

2023-2024

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

**TRANSITION ECOLOGIQUE EN
STRUCTURE DE SOINS
AMBULATOIRE**

Retour d'expérience

au sein de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle

« Les Bords de Loire »

VONG Julie

Née le 05/12/1992 à PARIS (12^{ème})

Sous la direction du Dr TILLARD Lila et du Dr DUPONT Bastien

Membres du jury

Pr DESCATHA Alexis | Président

Dr TILLARD Lila | Directrice

Dr DUPONT Bastien | Codirecteur

Dr GUELFF Jessica | Membre

Dr BARAS Alice | Membre

Mme DAUCE Anabelle | Membre

Soutenue publiquement le :
29/11/2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) VONG Julie
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiante le 19/10/2024

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrais pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerais les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrais et les perfectionnerais pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine

KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	HOSPITALIERE	Médecine
LACOUEUILLE FRANCK	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET	
LACCOURREYE Laurent	STOMATOLOGIE	
LAGARCE Frédéric	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LASOCKI Sigismond	BIPHARMACIE	Pharmacie
LEBDAI Souhil	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEGENDRE Guillaume	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEGRAND Erick	UROLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LERMITE Emilie	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEROLLE Nicolas	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	REANIMATION	Médecine
MARCHAIS Véronique	HISTOLOGIE	Médecine
MARTIN Ludovic	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MENEI Philippe	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MERCAT Alain	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET	Médecine
ORVAIN Corentin	DE LA REPRODUCTION	
PAISANT Anita	NEUROCHIRURGIE	Médecine
PAPON Nicolas	REANIMATION	Médecine
PASSIRANI Catherine	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PELLIER Isabelle	RADIOLOGIE	Médecine
PETIT Audrey	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PICQUET Jean	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PODEVIN Guillaume	PEDIATRIE	Médecine
PROCACCIO Vincent	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PRUNIER Delphine	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE	Médecine
PRUNIER Fabrice	VASCULAIRE	Médecine
PY Thibaut	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	GENETIQUE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	CARDIOLOGIE	Médecine
RINEAU Emmanuel	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIQUIN Elise	MEDECINE GENERALE	Médecine
RODIEN Patrice	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
ROQUELAURE Yves	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie
ROUGE-MAILLART Clotilde	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
ROUSSEAU Audrey	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
ROUSSEAU Pascal	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	METABOLIQUES	
ROY Pierre-Marie	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
SAULNIER Patrick	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
SERAPHIN Denis	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
SCHMIDT Aline	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	ESTHETIQUE	
TRZEPIZUR Wojciech	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
UGO Valérie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
	MEDECINE GENERALE	Médecine
	PNEUMOLOGIE	Médecine
	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine

URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine

KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie

BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Alexis Descatha, pour me faire le privilège d'avoir accepté de juger mon travail en président du jury. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon sujet !

A Madame le Docteur Lila Tillard, pour tous tes bons conseils, ta patience et ta bienveillance tout le long de ce travail.

A Monsieur le Docteur Bastien Dupont, pour ta confiance en acceptant de codiriger cette thèse et ton expertise sur ce magnifique sujet qu'est l'écologie.

A Madame le Docteur Jessica Guelff, pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail ; et en espérant que nous aurons l'occasion de travailler ensemble au sein de notre belle région sarthoise.

A Madame le Docteur Alice Baras, pour l'inspiration et la motivation que vous m'avez apportées grâce à vos nombreux travaux.

A Madame Anabelle Dauce, pour ta motivation et ton énergie qui ont rayonné dans ces réunions.

A toute ma famille, pour votre soutien sans faille quelque soient mes projets, mes études, et sans qui je ne serai probablement pas là aujourd'hui à vous présenter ce travail de fin d'étude :

- A ma mère, pour ton amour sans limite, le sens du travail que tu m'as toujours inculquée, j'espère que je serai une aussi bonne mère que tu ne l'as été pour Éloïse, Liliane et moi
- A mon père, pour ton amour et ton soutien continual depuis maintenant 32 ans
- A Éloïse et Liliane, mes deux petites sœurs, pour notre complicité et tout votre amour, de simples mots ne suffiraient pas pour exprimer la chance que j'ai de vous avoir à mes côtés. Je sais que je pourrai toujours compter sur vous.
- A mes trois tantes Mat-Ly, Gia-Hoan et Eugénie, pour votre amour qui transparaît tous les jours, merci d'avoir pris soin de nous pendant toutes ces années et de continuer à le faire
- A mon oncle Jean-Louis, pour ton amour, et cette passion pour l'apprentissage dont je me nourris tous les jours ; A ma tante Johanne, pour ton aide précieuse et tes encouragements pour la bonne préparation de cette thèse ; Et à mes 2 cousins Jérémy et Judicaël, avec qui nous avons partagé tant de bons souvenirs, vous grandissez trop vite !
- A mon oncle Serge, pour ton soutien et ton amour pour l'apprentissage que tu as réussi à me transmettre ; A ma tante Isabelle et mon oncle Victor, pour votre bienveillance et votre gentillesse.
- A Alice et Xavier, pour ces agréables moments passés ensemble.
- A mes deux grands-mères, vous me manquez, merci pour tous ces tendres souvenirs que je m'efforcerai de laisser gravés dans ma mémoire.
- A tout le reste de ma famille, je ne peux malheureusement nommer tout le monde, quelle chance de tous vous avoir à mes côtés depuis toujours.

- A ma meilleure amie Elena, 20 ans déjà à tes côtés, merci pour cette magnifique personne que tu es, pour ton soutien et ta vision positive de la vie. Merci également à Pierre qui illumine ses journées depuis maintenant 3 ans.

- A ma meilleure amie de la fac, Claire, pour tous ces bons moments passés ensemble, ces expériences qui m'ont également forgées et qui m'ont fait grandir, ton soutien continual.

- A mes autres amis de la fac qui me manquent.
- A Camille et Mégane, pour ces bons moments partagés depuis le lycée.

- A Guillaume, mon âme sœur et partenaire de vie, te trouver a été un véritable parcours du combattant mais les plus belles choses se méritent. Merci de me rendre meilleure chaque jour, merci pour ta confiance en moi, ta créativité qui m'émule et m'émeut au quotidien, et merci pour ton aide au cours de cette thèse.

- A Thibaut, mon beau-frère, pour tout ton soutien et tes précieux conseils pour cette thèse.
- A mes beaux-parents Catherine et Jean-Philippe, pour cette merveilleuse rencontre, votre amour et votre soutien.
- Et enfin à Louloute, ma petite fille que je rencontrerai enfin dans quelques mois, sache que tu as été une grande motivation pour moi. Je me sens beaucoup plus forte depuis que tu es à mes côtés.

Liste des abréviations

3R (Trois R)	Réutiliser – Recycler - Réduire
5R (Cinq R)	Réutiliser – Recycler – Réduire – Refuser - Repenser
ACV	Analyse du Cycle de Vie
ADEME	Agence de l'Environnement et de la Maitrise de l'Energie
ANAP	Agence Nationale de la Performance Sanitaire et Médico-Sociale
APMSL	Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire
CERES	Collectif Eco-Responsabilité en Santé
CMGF	Congrès de Médecine Générale de France
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COMCOM	Communauté de Communes
DASRI	Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux
DMP	Dossier Médical Partagé
GES	Gaz à Effet de Serre
LED	Light-Emitting Diode (Diode ElectroLuminescente)
MNU	Médicaments Non Utilisés
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MtCO2e	Million de Tonnes Équivalent CO2 (Dioxyde de Carbone)
PBT (indice)	Persistance-Bioaccumulation-Toxicité
PDCA (méthode)	Planifier - Développer - Contrôler - Ajuster
RETEX	Retour d'Expérience
RSE	Responsabilité Sociétale des Entreprises
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SMART (objectifs)	Spécifique/Simple - Mesurable - Atteignable - Réaliste – Temporel
SME	Système de Management Environnemental
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME, ABSTRACT

