

SciencesPo

LABORATOIRE INTERDISCIPLINAIRE
D'ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

COMPTE RENDU

Décarboner le système de santé : quels enjeux pour les politiques publiques ?

Journée d'étude organisée par les axes
Politiques environnementales et
Politiques de santé du LIEPP *

3 mai 2023

* En partenariat avec l'EHESP et le Centre Virchow Villerme d'Université Paris Cité et avec le soutien de la Chaire santé de Sciences Po et de la Chaire RESPECT.



SciencesPo
CHAIRE SANTÉ

Rappel des objectifs de la journée d'étude

La décarbonation du secteur de la santé constitue un enjeu majeur de la décennie à venir. Le Royaume-Uni, qui fait figure de pionnier avec l'adoption, en 2020, de la stratégie "Delivering a Net Zero National Health Service", estime que ce secteur d'activités est responsable d'environ 4 % des émissions de CO₂ au niveau national, 40 % de celles attribuables au secteur public (Van de Hove, & Leng, 2019). Par ses émissions directes et indirectes, il contribue ainsi de manière non négligeable au changement climatique. L'OMS a, depuis, lancé son propre appel pour inscrire les programmes de santé mondiaux dans les objectifs de l'Accord de Paris et plus de 50 pays participant à la COP 26 à Glasgow se sont engagés à œuvrer à un système de santé mondial net zéro (OMS), ainsi qu'à l'adoption de feuilles de route nationales. A ces initiatives s'ajoutent une myriade de propositions émanant d'organismes experts et de think tanks, comme les Académies suisses des sciences ou le Shift project, et d'établissements hospitaliers. Différents acteurs ont également rappelé l'importance d'inclure les systèmes de soins primaires dans la réflexion, et un petit groupe de villes se mobilise pour intégrer cette politique sectorielle au sein d'une approche territorialisée de réduction des émissions carbone et tenant compte d'impacts sociaux et économiques plus larges.

Cette journée d'étude, organisée par **Matthias Brunn** (LIEPP), **Anneliese Depoux** (UPCité, CVV et CPT), **Charlotte Halpern** (Sciences Po, CEE and LIEPP) et **Laurie Marraud** (EHESP), est ouverte à un public restreint. Elle constitue une première étape dans la structuration d'un dialogue entre praticiens et chercheurs en France avec des éclairages en provenance d'autres pays européens. Elle est organisée en partenariat avec l'EHESP et le Centre Virchow-Villermé d'Université Paris Cité et avec le soutien de la Chaire santé de Sciences Po et de la Chaire RESPECT.

Ce Compte-rendu a été préparé par **Anna Emilie Wehrle** et **Lucie Kraepiel**, assistantes de recherche, respectivement, des axes Politiques environnementales et Politiques de santé avec les organisateurs de la journée d'étude et le soutien des intervenants. Les propos ont été anonymisés.

Session 1 : État des lieux et bilans carbone

Cette session porte sur les enjeux de mesure des émissions carbone du système de santé français. La principale complexité vient du manque de comparabilité résultant de l'absence de standardisation de la méthode d'estimation d'empreinte carbone.

Un premier état des lieux renseigne sur **l'impact du changement climatique sur le secteur de la santé en France**. Celui-ci est bien connu, depuis, notamment, le travail du Shift project¹. En 2022, le secteur produit 49MtCo₂eq (soit 8% d'empreinte nationale), dont 87% issus d'émissions indirectes et moins de 1% pour l'administration de la santé. Plusieurs remarques permettent de compléter ces résultats. On observe tout d'abord l'instauration d'un cercle vicieux : le changement climatique accroît la pression sur le système de santé, et suscite un besoin accru de ressources matérielles et énergétiques. La méthode est affinée chaque année. La littérature scientifique apporte de nombreux éclairages pour les facteurs d'émissions relevant des scopes 1 et 2, mais on observe des décalages liés à la prise en compte du cycle de vie et du scope 3. A défaut, l'approche de l'ADEME constitue la méthode de référence, et les pharmacies sont incluses dans la médecine de ville. Quelques points complémentaires sur la méthode utilisée : 1) un changement significatif depuis 2021, avec des incertitudes accrues en lien avec les postes médicaments et dispositifs médicaux (35-50%) ; 2) La répartition des émissions du secteur de la santé par acteur montre que plus de la moitié des émissions de GES ne sont pas exclusives à un secteur, soulevant ainsi des enjeux d'attribution (où et comment attribuer la responsabilité pour les émissions ?) ; 3) Les scénarios possibles montrent que pour ce qui est des émissions bien connues, une baisse de moins 27% est possible (« optimiste mais réaliste ») et les émissions provenant de la production de médicaments peuvent être réduites, avec au total 67% de réductions possibles. Certains postes

