.

C'est dans cette optique que l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France est fière de pouvoir vous présenter son livre blanc regroupant les demandes des étudiants en médecine pour les présidentielles 2022.

**Nicolas LUNEL**  
Président

# SOMMAIRE

## I- PRÉCARITÉ..... 5

### 6 – Pour des savoirs accessibles à tous

Concurrence des organismes de préparation ..... 6

Supports d'apprentissage..... 6

### 7 – Pour une rémunération décente

### 8 – Pour une découverte de nouveaux modes d'exercice par des mobilités facilitées

## II- FORMATION..... 10

### 10 – Pour un engagement massif dans le financement de l'enseignement supérieur et des études de médecine

Des investissements humains et financiers pour une meilleure formation..... 10

Financement des universités..... 11

### 13 – L'orientation, outil majeur d'une meilleure promotion des études de santé

### 13 – Pour une articulation logique et pérenne entre la REES<sup>4</sup> et la R2C<sup>5</sup> par le 1<sup>er</sup> Cycle des études de médecine

### 14 – Pour une révision pédagogique de nos

### 14 – Enseignements pratiques et théoriques

Encadrement et compétences des encadrants..... 14

Interprofessionnalité..... 15

Inclusion des patients dans la formation ..... 15

Numérique dans la formation ..... 16

### 17 – Pour un véritable aménagement de nos études et une adaptabilité en fonction des contraintes de chacun

### 17 – Pour un développement et un investissement des universités sur les mobilités nationales et internationales

La connaissance de ces mobilités et leur valorisation ..... 18

L'accessibilité pour tous les étudiants ..... 19

### 20 – Pour la concrétisation du travail sur la prévention des RPS et la

### **III- EXERCICE MÉDICAL.....21**

**22 – Pour une promotion efficace des différents lieux et modes d'exercice**

Favoriser la découverte des modes d'exercice & territoires.23

Favoriser l'installation .....24

Rénover l'offre de soins.....24

**25 – Pour une réforme profonde du système hospitalo-universitaire et de son attractivité**

### **IV- SYSTÈME DE SANTÉ .....26**

**26 – Pour une révision des paradigmes de gouvernance et de politique économique de l'hôpital**

**29 – Pour une meilleure coordination entre les soins de ville et les soins à l'hôpital**

### **V- SOCIÉTÉ .....30**

**31 – Pour une médecine de prévention**

Antibiotiques..... 31

Vaccination .....32

Sport sur Ordonnance .....33

**34 – Pour une médecine au coeur des enjeux de société**

Sexualité ..... 34

Formation à la prise en charge des personnes vulnérables. 35

Migrants..... 36

**37 – Pour une médecine basée sur la science**

Esprit critique.....37

**38 – Pour une coopération sans failles des acteurs de la recherche**

**40 – Pour une médecine éthique et indépendante**

Indépendance ..... 40

Don du corps..... 41

**42 – Pour une santé tournée vers l'Environnement, tenant compte du dérèglement climatique et de ses impacts sur la santé publique mondiale**

# I- PRÉCARITÉ

Privilegiés issus de familles aisées, aux études payées par l'Etat... Ce sont des mots que l'on peut souvent entendre à propos des étudiants en médecine. Pourtant, loin de répondre à ce cliché, nous ne sommes pas épargnés par la précarité : **23,6% d'entre nous ont déjà songé à arrêter leurs études pour des raisons financières** et **29,4% bénéficient d'une bourse sur critères sociaux**.

Des **organismes onéreux de préparation privés** aux coûteux référentiels des collèges, en passant par les nombreux trajets réalisés entre leur domicile et leur lieu de stage, parfois situé à plusieurs centaines de kilomètres, les étudiants consacrent une large partie de leurs maigres ressources à la préparation de leur concours et à leurs obligations de formation.

À ces dépenses réalisées au nom de leurs études s'ajoute le coût de la vie courante (nourriture, logement, santé...) non négligeable : **un étudiant sur dix se retrouve dans le négatif chaque mois<sup>1</sup>**.

Pour faire face, certains envisagent de compléter leurs ressources avec l'aide d'un **emploi étudiant**. Cependant, le rythme de travail en alternance entre stages hospitaliers et cours ainsi que la pression du concours contraignent bien souvent les étudiants à renoncer à cet emploi, faute de temps.

Dès lors, comment assumer des frais de rentrée chiffrés en milliers d'euros ? Comment continuer à financer son logement, alors que 40% des étudiants hospitaliers ont perdu des APL à cause de la réforme de janvier 2021 ? Avec une rémunération allant de 200€ à 300€ net par mois, comment se focaliser sur ses études sans avoir à réfléchir en permanence à ses finances précaires ?

Pour compenser, les **étudiants défavorisés** se restreignent ou choisissent d'**empiéter sur leurs heures de travail pour avoir un emploi**.

**L'ANEMF s'engage à ce que l'argent ne constitue plus une limite à la réussite, ni à une qualité de vie décente, afin que chaque futur médecin puisse vivre dignement pendant ses études !**

---

1. [Rapport Enquête Précarité ANEMF 2019](#)

# POUR DES SAVOIRS ACCESSIBLES À TOUS

## Concurrence des organismes de préparation

Malgré les **tutorats** plébiscités par les étudiants pour leur faible coût et la qualité de préparation fournie, de nombreuses familles continuent d'investir une large partie de leur budget dans de coûteuses **préparations privées**. Ceci constitue un impact social non négligeable, et favorise un système qui se nourrit pourtant d'actes illégaux : vol de propriété intellectuelle, tractage au sein des établissements universitaires...

Les **tutorats** fonctionnent pour la quasi-totalité sur le principe de **gratuité**, de **bénévolat** et d'**entraide par les pairs**. Plusieurs formes de tutorat existent, que ce soit pour la première année ou pour les années supérieures en médecine, avec des actions variées : aide à l'apprentissage, orientation, sémiologie, parrainage, bien-être... Mais pour subsister, ceux-ci ont besoin de financement et de reconnaissance de la part des acteurs de l'enseignement supérieur.

### Nos revendications

- Apporter une **vraie reconnaissance aux tutorats** en renforçant l'impact de l'agrément ministériel ; ainsi qu'un **accompagnement matériel, financier et pédagogique**
- Mettre en avant les **tutorats** en tant **qu'interlocuteurs privilégiés des lycéens et étudiants** concernant l'entrée dans les études de santé.

## Supports d'apprentissage

Rédigés par les **collèges d'enseignants de spécialité**, les référentiels des collèges sont les supports pédagogiques les plus essentiels pour les étudiants. Toutefois, publiés par des maisons d'édition quasi-hégémoniques et vendus en moyenne **35 euros l'unité**, ils sont la source d'un stress financier majeur. Dans l'enseignement supérieur, l'accès à la connaissance ne devrait pas être conditionné par des dépenses aussi conséquentes. Plusieurs **solutions** doivent être mises en place pour remédier à cette problématique et permettre à tous les étudiants, quels que soient leurs revenus, de **poursuivre sereinement leurs études**.

## Nos revendications

- Lancer la mise à disposition **gratuite** et **numérique** des **référentiels des collèges des enseignants de spécialités médicales**.
- **Inscrire les livres universitaires en tant que livres scolaires (loi Lang)**, afin de permettre aux étudiants d'accéder à des ressources pédagogiques à **prix réduit**.

## POUR UNE RÉMUNÉRATION DÉCENTE

Les étudiants hospitaliers sont à la fois **étudiants** et **agents publics**, jonglant entre **missions de soins** et **devoirs universitaires**. Ils participent à l'activité de leur service, ainsi qu'au service de gardes, dans le cadre de la continuité des soins, tout en apprenant leur futur métier de médecin. Malgré leur charge universitaire et hospitalière déjà dense, les **étudiants hospitaliers** ont été **pleinement mobilisés et volontaires durant la crise** afin de remplir toutes les missions qui leur ont été confiées. Que ce soit dans la poursuite de leurs stages dans les services le permettant, dans le cadre de vacances d'aide-soignants, d'infirmiers, ou de régulation médicale, les étudiants se sont engagés aux côtés de leurs pairs et auprès des patients. Cet investissement exemplaire et constant des étudiants hospitaliers durant la crise a fait l'objet d'une **reconnaissance de la part de l'Etat** par une **revalorisation salariale** d'une **centaine d'euros en moyenne**.

Pourtant, les pouvoirs publics continuent d'assumer une **rémunération des étudiants hospitaliers inférieure à celle des stagiaires du deuxième cycle de l'enseignement supérieur**, qui est de **3,90€/h**. Cette différence de valorisation entre des étudiants du même niveau universitaire est inexplicable et persiste depuis trop longtemps.

La faible rémunération des étudiants hospitaliers, renforcée par la grande difficulté de cumuler un emploi étudiant et l'intensité du deuxième cycle des études médicales, provoquent des **difficultés financières** mettant gravement en péril la réussite des étudiants et leur bien-être puisqu'elles constituent un **facteur de risque de dépression<sup>2</sup>**.

De plus, les étudiants hospitaliers sont officiellement assimilés aux étudiants salariés pour les services publics, ce qui implique qu'ils ne sont **pas éligibles à la prime d'activité**, n'ayant pas de salaires suffisants (un étudiant salarié devant toucher 943,44€/mois pour être éligible à la prime d'activité). C'est donc une double-peine qui s'applique !

---

2. [Enquête 2021 : sur la santé mentale des jeunes médecins ANEMF / ISNAR-IMG / ISNI](#)



## Nos revendications

- **Revaloriser les salaires** pour obtenir une rémunération alignée sur celle des étudiants stagiaires de l'enseignement supérieur, soit équivalente à **375 € net par mois**.
- Prendre des mesures afin de **compenser la perte induite pour les étudiants hospitaliers par la cotisation à la CVEC** (ils sont en effet rattachés au régime général de sécurité sociale suite à la loi ORE).
- Ouverture des **services de gestion des œuvres sociales** des centres hospitaliers universitaires de rattachement aux étudiants hospitaliers.
- Ouvrir un **droit à la prime d'activité** pour les étudiants hospitaliers.
- Ouvrir un droit au **maintien des bourses l'été** pour les étudiants hospitaliers.