INTRODUCTION

METHODES

1. Type d'étude
2. Principe du retour d'expérience
3. Recueil des données
4. Méthode d'analyse
5. Cadre réglementaire

RESULTATS

1. Caractérisation de la population étudiée
2. Choix de présentation des résultats
3. Domaine 1 : Gestion des déchets non médicaux
 - 3.1. Chantier 1 : Collecte des papiers
 - 3.2. Chantier 2 : Gestion des ordures ménagères
 - 3.3. Chantier 3 : Traitement des cartouches d'encre usagées
4. Domaine 2 : Gestion des déchets médicaux
 - 4.1. Chantier 4 : Gestion des draps d'examen
 - 4.2. Chantier 5 : Gestion des DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux)
 - 4.3. Chantier 6 : Matériel jetable des professionnels de santé
5. Domaine 3 : Achat de matériel
 - 5.1. Chantier 7 : Achat de papeterie écosourcée
 - 5.2. Chantier 8 : Achat de matériel médical et non médical de seconde main
 - 5.3. Chantier 9 : Utilisation de produits ménagers
6. Domaine 4 : Aménagement des bâtiments
 - 6.1. Chantier 10 : Aménagement des bâtiments
7. Domaine 5 : Transport des personnes
 - 7.1. Chantier 11 : Transport (domicile-travail et déplacements professionnels)

DISCUSSION

1. Stratégies de réflexion à la mise en place d'une transition écologique
 - 1.1. Difficultés du groupe dans l'évaluation de l'impact écologique de leurs actions
 - 1.2. L'absence de hiérarchie des chantiers en fonction de leur impact écologique
 - 1.3. Le choix d'une hiérarchie des chantiers en fonction de leur facilité de mise en place
 - 1.4. La proposition d'une méthodologie de quantification pour chaque chantier
2. Comment réaliser une transition écologique ? Étude des freins et des leviers à la réalisation d'actions écologiques
 - 2.1. Un équilibre financier à construire
 - 2.2. Le partage du temps, entre perte individuelle et gain collectif
 - 2.3. Simplifier les démarches à travers le concept de mutualisation
3. L'humain au-delà du matériel
 - 3.1. La mise en œuvre de l'intelligence collective
 - 3.2. L'écologie, un choix politique au sens citoyen
 - 3.3. La décision commune d'un projet de transition écologique
 - 3.4. Et les patients dans tout ça ?
4. Forces et faiblesses de l'étude

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

Résumé

Introduction : La transition écologique, par son impact sur la santé, implique les professionnels de santé à titre personnel et professionnel. Des études montrent leur volonté d'engagement dans une démarche écoresponsable. A ce jour, le processus de mise en place d'une transition écologique dans une structure de santé n'a pas été étudié en France. Nous proposons donc d'identifier les objectifs, les freins ainsi que les stratégies de résolution mis en jeu lors d'une transition écologique au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle.

Méthodes : Retour d'expérience prospectif d'un groupe de travail pluriprofessionnel sur la transition écologique au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Suivi d'un an avec triangulation des données des enregistrements par l'investigatrice principale et la directrice de thèse.

Résultats et discussion : Nous identifions 11 chantiers de transformation écologique, répartis en 5 grands domaines : la gestion et diminution des déchets médicaux, et non médicaux, l'achat de matériel, l'aménagement des bâtiments, et le transport des personnes. Chacun des chantiers relevait de méthodologies d'approches différentes, avec des freins (économiques, temps, hygiène) et des leviers (mutualisation des coûts, organisation commune, liberté d'acceptation) inconstants d'un chantier à l'autre. On remarque une priorisation des chantiers sur la facilité de mise en place et non sur l'impact écologique, ainsi qu'une plus grande difficulté de réfléchir sur l'action sur le bâti. La question du médicament n'a pas été soulevée dans ce travail.

Conclusion :

Une transition écologique optimale au sein d'une MSP demande une méthodologie rigoureuse, en hiérarchisant les actions selon leur impact écologique et leur facilité d'application, dépendants de chaque profession présente. Le caractère collectif, via le principe de mutualisation, épargne temps et coût pour la plupart des tâches. Enfin, la matérialité des chantiers se double d'un aspect humain, socle et moteur du processus de transition écologique.

Mots clés : transition écologique – retour d'expérience – médecine générale – collaboration interprofessionnelle – Maison de Santé Pluriprofessionnelle

Abstract

Introduction : The ecological transition, through its impact on health, involves healthcare professionals both personally and professionally. Studies show their willingness to commit to an eco-responsible approach. To date, the process of implementing an ecological transition in a healthcare structure has not been studied in France. We therefore propose to identify the objectives, obstacles and resolution strategies involved in an ecological transition within a multi-professional health care center (MSP).

Methods : Prospective feedback from a multi-professional working group on ecological transition within a multi-professional health care center. One-year follow-up with triangulation of registration data by the principal investigator and the thesis supervisor.

Results and discussion : We have identified 11 fields for ecological transformation, divided into 5 main domains : medical and non-medical waste management, equipment purchasing, building layout and personal transport. Each of the fields involved different methodological approaches, with obstacles (economic, time, hygiene) and levers (cost sharing, joint organization, freedom of acceptance) varying from one field to another. We note a prioritization of fields based on ease of implementation rather than their ecological impact, as well as a greater difficulty in thinking about action on the building. The question of medication was not raised in this work.

Conclusion : An optimal ecological transition within a multi-professional health care center requires a rigorous methodology, prioritizing actions according to their ecological impact and ease of application, depending on each profession. The collective nature of the project, by the principle of mutualization, saves time and cost for most tasks. Last but not least, the materiality of the fields is matched by the human aspect, which is the foundation and driving force of the ecological transition process.

| Keywords : ecological transition – feedback – primary care medicine – interprofessional collaboration – multi-professional health care center

INTRODUCTION

Atteindre la neutralité carbone d'ici 2060 afin de limiter l'augmentation de la température au-dessus de 1,5°C : tel est le mot d'ordre des Accords de Paris de novembre 2016 (1). Ceci constitue le meilleur scénario possible si les politiques climatiques menées d'ici-là respectent les mesures nécessaires. Néanmoins, cela n'empêchera pas, dans tous les cas, une augmentation certaine de la température du globe terrestre jusqu'en 2040, avec un accroissement de toutes ses répercussions pouvant être dramatiques : difficultés d'approvisionnement en eau potable, exposition à des températures et phénomènes climatiques extrêmes, recrudescence de maladies vectorielles d'après le 6ème rapport du GIEC de 2023 (2).

Le développement durable est « *un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs* » (Commission de Brundtland, 1987) (3).

Depuis ces dernières années, l'intérêt pour cette notion est grandissant, y compris dans le secteur de la santé. En effet, ce secteur pollue : il serait responsable d'environ 8% de l'empreinte carbone en France en 2023, au travers de ses infrastructures, des déplacements et des déchets qu'il génère, ainsi que de l'achat de médicaments et dispositifs médicaux (4). Ainsi, le secteur de la santé a un impact négatif indirect sur la santé elle-même.

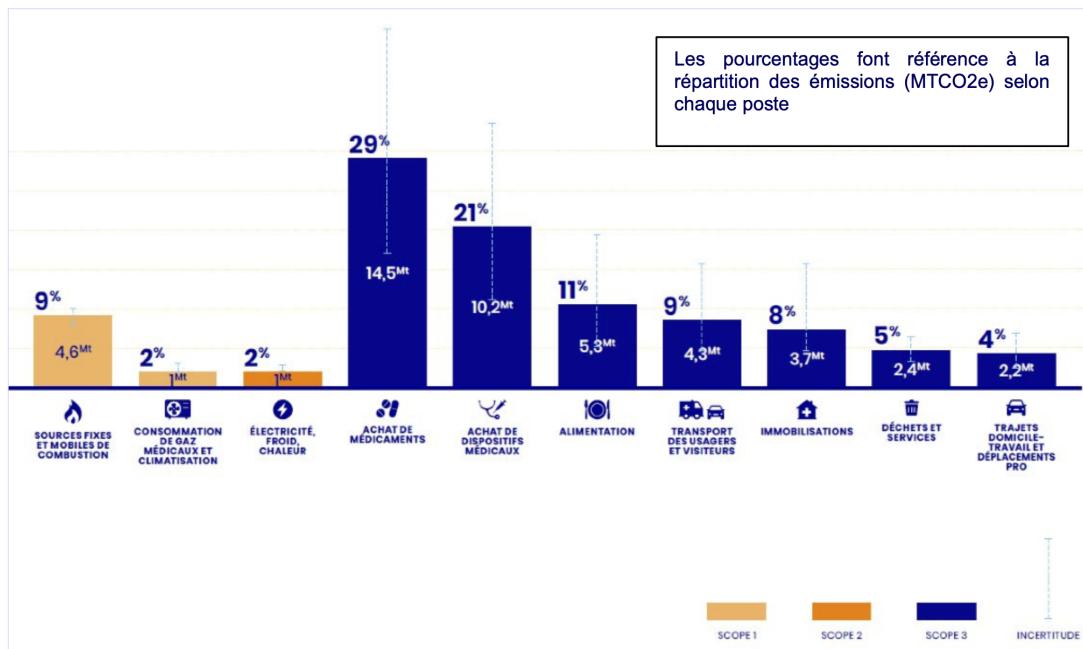


Figure 1 : Répartition des émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé (MtCO2e)