¹ Décarboner la santé pour soigner durablement : <https://theshiftproject.org/article/decarboner-sante-rapport-2023/> (consulté le 10/06/2023)

ont vocation à être affinés dans les prochaines années, sous condition d'accès aux données, à des ressources complémentaires et de la traduction de certains postes en indicateurs, notamment pour les transports (visiteurs des EHPAD, transport des patients, etc.) et ce afin de se rapprocher de méthodes existantes au Royaume Uni.

Les résultats préliminaires d'une revue de littérature (env. 400 articles) apportent ensuite un éclairage comparatif sur les enjeux de méthode et de mesures. L'essentiel des débats sur la définition et la mesure de la soutenabilité environnementale des systèmes de soins se passent dans les sphères scientifiques et citoyennes, visant à émettre des propositions pour réduire les impacts. Cela étant dit, on note tout d'abord que la définition de la soutenabilité des systèmes de soin n'est présente que dans moins d'un article sur cinq, marquée par une hétérogénéité forte et une opérationnalité limitée. Alors qu'un tiers des mesures porte sur les gaz à effet de serre, la moitié utilisent le CO₂ comme référence, auxquelles s'ajoutent des mesures composites ou portant sur des enjeux plus spécifiques (déchets, eau). On observe enfin une diversité dans les méthodes utilisées : les conversions en équivalent carbone constituent l'approche la plus communément utilisée, auxquelles s'ajoutent des démarches bottom-up (analyse de cycle de vie) ou top down (flux économiques), ainsi que des approches hybrides. Deux enseignements peuvent être tirés : d'une part, l'hétérogénéité des méthodes rend difficile toute entreprise de comparaison, d'autre part, les résultats questionnent l'utilisation prééminente de l'empreinte carbone, au détriment d'impacts environnementaux plus larges, importants pour comprendre l'impact réel des systèmes de soin.

Un exemple concret d'évaluation de l'empreinte carbone d'un médicament est ensuite développé, à partir d'une méthode dite hybride qui développe une analyse sur l'ensemble du cycle de vie d'un médicament (production, distribution, déplacement du patient, déchets, fin de vie etc.). Celle-ci se montre très précise sur la mesure de l'impact carbone, moins sur les autres impacts, avec notamment : 1) le transport est beaucoup moins important que présumé d'habitude, 2) une différence sur le facteur économique (plus faible ici) entre cette méthode et celle de l'Ademe. Ainsi, ce travail montre qu'il est possible de mesurer l'empreinte carbone de manière assez précise à partir d'une analyse du cycle de vie d'un médicament, avec un certain nombre de limites : si les étapes liées à la production et au transport sont assez robustes, celles qui relèvent de la vente en pharmacie et des émissions corporate du laboratoire sont plus difficiles à établir. Il conviendrait de travailler à la synchronisation des approches et des hypothèses de travail, de même qu'à la mise en place d'une base de données harmonisée. A ceci s'ajoute une incertitude sur les coûts effectifs de production, en l'absence de données mises à disposition par l'entreprise.

Les échanges se poursuivent en lien avec **une proposition pour une prise accrue des enjeux environnementaux dans un système de décision standardisé**. Cette étude de faisabilité vise à provoquer un débat sur les déterminants de la prise de décision et à prolonger des mesures déjà prises, par exemple sur les gaz d'anesthésie. Dans cette perspective, il est important d'augmenter la transparence de la prise de décision, fondée sur des facteurs cliniques et économiques actuellement, et d'intégrer la dimension environnementale de manière plus systématique. Ceci passe par 1) la prise en compte de l'impact des émissions carbone aux facteurs de coût et d'efficacité, 2) une modélisation des impacts individuels et collectifs, 3) l'intégration du coût social du carbone (SCC) ou la valeur tutélaire du carbone (convertit la tonne d'émissions de CO₂ en unité monétaire (environ 250€ pour 2030 (150-500€)). La discussion porte sur les difficultés existantes. Ainsi, il n'existe pas d'outil de conversion des émissions carbone en DALY, mais certains travaux récents (McAllister) suggèrent que cela est possible, en revanche il n'y a pas de travaux pour opérer la conversion en QALY.