## **POUR UNE DÉCOUVERTE DE NOUVEAUX MODES D'EXERCICE PAR DES MOBILITÉS FACILITÉES**

La **réforme du deuxième cycle des études de médecine** annoncée par les ministres de la Santé et de l'Enseignement Supérieur **prône une mobilité** des étudiants afin de faciliter la découverte des différents modes d'exercice de la médecine. Cependant, elle **ne doit pas impacter les ressources financières des étudiants**.

Dans le cadre des **stages en périphérie**, les étudiants peuvent être affectés à des terrains de stage se trouvant à **plus d'une centaine de kilomètres**. Ces étudiants ont alors le choix entre faire le trajet tous les jours, ou bien avoir un **deuxième logement** sur place et donc payer deux loyers, dans un contexte de précarité de plus en plus présente. Plusieurs solutions existent et sont déjà mises en place sur certains territoires.

A la question du logement s'ajoute également celle de l'**alimentation**. Alors qu'il est connu que **31,9 % des étudiants sautent au moins un repas par mois** pour des raisons financières<sup>3</sup>, il paraît indispensable de permettre aux étudiants d'avoir accès à un service de restauration, quel que soit l'hôpital de stage, et qui soit calqué sur les tarifs universitaires.

3. [Rapport Enquête Précarité ANEMF 2019](#)



La mise en place du **Service Sanitaire**, voulue par le gouvernement, ne doit pas impacter financièrement les étudiants, des **aides** sont à mettre en place pour les accompagner dans leurs actions ! Il est possible que les étudiants **avancent les frais nécessaires** dans le cadre de leurs interventions, mais il est impératif que le **délai de remboursement** de **deux mois** après l'intervention soit respecté. Il s'agit d'une obligation légale.

### Nos revendications

- Créer, développer et rénover des **internats** et **hébergements territoriaux** des étudiants en santé.
- **Étendre l'indemnité d'hébergement** de **150€** brut pour les stages ambulatoires en zones sous-denses aux stages réalisés en **centres hospitaliers périphériques**.
- Créer des **repas à tarification sociale dans les CHU**, alignés sur le prix des repas des restaurants universitaires.
- Garantir **l'implication des collectivités territoriales** vis-à-vis des aides proposées aux étudiants pour réaliser leur Service Sanitaire.
- En cas d'impossibilité de mise en place d'aides par les collectivités territoriales, l'étudiant éloigné de son UFR de rattachement doit pouvoir bénéficier d'une **compensation financière** telle que **l'indemnité logement de 235 € par mois**.
- Mettre à disposition un **service de restauration** dans les structures accueillant des étudiants réalisant leur Service Sanitaire

## II- FORMATION

### POUR UN ENGAGEMENT MASSIF DANS LE FINANCEMENT DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DES ÉTUDES DE MÉDECINE

Depuis plusieurs années, le **budget consacré aux établissements de l'enseignement supérieur augmente**, mais cette augmentation cache en réalité la **diminution chronique des moyens alloués par étudiant**. Le constat est là : l'encadrement des étudiants se détériore et cela impacte durement et globalement la formation des futurs médecins.

Bien que des mesures soient prises pour atténuer le problème, elles ne relèvent que des **mesures palliatives à court terme**, ne permettant pas d'inverser durablement la tendance. Pour notre filière d'études, une **diminution de la qualité de la formation n'est pas sans conséquences**. A l'échelle individuelle, un médecin moins bien formé est un médecin qui soignera moins bien ses patients par manque de connaissances et de pratique. Cumulé à l'échelle nationale, cela entraîne un **impact massif sur la qualité de notre système de santé** et notre **capacité à répondre aux enjeux de santé publique de demain**.

Ce constat ne se limite pas qu'aux études de médecine : **il touche à l'intégralité du monde de l'enseignement supérieur**. Les engagements doivent être concrets et ambitieux pour faire de la formation médicale française un élément essentiel du système de santé post-COVID !

#### Des investissements humains et financiers pour une meilleure formation

Ces dernières années, d'ambitieuses réformes de nos cycles d'études ont été menées, mais les **moyens financiers et humains consacrés n'ont pas été à la hauteur des attentes**. Ce décalage entre besoins et moyens ne permet pas de satisfaire les exigences pédagogiques poursuivies par les **trois réformes successives** des études médicales.

Notre formation est assurée par un **nombre important d'enseignants** tant à l'université qu'à l'hôpital. Malheureusement, l'augmentation croissante des effectifs des promotions, alors que paradoxalement, le nombre d'universitaires ne croît que faiblement, entraîne

des **stages sous tension** où le nombre d'encadrants par étudiant est insuffisant. S'ensuit un encadrement dont la médiocrité se répercute finalement sur la qualité de l'apprentissage de l'étudiant.

Une **augmentation des fonds alloués aux universités** permettrait de **pérenniser et de développer les nombreuses initiatives locales** que ces dernières voient éclore et dont les étudiants sont demandeurs. Il devient donc indispensable et urgent d'activer le levier budgétaire afin que des moyens puissent être alloués aux universités pour porter et développer ces projets.

### Nos revendications

- **Augmentation massive des ressources humaines au sein des facultés** (professeurs hospitalo-universitaires, personnel administratif...) en veillant à assurer une **égalité du ratio entre le nombre de professeurs et le nombre d'étudiants entre les différentes villes.**
- **Permettre la contractualisation pour l'ensemble des médecins**, qu'importe leur mode d'exercice, à une valence "enseignement" donnant accès à une **sanctuarisation de temps clinique** et à une **rémunération propre.**
- **Augmentation des moyens alloués par étudiant** dans l'enseignement supérieur.

## Financement des universités

La question des **moyens alloués aux universités** en implique une autre plus profonde : le **mode de financement des établissements**. Depuis les années 2000, l'enseignement supérieur français entre dans une phase de **compétition internationale**, et notamment ses universités, que l'Etat encourage à fusionner à l'aide de subventions dédiées. Celles-ci se voient demander **plus d'efficience, plus d'excellence** dans les profils recrutés, plus d'attractivité pour les étudiants étrangers et plus de visibilité à l'international. Pour ce faire, une seule ligne directrice a été poursuivie depuis plusieurs années : l'**autonomisation des universités**, leur permettant de gérer l'intégralité de leur budget et de développer leurs ressources propres, afin de les rendre plus compétitives.

Cette **autonomie dans la gestion des fonds** entraîne de nombreuses problématiques dans la mise en place de nos réformes. Quand des financements sont alloués à la **réforme de la première année des études de santé**, nous n'avons aucune assurance que ceux-ci seront correctement fléchés en direction des difficultés à résoudre. A la place, ils sont souvent utilisés pour **régler d'autres problématiques financières** des universités.

L'autonomisation n'a de sens que si les établissements sont **suffisamment subventionnés par l'Etat pour l'ensemble de leurs activités**, or nous assistons progressivement à une remise en cause de l'automaticité de leur financement. Les universités sont de plus en plus financées à la « performance » aux dépens du financement à « l'activité », et doivent donc se ruer sur chaque opportunité dans le cadre d'appels à projets. Elles doivent également justifier leurs projets afin de négocier des financements dans le cadre d'un dialogue stratégique et de gestion. Ce dialogue peut même remettre en cause la prise en charge par l'Etat du **glissement vieillesse technicité** (GVT), pourtant inhérent à tout service public !

Les mêmes constats qui s'appliquent à l'hôpital semblent aujourd'hui se confirmer pour les services publics d'éducation et d'enseignement supérieur : **les universités deviennent peu à peu des entreprises** ! Ainsi l'établissement qui se montre le plus ambitieux rafle la mise tandis que celui dont les capacités d'accueil ne permettent pas la mise en place de projets d'envergure est pénalisé.

Il est urgent de **sortir de cette logique de compétition** qui ne correspond en rien aux valeurs et à la vocation de l'université française. Le financement en fonction de l'effectif ne doit plus laisser sa place à des appels à projet qui ne reflètent pas les besoins de l'ensemble des étudiants et contribuent même à l'inégalité des établissements, mais doit être basé sur un financement socle important et pérenne via les subventions pour charge de service public.

### Nos revendications

- Mettre en place un **système de répartition des moyens clair et transparent**, associé à un **cahier des charges de mise en place des mesures associées à la délivrance des subventions pour charge de service public**.
- **Sortir de la logique de l'appel à projet** qui renforce les grosses universités au détriment des petites et **renforcer le financement socle des universités** via les subventions pour charge de service public
- **Prise en compte du GVT** au sein du système de calcul des subventions pour charge de service public afin de **favoriser des emplois stables**.
- Mettre en place une **transparence sur le fléchage des fonds**, par la communication de la **destination initiale des financements** nationaux aux composantes

## L'ORIENTATION, OUTIL MAJEUR D'UNE MEILLEURE PROMOTION DES ÉTUDES DE SANTÉ

De nombreuses **idées reçues et préjugés affectent les lycéens** lorsque ceux-ci choisissent de s'engager dans ces études difficiles. Les **réformes** qui ont bouleversé complètement le fonctionnement de nos études ne rendent pas leur déroulement plus compréhensible aux yeux du grand public. Ce **fossé entre attentes et réalité** entraîne des **désillusions** qui, à terme, peuvent mener à un abandon du projet professionnel.

### Nos revendications

- **Renforcer l'orientation et l'accompagnement par les pairs via un financement et un soutien des tutorats.**
- **Former des conseillers d'orientation** sur les cursus de santé via des supports de formation co créés avec les fédérations d'étudiants en santé

## POUR UNE ARTICULATION LOGIQUE ET PÉRENNE ENTRE LA REES<sup>4</sup> ET LA R2C<sup>5</sup> PAR LE 1<sup>ER</sup> CYCLE DES ÉTUDES DE MÉDECINE

Les **réformes de notre cursus** menées depuis plusieurs années ont remis en jeu de nombreux aspects de notre formation sur le plan de la pédagogie et du contenu. **Seul le premier cycle reste actuellement une zone d'ombre.** Conçu pour être une fenêtre sur le monde médical, alliant découverte et apprentissage, il **doit être doté d'objectifs clairs et pertinents** à la hauteur de ses ambitions.