(Source : The Shift Project 2023)

Les professionnels de santé, comme une partie de la population, s'intéressent à ces questions et commencent à prendre conscience de ces enjeux (5-10). Depuis quelques années, de nombreuses thèses émergent sur les pratiques écologiquement responsables chez les médecins généralistes (5,7-9,11-20). Elles font écho aux congrès nationaux offrant une place à l'écologie au cabinet (congrès CNGE en 2023 et ISNAR IMG en 2024, CMGF en 2024) ; ainsi qu'aux livres publiés par des professionnels de santé comme le « Guide du cabinet de santé écoresponsable » du Dr Baras Alice, chirurgienne dentiste (21). De même, plusieurs DIU de « Santé environnementale » voire de « Médecine environnementale » sont dispensés par certaines universités en France. En 2018, 2 sites internet (santé durable.com (22) et docdurable.com (23)) conçus par 2 médecins généralistes à la suite de leur thèse, voient le jour afin d'aider leurs confrères et consœurs à rendre leur pratique plus écoresponsable, voire à entamer une transition écologique au sein de leurs cabinets.

En parallèle, la thèse d'Anaïs Ghiran en 2022 a ainsi permis de lister 6 actions simples et concrètes que certains généralistes seraient prêts à envisager dès demain (15). Elles concernent l'achat de consommables, le tri sélectif, l'impression de documents, la modification de l'usage des appareils électriques et de l'éclairage, ainsi que l'éducation des patients eux-mêmes aux gestes écologiques.

Avec la thèse d'Eloi Verhaeghe en 2023, tous deux abordent de façon plus précise les motivations des généralistes, comme étant principalement des préoccupations pour les générations futures, l'économie énergétique et financière, la qualité de vie au travail, le travail en commun (11,15).

A contrario, les principaux freins retrouvés dans 3 thèses concernaient essentiellement le manque de temps, le manque de budget et d'informations, un conflit de valeur avec l'hygiène et possiblement avec les autres collègues, ainsi que la difficulté à changer ses habitudes (6,9,11).

Enfin, de plus en plus de thèses tendent à montrer que les médecins installés ainsi que les internes souhaiteraient être mieux formés sur ce sujet, que ce soit par des enseignements dédiés pendant leur cursus universitaire, ou par la disponibilité de sources d'informations fiables (24) (25-27).

A ce jour, en France, aucune étude ne porte sur l'instauration d'une transition écologique. C'est pourquoi nous avons souhaité nous intéresser au processus de mise en place des transformations écologiques au sein d'une structure de santé.

Nous avons retenu la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) « Les Bords de Loire » comme exemple de structure accomplissant une transition écologique. Notre choix a été déterminé par sa position géographique, car nous souhaitions encourager une action

locale, mais aussi pour son caractère pluriprofessionnel et multisite, qui nous a semblé à même de révéler de potentielles problématiques organisationnelles.

Notre travail s'est concentré sur l'analyse des observations d'un groupe de réflexion dédié, constitué de professionnels issus de cette MSP, avec pour objectif de décrire les objectifs, les freins, ainsi que les stratégies de résolutions au cours d'un processus de transition écologique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1/ Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative observationnelle, basée sur le retour d'expérience (RETEX) au sein du groupe « transition écologique » de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle « Les Bords de Loire ».

2/ Principe du retour d'expérience

D'après l'OMS, le RETEX « *offre une approche structurée pour les individus et les organisations impliqués dans la préparation et la réponse aux évènements sanitaires de réfléchir à leurs expériences et leurs perceptions sur la réponse donnée à l'évènement. Le RETEX aide à identifier de manière systémique et collective ce qui a et ce qui n'a pas fonctionné, et pourquoi et comment s'améliorer* » (28). Cette modalité d'étude nous permet ici d'analyser la mise en place d'un processus au sein d'une structure dynamique qu'est la MSP.

3/ Recueil des données

Ont été inclus dans l'observation tous les temps de réunion du groupe « Transition écologique » de la MSP « Les Bords de Loire ». Les données ont été recueillies de novembre 2022 à novembre 2023. Ce temps d'observation s'effectuait sur les réunions de travail du groupe « Transition écologique », au rythme d'environ 1 réunion tous les 2 mois, soit au total 4 réunions. Il y avait une seule et unique observatrice (la chercheuse). Les réunions ont été enregistrées sur un smartphone après accord oral des participants (accord réitéré avant le début de chaque réunion).

4/ Méthode d'analyse

Les enregistrements ont été retranscrits, mot à mot, par l'investigatrice principale sur un logiciel de traitement de texte (Word®).

Les données ont été anonymisées, puis analysées en double codage par l'investigatrice principale et sa directrice de thèse.

Les références des verbatims sont données entre crochets, en indiquant d'une part le participant anonymisé avec des lettres (de A à E), et d'autre part le chiffre indiquant la séance concernée (de 1 à 4). Exemple : [A3] pour une intervention du participant A à la troisième séance.

5/ Cadre réglementaire

Cette étude ne nécessitait pas de démarche auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) car elle ne se situait pas dans le champ de la Loi Jardé (29).

RÉSULTATS

1. Caractérisation de la population étudiée

La MSP « Les Bords de Loire » est une structure multisite s'étendant sur 5 villes : Denée, Rochefort-sur-Loire, La Possonnière, Savennières et Saint-Martin du Fouilloux. Créée en avril 2018 avec la naissance de l'association Loire Layon Santé, elle bénéficie d'un accompagnement par l'Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire (APMSL). Elle regroupe ainsi 52 professionnels de santé au début de l'étude en 2022 (médecins, infirmières libérales et ASALEE, kinésithérapeutes, podologues, orthophonistes, sage-femme, pharmaciens, psychologues, psychomotricienne).

5 groupes de travail en lien avec la santé publique se sont ainsi formés, dont un portant sur la transition écologique depuis 2021. Ce groupe comprend l'infirmière coordinatrice, deux médecins généralistes, deux kinésithérapeutes (dont l'un changera de maison de santé et quittera donc définitivement le groupe entre la première et la seconde séance), ainsi qu'une participante ponctuelle extérieure (représentante du syndicat des déchets).

Le groupe se réunit une fois tous les 2 mois (session d'une heure trente à deux heures), sur la pause de midi, afin de réfléchir, mettre en place et proposer des solutions de transition écologique, en prenant en compte l'interprofessionnalité de la structure.

Numéro de réunion	Nombre de participants	Profession des participants	Date	Lieu	Horaires de la réunion	Durée
1	5	Médecin généraliste IDE coordinatrice Kinésithérapeute	17/11/2022	Cabinet médical La Possonnière	13h00-14h21	1 heure et 21 minutes
2	2	Médecin généraliste IDE coordinatrice	04/04/2023	Cabinet médical La Possonnière	13h00-14h13	1 heure et 13 minutes
3	4	Médecin généraliste IDE coordinatrice Kinésithérapeute	14/09/2023	Cabinet médical La Possonnière	13h00-14h38	1 heure et 38 minutes
4	4	Médecin généraliste IDE coordinatrice Kinésithérapeute	27/11/2023	Cabinet médical La Possonnière	13h00-14h26	1 heure et 26 minutes

Tableau 1 : Caractéristiques des réunions

2. Choix de présentation des résultats

Nous avons choisi de présenter les résultats par grands domaines, chacun regroupant un ou plusieurs chantiers, afin d'améliorer la lisibilité et de permettre une recherche d'informations plus facile. Pour chaque chantier, nous avons rédigé une très brève contextualisation pour mieux comprendre ses enjeux. Enfin, ces résultats sont suivis d'une courte analyse afin de mettre en évidence les enjeux, obstacles et solutions spécifiquement rencontrés pour chaque chantier.