Session 2 : Réorganiser le système de santé dans une perspective de décarbonation

Plusieurs initiatives sont en cours dans d'autres contextes nationaux, dans des branches du système de soins ou à partir d'un hôpital, visant à susciter une transformation en profondeur des systèmes de santé. Cette session en présente les principales caractéristiques.

Les principales leçons tirées de **l'expérience menée à Lausanne**², après des échanges avec une soixantaine d'experts, montrent que le principal enjeu se situe à l'échelle méso du système de santé national et d'adaptation des soins, davantage qu'aux niveaux micro, où l'on voit fleurir les initiatives, et macro, où de nombreux concepts et prises de position ont été développés. Plusieurs solutions sont formulées, en termes de réduction de la demande de services de santé, l'adaptation des pratiques de soins, l'amélioration de l'efficacité environnementale, la création d'un simulateur d'empreinte carbone en ligne et l'information / sensibilisation des professionnels de santé. Autrement dit, le « verdissement des chaînes d'approvisionnements » est nécessaire mais ne suffira pas pour la transition écologique du système de santé. Pour atteindre une transformation en profondeur (shift complet), il faut également adapter les systèmes de gouvernance locaux. Ainsi, l'une des limites identifiées dans un contexte institutionnel caractérisé par un degré élevé de décentralisation est l'absence de benchmark (hormis le cas de la médecine générale) ainsi que le décalage temporel pouvant exister d'une collectivité à l'autre. Contrairement à la situation française ou britannique, qui offre – bien qu'avec des variations – davantage d'espace pour une approche pilotée, l'enjeu a consisté à explorer la valeur ajoutée d'une approche bottom-up pour nourrir la réflexion au niveau national, y compris dans une dimension plus opérationnelle.

Dans une veine similaire, des réflexions sont en cours à l'échelle d'**une branche de la sécurité sociale**, pour développer un plan quantifié tenant compte de l'ensemble des acteurs de la politique publique concernée afin de respecter les Accords de Paris. Plusieurs phases ont ainsi été identifiées : 1) calculer l'empreinte carbone de l'ensemble des opérateurs concernés, 2) établir des scénarios de décarbonation en tenant compte de variantes démographiques, des objectifs propres à la politique publique, et du rythme d'atteinte des objectifs de l'accord de Paris. Cette démarche présente l'avantage de fixer le coût global de la décarbonation, y compris à une échelle micro-économique tenant compte de l'impact sur les modèles de financement et du partage du coût sur l'échelle des opérateurs individuels. Plusieurs limites ont aussi été identifiées, tenant d'une part à l'accès aux données (celles-ci ne sont pas toutes publiques et pas toutes disponibles en mesures physiques), les difficultés de mesure des flux de transport, et enfin, la prise en compte de spécificités territoriales. Au vu de cette première expérience, plusieurs recommandations peuvent être formulées en termes 1) d'évolution des modèles tarifaires pour accompagner la décarbonation du système de soins à l'échelle de la branche ; 2) du caractère obligatoire du suivi des activités de décarbonation (kilomètres parcourus par les personnels, adapter la comptabilité analytique pour intégrer des éléments de suivi nécessaires au calcul dynamique de l'empreinte carbone, suivi de consommation des médicaments, etc.) ; 3) de mise en place une comptabilité publique par rapport aux émissions ; 4) de réalisation de dialogues territoriaux de décarbonation de la politique publiques avec les acteurs concernés et incluant l'ensemble des enjeux concernés pour une appropriation effective (plans de déplacement, aménagement du territoire, etc.) ; 5) inclure l'impact carbone chiffré dans tous les nouveaux ministériels sur la politique publique concernée.

Une troisième expérience évoquée dans le cadre de cette session porte sur **l'élaboration d'une stratégie de décarbonation au sein d'un CHU** (Centre hospitalier universitaire). Cette échelle semble particulièrement pertinente au regard de leur rôle dans le système de soins en France, de leur contribution à l'émission annuelle de carbone du système de soins, de la formation du personnel de santé et en tant qu'espaces privilégiés de production de recherche. L'essentiel des efforts se concentre sur la manière d'emporter l'adhésion, et de lutter contre les résistances aux changements dans un contexte socio-économique et professionnel hétérogène. Pour ce faire, l'argument doit concilier des objectifs de qualité des soins avec la qualité de vie et la qualité