### Nos revendications

- Promouvoir l'**ouverture de stages cliniques en périphérie** pour favoriser la découverte des différents exercices
- **Revoir le programme national** pour permettre une **meilleure cohérence** entre les stages et les cours
- **Faire corrélérer les besoins démographiques en médecins avec les limites des capacités de formation des UFR.**

4. Réforme d'Entrée dans les Études de Santé

5. Réforme du 2<sup>ème</sup> Cycle des Études de Médecine

## Nos revendications

- Intégrer dans le programme national d'enseignement les **modes d'exercice de la médecine**, les **perspectives de carrières** et les **différentes spécialités**.
- Faire de la **simulation** (sur mannequin) et la **mise en situation** (avec des étudiants, patients simulés ou patients-experts) une **norme dans l'apprentissage de l'examen clinique**.

## POUR UNE RÉVISION PÉDAGOGIQUE DE NOS ENSEIGNEMENTS PRATIQUES ET THÉORIQUES

### Encadrement et compétences des encadrants

Pour former les médecins de demain, un **enseignement de qualité est indispensable**. Cette mission est principalement assurée par des **praticiens hospitalo-universitaires**. Actuellement, la charge de travail imposée par cette triple mission clinique-recherche-enseignement les contraint souvent à négliger ce versant, faisant de l'enseignement le parent pauvre de leur exercice. Un virage important doit être effectué pour **libérer du temps aux enseignants**, et permettre à une frange plus large et variée du corps médical d'accéder à ces fonctions. Cette activité est une **activité à part entière** et doit être reconnue comme telle, tant au niveau des compétences pédagogiques nécessaires que du temps à y consacrer.

## Nos revendications

- **Former les enseignants** ainsi que les **Chefs de Clinique Assistants (CCA)** aux **nouveaux enjeux pédagogiques**, ainsi qu'à l'exploitation de **nouvelles méthodes d'enseignement**.
- **Intégrer l'évaluation des compétences** et des **activités pédagogiques** dans le **processus de sélection** des futurs enseignants
- **Augmenter le nombre d'ingénieurs pédagogiques** au sein des facultés et les intégrer pleinement à la création des nouveaux contenus pédagogiques
- Reconnaître et développer la **recherche en pédagogie médicale**

## Interprofessionnalité

Le système de santé n'est pas une galaxie figée au centre de laquelle se trouve le médecin. Celui-ci évolue dans un **environnement complexe** où il interagit avec plusieurs acteurs dans un seul et unique but : le **bien-être du patient**. Malgré ce constat, cette **synergie avec les autres professionnels de santé** n'est apprise par l'étudiant que tardivement, par méconnaissance des différents métiers qui composent le soin ainsi que de leur articulation.

Dans la poursuite d'un **système de santé pleinement opérant et efficace**, c'est en faisant travailler l'ensemble des professionnels du monde de la santé ensemble dès les études que nous pourrons créer des équipes de soins efficaces et capables d'exploiter pleinement les connaissances de chaque corps de métiers.

Cela passe par des **enseignements**, des **simulations**, des **temps d'échanges** et enfin des **stages** avec la **participation simultanée de plusieurs filières**. L'enseignement de la médecine ne doit plus être cloisonné mais, par ce décroisonnement et cette ouverture sur les autres corps, **permettre de former des médecins entièrement conscients de leur environnement**.

### Nos revendications

- **Favorisation des divers enseignements en interprofessionnalité** avec un accent mis sur la réalisation de simulation et de **serious game**.
- **Diversification des lieux de stage en interprofessionnalité** (Ex : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles)
- Réalisation d'un **référentiel de compétences commun aux différentes formations de santé**.

## Inclusion des patients dans la formation

Depuis la **loi Kouchner en 2002**, le paternalisme médical n'a officiellement plus sa place dans la pratique de la médecine, et « **Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.** ». Le médecin doit donc pleinement prendre en compte les besoins du patient et lui fournir l'ensemble des explications nécessaires pour que celui-ci puisse prendre sa décision en connaissance de cause.

Cette relation particulière doit **se travailler dès la formation**, par l'intégration de **patients experts** et d'**associations de patients dans l'enseignement aux futurs mé-**



**decins.** Ils permettent d'**offrir un autre point de vue** à l'étudiant pendant sa formation pour qu'il assimile pleinement les différents besoins des patients.

L'inclusion des patients dans la formation, et surtout dans les enseignements de **santé humanité et société**, permettra aussi à l'étudiant de travailler son relationnel et ses capacités humaines dans un seul but, celui d'être le meilleur médecin possible pour ses patients.

### Nos revendications

- Favoriser **l'intervention des patients dans la formation sous plusieurs formats** (temps d'échanges, conférence, serious game, simulation, etc).
- Développer les **enseignements de sciences humaines et sociales** dans le cursus médical, avec une **inclusion des patients** dans la formation.

## Numérique dans la formation

Un des principaux **freins au développement de l'e-santé** relevé dans les pays européens est l'**acculturation** et le **manque de formation** des professionnels et étudiants du milieu de la santé. Actuellement, l'e-santé se déploie et bouscule l'exercice de nos professions.

DMP, MSSanté, E-prescription ou encore L'Espace Numérique en Santé, prévu pour 2022 et appuyé par la campagne OUI à la E-Santé, sont autant d'**outils dont nous devons nous saisir pour exercer nos fonctions.**

Demain, le **digital** fera office de ciment dans l'**exercice en interprofessionnalité**, et nécessitera une **harmonisation du socle de connaissances sur l'e-santé**. En plus de la mise en application de ces outils, de nouvelles technologies se développent, comme l'**intelligence artificielle**, et il est important d'y réfléchir en amont de leur déploiement qui pourra être lourd de conséquences.

Sans une formation adéquate, nous risquons d'une part une **prise en charge non optimale de nos patients** et donc une perte de chance, mais aussi des **dérives éthiques**, si nous ne réfléchissons pas à l'utilisation et au développement de ces outils.

### Nos revendications

- **Intégrer** dans la formation initiale des étudiants en santé un **module commun d'initiation au numérique en santé.**

## POUR UN VÉRITABLE AMÉNAGEMENT DE NOS ÉTUDES ET UNE ADAPTABILITÉ EN FONCTION DES CONTRAINTES DE CHACUN

La **réforme de la première année** a pour vocation de **diversifier les profils des étudiants en première année**, mais cette diversification entraîne un nécessaire aménagement des études pour des profils particuliers d'étudiants : étudiants salariés, étudiants sportifs de haut niveau, étudiants avec personne à charge, étudiants handicapés... Le **Régime Spécial d'Étude** (RSE) permet de concilier le déroulement de ses études avec des besoins spécifiques. Malheureusement, celui-ci n'est que **très peu appliqué** dans les études de médecine, et rares sont les étudiants qui en connaissent l'existence. Une plus large promotion et application de ce dispositif permettra à de nombreux étudiants de pouvoir **allier plus facilement leurs engagements extra-universitaires et leurs études**.

### Nos revendications

- **Promotion et information large** à destination des étudiants sur le **RSE**.
- **Application du RSE pour les étudiants en médecine** par les universités.
- **Promotion et valorisation** de l'**engagement étudiant** qu'il soit extra ou intra-universitaire.

## POUR UN DÉVELOPPEMENT ET UN INVESTISSEMENT DES UNIVERSITÉS SUR LES MOBILITÉS NATIONALES ET INTERNATIONALES

Les **mobilités internationales** sont des occasions précieuses pour les étudiants d'aller plus loin dans leurs études médicales. En effet, l'opportunité d'être **confronté à un système du soin différent du sien** permet de prendre du recul et de voir d'un œil différent le système français. **La santé est un enjeu international**, comme l'a montré la dernière crise sanitaire, pourtant, chaque pays l'aborde de manière différente. Sortir de son propre système de soin permet de développer un esprit critique et de **faire avancer les mentalités**. Les **contacts humains et l'apprentissage** tirés de cette expérience donnent une grille de lecture unique du monde dans lequel nous serons amenés à exercer notre futur métier. Comme l'ont montré les nombreuses discussions lors du **Colloque sur la Santé en Europe**, qui a eu lieu à la Sorbonne le 30 septembre, il est essentiel dans un monde post-Covid de **renforcer encore plus les liens entre pays européens et mondiaux**. De réunir nos forces pour avancer dans la recherche, l'innovation et la for-

mation. Ces avancées sont possibles et pour les encourager il faut sensibiliser les futurs médecins dès le début de leur cursus médical.

A travers les programmes **SCOPE** (Standing Committee on Professional Exchange) et **SCORE** (Standing Committee on Research Exchange), l'ANEMF propose aux étudiants de pouvoir effectuer un **stage clinique** ou de **recherche** d'un mois dans **plus de 110 pays**, et ce à **moindre frais** grâce au principe de bilatéralité, chaque étudiant est logé et nourri par le pays d'accueil et doit en retour accueillir un étudiant étranger dans sa ville d'origine.

Les **échanges nationaux** permettent eux aussi d'avoir une **vision plus globale** de la médecine. L'ANEMF, par la création de divers programmes tel que **InterCHU**, **InterLab** et **SEMIHO**, donne l'opportunité aux étudiants de découvrir des services difficiles d'accès dans leur ville d'origine, de découvrir des techniques innovantes pratiquées dans un centre particulier, d'élargir leur vision du monde hospitalier. Les programmes d'échanges nationaux sont également une chance pour un **choix plus actif de lieu d'internat puis d'exercice**.

Au-delà de ces programmes, le **programme ERASMUS+** mis en place depuis plusieurs années n'est pas très utilisé par les étudiants en médecine car il offre moins de possibilités de stages hospitaliers que les stages cités au-dessus.

## La connaissance de ces mobilités et leur valorisation

Il faut **améliorer les connaissances** des étudiants sur les différentes mobilités et aides disponibles. Pour ce faire, il faudrait travailler sur la **communication** autour de ces opportunités. Les universités doivent accentuer les communications et particulièrement celles dont ils sont les acteurs. Elles doivent également faciliter la communication qui viendrait d'associations s'occupant de programmes de mobilités.

L'administration doit **reconnaître la valeur de ces mobilités** et les **encourager** pour que les étudiants puissent en bénéficier pleinement. Les **nouvelles connaissances** et l'**ouverture d'esprit** qu'offrent les mobilités internationales doivent de plus être valorisées et non réfrénées. Il est dommage que **certaines facultés freinent encore le développement de mobilités, barrant d'office l'accès à un trop grand nombre d'étudiants**, sous le simple prétexte qu'elles soient gérées par des étudiants, quand elles représentent l'une des meilleures opportunités de stage à l'étranger accessible à un étudiant en médecine.