3. DOMAINE 1 : GESTION DES DÉCHETS NON MÉDICAUX

3.1. CHANTIER 1 : Collecte des papiers

La consommation de papier imprimante est extrêmement variable d'un type de professionnel de santé à un autre, mais elle peut représenter une part volumique importante des déchets.

Faisant écho à leur gestion des déchets papiers dans leur sphère privée, les praticiens se sont interrogés sur l'application du tri dans leur activité professionnelle : « *ça c'était le point de départ. Et la formation du groupe* » [E1]. Le tri sélectif a donc été instauré

initialement sur la gestion du papier par un contrat de collecte passé avec la « société ALISE » (30), une entreprise associative appartenant au réseau Recycliance, et engageant des personnes en réinsertion. L'entreprise assurait la relève et le recyclage des deux types de papier, pré-classés par les médecins dans deux bacs « *nominatif et non nominatif* » [E1].

La MSP a pu bénéficier de 2017 à fin 2022 du financement de la Communauté de Communes (COMCOM). Cette aide qui a porté ce chantier touchant à sa fin, pour limiter le risque que les coûts bloquent la poursuite de l'action, une première proposition avancée était un espacement du rythme des relèves : « *pour diminuer les coûts, on envisage des passages tous les deux mois* » [E1]. Cette option s'appuie sur des contenants partiellement remplis, ainsi que sur une possibilité de mise en commun des déchets entre les médecins, les pharmaciens et les infirmiers, pouvant « *échanger leur bac [...] et vider un peu* » [C1]. Une autre solution proposée par les participants était de « *faire facturer par le cabinet* » [E1], c'est-à-dire faire endosser le coût aux professionnels de santé, avec le risque qu'il n'y ait « *personne* » [A1] pour participer, comme observé après « *l'essai pour les draps d'examens* » [A1]. Au final, une solution mixte a été adoptée puisque le conseil de gestion de la MSP a « *validé la prise en charge par la SISA* » [E2] pour assurer le financement à hauteur de « *500 euros par an* » [E2] des collectes.

D'autre part, les cabinets médicaux assurent le rôle de point de stockage afin d'optimiser la fréquence et le volume de transport des déchets, car « *c'est là où il y a le plus de place pour l'instant* » [E2]. Cette disposition nécessite la libération d'un espace suffisant pour recueillir ces volumes.

Un bénéfice direct pour les professionnels, « *plutôt demandeurs* » [E2], est le gain de temps, par « *le fait de ne plus avoir besoin de broyer soi-même* » [E2] les papiers. Ainsi, « *quasiment tous les cabinets ont vraiment la filière tri* » [E2]. Le recyclage des papiers est

donc assuré depuis six ans, dont un an indépendamment de subventions extérieures à la MSP.

Avec cette solution, des erreurs de tri des papiers médicaux et non médicaux peuvent survenir. Un participant a ainsi constaté directement qu'un des travailleurs « *versait un bac dans l'autre bac* » [E3] indépendamment du caractère anonyme ou non des documents. Cette erreur a été par la suite résolue après ajustement avec la société.

Sur le plan financier, des subventions publiques incitatives (ex : COMCOM) peuvent aider à la mise en place de certains projets, comme ici la collecte de papiers, mais ce pour une durée limitée. Il semble donc primordial de réfléchir au relais de ce financement, et ce dès le début du projet, afin d'en assurer la pérennisation. Pour cela, des structures propres aux MSP (ex : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)) peuvent se substituer aux investissements individuels. Au niveau sociétal, la transition écologique s'appuie avant tout sur des engagements humains. Comme en témoigne notre exemple, le souci environnemental peut se doubler d'une préoccupation sociale, avec notamment une démarche inclusive de réinsertion professionnelle dans le domaine du tri. Néanmoins, l'emploi d'intervenants externes au contact de documents de santé confidentiels pose une question déontologique vis-à-vis du secret médical, obligatoire et opposable.

3.2. CHANTIER 2 : Gestion des ordures ménagères

Les ordures ménagères représentent un second chantier d'importance, puisqu'elles pèsent, en population générale, 547 kg par habitant et par an.

La réflexion s'est portée sur le contenu des ordures ménagères, essentiellement alimentaire. Le groupe a donc « *mis en place les composteurs pour ceux qui le souhaitaient* » [E1], avec « *3 composteurs en place [...] sur les sites où il y avait des extérieurs* » [E1]. L'autre ordure ménagère principale, les draps d'examen qui « *allait dans les ordures ménagères* » [E1], sera traitée à part, faisant l'objet d'une réflexion spécifique.

Une des motivations pour diminuer ce volume est pécuniaire, puisque dans cette collectivité : « *les ordures ménagères, on les paie* » [E1]. Agir pour réduire leur volume impliquait un « *retour sur l'économie au passage des poubelles noires* » [C1], ce qui pouvait favoriser l'adhésion des autres membres de la MSP, « *puisqu'on est à l'incitatif* » [E1].

Deux problématiques se sont posées concernant le fonctionnement des composteurs.

Tout d'abord, ils étaient sous-utilisés et n'accueillaient que de faibles quantités de déchets, « *[ceux des] salles de pause. Donc c'est les fruits, le café essentiellement* » [E2].

Par ailleurs, ils ne produisaient pas un compost réutilisable, mais avaient plutôt une fonction de « *pourrissoir* » [A3], manquant ainsi la récupération d'un produit qui « *peut être de l'or en fait* » [F2]. Malheureusement, même si cette manne était obtenue, il n'y a « *pas de jardin* » [E2], et un manque de « *temps de faire du potager* » [E2], donc pas d'usage immédiat.

Cependant, l'apport de végétaux par « *les agents de la commune* » [A2] « *équilibre un peu* » [E2] le composteur, améliorant son potentiel de transformation. Une autre solution était de transporter directement les déchets jusqu'au « *composteur de la commune* » [E2], plutôt que d'utiliser des composteurs individuels.

La démarche écologique nous apprend à changer notre vision des déchets. Leur

réduction présente un double intérêt : économique (car le traitement des ordures est facturé au poids) et écologique (limitation des déchets) ; mais peut aussi s'accomplir en produisant un fertilisant naturel, par l'emploi de composteurs. Cependant, le manque d'estimation préalable de la quantité et de la nature des déchets (indispensables à l'évaluation de l'impact écologique), a conduit à en faire des pourrissoirs plutôt que des composteurs. En effet, l'absence de connaissances suffisantes pour leur entretien n'a permis d'obtenir qu'une matière inutilisable. Cependant, même si l'on créait un compost de bonne qualité, son utilisation ne serait effective qu'en présence d'un réseau d'utilisateurs, qui reste à constituer.

3.3. CHANTIER 3 : Traitement des cartouches d'encre usagées

Réutiliser les cartouches d'encre d'impression (par remplissage) permet de réduire leur impact carbone en prolongeant leur cycle de vie.

La solution proposée par la MSP était de recourir à « *une entreprise vendéenne qui fait de la récupération et ils reremplissent les cartouches. Et donc ils nous paient en fait à la récupération. En fait, ils les revalorisent derrière et ils les revendent.* » [E1]. Ainsi, la MSP combinait un avantage écologique avec un bénéfice financier, notamment avec l'obtention d'un « chèque de « 97 euros » [E4] en l'échange de la valorisation de « 78% » du contenu des bacs [E4], la totalité de ceux-ci représentant deux cartons.

Un des freins mis en évidence était tout simplement le « temps pour que les habitudes se prennent » [E1], bien qu'il y ait déjà « *un carton archi-plein* » [E1].

Autre bémol à ce succès, seules les « petites cartouches » [A4] sont valorisées financièrement (car remplies à nouveau et revendues), alors que le « gros bac de toner »

[E4] n'est pas rémunéré. Cependant, ce dernier bac est quand même recyclé : « *ils récupèrent l'encre, et ils broient le plastique pour refaire des billes de plastique* » [E4], ce qui est suffisant pour obtenir l'enthousiasme du groupe : « *elles sont recyclées, c'est ça qui est intéressant.* » [E4].

Le traitement des cartouches usagées illustre une attitude de réemploi (par remplissages répétés), offrant une contrepartie financière. Cette revalorisation s'inscrit dans une boucle incitative économico-environnementale.

Malgré cet avantage pécuniaire, les habitudes préétablies ralentissent la mise en place de nouveaux dispositifs écologiques. Ainsi, le caractère objectivement optimal de cette situation ne suffit pas à vaincre l'inertie au changement. Il est donc indispensable de prendre en compte le facteur psychologique dans le processus de transition écologique.