² <https://www.unil.ch/centre-durabilite/home/menuintst/publications/articles-rapports/pour-des-services-de-sante-suisse-durables-dans-les-limites-pla.html>

environnementale. La méthode employée se déroule en deux temps, 1) des petites actions identifiées pour résoudre des problèmes considérés comme prioritaires, de même que dans un objectif de cohésion et de générer des collaborations ; 2) des binômes ont été créés à toutes les échelles (achat, mobilité, énergie, éco-conception des soins) pour penser autant l'écologie autour du soin que l'écologie du soin. Parmi les exemples d'actions mises en place, on peut citer l'exemple de la sélection des gaz anesthésiants ou la réduction des viandes rouges. Ainsi, les efforts se concentrent aujourd'hui sur les leviers susceptibles d'amplifier cette « vague verte », que ce soit en soutien aux professionnels impliqués (internes, pharmaciens, etc.) ou pour identifier d'autres actions de type « low hanging fruits ».

Le quatrième retour d'expérience est à l'échelle **d'une grande fédération d'établissements de santé**. Outre la représentativité à l'échelle nationale, ce type d'acteur peut également jouer un rôle majeur dans l'impulsion d'un enjeu transversal tel que la décarbonation, ainsi que peser sur l'évolution de l'offre de soins, de la formation des personnels et de la réglementation. Prenant acte d'un niveau disparate de connaissance et de mobilisation parmi ses adhérents, l'objectif consiste à accélérer la diffusion de cet enjeu par le biais de notes juridiques, d'évènements, de webinaires, de recommandations. Un second objectif porte sur la capacité à dégager des financements dédiés. A ce jour, ce type d'acteur n'a pas la capacité de piloter le processus.

Session 3 : Approches territorialisées

Cette troisième session permet d'explorer le territoire comme un levier pertinent d'impulsion du changement, en s'inspirant de développements en cours dans d'autres pays européens, et en particulier du Grand Manchester qui fait figure de pionnier dans la territorialisation et la mise en œuvre des objectifs fixés par le NHS (National Health Service) au niveau national. Bien que ces acteurs aient, à ce jour, peu de compétences et de ressources, ils constituent des espaces importants d'élaboration d'approches davantage intégrées de la décarbonation des systèmes de soins. A noter que l'action des collectivités doit être resituée dans le temps long des relations Etat-local : l'étatisation de l'organisation du système de santé date des années 1960 seulement, qui a conduit à retirer aux collectivités locales leurs compétences et leurs ressources. Penser les enjeux de décarbonation au niveau local relève de barrières distinctes que celles prévalant au niveau national.

A l'échelle de la métropole du Grand Paris, on observe une volonté accrue de la part des collectivités de s'emparer des enjeux de santé depuis la crise sanitaire de la COVID-19 : évaluer l'offre de soins, les initiatives et les recours existants, ainsi qu'en lien avec de grands projets (nouvel hôpital Saint Ouen Grand Paris Nord). Cette entrée territoriale permet une première série d'observations : des données difficiles d'accès, parfois peu fiables et contradictoires, notamment au niveau micro-local, ainsi que des difficultés à collaborer pour établir un diagnostic le plus fin et le plus intégré possible. En ce qui concerne l'offre de soins notamment, celle-ci apparaît saturée et peu connectée avec les enjeux de logement et de mobilités. A ceci s'ajoute une prise en compte limitée des enjeux de décarbonation dans les projets de rénovation des centres hospitaliers, de même que pour le projet majeur que constitue la création d'un nouvel hôpital. Plusieurs actions peuvent être envisagées : 1) mieux prendre en compte les déplacements des patients et des professionnels, ainsi que les projections à horizon 2030, dans l'analyse de l'offre de soins et de son impact carbone ; 2) comprendre les implications du virage ambulatoire / domiciliaire, afin d'engager la décarbonation des déplacements des professionnels de santé, 3) anticiper les enjeux propres au vieillissement de population, à la fois en termes de freins à la mobilité mais aussi de demande de santé (pluri-pathologies, maladies chroniques). Au-delà de la question de la production et de l'analyse de données, se posent des enjeux liés au gradient social de santé et la manière dont la décarbonation est à associer à une réflexion sur le recours aux soins et dispositifs de prévention ou plus généralement, à la prise en compte des groupes sociaux les plus défavorisés. Enfin, le passage en revue des actions territoriales en santé publique (promotion et prévention) montrent, d'une part, la grande diversité des approches (thématiques, périmètres, niveau individuel ou collectif, caractère plus ou moins opérationnel etc.).