En complément des stages, la **formation à l'international** doit également être reconnue : le **programme ERASMUS +** doit être accessible à un maximum d'étudiants.

Cette reconnaissance passe par la **signature de conventions entre les universités, les facultés et les étudiants**, l'accréditation de certains programmes en rendant les **stages** ou les **formations à l'étranger validants** dans le cursus.

### Nos revendications

- **Sensibilisation des acteurs facultaires pour faciliter la mise en place de ses opportunités de stage nationaux et internationaux.**

## L'accessibilité pour tous les étudiants

La première limite à ces opportunités est la **barrière de la langue** : le temps consacré à l'**apprentissage de l'anglais** dans nos études est **plus qu'insuffisant**. Non seulement cette absence d'enseignement se fait au détriment de l'accessibilité aux opportunités internationales mais va également à l'**encontre de notre future pratique de médecins**. Pour rappel, la langue principale de publication dans les revues scientifiques est l'anglais. Encourager l'apprentissage de l'anglais aurait donc une double fonction: permettre à plus d'étudiants d'échanger avec leurs homologues internationaux mais également de se tenir au courant des avancées scientifiques.

Tous les patients rencontrés durant notre cursus, ainsi que dans notre exercice futur, ne parlent pas forcément anglais ou français. De ce constat, la **pratique de langues étrangères autres que l'anglais** doit être favorisée et valorisée. Pour se faire, des UE (Unités d'Enseignement) libres d'apprentissage de langues et de cultures étrangères devraient être proposées en accentuant la collaboration avec les autres pôles de l'université, et particulièrement ceux responsables des langues vivantes.

La **deuxième limite** que rencontrent les étudiants sont les **moyens financiers** nécessaires pour pouvoir profiter de ces opportunités. Différentes aides existent mais sont souvent trop méconnues.

### Nos revendications

- **Développer l'enseignement des langues étrangères** dans le cursus médical.
- **Développer les aides à la mobilité** à destination des étudiants via de la **communication** et des aides financières.

# POUR LA CONCRÉTISATION DU TRAVAIL SUR LA PRÉVENTION DES RPS ET LA QUALITÉ DE VIE DANS LES ÉTUDES ET LES STAGES

Réputées pour leur complexité, les **études de médecine** sont un **parcours semé d'embûches** pour tout étudiant souhaitant devenir médecin : concours d'entrée, études longues, stages à l'hôpital, vision de la mort et de la maladie, concours de l'internat, horaires de travail importants.

**Les risques psychosociaux sont omniprésents dans notre cursus<sup>6</sup>**, et conduisent à des situations dramatiques qui ne sont malheureusement pas des faits isolés : **anxiété pathologique** (75%), **épisodes dépressifs caractérisés** (25%), **arrêts d'études**, **idées suicidaires** (19%), jusqu'au **suicide** lui-même. Si ces faits sont complexes, les témoignages évoquent de nombreux **facteurs aggravants**, à commencer par les **difficultés financières**.

À cela s'ajoutent les **violences** et **maltraitements subies en stage** ou à la **faculté**. Nous observons qu'**un étudiant sur 4** a déjà été victime de **harcèlement en stage** et **23%** rapporte avoir vécu une **situation d'humiliation**. Le constat est le même pour notre **enquête Violences sexistes et sexuelles 2021<sup>7</sup>**, 39% rapportent des remarques sexistes, et 5,4% une agression sexuelle.

Ces faits sont rarement dénoncés par **peur de l'impact sur la carrière** ou les **répercussions potentielles** sur l'avenir de l'agresseur à la faculté, d'autant plus que dans **60%** des cas ces agissements sont commis par un **médecin thésé**, détenant donc un pouvoir hiérarchique sur l'étudiant.

Pour que la **Tolérance Zéro** que nous prônons devienne une réalité, les engagements du terrain, tant locaux que nationaux, doivent être à la hauteur de l'urgence et de la gravité de la situation.

## Nos revendications

- **Rendre obligatoire** une **formation pour le personnel** qui accueille des étudiants en stage, d'une part sur les **risques psychosociaux** et d'autre part sur les **violences sexistes et sexuelles**
- **Sanctionner financièrement les établissements** où les situations continuent de se produire en dépit d'avertissements. **Sanctionner les auteurs de violences et maltraitements** par des sanctions disciplinaires et par un retrait de la capacité d'encadrement.

6. Enquête Santé Mentale 2021 : ISNI / ISNAR-IMG / ANEMF

7. Enquête Violence Sexistes et Sexuelles 2021 ANEMF

## Nos revendications

- **Protéger les étudiants en fermant les terrains de stage où sont signalés les agissements illégaux**, pour éviter à l'étudiant de continuer à subir, et pour empêcher que de prochains étudiants soient de nouveau victimes des mêmes situations
- **Ouvrir des commissions sanctionnantes incluant des étudiants et des professionnels extérieurs au milieu de la santé**, afin de sortir de "l'entre soi" où des médecins jugent des médecins avec parfois des liens et un passif fort. Cela empêche souvent de prendre des sanctions à la hauteur des préjudices.

## III- EXERCICE MÉDICAL

L'exercice de la médecine ne se résume pas à une simple dichotomie **entre médecin de campagne et praticien hospitalier**. En réalité, il existe autant de modes d'exercice que de territoires ou de patients.

**La formation des médecins de demain doit être à l'image de cette diversité.** Ainsi, permettre aux professionnels de développer leurs compétences en fonction de leurs désirs et des besoins de leur exercice quotidien, de leur territoire est essentiel.

Aujourd'hui, l'heure est à l'ouverture, et représente de nombreux avantages pour le système de santé, car penser en dehors de ces cadres rigides permettra d'apporter des solutions très attendues en démographie médicale.

Mais le décloisonnement ne suffit pas.

Les étudiants sont demandeurs de **nouvelles conditions d'exercice**, afin de dépasser les difficultés qu'ont pu subir leurs aînés.

Au-delà du cadre de la clinique, les **différentes missions d'un praticien hospitalo-universitaire**, que l'on parle d'enseignement ou de recherche, nécessitent qu'on puisse leur consacrer du temps afin de les exercer correctement, ainsi que de vrais moyens.



Aujourd'hui, le constat est sans appel : **les futurs médecins ne souhaitent plus sacrifier leurs droits professionnels sur l'autel du système de santé.** Nous revendiquons le temps de prendre soin de nos patients, le temps de nous épanouir dans notre pratique, afin de ne pas finir usés avant l'âge, et de pouvoir soigner dans des conditions décentes, jusqu'à la fin de notre carrière.

Offrons à l'exercice médical la rénovation qu'il mérite !

## POUR UNE PROMOTION EFFICACE DES DIFFÉRENTS LIEUX ET MODES D'EXERCICE

Malgré une forte demande de la population et les solutions qui se mettent en place depuis plusieurs années, **l'accessibilité moyenne des professionnels de santé libéraux** ne recommencera à augmenter qu'en **2025**, du fait du départ à la retraite massif des médecins formés dans les années 1970, avant la mise en place du numerus clausus.

Les problématiques d'accès aux soins sont complexes et profondément ancrées dans notre système de santé.

Face à ces difficultés, de nombreuses solutions ont été recherchées. Ces dernières années, le **débat autour de la liberté d'installation** est, plus que jamais, devenu un débat de société.

Face aux **propositions coercitives** qui ont pu être faites sous ce quinquennat, les étudiants en médecine se sont systématiquement mobilisés afin de rappeler leur opposition à ces mesures.

En effet, de nombreux **points de vigilance** peuvent être soulevés concernant la mise en place de solutions coercitives :

- Engendrement d'un **turn over des professionnels de santé sur le territoire**, donc **mise en péril de la continuité des soins** pour le patient, du fait du départ des praticiens à la fin de leurs années d'obligation de service au sein de zones sous-denses.
- Création d'une **médecine à deux vitesses**, due au **non conventionnement** choisi par certains jeunes diplômés afin d'échapper à une installation en zones sous-denses à laquelle ils seraient contraints par une politique de conventionnement sélectif.
- **Déévaluation de la médecine libérale.**
- Inefficacité de la solution coercitive en elle-même, du fait de la **pénurie généralisée de médecins.**



Par quels moyens peut-on donner envie à un jeune médecin d'aller s'installer dans un territoire ? La réponse des étudiants est triple : **favoriser la découverte des modes d'exercice et territoires, accompagner l'installation des jeunes médecins** et **réno-**  
**ver l'offre de soins.**

## Favoriser la découverte des modes d'exercice & territoires

Si on a le loisir de **pouvoir découvrir le territoire pendant ses études**, on a plus de chances de s'y installer plus tard. Mais cette possibilité de stage dans tous les territoires est soumise à plusieurs éléments. En amont de l'**ouverture d'un nouveau terrain de stage**, il faut songer à l'**encadrement**, pour que celui-ci soit vraiment formateur. Ensuite, il faut veiller à ce que ces stages soient **accessibles à tous**, et à ce que les étudiants les plus précaires ne soient pas contraints d'y renoncer, faute de transports ou d'hébergement, nécessitant d'engager une partie de leurs ressources.

### Nos revendications

- Inciter les universités à **proposer des stages en périphérie** pour découvrir les territoires.
- **Revaloriser les aides au transport et au logement** afin de permettre à tous les étudiants d'avoir accès à ces terrains de stage
- Augmenter le **nombre de Maîtres de stage universitaires** (cf. "Formation Pratique").
- Développer les **Hébergements Territoriaux des Etudiants en santé** (HTES) afin de permettre aux étudiants de se loger lorsqu'ils sont en stage dans ces territoires.
  - "Les **HTES** sont des **lieux de vie intergénérationnels** partagés entre étudiants en santé de différentes filières, favorisant le compagnonnage et l'ancrage sur un territoire d'exercice professionnel. Ils se définissent pour **tout terrain de stage situé à plus de 30 minutes de la faculté de rattachement**."
- Développer l'**approche territoriale du soin** en sensibilisant dès le premier cycle à la notion de **responsabilité sociale** afin de faciliter l'appropriation des problématiques locales une fois installé.