4. DOMAINE 2 : GESTION DES DÉCHETS MÉDICAUX

4.1. CHANTIER 4 : Gestion des draps d'examen

Parmi les consommables spécifiquement médicaux, nous retrouvons ce qui couvre la table d'examen. Majoritairement jetable, le drap d'examen constitue un volume important de déchets quotidiens au sein du cabinet médical.

Tout d'abord, il était important de pouvoir quantifier les volumes de draps utilisés afin de pouvoir effectuer une comparaison après la mise en place d'une diminution de leur utilisation. Ce volume étant considéré comme « *toujours dur à estimer* » [E3], a pu être déterminé a posteriori approximativement à partir des factures. Sur cette base, le volume

estimé pour un cabinet de 4 médecins était d'une « *centaine de cartons* [de 12 rouleaux] par an » [A3], soit 1200 rouleaux environ à l'année.

Parallèlement, un questionnaire interne concernant l'évaluation des pratiques a été envoyé aux professionnels de la MSP, excluant les kinésithérapeutes et les médecins. Sur les 14 réponses obtenues, la moitié utilise une protection de table d'examen et l'autre non. Les protections utilisées comptaient 75% de draps jetables. Parmi les professionnels interrogés, peu étaient prêts à adhérer aux solutions évoquées, comme demander aux patients d'amener leur propre serviette, ni d'utiliser des draps lavables, ni d'instaurer un affichage commun au sein de la MSP ou dans la salle d'attente.

Au sein de la MSP, plusieurs stratégies ont été mises en place afin d'éviter leur rejet dans les ordures ménagères. Elles seront classées par le chercheur sous la méthode des « 3R » : Réutiliser, Recycler et Réduire.

4.1.1 Réutiliser

Initialement, la majorité des praticiens de la MSP utilisaient des draps jetables qui constituaient leur « *plus gros déchet* » [A2]. Plusieurs circuits de réutilisation des draps usagés ont été envisagés au sein de la MSP, notamment pour la litière des animaux.

Une des premières solutions proposées était de donner ces draps à une « *toiletteuse pour chiens* » [E1] qui s'en servait « *pour les litières des [...] bébés chats, nettoyer aussi les caisses* » [E1]. Ce réseau de réemploi se doublait d'un réseau de relations sociales, permettant également de développer des échanges individuels, comme le « *don de poils de chiens* » [E1] utile dans les potagers.

L'un des obstacles à ce projet était « *le stockage* » [E1] car « *avant l'été, ils ont commencé à se retrouver avec un volume un peu trop gros* » [E3]. Une autre problématique était le transport, nécessitant que « *quelqu'un vienne chercher [...] qu'on n'ait pas besoin*

d'emmener » [E1] car il ne « *faut pas que ça soit une charge supplémentaire* » [C3]. Dans un premier temps, la toiletteuse bénéficiaire « *était prête à se déplacer* » [E1]. Par la suite, un des médecins travaillant à « *mi-temps à l'hôpital local* » [E2] pouvait profiter de son déplacement professionnel pour emporter les draps à la toiletteuse, résidant dans cette même ville, à raison « *d'une fois par mois* » [E2].

Une limitation récurrente reste la nécessité d'une motivation individuelle, avec un des praticiens « *qui participe à rien spécialement* » [E2], révélant le besoin de trouver des moyens favorisant l'adhésion aux solutions proposées. A la fois problématique et répercussion positive plus inattendue et paradoxale : la toiletteuse a entamé « *une démarche de transition écologique* » [E2] et a elle-même diminué « *plein de jetables* » [E2].

Cette piste de réemploi des draps semblait également applicable à plus grande échelle, comme « *soliciter des SPA, et autres assos* » [C3], même si les vétérinaires ont refusé la démarche car « *ils ont limité le jetable chez eux* » [E2] également.

Parallèlement, d'autres initiatives personnelles ont vu le jour. Dans un autre cabinet, l'écoulement et le transport des draps usagés a été rendu possible grâce à une des médecins du cabinet, également membre d'une association animalière. « *Un élevage de chiens et de chats* » [E3], géré par une personne apparentée à l'un des membres du groupe, a également accepté de revaloriser ces draps avec un « *beau-frère qui viendra chercher de temps en temps* » [E3].

Tous ces exemples montrent bien qu'un trajet supplémentaire n'est pas toujours nécessaire, notamment s'il est possible d'intégrer ce même trajet à un transport professionnel ou personnel. De plus, le gain était à la fois écologique et financier, car cette réduction des déchets limite la dépense des levées d'ordures ménagères.

4.1.2 Recycler

Parmi les autres solutions possibles, le recyclage des draps par une société de réinsertion professionnelle, la « société ALISE » [E2] (30) a été proposé. Cependant cette action comporte un coût qui peut limiter l'investissement :

« *D'autres cabinets n'ont pas souhaité, du fait du coût* » [E2]

« *ça coûte plus cher que de les mettre dans les ordures ménagères.* » [E2].

Afin de diminuer cet impact financier, il a été décidé de réduire la fréquence des passages, à « *une fois tous les deux mois* » [A3].

Une retombée positive de l'action a été la participation à la réinsertion professionnelle promue par l'entreprise car « *ça file un boulot à quelqu'un* » [A3].

L'idée de recyclage par le compostage a été soulevée, mais limitée par le volume produit. L'inadéquation du volume des draps avec celui des bacs aurait conduit à remplir « *le composteur en deux semaines* » [E3] approximativement.

Enfin, le drap en tant que tel pouvait être plus écologique, en les achetant « *en biosourcé* » [E2]. Cependant, l'inconvénient principal est qu'ils soient « *vraiment beaucoup plus chers* » [A2]. Pour y remédier, il est envisageable de « *faire des commandes communes* » [A2], avec la limite de la distribution entre les différents sites et la gestion des refacturations, tout en respectant le principe d'autonomie de chacun.

4.1.3 Réduire

Sans totalement supprimer le drap, il était possible « *d'en consommer un peu moins. Parce que c'est vrai qu'il y avait l'habitude de dérouler tout le siège* » [E2]. Concernant la réduction d'utilisation, elle était dépendante de l'appréciation de chaque praticien. Les préoccupations d'hygiène étaient toujours présentes, une des membres considérant qu'il fallait changer le drap « *quand il est complètement chiffonné, quand il est un peu mouillé,*

quand il y des pieds un peu sales dessus » [C3], avec cependant un changement d'habitude marqué : « *Mais clairement je le change pas à chaque consultation* » [C3]. Une autre participante assurait de manière générale qu'il fallait « *effectivement moins tirer le drap à chaque fois* » [A3]. Cette discussion ouvre la réflexion sur les usages par habitude, et peut ouvrir une réflexion plus globale sur le besoin d'un usage.

Cette diminution de l'usage a également été favorisée par la prise de conscience du volume utilisé et de la nécessité de le transporter régulièrement : « *bah faut pas qu'on en ait trop* » *dans les cartons. Et du coup bah ils réduisent vachement leur usage* » [E3].

En complément des solutions de réemploi et de réduction, il a été également envisagé de remplacer le drap jetable par un drap lavable. Ce dernier pourrait être fourni par le professionnel de santé, ou par le patient sous la forme d'une serviette de bain. Plusieurs modèles ont été expérimentés au sein des différents sites.

L'utilisation d'un drap lavable fourni par le professionnel de santé et « *conservé pour une personne pendant dix séances* » [B3] a été essentiellement expérimentée par les kinésithérapeutes. Le stockage des draps usagés n'était pas une problématique puisqu'un participant a partagé son expérience de rangement ergonomique, en les enveloppant dans « *un sac congélation* » [B4] et en les stockant dans des boîtes de « *cinquante draps* » [B4]. En revanche, le lavage était considéré comme contraignant car effectué par un seul des professionnels de santé de la structure concernée.

Pour diminuer cette corvée de lavage de draps, un essai dans le même cabinet de kinésithérapeutes a été tenté : les patients devaient « *venir avec leur serviette de bain* » [B2] comme c'est déjà le cas dans d'autres cabinets de kinésithérapeutes. Pourtant, l'expérience était plus mitigée, en estimant que « *les trois quarts [des patients] oublient* » [B4] d'en apporter « *après deux mois* » [B4] d'essai ; avec une répercussion sur la quantité

de draps à laver car « *soit on utilise plus de papiers, soit on lave plus de draps lavables* » [B4] ; ou alors « *une ou deux serviettes qui avaient servi pour trois, quatre personnes* » [B4]. Outre ce problème d'hygiène, le fait de devoir laver une quantité plus importante de serviettes représentait aussi des dépenses financières, conduisant à envisager « *une diminution du coût via le forfait blanchisserie* » [C4] en externalisant le lavage. Concernant les serviettes apportées, leur longueur insuffisante « *qui ne couvre pas parfaitement sous les pieds* » [C3] constituait également un frein à sa mise en place.