Ce passage en revue, bien que ne portant pas directement sur la décarbonation, permet d'établir quelques recommandations : 1) la nécessité de travailler très finement sur les enjeux de mobilité et de déplacements ; 2) la prise en compte des inégalités sociales de santé ; 3) l'élaboration de scénarios qui tiennent compte d'un contexte de déficit de l'offre qui risque de s'accroître pendant plusieurs années ; 4) la nécessité de penser les effets cumulatifs des actions à petite échelle et/ou expérimentations.

La réflexion se poursuit ensuite **à l'échelle de la Ville de Paris, dans un contexte d'environnementalisation des enjeux sanitaires**. Celui-ci s'observe au niveau des discours et des registres de justification de l'action municipale (qualité de l'air, la réduction des inégalités en santé, la lutte contre l'obésité, etc.). A ceci s'ajoute l'effet propre à la pandémie de la COVID-19, qui fait resurgir le risque infectieux ainsi que les inégalités en santé. A l'inverse, la ville porte des projets de santé environnementale et de réduction de l'exposition aux polluants qui sont peu articulées autour des enjeux climatiques. Certaines politiques peuvent apparaître contradictoires avec les objectifs climatiques, qu'il s'agisse de renforcer l'offre de soins et de soutien à l'installation des professionnels de santé. A ceci s'ajoute les demandes relayées par les professionnels concernés, structurés en groupes d'intérêt avec des demandes spécifiques en termes d'accès aux places de parking et à des cartes de stationnement. Tout ceci explique les effets de silo entre les deux communautés d'acteurs, climat et santé, ainsi que le décalage entre objectifs et effectivité. Pour tenir compte des inégalités en santé, il est par ailleurs essentiel de s'appuyer sur une lecture fine des inégalités en santé, sociales et territoriales, de telle sorte que l'on puisse tenir compte de l'incidence différenciée des actions selon les territoires.

Un dernier point abordé dans le cadre de cette session porte sur **les enjeux propres à la qualité de l'air et à l'impact sur la santé à Paris et dans la région Ile-de-France**. L'impact est direct et local, se manifeste sur la santé à travers une variété d'afflictions (respiratoires, cardio-vasculaires, cancers, hypertension etc.). En complément de données fines sur la mortalité, se posent des enjeux de compréhension de la morbidité et le besoin d'individualiser les données. Plusieurs évolutions ont eu lieu. D'une part, les recommandations émises par l'OMS en 2021 tiennent compte de meilleures connaissances des effets de la pollution de l'air sur la santé, en ce qu'elles confirment et précisent les effets sur la santé. Pour l'Ile de France, une amélioration (sauf pour l'ozone) mais non suffisante avec un risque de condamnation par la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE). Ce dernier point confirme le réel bénéfice sanitaire à mettre en place des politiques publiques d'amélioration de la qualité de l'air, notamment pour réduire le nombre de décès liés aux particules fines. En outre, le système de santé contribue, pour le CO₂, à 11% des émissions régionales liées au tertiaire (soit 0,1 à 1,3% des émissions totales, sauf pour le protoxyde d'azote, très émetteur et utilisé en anesthésie). Deux recommandations peuvent être issues de l'expertise sur la qualité de l'air pour la décarbonation du système de santé à l'échelle régionale : 1) la nécessité de penser ensemble les enjeux de santé, de qualité de l'air et d'environnement, notamment pour l'air intérieur ; 2) le placement des hôpitaux sur le territoire (en particulier la proximité d'axes routiers majeurs).

Session 4 : Perspectives pour les politiques publiques

La dernière session a permis d'aborder les perspectives pour les politiques publiques.

Une première intervention porte sur les domaines prioritaires (hôpitaux, produits pharmaceutiques et transports - à noter que les activités de soins ambulatoires et de santé publique sont parmi les moins polluants) et les interventions efficaces pour réduire l'empreinte environnementale du système santé. Néanmoins, les mesures efficaces sont insuffisantes pour réduire l'empreinte environnementale si elles ne sont pas accompagnées de changements majeurs. Ceci nécessite la mobilisation de l'ensemble des acteurs, ainsi que d'étendre les interventions aux émissions directes et indirectes. Une inconnue porte sur l'évaluation de la pertinence des soins, ainsi que des investissements dans les nouvelles technologies. Les recommandations visent 1) à faire émerger une vision globale de la soutenabilité environnementale, dans une logique de prévention des maladies, 2) encourager la collecte de données et le suivi systématique des progrès réalisés, 3) identifier / créer une instance nationale responsable de la décarbonation du système de santé.