## Favoriser l'installation

Accompagner une installation sur un territoire, c'est aussi **accompagner un projet de vie**. Bien souvent, un **désert médical** est aussi un **désert public** : manque de services publics, manque de commerces, manque de possibilités d'emploi pour le conjoint... A ces différents facteurs s'ajoute la  **Crainte d'isolement** ressentie par certains futurs médecins. Dans le contexte du troisième cycle des études médicales, les **collectivités territoriales ont un rôle majeur à jouer**, afin d'accompagner les étudiants dans l'inscription de leur projet professionnel sur le territoire.

### Nos revendications

- Ré-ouvrir la signature d'un **Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) pour les étudiants du premier cycle des études médicales** (jusqu'à la fin de la 3<sup>e</sup> année de médecine) afin de permettre aux étudiants ayant un projet professionnel précis de bénéficier des aides dont ils ont besoin pour le mener à bien
- **Accompagner** jusqu'à leur concrétisation effective **l'installation des jeunes médecins en milieu libéral** par l'intermédiaire d'un seul interlocuteur bien défini, sous forme de guichet unique
- Développer des **mesures de redensification territoriale** en matière d'offre de soin, et dans le même temps, mener une politique identique sur le reste des services publics nécessaires à une installation pérenne.

## Rénover l'offre de soins

L'ampleur du problème mérite que l'on s'intéresse à une **rénovation plus générale du système de santé**. L'un des leviers concernant les difficultés d'accès aux soins est la libération de temps médical. Alors que le **fonctionnement en interpro** est plébiscité et que les pratiques avancées tendent à se développer, il semble intéressant d'explorer ces pistes. Enfin, le **développement des nouvelles technologies** et de la **télé médecine** offrent de plus en plus de réponses novatrices à certaines problématiques.

### Nos revendications

- Favoriser l'**exercice coordonné** entre professionnels de santé, en facilitant la création de **Maisons de santé Pluriprofessionnelles**, de **Collectivités Territoriales de Santé** ou de **centres de santé**, qui représentent aujourd'hui des charges administratives conséquentes.
- Soutenir le **développement des lieux de téléconsultation**

# POUR UNE RÉFORME PROFONDE DU SYSTÈME HOSPITALO-UNIVERSITAIRE ET DE SON ATTRACTIVITÉ

Créés en **1958** en même temps que les CHU, les **praticiens hospitalo-universitaires** sont des professionnels assurant une **triple mission** : **soigner, enseigner, faire de la recherche**. C'est de la volonté de créer des centres d'excellence où exercerait un personnel qualifié dont est issue la fusion de ces 3 domaines à l'origine très différents.

En 2021, qu'en est-il de ce navire amiral du système de santé français ?

Les premières critiques sont bien antérieures à la crise du COVID. Nombreux sont les praticiens qui se plaignent de **difficultés croissantes à assurer ces missions**, d'une pression de performance dévorante, alors même que le navire doit poursuivre sa route avec une restriction croissante des moyens.

Alors que les besoins en enseignants et en chercheurs sont importants, de **nombreux postes restent vacants**. Les raisons de ce **manque d'attractivité** sont multiples : une charge de travail faramineuse induisant de nombreuses heures supplémentaires, un exercice isolé et parfois incompris par les collègues non hospitalo-universitaires, des conditions de recrutement méconnues, des leviers d'accès aux grades supérieurs souvent confidentiels...

**La fonction hospitalo-universitaire est en crise.**

Une **refonte urgente** doit être menée pour répondre aux enjeux d'aujourd'hui et de demain.

## Nos revendications

- Revoir en profondeur le **système de point SIGAPS** pour rendre la **recherche plus attractive**.
- Valoriser les **compétences de pédagogie** et de **recherche** dans le choix des futurs hospitalo-universitaires.
- **Sanctuariser le temps nécessaire à la réalisation des 3 missions du HU** : soigner, enseigner, faire de la recherche.
- Assurer une **répartition homogène des professionnels HU** en accord avec les besoins des territoires.

# IV- SYSTÈME DE SANTÉ

Selon la **définition de l'OMS**, le **système de santé est constitué de l'ensemble des ressources, acteurs et institutions qui contribuent principalement à améliorer ou maintenir la santé, en fournissant, régulant ou finançant des activités en services.**

Pendant des années, le système Français a été vanté comme étant le meilleur système de santé au monde. Pourtant, la **confiance des français** envers lui s'est progressivement **érodée**. De nombreuses années de gestion néo-libérale et de gouvernance bureaucratique ont imprimé des méthodes largement critiquées avant, mais surtout après la **crise COVID**. Aujourd'hui, des évolutions sont indispensables.

Si les mesures issues du **Ségur de la Santé** constituent un premier pas, elles ne sont pourtant pas suffisantes. Pour une médecine plus proche des territoires et de ceux qui les font, une reconquête de cette gouvernance tant par les soignants que par les patients, ainsi qu'une construction de liens entre ville et hôpital, est nécessaire.

## POUR UNE RÉVISION DES PARADIGMES DE GOUVERNANCE ET DE POLITIQUE ÉCONOMIQUE DE L'HÔPITAL

La **politique économique hospitalière**, décrite depuis plus d'un an par de nombreux mouvements sociaux, a aujourd'hui **montré ses limites**. Le début de la crise sanitaire qui ébranle encore aujourd'hui notre pays a mis en avant des **problèmes importants d'organisation des établissements de santé**, que ce soit sur le plan de la gestion du personnel, du matériel, ou plus généralement de la gouvernance.

Alors même que **ce sont les soignants qui font l'hôpital**, au quotidien, ils se retrouvent contraints par des **décisions prises par des gestionnaires**, trop souvent déconnectés de la réalité de la pratique, menant à un manque d'anticipation qui a frappé de plein fouet les hôpitaux pendant la crise du COVID.

Le **manque de lits**, le **manque de protections**, le **manque de ressources humaines** a conduit à l'incapacité de prendre en charge l'ensemble des patients atteints du COVID-19, mais surtout d'autres pathologies chroniques ou aiguës.

Aux yeux de nombreux usagers et soignants, l'hôpital a aujourd'hui pris les traits d'un **service public en plein effritement** face à la **poursuite effrénée de rentabilité**.

Un des éléments de proue de cette politique est la **tarification à l'activité, ou T2A**.

Mise en place en **2004** afin d'**optimiser les dépenses de l'hôpital** et de laisser de la marge pour les variations d'activité des établissements, elle a tôt fait de montrer ses failles : course au nombre d'actes, lourdeur administrative, valorisation de certains actes mieux rémunérés, plus techniques que d'autres... En **2014**, le ministère constatait ainsi une **augmentation du nombre de séjours en chirurgie à l'hôpital public**.

Pourtant, l'hôpital ne peut pas se concentrer autour des cas cliniques les plus "rémunérateurs", au risque de faillir à sa mission de service public. Ainsi, malgré elle, la **T2A entre en défaveur de populations** pourtant précaires en termes de soins : celles nécessitant des **soins psychiatriques**, les **malades chroniques** ou encore les **personnes âgées**.

Pour compléter ces financements, l'Etat verse des **dotations de financement pour missions d'intérêt général**, qui tendent pourtant à se réduire d'années en années, malgré un besoin de plus en plus criant de ressources financières et humaines.

Les dernières années ont vu se développer une **série de plans d'urgences**, ou de projets de loi finance rectificatifs, venant allouer des fonds supplémentaires aux établissements de santé.

La poursuite effrénée de rentabilité est l'épée de Damoclès d'un système de santé à propos duquel soignants et patients doivent avoir leur mot à dire.

La **réorganisation de la gouvernance de l'hôpital** en ces temps de crise s'est presque faite naturellement, **laissant la main aux membres du personnel médical et paramédical compétents**, que ce soit au niveau de l'organisation des services, de la gestion du matériel de protection sanitaire par les équipes d'hygiène, de la coordination des parcours de soins entre établissements...

L'organisation des établissements de santé doit donc être renouvelée et vue au travers d'une **gouvernance interprofessionnelle et multi-générationnelle** incluant les étudiants et en partenariat avec les usagers du système de santé.

Une **nouvelle définition du financement des établissements**, de la **gestion des ressources humaines** et de la **place des patients dans le système de soin** est nécessaire. Le tout T2A doit être aboli pour être remplacé par une tarification valorisant les prises en charge des différents services et la coordination des soins. Les ressources humaines des services doivent être définies en concertation avec les équipes de soins représentées par le chef de service et le cadre de santé. Les patients doivent occuper la place centrale des réflexions de la gouvernance hospitalière.

A l'avenir, le **soin devra être remis au cœur de l'hôpital**, afin d'assainir un système de santé à bout de souffle et de reconquérir la confiance de ses usagers et professionnels.

### Nos revendications

#### → **Autodétermination des médecins**

- Assouplir drastiquement le processus de mise en place de nouvelles cotations **CCAM** (classification commune des actes médicaux) afin de **promouvoir l'innovation** et le **développement** d'une **offre de soin adaptée à son temps**.

#### → **Médecins à l'initiative de projets**

- Augmenter le **Fond d'Intervention Régional** afin de soutenir les professionnels de santé dans leurs actions territoriales personnalisées et promouvoir l'innovation des pratiques adaptées
- Mise en place un **guichet d'accompagnement et de soutien au développement** de ces projets à l'ARS afin de faciliter l'engagement d'intérêt général pour les médecins hospitaliers et libéraux

#### → **Remettre le bien-être, la vie et le patient au cœur du système**

- Régionaliser les **objectifs de santé publique** et **refondre la politique de prévention** pour opérer la transition vers un système de prise en charge globale de la santé de l'individu
- **Accompagner le développement** et **soutenir les associations de prévention et de promotion de la santé**, notamment les initiatives étudiantes.

#### → **Repenser la gouvernance et redonner du pouvoir aux acteurs**

- **Réformer les démocraties sanitaires** en les rendant plus opérantes, plus **indépendantes**, plus **exhaustive**, via notamment **l'intégration des étudiants**, et la systématisation de leurs présences dans les instances sanitaires publiques

# POUR UNE MEILLEURE COORDINATION ENTRE LES SOINS DE VILLE ET LES SOINS À L'HÔPITAL

Au sein de la chaîne du soin, le **médecin généraliste** joue un rôle de premier recours et d'orientation du patient dans le parcours de soin. Celui-ci est donc un **élément central de notre système de soins** et un carrefour entre tous les acteurs de santé pour orienter le patient en fonction de ses besoins. Mais il n'est qu'un maillon dans l'immense chaîne qu'est notre système de santé avec comme composante majeure, l'hôpital public.