Un succès de la démarche était pourtant constaté « *pour tous les bébés* » [C4], de même que « *chez les sages femmes [...] ça a l'air d'être très intégré* » [A4] ; donc dépendant de la population soignée. Chez les médecins, la mise en place était plus lente étant donné qu'il y a « *beaucoup de consultations assez ponctuelles* » [A2].

Dans tous les cas, l'information aux patients « *fait un temps en consultation en plus parce qu'il faut expliquer* » [B4], mais elle s'avère nécessaire pour que leur vision ne porte « *pas sur le financier. Parce que c'est déjà une interprétation qu'ils ont des fois* » [E4].

Différents médias de communication ont été évoqués comme des « *campagnes d'affichage* » [C3] en salle d'attente pour effectivement sensibiliser les patients, ainsi qu'au « niveau de la COMCOM » et « *les journaux locaux* » [E3]. De manière plus personnalisée, des inspirations dans d'autres cabinets incitaient les patients à apporter leurs serviettes par des mentions « *à la fin des ordonnances* » [B3] et sur les « *rappels de rendez-vous par Doctolib* » [E3], ce qui pouvait diminuer de manière significative les oubliés.

Il est apparu important de présenter « *des choses parlantes* » [A3], en présentant de visu « *le bac-là qui se remplit* » [A3] aux patients ainsi qu'aux autres professionnels de santé ; et en établissant des parallèles avec d'autres situations du quotidien, comme on «

amène bien son sac quand on va faire les courses » [E3], afin d'augmenter l'adhésion au projet.

Une solution complémentaire a été évoquée comme l'absence de support fourni lors de l'oubli de la serviette. Cette proposition a ouvert un débat sur l'usage de produits de désinfection, qui sera développée par la suite. En effet, afin de respecter les règles d'hygiène, le risque concernant l'utilisation récurrente de produit sur la table d'examen était qu'ils « *abîment [la] table d'examen* » [E2] avec le risque de devoir « *changer le cuir tous les 5 ans* » [B3]. Afin de limiter cette destruction, des recherches ont été réalisée sur l'usage d'une « *housse qui se clipse* » [E4], malgré « *le côté inconfort* » [C4] et le risque d'inadaptation à une table modulable en « *table gynéco* » [A4].

Dans tous les cas, au niveau hygiénique, l'absence totale de protection soulevait de nombreuses questions, que ce soit en cas de « *gale* » [A4] et « *le contact cutané* » [A4] des produits de nettoyage.

Au total, quelle que soit la manière, et malgré des intensités d'application diverses, cette préoccupation de réduire l'usage des draps d'examen a conduit à « *une baisse des volumes* » [C3] malgré l'arrivée d'un nouveau médecin. Le gain pécuniaire était affirmé, « *parce que vous achetez moins de draps d'examen* » [C3]. Cette démarche de réduction des déchets pouvait ainsi constituer un compromis.

Toutes ces discussions concluaient ainsi que l'essentiel était « *de proposer des choses [sans] empêcher les gens d'utiliser des papiers* » [E4], affirmant à nouveau que la transition écologique reposait avant tout sur le volontariat et le choix personnel.

Chaque professionnel est susceptible de proposer des solutions différentes pour un même problème, en correspondance avec ses contraintes et ses valeurs. En effet, la

gestion des draps d'examen a vu émerger différentes propositions de réduction d'utilisation (diminution de longueur, changement non systématique), de réemploi (litières), de recyclage (compost, draps biosourcés), mais aussi de suppression, en y substituant un support similaire lavable (par le professionnel ou le patient), ou bien en employant un désinfectant de surface à la place.

Sans la citer directement, les participants ont redécouvert le modèle des 5R (introduit par une conférencière française spécialiste du « zéro déchet » Béa Johnson) : Réduire, Réutiliser, Recycler, Refuser et Repenser. Nous ne pouvons qu'apprécier les résultats de la réflexion du groupe, aboutissant finalement à une approche méthodique, bien que l'utilisation préalable de cette méthode leur aurait offert un gain de temps précieux.

Nouvel enjeu de ce chantier, le patient était envisagé comme un partenaire de transition écologique, en lui demandant d'amener sa propre serviette. Néanmoins, le regard qu'il pouvait porter sur cette exigence risquait de la considérer plus économique qu'écologique, les deux aspects convergeant à nouveau. De plus, les représentations du patient avaient de grandes chances de lui faire préférer l'hygiène personnelle à la préoccupation environnementale. Ce conflit potentiel a d'ailleurs animé les discussions, conduisant à une réflexion en profondeur sur les minima sanitaires.

D'autre part, impliquer le patient lui faisait porter la charge de l'engagement environnemental, qui n'était d'ailleurs pas choisi par la totalité des membres de la MSP. En ce cas, la préoccupation écologique se heurtait potentiellement à la dégradation de la relation médecin-malade, primat inconditionnel du soin. Il était donc indispensable, pour le bon fonctionnement d'un tel dispositif, de le baser sur le volontariat, des patients comme des soignants.

Une fois encore, l'idée d'un changement n'était pas auto-suffisante, mais sous-tendait

une certaine logistique, que ce soit dans l'éviction des draps (information au patient) ou leur réemploi (transport vers professionnels animaliers). L'effort logistique reposait en partie sur des initiatives personnelles (pour l'acheminement des déchets), mais concernait le groupe pour ses contraintes (stockage) comme pour ses bénéfices (réduction du volume et donc du coût de traitement). L'implication directe des membres dans la gestion des déchets entraîne une prise de conscience des conséquences écologiques de sa propre pratique, s'accompagnant d'une modification de comportement de l'utilisation des draps d'examens. Cet exemple particulier s'ouvre vers une dynamique plus générale : le cycle de vie d'un produit. En acquérant une vision plus globale de celui-ci, au-delà de son simple usage, le professionnel peut prendre la mesure de son impact environnemental personnel.

4.2. **CHANTIER 5 : Gestion des DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux)**

Les Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI) nécessitent une filière d'élimination particulière, et seront in fine incinérés.

La diminution de l'impact carbone des DASRI passe d'abord par « *réduire les volumes en ne mettant dans les DASRI que ce qui est DASRI* » [E1]. L'hétérogénéité des pratiques de tri relevée selon les professions a conduit à une « *sensibilisation* » [E2] à l'égard de l'ensemble des professionnels au sein de la MSP. Celle-ci reposait non seulement sur une révision des gestes de tri « *pour réduire au minimum ce qui est mis dedans* » [E2], mais également sur la mise à disposition de matériel pour limiter les risques comme « *une pince cochère [...] pour pouvoir le faire sans [...] se piquer* » [E2].

Par ailleurs, une forte disparité géographique des contrats de traitement des DASRI a été relevée chez les professionnels de la MSP, notamment des entreprises « *dans le Maine et Loire [...], bretonnes, centre Val de Loire* » [E1], et même parfois plusieurs entreprises différentes au sein du même cabinet. Une première approche logique était donc de rétablir de la « *proximité* » [E1] en travaillant avec des acteurs locaux pour limiter l'impact des trajets.

Pour aller plus loin, l'obtention d'un « *contrat avec un prestataire pour l'ensemble des cabinets* » [E2] a permis de limiter encore plus les « *kilomètres* » [E1] parcourus et « *faire des économies aux professionnels de santé* » [E1].

Bien que les différents praticiens aient des engagements de durée variable pour leurs contrats actuels, l'accord de l'entreprise « *que les gens arrivent au fur et à mesure* » [E1] et en offrant « *le même tarif* » [E1] a permis un engagement croissant des professionnels en l'espace d'un an.

Pour optimiser l'organisation du ramassage, il a été nécessaire d'évaluer les volumes, qui est resté approximatif, soit en demandant aux professionnels « *vous pensez que vous remplissez quoi en trois mois ?* » [E1], ou en leur montrant 3 volumes de bacs et en demandant de cocher la « *réponse A, B ou C* » [A1].