Le propos suivant porte sur **les principaux enjeux identifiés, du point de vue du pilotage par les politiques publiques** : 1) sortir du court-termisme pour s'inscrire dans une logique de long terme et ce afin de concilier l'augmentation des coûts d'investissement et la baisse graduelle des coûts d'exploitation, les besoins en main d'œuvre, etc. ; 2) un nécessaire investissement dans la compréhension des dynamiques à l'œuvre pour favoriser le déploiement de mesures qui soient sources d'impact en termes de décarbonation tout en assurant les objectifs de qualité ; 3) faire advenir une vision systémique et interministérielle pour favoriser des arbitrages efficaces (coût, qualité des soins, santé) – les ministères de la santé et de la transition écologique ne sont ni les plus écoutés ni les plus puissants.

Enfin, la dernière intervention revient sur **les possibles limites d'une régulation de l'empreinte carbone**, faisant ainsi le lien avec le point de départ de la journée d'étude. Les enjeux sont tout d'abord techniques : que mesure-t-on ? quels chiffres prendre ? quelles sont les priorités ? A ce jour, on observe une forte hétérogénéité d'un rapport à l'autre et une robustesse variable. Les émissions de chaque sous-secteur de santé sont calculées en fonction de part de la dépense globale, ce qui permet d'avoir un diagnostic relativement fiable à l'échelle macro, beaucoup moins à l'échelle micro. Ceci pose d'importantes questions de pertinence, quant à la juste répartition de la charge entre groupes sociaux, ainsi que le choix des priorités pour s'assurer que la quantité de santé produite par une mesure ne se fasse pas au détriment d'une autre. Autrement dit, l'empreinte carbone du système de santé est néfaste pour la santé, mais il faut s'assurer que la décarbonation n'accroisse pas cette tendance. Une seconde série d'enjeux identifiés sont politiques. Du point de vue du nombre de professionnels de santé, la décarbonation est synonyme de moins de prescriptions. Il est nécessaire d'identifier les parties prenantes, de les réunir et d'échanger sur les stratégies à mettre en œuvre pour les mobiliser (médecins hospitaliers, industrie pharmaceutique, etc.). Plusieurs leviers sont ainsi à l'étude, allant de la fiscalité à la réglementation. On note à ce sujet l'importance de se mettre d'accord sur l'objectif poursuivi, puisque les normes résultent de coopérations variables entre acteurs publics et privés. Ainsi une troisième série d'enjeux porte enfin sur la gouvernance d'ensemble, afin d'aligner les objectifs et les priorités, éviter les cloisonnement organisationnels et professionnels, ainsi que les injonctions contradictoires d'un ministère à l'autre.

Conclusion et prochaines étapes

La discussion se clôt sur l'intérêt d'une réflexion qui ne soit pas uniquement fondée sur un ratio monétaire mais **une vision globale, intégrée**. Ceci nécessite un effort supplémentaire de collaboration et de partage des données, insuffisant pour le moment. Une seconde observation porte sur les méthodes de mesure : des normes précises existent en France à partir des recommandations de l'ADEME notamment, mais il n'y a pas de traduction sectorielle, au niveau du secteur de la santé, que ce soit par le biais d'une direction partagée ou de régulations. Les débats persistent aussi au sein de la communauté scientifique, aucun consensus n'émerge, des initiatives sont en cours pour comptabiliser l'empreinte carbone de certains parcours de santé. Un troisième point particulièrement discuté porte sur l'opportunité, ou non, d'identifier un organisme national chargé du suivi de la décarbonation. Nombre de participants émettent des réserves sur l'intérêt de mise en place d'une telle instance dans un système déjà complexe et mettent en avant les efforts à fournir pour encourager les acteurs à se saisir de cet enjeu et à s'engager sur la voie de la mise en œuvre. Dans une veine similaire, des réserves sont émises quant à l'intérêt d'impulser le changement dans les territoires à partir d'outils de suivi et d'évaluation, qui valorisent le rôle des indicateurs davantage que la logique de projet. Enfin, on note l'insuffisance de travaux critiques sur le rapport à la donnée et les effets en termes de capacité d'action, de pouvoir et enfin de démocratie sanitaire.