Pour qu'il puisse **s'intégrer** pleinement à son écosystème, il doit **s'insérer dans des réseaux performants de soins avec l'ensemble des acteurs du territoire**. Il doit aussi améliorer son **attractivité** en permettant à ses médecins de s'ouvrir à d'autres missions sans que cela soit pénalisant financièrement pour eux.

**C'est par une ouverture et une coordination efficace que notre système de santé sortira par le haut de cette crise.**

## Nos revendications

### → L'hôpital un service public

- **Faciliter les missions extérieures des praticiens hospitaliers sur les territoires** (associations, humanitaire, service public, etc)

### → Tisser davantage de liens entre tous

- Transformer les **Groupements Hospitaliers Territoriaux** (GHT) en **réseaux territoriaux de soins** afin de leur permettre de prendre en charge le lien entre les professionnels ambulatoires et les établissements hospitaliers

### → Attractivité des CH non universitaires :

- La mise en place de **missions temporaires** pour les **praticiens hospitaliers** de ces centres hospitaliers valorisées par des **primes financières** portant sur le management, l'enseignement à l'hôpital et non à la faculté et la participation à des protocoles de recherche



# V- SOCIÉTÉ

Historiquement, le **médecin** détient un **rôle social clef**, au service de l'individu et de la santé publique. Ainsi, sa pratique s'inscrit dans une société précise aux enjeux de laquelle il doit être sensibilisé, afin de garantir la qualité de la relation médecin-malade et l'efficacité de son action.

**L'attitude universaliste prônée par la déontologie médicale** requiert une **tolérance** qui ne peut s'acquérir que par une **maîtrise des enjeux éthiques et sociétaux** de son époque. Afin de permettre aux étudiants d'aboutir à la posture adéquate, il est nécessaire de laisser une large place aux **sciences humaines dans sa formation**, et ce dès les premières années.

C'est en se considérant comme des **maillons de la société d'aujourd'hui** que les étudiants deviendront des médecins capables de relever les défis imposés par leur future profession.

**Le XXI<sup>e</sup> siècle s'annonce fort en bouleversements.** En tant qu'étudiants, mais aussi en tant que futurs professionnels de santé, nous avons toute notre place dans la sensibilisation de la population générale à ces thématiques.

La **prévention** est un de ces défis majeurs dont la responsabilité nous incombe, et que nous découvrons tôt dans nos études au travers du **service sanitaire**, à l'occasion duquel nous sommes amenés à effectuer des interventions auprès d'un public varié. A partir de nos **expériences personnelles** ainsi que de notre **contact avec diverses populations** dans le cadre de nos études, certaines réflexions ont pu être menées concernant l'éducation à la santé.

Ces prochaines années, un **réengagement des services publics** dans des missions d'éducation, de prévention, et d'information adaptée à la population sera nécessaire.

La **crise sanitaire** que nous vivons nous a une fois de plus montré la **nécessité d'une coopération de l'ensemble des acteurs** et de leur **coordination** dans le cadre de la prévention et promotion de la santé. Collectivités territoriales, acteurs de l'éducation nationale, professionnels de monde de la santé, du médico-social et du social, toutes ces composantes ont été impliquées à leur échelle. Leur communication doit être favorisée par les ARS dont les moyens doivent être revus à la hausse afin de garantir leurs missions de santé publique sur les territoires régionaux.

Le champ de **l'éducation à la santé** doit donc prendre une réelle dimension dans nos stratégies politiques de santé. Une éducation tout d'abord sur le **système de santé**, sur nos **droits individuels en matière de santé**, mais aussi sur l'ensemble des **comportements et attitudes** permettant la préservation de notre capital de santé individuel et collectif.

**C'est en agissant conjointement sur ces différents points que nous pouvons espérer une amélioration dans les domaines comme la réduction des déterminants de santé et des inégalités sociales et territoriales de santé.**

## POUR UNE MÉDECINE DE PRÉVENTION

### Antibiotiques

Découverts en 1928, les antibiotiques se sont imposés comme un grand classique de la thérapeutique moderne tout au long du XXe siècle.

S'ils ont permis des **progrès considérables dans la lutte contre les infections bactériennes**, leur **utilisation abusive**, que ce soit dans le domaine de la thérapeutique ou de l'agriculture, a abouti à une **sélection de souches bactériennes** de plus en plus résistantes à ces thérapies.

Loin de ne concerner que l'Homme, cette problématique possède également des répercussions sur les **animaux** et **l'environnement**. Actuellement, à l'échelle française, **l'antibiorésistance** est la cause de **5 543 décès par an** chez des patients atteints d'infections à bactéries résistantes.

Si certaines campagnes d'envergure ont permis de **diminuer leur usage abusif**, si de nouvelles lois permettent de **dispenser la quantité exacte de médicament** et donc de limiter le risque de mésusage, on estime cependant qu'en 2050, sans actions efficaces dans les prochaines années, la **résistance antimicrobienne pourrait causer 10 millions de décès par an dans le monde**, soit un décès toutes les trois secondes<sup>8</sup>.

A l'instar des infections au début du siècle dernier, l'antibiorésistance sera l'une des principales menaces/défis majeurs de ce siècle en termes de santé publique.

### Nos revendications

→ **Renforcer la formation des professionnels de santé à l'antibiorésistance**

8. Health Care Without Harm

## Nos revendications

- Renforcer la **connaissance de la population générale** sur les antibiotiques et leur **impact** par le biais de **campagnes de communication nationales** (campagnes de communication du grand public, à l'utilisation des antibiotiques, aux enjeux de l'antibiorésistance, au mésusage des thérapeutiques en général et au devenir des médicaments, outils pour les prescripteurs et les distributeurs) et **locales** (pour rappeler les règles élémentaires d'hygiène dans les écoles, les collectivités, sensibilisation au sujet.)
- **Renforcer les exigences** en matière de **rejet, d'assainissement** et de **traitement des eaux usées** afin de diminuer le rejet de bactéries résistantes et d'antibiotiques dans l'environnement
- **Créer, financer et implanter un Plan d'Action National en accord avec le Global Action Plan de L'OMS**
- **Encourager et supporter la recherche** dans le but de développer de **nouveaux vaccins, traitements antimicrobiens**, etc. mais aussi dans le but de **comprendre la transmission de l'antibiorésistance dans les divers compartiments de notre biotope**
- Faciliter la mise sur le marché et l'**accès aux produits innovants dans le domaine des infections bactériennes**
- **Classer les bactéries multi-résistantes** et leurs **gènes de résistance** comme des **polluants dangereux pour l'environnement et la santé humaine**, comme cela se fait pour certains métaux lourds ou d'autres substances chimiques toxiques

## Vaccination

Selon une étude de 2016 réalisée dans 67 pays, **les Français sont ceux qui doutent le plus de l'efficacité des vaccins** : 41% d'entre eux considèrent en effet qu'ils ne sont pas sûrs<sup>9</sup>.

Le **vaccinoscepticisme** est un sujet épineux où se mêlent **liberté individuelle**, questions **sociologiques** et **identitaires**.

Alors que les vaccins "historiques" bénéficient d'une certaine acceptation de la population générale, les **nouveaux vaccins subissent défiance et rejet**, comme l'exemple très récent des vaccins contre la COVID.

9. The state of Vaccine Confidence 2016, EBioMedicine

Avec la circulation de l'information, les **théories anti-vaccins mutent en temps réel**, se nourrissent du moindre événement indésirable pouvant appuyer les **croiances** selon lesquelles ils causeraient des **effets indésirables encore inconnus**, potentiellement mortels, à la personne inoculée, mais occultés du fait de connivences entre milieu médical et industrie pharmaceutique.

**Face à la résurgence de discours prônant l'immunité naturelle au détriment du progrès scientifique, il est urgent de renforcer l'éducation et l'information du public.**

### Nos revendications

- Favoriser l'éducation à la vaccination, dès le plus jeune âge
- Relancer les campagnes de communication sur la promotion de la vaccination

## Sport sur Ordonnance

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) identifie l'**inactivité physique comme le 4<sup>ème</sup> facteur de mortalité au niveau mondial.**

Le **sport santé** est une **promotion de la santé et du bien-être** à travers une activité physique et sportive pratiquée de façon régulière.

Mais **l'activité physique n'est pas que préventive**, elle a une place à part entière **pendant et après la maladie**. Ainsi, le **sport sur ordonnance** vise à améliorer l'état de santé du patient ou à limiter son aggravation, mais aussi à réduire les risques de récurrence pour les personnes souffrant de certaines maladies comme le cancer.

Depuis 2017 et la sortie du décret sport sur ordonnance, de belles perspectives ont été entrevues. Mais aujourd'hui, des difficultés persistent. Si de nombreuses actions sont développées, elles restent cependant méconnues, et réalisées de manière isolée. En résulte une offre de soins hétérogène et confidentielle qui entrave l'efficacité des différents dispositifs.

### Nos revendications

- Élargir la **promotion du sport** comme **moyen de prévention à toute personne**, malade ou non, jeune ou non etc
- **Ne pas négliger l'importance du sport à l'école** pour ancrer des comportements promoteurs de santé de manière durable

## Nos revendications

- **Ouvrir la prescription de sport à d'autres spécialistes que les médecins généralistes**
- **Développer le parcours de soin avec les différents acteurs du sport santé** : médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, enseignants APA, coach spécialisés...
- **Elargir** le dispositif du sport sur ordonnance à **toutes les ALD**
- Instaurer un **taux de prise en charge des prescriptions par la CPAM** afin d'inciter les patients à utiliser les bienfaits du sport comme traitement
- Favoriser l'**éducation sur les effets bénéfiques du sport sur notre organisme**, et ce, dès le plus jeune âge, et d'autant plus dans les études de santé

## POUR UNE MÉDECINE AU COEUR DES ENJEUX DE SOCIÉTÉ

### Sexualité

Dans une société où l'**accès à internet et à l'information est de plus en plus facile**, nous donnons-nous les moyens pour éduquer notre jeunesse avant qu'elle ne se soit elle-même informée par des voies alternatives et parfois erronées ?

Aujourd'hui la moyenne d'âge du visionnage de la première vidéo pornographique est 11 ans, c'est-à-dire à l'arrivée au collège, alors que les **premiers cours d'éducation à la sexualité** arrivent majoritairement en **deuxième moitié de collège**.