Concernant le relevé des boîtes, l'entreprise imposait initialement un rythme de passage rigide, « *tous les trois mois* » [E3], ne permettant pas une adaptation en fonction du niveau de remplissage des contenants, hormis la possibilité pour l'entreprise de « *rapporter un contenant* » [E1] en cas de surplus de DASRI.

Le paiement du service de collecte était fonction de la taille des boîtes de recueil des DASRI, incitation financière indirecte à réduire les volumes de déchets. Pour ceux ayant drastiquement diminué ce volume, ils ont pu considérer « *payer trop cher alors qu'on remplit*

pas les boîtes » [E3]. Bien que le prestataire choisi « *était quand même moins cher que la plupart des contrats* » [A3], le groupe a proposé de « *réévaluer à la fin de l'année l'utilisation réelle* » [C3] par la coordinatrice, pour commander « *de plus petites boîtes* » [C3]. En effet, une participante rapporte avoir livré « *deux boîtes sur les trois* » [A3] dont une pleine seulement « *aux deux tiers* » [A3]. Après renégociation du contrat notamment possible avec l'augmentation progressive du nombre d'adhérents, l'entreprise de collecte a accepté la « *possibilité de faire une levée sur deux* » [E4], soit « *deux levées par an* » [E4], avec l'accord pour ne « *facturer que ce qui est redonné* » [E4].

La possibilité « *d'encore optimiser les coûts* » [C3] était tempérée par les « *normes d'hygiène* » [E3], avec l'impossibilité « *de garder des DASRI plus de trois mois* » [E3] dans un cabinet.

Une alternative à la réduction du contenant était la mise en commun, applicable à certaines professions, comme « *les pédicures [...] qui ont un petit volume* » [E3] de déchets DASRI. Des risques ont été cependant pointés pour le transfert « *d'une boîte à l'autre* » [E3], ainsi que du caractère « *pas fonctionnel* » [A3] et de la nécessité de « *factures pour la compta* » [E3], en cas de mutualisation des contenants de DASRI.

Dans un premier temps, la révision des gestes de tri a d'emblée permis une diminution non négligeable du volume des DASRI, sans modifier la filière de traitement initiale. En effet, les participants ont constaté une surproduction de déchets, par non-séparation de la partie coupante ou tranchante à son support non vulnérant. Grâce à une campagne d'information, ainsi qu'à la mise à disposition de pinces (assurant la sécurité des professionnels manipulant ces déchets), les membres de la MSP ont pu obtenir un niveau de déchets minimal.

Dans un second temps, le groupe s'est emparé de l'autre aspect écologique des déchets : leur transport. Dans ce but, faire appel à une unique entreprise de sous-traitance des DASRI, qui plus est locale, a permis une diminution des distances de transport, moyennant un coût organisationnel important en amont. En effet, la présence initiale de très nombreux contrats sur l'ensemble de la MSP empêchait une cohésion d'achat. Heureusement, la souplesse administrative de l'entreprise, en gardant les avantages financiers d'un contrat groupé (souscriptions différées au contrat, facturations individuelles), a permis un recrutement de la quasi-totalité des professionnels.

A long terme, la réduction des déchets s'accompagne d'une diminution de la fréquence des transports, accomplissant une véritable synergie écologique. Une juste réévaluation des volumes de DASRI a conduit à un espacement du relevé des boîtes, elles-mêmes redimensionnées pour optimiser leur remplissage, et donc leur coût. Par ailleurs, la révélation d'un gain potentiel a accru la demande d'économie de la part des praticiens, favorisant leur investissement dans la réduction des déchets.

4.3. CHANTIER 6 : Matériel jetable des professionnels de santé

Depuis les années 1970, le secteur de la santé a choisi l'utilisation majoritaire de dispositifs médicaux à usage unique, au détriment du réutilisable, et ce pour des raisons d'hygiène. Le recours à du matériel stérilisable apparaît comme une option possible du secteur du réutilisable, mais son utilisation est protocolisée.

Deux cas se sont présentés dans le traitement du matériel médical au sein de la MSP.

Chez les dentistes, le constat réalisé montre que dans leur matériel, « *Tout est usage unique, quasiment !* » [B3]. Suivant cette piste de réflexion, ils se sont équipés récemment

de « *supers unités de stérilisation* » [E3], afin d'utiliser « *la boîte de base de consultation en stérilisable* » [E3]. Le coût du matériel a néanmoins été un facteur limitant, car « *c'est 100 balles par boîte [...], ils en ont un petit volume, mais ils ne peuvent pas travailler qu'avec ça, parce qu'il faut qu'ils en aient énormément pour pouvoir tourner par demi-journée* » [E3].

Il n'y a pas eu d'évaluation des coûts pour estimer la durée nécessaire d'amortissement de cet investissement. Le pourcentage de matériel stérilisable n'a pas été relevé précisément non plus.

Chez les paramédicaux, l'idée d'avoir recours à la stérilisation n'est pas une idée nouvelle puisque ces derniers « *sont beaucoup passés au jetable* » [E3] notamment par soucis de coût afin de s'adapter aux nouvelles normes d'hygiène : « *parce qu'on leur a dit qu'ils étaient plus aux normes* » [E3]. Une prise en charge financière collective, « *coûts qui peuvent être portés par la SISA* » [E3], ainsi que la mutualisation du matériel avec les médecins « *prévoir une salle de sté* » [E3], apparaissent comme une piste de réflexion malgré une « *grosse organisation* » quotidienne [E3].

En dépit d'une forte consommation de jetable, ce chantier n'a pas bénéficié d'un suivi spécifique au sein du groupe.

Le recours à du matériel stérilisable implique non seulement l'achat de nombreuses boîtes d'instruments, mais aussi celui d'une unité de stérilisation et des produits adéquats, afin de respecter toutes les normes et le temps nécessaire à sa réalisation. Son coût élevé empêche ici une utilisation exclusive d'instruments stérilisables. En effet, leur délai d'amortissement peut être long, par contraste avec du matériel jetable moins onéreux. Il est donc nécessaire de prévoir en amont le nombre de set

initiaux nécessaires, qui dépend aussi de la durée de stérilisation pour chacun d'eux. Ainsi, l'usage de la stérilisation apparaît plus accessible aux médecins ou paramédicaux, d'autant plus s'il y a mutualisation des machines. En revanche, la gestion du processus comporte des contraintes organisationnelles fortes (activation et entretien des unités de stérilisation) constituant un frein à part entière.

5. DOMAINE 3 : ACHAT DE MATERIEL

5.1. CHANTIER 7 : Achat de papeterie écosourcée

La fabrication du papier a un impact écologique non négligeable car elle peut contribuer à la déforestation. Chez les professionnels de santé, ce sont pour l'essentiel des papiers de bureau de type imprimante, notamment pour l'impression des ordonnances.

La question du papier a été l'un des tous premiers sujets abordés au sein du groupe avec un objectif d'améliorer l'impact écologique du papier utilisé.

Parmi les fournisseurs, « *Ecoburo [...], basée à Nantes* » [E1], s'est détachée par sa « *papeterie écosourcée* » [E1] et son « *matériel labellisé « Ange bleu », qui est le meilleur label en papeterie* » [E1]. Le choix de cette entreprise marquait une évolution importante, les achats de papier étant habituellement effectués dans des grandes surfaces comme « *Super U* » [E1] ou « *sur internet* » [E1] sans réflexion écologique. « *Une liste de fournitures* » [E1] a également été proposée au cabinet, dont « *des surligneurs [...] non traités* ».

Seul bémol dans ce processus de transition, « *les secrétaires n'ont pas été incluses partout dans la réflexion* » [E1], alors qu'elles représentent « *un pilier essentiel de la papeterie* » [E1] et de sa gestion.

Le caractère pluri-sites de la structure a nécessité une réflexion sur l'organisation des commandes, entre une approche dématérialisée par « *un tableau partagé* » [E1] risquant de se « *perdre dans le flux de mails reçus quotidiennement* » [E1], et « *un tableau papier* » [C1] moins pratique d'emploi. La coordination afin d'effectuer une « *commande groupée* » [C1] était importante à la fois pour décharger cette tâche chronophage initialement individuelle, et également pour « *économiser les frais de port* » [E1], tout en nécessitant pour les professionnels « *une facture à leur nom* » [E1]. Pour cette dernière requête, l'entreprise a bien répondu à cette exigence, donnant « *un prix de gros et des facturations individuelles* » [E1].