Pour que les thématiques importantes telles que l'**égalité femme/homme**, les **relations sexuelles**, la **contraception**, le **consentement**, le **respect du ou des partenaires**, et le **respect des différentes sexualités** soit acquises dès le plus jeunes âge permettant une vie et une évolution dans notre société plus sereine pour les jeunes générations, il faut qu'une **prévention efficace** soit effectuée et que des moyens y soit dédiés.

En France, c'est la **loi Aubry du 4 juillet 2001** qui rend obligatoire 3 séances annuelles d'éducation à la sexualité de la primaire jusqu'au lycée, qui permet la mise en place de l'éducation à la sexualité. Malheureusement, les établissements respectant cette loi font acte d'exception.

L'objectif de cette **prévention primaire** est bien supérieur à la déstigmatisation de la sexualité. Elle permettra de **réduire les dépenses publiques** liées aux soins des IST, ou au IVG, la régression de la culture du viol, la diminution des violences conjugales et des violences sexistes et sexuelles, l'acceptation d'autrui et de soi-même, la tolérance, et bien d'autres bénéfices.

### Nos revendications

- **Respecter la loi Aubry** en terme de nombres de séances annuelles d'éducation à la sexualité
- **Financer les interventions auprès des élèves.**

## Formation à la prise en charge des personnes vulnérables

Certains étudiants en médecine ont la possibilité depuis peu d'**effectuer un stage de sensibilisation au handicap**. Ce stage, effectué en **2<sup>ème</sup> année** des études de médecine, avant même l'acquisition des réflexes médicaux, permet de garantir un **stage centré sur l'humain et non la santé**. Les étudiants sont au contact direct de personnes en situation de handicap, non pas pour les prendre en charge dans un parcours de soin mais pour tenter de les comprendre, de diminuer l'anxiété d'une part des étudiants qu'ils peuvent avoir à prendre en charge de ces patients au profil particulier mais d'autre part pour ré-ouvrir le dialogue avec ces personnes qui peuvent par moment être exclue du parcours de soin.

Les étudiants doivent durant cette semaine **participer à la vie quotidienne des personnes qu'ils accompagnent**, que ce soit via des jeux, l'accompagnement lors de la toilette, le repas... Ils sont accompagnés entre autres par des **assistants sociaux** et des **éducateurs spécialisés**. A la fin du stage les étudiants en ressortent véritablement grandis sur le plan humain. Les accompagnants aussi témoignent que l'expérience est très enrichissante pour eux comme pour les personnes en situation de handicap. C'est une expérience qui n'est toujours pas répandue sur l'ensemble du territoire.

Nous avons également pu observer une **explosion du nombre de violence intrafamiliales**. Comme tout citoyen, les étudiants ont pu pendant le confinement entendre des querelles familiales à travers leur mur. Au-delà de ça, les étudiants qui étaient aussi en **première ligne du soin**, ont dû **prendre en charge ces patients avec des contextes familiaux particuliers**. Très souvent, il est demandé aux étudiants, dans le cadre de leur formation, de faire une première consultation avant de revenir avec un supérieur pour la confirmation du diagnostic. Mais comment prendre en charge convenablement lorsque l'on craint de mal faire, de ne pas avoir les bons mots ou bien même lorsqu'on ne connaît pas la démarche à suivre pour rassurer des patients ou des enfants apeurés des violences qu'ils ont pu subir. Nous savons qu'il est **important d'avoir les bons mots** et les **bonnes**



**réactions** pour éviter les contre réactions de certains patients. Il est nécessaire d'apporter une **véritable formation à ces étudiants** afin de **garantir la meilleure prise en charge possible pour ces personnes déjà terriblement traumatisées.**

### Nos revendications

- **Favoriser les stages et les sensibilisations dans les milieux médico-sociaux, de soins et aides à domicile**
- **Formation sur la prise en charge des patients victimes de violences de l'ensemble des professionnels concernés**

## **Migrants**

La migration n'est pas un sujet récent, pourtant encore, ces **populations vulnérables** (migrants, réfugiés et demandeurs d'asiles) se voient **privées de leurs droits humains fondamentalement liés aux lois et droits internationaux.**

Ces personnes sont confrontées en permanence aux **difficultés**, que cela soit dans leur **pays d'origine** (guerres, persécutions pour des causes politiques, ethniques, religieuses ou sociales), ou lors de leurs **voyages** (conditions de vie, coût très élevé, accès à la santé difficile, violences armées, ...) ou bien encore lors de **l'arrivée dans un nouveau territoire** (processus administratif long, à la barrière de la langue, pauvreté, chômage ou xénophobie). Pourtant que cela soit la **Déclaration Universelle des Droits de l'Homme** (1948) de **l'ONU**, la **Convention relative au statut des réfugiés** (1951)<sup>10</sup> et encore son complément, le **Protocole relatif au statut des réfugiés** (1967), tous informent quant aux modalités de protection de ces populations. Bien que de nombreux pays dont la France soient signataires et s'engagent à respecter ces droits, en réalité, ces droits fondamentaux sont encore hélas, trop souvent bafoués.

La **question de la crise migratoire**, certes, est un sujet à la fois **politique, économique, social, de santé publique**, mais il ne faut pas oublier **l'Humain** qui se cache derrière, le nombre de personnes qu'englobe cette thématique et les conséquences directes qu'elles subissent. Leur place et leur impact est indéniable dans la société mais aussi dans le monde médical. Pourtant, le système (administratif, l'accès aux logements, au travail, à la santé, aux différents services, ...) et la prise en compte de cette thématique dans notre cursus médical restent bien trop peu adaptés.

À la suite de ces constats, une réflexion commune avec les étudiants en médecine a permis à l'ANEMF d'adopter lors des Journées Étudiantes de Printemps 2020, la **Contribution «Crise Migratoire et Santé»<sup>11</sup>** afin de **devenir acteur d'une médecine plus globale, plus juste et plus humaine.** Cette contribution, dans un objectif de défense et de promotion de la nécessité du respect individuel et collectif des textes mondiaux et d'une **meil-**

10. <https://www.unhcr.org/fr/4b14f4a62>



leure formation/ sensibilisation de la population et des professionnels de Santé et étudiants en médecine sur cette thématique, incite à une **réflexion globale** où chacun et chacune d'entre nous (du local au national) avons un rôle à jouer.

### Nos revendications

- Encourager les différentes organisations de santé en relation avec les populations migrantes, réfugiées et demandeuses d'asile, comme le **PASS<sup>11</sup>**, à **renforcer la mise en place de professionnels de santé référents pour un patient donné** et la **présence de traducteurs** et d'**outils de traduction**.
- Valoriser la **psychologie et psychiatrie** dans les **différentes structures d'aides et de soins** pour les populations migrantes, réfugiées et demandeurs d'asile.
- Réaliser régulièrement des **rapports sur la santé des populations vulnérables**, dont les personnes migrantes, réfugiées et demandeuses d'asiles, dans le **respect des principes éthiques et de la dignité humaine**.
- **Réformer le système administratif** concernant l'accueil des populations migrantes et repenser l'allocation pour les demandeurs d'asile

## POUR UNE MÉDECINE BASÉE SUR LA SCIENCE

### Esprit critique

La médecine moderne est basée sur **Evidence Based Medecine**, en tant que médecine basée sur les preuves elle exige que le soin soit guidé par les démonstrations d'efficacité faites de l'état actuel des sciences. Hors, **l'accès à l'information scientifique et sa compréhension n'est pas inné**, et est rendu de plus en plus difficile par le flot d'articles publiés et **l'émergence des fakes news**. La crise sanitaire a été un exemple parmi tant d'autres de désinformation et de manque de formation de l'ensemble de la population aux outils de l'esprit critique pour savoir correctement s'informer.

La **formation à l'esprit critique** ne doit pas seulement être cantonnée au monde de la recherche mais **diffusée à l'ensemble de la population** et **son apprentissage doit commencer tôt**. Ce n'est que comme ça que les fausses informations, qui en santé cassent la relation soignant/soigné et coûtent des vies humaines, pourront être minimisées.

---

11. PASS : Permanence d'Accès aux Structures de Soins

## Nos revendications

- Développement des formations à l'esprit critique (et au croisement d'informations) au sein des établissements
- Développement des formations à la recherche d'information fiable
- Développement de formations sur la promotion pharmaceutique
- Intensifier la lutte contre les fake news, campagne de désinformation
- Légifération sur les algorithmes de recherche et de recommandation.

## POUR UNE COOPÉRATION SANS FAILLES DES ACTEURS DE LA RECHERCHE

La **place de la recherche française** dans la comparaison internationale est aujourd'hui **fragilisée**<sup>12</sup>, ce qui engage une réflexion sur **l'augmentation de la compétitivité de la France au niveau international**, qui passe en premier lieu par une coopération sans faille des acteurs impliqués dans la recherche.

La **recherche biomédicale française dépend d'une multitude d'acteurs** que ce soit au niveau national avec la gouvernance à la fois par le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation et par le ministère de la santé et des solidarités. A cela s'ajoutent des institutions nationales spécialisées comme l'INSERM (Institut National de la santé et de la recherche médicale), le CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique), l'Agence nationale de la recherche et d'autres. Localement, la recherche peut également avoir lieu dans des environnements aussi divers que les Centre hospitalo-universitaires, les Instituts Hospitalo-Universitaires, les Instituts de recherche privés, publics, mixtes. **Cette démultiplication des acteurs décisionnaires déconcentre les moyens d'actions et inhibe une coopération efficace avec une stratégie nationale de recherche claire et ciblée.** Il est donc nécessaire de créer une gouvernance centralisée de la recherche biomédicale française pour permettre une meilleure réponse aux défis actuels.

---

12. La France était au 5e rang en termes de publications à fort impact en biologie fondamentale et au 8e en termes de publications médicales en 2018 (source: Rapport de la cour des comptes 2018), ayant été récemment doublée par les Pays-Bas et la Chine.

En particulier la France est en retard dans le **développement d'une recherche translationnelle**, recherche caractérisée par le décloisonnement de la recherche fondamentale et clinique pour une meilleure coopération des acteurs. La création des **IHU** en 2010 a été un premier pas dans cette direction mais il est aujourd'hui nécessaire d'élargir cette pensée à l'ensemble des acteurs de la recherche en santé, en particulier dans les CHU avec la création des équipes universitaires par exemple.

La **recherche biomédicale** est aujourd'hui **limitée par des barrières d'accès** que ce soit au niveau des **carrières**, comme au niveau des **résultats**. Il semble donc nécessaire de **sécuriser les voies d'accès aux carrières de recherche**, que ce soit dans le cadre d'une carrière hospitalo-universitaire, ou dans le cadre d'une recherche scientifique fondamentale. Les deux voies exigent une **précarisation importante des jeunes chercheurs dans leur construction professionnelle** que ce soit dans le statut de post-doctorant dans le monde de la recherche, ou dans le monde hospitalier avec le statut de chef de clinique assistant ou la création récente du statut de docteur junior. Une titularisation plus précoce et plus importante en France permettrait d'autre part d'attirer et conserver les jeunes talents dans l'hexagone.

Un accès plus important à la recherche passe également par un **libre accès aux résultats récents** de celle-ci. Actuellement, le système de publication de la recherche implique des frais de publication importants pour lecteurs et auteurs, à l'encontre même des principes de la recherche au bénéfice de tous pour l'avancée de la connaissance globale. Il est donc absolument nécessaire de réformer ce système de publication.

Les **contraintes financières importantes** liées à la publication ainsi que la pression à la publication exercée en particulier dans les CHU incitent les chercheurs à diffuser au plus vite et au plus grand nombre des résultats parfois sur-interprétés, voire faux. **Une réforme de ce système favoriserait la publication des résultats de recherche négatifs, tout aussi importants pour la validation d'hypothèses et l'avancée collective des connaissances**, ainsi que les études de vérification des résultats et expériences.

Finalement, la recherche souvent limitée à la **recherche clinique** réalisée en CHU est au contraire un ensemble bien plus vaste de pratiques médicales scientifiques comme humaines. En particulier, la **recherche en libéral** et dans le cadre d'une pratique de médecine générale doit être renforcée. **L'ANEMF s'engage donc pour faciliter la libération de temps dédié à la recherche pour tous les médecins qui le souhaitent, hospitaliers comme libéraux ainsi que la mise en place de recherche en médecine générale par la création de plus de postes de CCA-MG.**

### Nos revendications

- Permettre une **diffusion des connaissances par l'accès libre** à l'ensemble de la communauté médicale des revues scientifiques et de la littérature scientifique via **l'open data** et **l'open access**

## Nos revendications

- **Favoriser la médecine translationnelle**
- **Développer les coopérations internationales** via les universités européennes et les stages de recherche ou de pratique à l'étranger
- **Développer la recherche extra CHU** avec la recherche en ambulatoire et la coopération entre la recherche médicale et non médicale

## POUR UNE MÉDECINE ÉTHIQUE ET INDÉPENDANTE

### Indépendance

En tant qu'acteurs du monde de la santé, et futurs prescripteurs, nous sommes et seront les **cibles du marketing de l'industrie pharmaceutique**.

L'**affaire du Mediator** en est un bon exemple : les conflits d'intérêts ont déjà donné lieu à des désastres majeurs. Loin d'être anodins, les **liens subtilement tissés par les firmes** finissent souvent par atteindre leur objectif : **influencer la pratique des médecins**, que ce soit dans leur **formation**, leurs **choix thérapeutiques** ainsi que leurs **recherches**.

Pour y parvenir, l'industrie pharmaceutique a recours à des pratiques devenues courantes, telles que le **ghostwriting**, où un médecin se voit proposer l'apposition de sa signature en bas d'un article scientifique qu'il n'a même pas écrit. Cela permet, dans le cas où le chercheur est réputé et a acquis un statut de leader d'opinion, de faire bénéficier l'étude de son aura. **La publication étant le nerf de la guerre en recherche, la clef pour monter dans la hiérarchie médicale**, il peut être tentant d'y céder. Une fois l'article publié, déceler la fraude à la simple lecture s'avère difficile. Selon l'association Formindep : "Un auteur principal d'articles originaux sur six, articles susceptibles in fine de déboucher sur une modification des recommandations internationales, et donc sur la prise en charge des patients, n'a pas participé au protocole scientifique, n'a peut-être pas eu accès aux données, et apporte une caution scientifique qui ne vaut rien."<sup>13</sup>

Ceci conduit à des **prescription plus nombreuses, inadaptées et plus chères** ce qui est une perte de chance pour les patients et met en danger la pérennité du système de santé. Cela **impacte également la confiance que portent les patients**, pourtant essentiels dans le cadre d'une relation soignant/soigné saine.

13. <https://formindep.fr/le-ghostwriting-ou-lecriture-en-sous-main-des-articles-medicaux/>

Il a été montré que la **formation reçue par les étudiants en médecine sur ces thématiques était largement insuffisante**, alors même qu'elle pourrait permettre de s'armer face à ces méthodes pour pratiquer une médecine réellement basée sur les preuves. Ainsi il est important de pouvoir cerner les enjeux et mécanismes utilisés pour influencer la décision des professionnels de santé dans la prise en charge de patients.

**C'est donc un véritable risque sanitaire contre lequel il convient de se mobiliser, par une transformation progressive de la culture de la recherche et une transmission de ces valeurs d'indépendance aux étudiants.**

### Nos revendications

- **Réaffirmer l'importance de l'indépendance entre la formation des futurs prescripteurs et les industries privées dans leur ensemble** : pharmaceutique, dispositifs médicaux et développeurs numériques.
- Demander une **meilleure application de la charte d'éthique** de la conférence des doyens de médecine, et notamment sur la **déclaration des conflits d'intérêts** par les enseignants
- Utiliser les **DCI** dans les enseignements
- Permettre une **meilleure formation** aux **enjeux** et **problématiques lié à la promotion pharmaceutique**

## Don du corps

La formation médicale passe bien souvent par l'**utilisation de corps donnés pour la science**. Il semble impératif que cette utilisation soit la plus raisonnée possible, que son rôle dans la formation des étudiants soit toujours liée à des **objectifs pédagogiques ciblés** et que cela soit fait dans le **respect du donneur**. Cela ne semble actuellement pas être le cas, au vu des scandales ayant vu le jour en 2020 autour de ce sujet, et de la disparité très forte de l'utilisation des corps dans la formation médicale observable entre les différentes facultés.

### Nos revendications

- **Réaffirmer l'intérêt de l'apprentissage pratique de l'anatomie sur corps issus de dons. Avec respect strict des règles morales qui s'y attachent.**

# POUR UNE SANTÉ TOURNÉE VERS L'ENVIRONNEMENT, TENANT COMPTE DU DÉRÈGLEMENT CLIMATIQUE ET DE SES IMPACTS SUR LA SANTÉ PUBLIQUE MONDIALE

Les étudiants en médecine de France se soucient de la **question de l'environnement et de sa préservation**, en raison du **lien indissociable entre la dégradation de l'écosystème et notre santé**, l'ANEMF défend la transition écologique à travers des actions concrètes et immédiates. Elle souhaite entre autres le **respect des accords de Paris** afin de maintenir l'objectif des +1,5°C maximum et minimiser les conséquences sur la santé environnementale.

L'avenir de la médecine dépend entièrement de nos combats sur le sujet car **l'émergence de maladies infectieuses, cardio-vasculaires** ou encore l'augmentation des phénomènes d'**éco anxiété** sont des exemples de problématiques sanitaires urgentes en jeu.

L'ANEMF souhaite ainsi une réelle **prise en compte des impacts du changement climatique dans les futures politiques de santé** et de formation ainsi qu'une application immédiate des politiques pour lutter contre les changements climatiques. Cela permettra d'apporter un cobénéfice à la santé.

Cela commence, dans l'enseignement supérieur, par l'accompagnement des étudiants à recenser et promouvoir les **bonnes pratiques en termes d'écologie dans leurs UFR**. Ainsi, nous demandons l'intégration de critères nationaux obligatoires au sein des plans verts dans les facultés afin que les actions allouées à l'environnement ne soient plus seulement au bon vouloir des facultés.

Pour poursuivre à propos des conditions d'étude en France, l'ANEMF souhaite la sensibilisation des étudiants à une **alimentation éco-responsable et durable** afin de réduire l'impact écologique de la restauration étudiante, par le biais de partenariats avec des producteurs et agriculteurs locaux. La **limitation du suremballage** ainsi que le remplacement de matériaux en plastique par des **matières recyclables** doivent être une priorité dans la transition des **restaurants universitaires** dans une optique de **promotion du zéro déchet**.

De même, pour exercer dans le futur en toute connaissance de cause, une **adaptation de notre formation** incluant la **santé environnementale** paraît essentielle. L'ANEMF demande un enseignement à la hauteur des enjeux environnementaux et des conséquences sur la santé afin de pouvoir y répondre quand l'impact sur cette dernière sera objectivé en tant qu'enjeu de santé publique majeur. De ce fait, nous souhaitons l'**ajout**

**de connaissances dans le premier cycle** ainsi que dans le **deuxième cycle des études de médecine**, via le tronc commun ou encore via des unités d'enseignement optionnelle.

Enfin, parce que **l'hôpital public** en tant que structure fortement polluante représente une grande part des émissions de GES en France, **l'ANEMF souhaite que l'hôpital devienne un exemple en termes de neutralité carbone et d'impact environnemental nul.**

### Nos revendications

- **Actualiser nos enseignements** par rapport aux enjeux de santé publique actuels par **l'inclusion de la santé environnementale.**
- **Eco-Responsabiliser les restaurants universitaires**
- **Faire des hôpitaux et des UFR, des lieux neutre écologiquement**

## CONCLUSION

### **Formation, précarité, santé mentale, déserts médicaux, environnement...**

Les propositions des étudiants en médecine balaient très largement de nombreuses thématiques où les attentes sont conséquentes pour ces 5 prochaines années.

Des **résolutions fortes** et un **investissement massif sur ces thématiques** seront indispensables, afin d'améliorer durablement la formation des professionnels de santé de demain mais aussi la santé de l'ensemble de la population.

### Contact

#### Nicolas Lunel

Président  
presidence@anemf.org  
06 50 38 64 94

#### Rozenn Cillard

Porte Parole chargée de la communication et des relations publiques  
presse@anemf.org  
06 74 83 85 16