Cette organisation commune nous montre donc comment l'intérêt écologique de « *limiter les aller-retours en termes de transport* » [E1] coïncide avec le bénéfice financier.

Le groupe a réfléchi à l'organisation temporelle des commandes pour limiter l'impact organisationnel. Le rythme retenu est de « *tous les trois mois* » [A1], avec la préoccupation de « *garder sur le long terme* » [C1] cette fréquence. A nouveau, la communication était un instrument majeur pour la réussite du projet et la délégation des tâches, avec le besoin de définir des référents par site et de sélectionner le canal de communication idéal : mail, logiciel commun...

Le corollaire d'une commande groupée est le « *problème du stockage* » [A1]. Il était donc indispensable d'évaluer les quantités consommées, ce qui s'est révélé être une tâche périlleuse devant des stocks individuels hétérogènes « *on n'a pas encore commandé. On a du stock* » [B1], ou au contraire le manque de place puisqu'une des participantes déclare qu'elle « *[faisait] beaucoup de petites commandes, comme [elle n'avait] pas beaucoup de place de stockage* » [A1]. Une solution avancée était que « *chacun coche ce qu'il prend* » [A1] dans le

stock collectif, permettant à la fois un chiffrage des quantités nécessaires et une attribution des coûts.

La livraison des colis a, une fois de plus, fait plutôt appel à l'initiative individuelle initialement. En effet, leur réception chez l'une des participantes, qui témoigne « *je ne sais pas encore trop comment je vais m'en sortir* » [E1], s'est rajoutée à un second obstacle qui était le « *tri des colis* » [E1], également délégué à la sphère privée « *j'ai des petites mains chez moi* » [E1]. Devant cette approche non pérenne pouvant favoriser l'épuisement du membre de ce groupe, les autres participants ont proposé un changement d'adresse de livraison sur des lieux de réunions multisites, où se rencontrent régulièrement les professionnels avec au moins « *un représentant de chaque lieu* » [C1], et la possibilité de « *faire un trajet en voiture où t'emmènes tout d'un coup* » [C1].

Une fois les commandes acheminées sur chaque site, de préférence dans les cabinets médicaux, plus grand et « *l'avantage [...] c'est qu'il y a la secrétaire* » [C1], il a été décidé de favoriser l'autonomisation des autres professionnels de santé, « *les gens, à eux de venir récupérer* » [E2]. Cela était la solution de recours s'il n'était pas possible de trouver d'autres occasions de mutualisation des trajets comme « *les groupes de travail* » [C1], des rencontres moins formelles pour favoriser la cohésion du groupe lors des « *pique-niques* » [A1], ou encore lors des trajets de coordination de soins « *comme je vais à beaucoup aux réunions, je vais à peu près partout* » [E1].

Nous remarquons ainsi que les questions de livraison et de stockage ne sont pas spécifiques du caractère écosourcé du papier, mais plutôt de la commande groupée, difficulté encore plus prégnante de par la situation multisite de la structure. La mutualisation des trajets permet, en partie, de contourner ces difficultés.

Au total, « *deux commandes* » [E2] ont eu lieu, mais « *à peine un quart* » [E2] des professionnels y a participé, avec cependant « *tous les cabinets médicaux* » [E2]. La communication était encore mise en cause, avec la nécessité d'« *insister sur le papier recyclé* » [E2] lors des prochaines assemblées générales.

Grâce à un label écologique officiel, les achats de papeterie deviennent plus éco-responsables, moyennant un coût plus élevé (papier écosourcé), dissuasif pour certains participants. Néanmoins, l'impact écologique ne se limite pas au matériau, mais également à son acheminement. Pour y remédier, il est possible de mutualiser les transports pour de gros volumes, posant des problèmes de stockage et de redistribution aux professionnels. Une logistique adéquate doit accompagner le rythme des livraisons, tant en amont (centralisation informatique des commandes) qu'en aval (acheminement secondaire aux cabinets concernés). Enfin, pour diminuer la tension de stockage, il est à la fois nécessaire d'évaluer les consommations et de désigner des référents aptes à récupérer, depuis un dépôt central (lieu de réunion), le matériel pour leur propre site.

5.2. **CHANTIER 8 : Achat de matériel médical et non médical de seconde main**

L'achat de matériel de seconde main permet de prolonger le cycle de vie d'un objet et d'en diminuer l'émission de Gaz à Effet de Serre (GES) présente à toutes les étapes de son cycle de vie.

Dans le but de réduire à la source l'empreinte environnementale, les participants se sont interrogés sur les possibilités d'acquisition de matériel déjà utilisé auparavant, dans la

sphère du soin ou non. De même, ils ont attaché un intérêt particulier à limiter le matériel jetable au profit d'une solution plus pérenne.

A propos du mobilier, une partie des chaises a été achetée en occasion, auprès « *d'un collège* » [A2]. La vaisselle présente en salle de pause, quant à elle, a été acquise « *en écorecyclerie* » [B2]. Toujours concernant les repas, les professionnels souhaitaient « *ne pas avoir de jetable* » [E2], ayant fait fabriquer « *des éco-cups comme dans les festivals* » [A2], pouvant être facilement transportés.

A l'intérieur même du cabinet, « *l'achat de mobiliers, de matériel médical de seconde main* » [E2] était possible auprès de plusieurs entreprises, dont « *Envie Anjou, Ecorecyclerie et Loire Eco Distribution* » [C4] pour le mobilier de bureau en seconde main, ou encore « *Leboncoin* » [A4], qui accueillerait également, d'après les observations des participants, le contenu « *des cabinets qui se vident* » [A4]. Ce matériel se déclinait également en « *déambulateurs, fauteuils* » [E2], « *piluliers* » [A2] qui pourrait être « *donné à des patients* » [A2], afin de faciliter l'observance médicale dans ce dernier cas. Des réticences aux achat sont apparus pour l'informatique, à cause de l'obsolescence des appareils : « *c'est que quand tu changes ton PC, c'est pas pour en prendre un en seconde main. Parce que t'as besoin d'un truc qui tourne bien, vite* » [A2].

La possibilité de « *demander une facture* » [C4] était proposée par certaines plateformes, ce qui répondait à la préoccupation de « *pouvoir faire passer dans la comptabilité* » [E4] les achats effectués.

Un autre frein était l'éloignement des vendeurs lorsqu'il s'agissait de matériel volumineux « *parce que c'est pas toujours tout près* » [A4].

Le repérage de ces quelques sites de fournisseurs a incité le groupe à « *recenser tout ce qui existait comme possibilité en seconde main* » [E4], et notamment à « *refaire un listing des sites internet* » [C4]. Cela permettrait de le diffuser « *à tous les professionnels [via] un padlet accessible à tous* » [C4], et en particulier aux secrétaires « *comme elles font une partie des commandes* » [C4].

A plus large échelle, le soutien logistique de « *3R d'Anjou* » [E3] permettrait une diffusion plus large de l'information.

Au niveau des patients, un « *affichage en salle d'attente* » [C4] pourrait les sensibiliser pour leurs propres achats, y compris sur le plan du matériel médical.

Les achats de seconde main se caractérisent par leur diversité en termes de matériel (médical ou non, mobilier ou ustensiles), mais aussi en termes de fournisseurs (professionnels ou particuliers, entreprises physiques ou en ligne), démultipliant les possibles. Afin d'aiguiller l'acheteur (patient ou professionnel de santé) dans ses recherches, les participants ont décidé d'établir une liste des sites de vente potentiels.

Si leur prix est généralement plus attractif, le marché de l'occasion empêche parfois l'obtention de factures nécessaires à l'intégration dans les charges ou à l'obtention de financement institutionnels. De plus, l'acheminement peut représenter un coût ou un temps supplémentaire à prendre en compte, par rapport à l'achat du neuf.

5.3. CHANTIER 9 : Utilisation de produits ménagers

L'entretien du cabinet médical nécessite un respect des règles d'hygiène, aussi bien au niveau du matériel médical qu'au niveau du mobilier non médical.

La réflexion sur les produits ménagers a initialement été introduite comme un moyen d'éviter l'usage des draps d'examen, puis ils ont fait l'objet d'une discussion en eux-mêmes concernant leur impact écologique, de santé, et leurs modalités d'utilisation.

En tant que substitut aux protections papier, ils devaient répondre à certaines exigences pratiques pour être employés facilement. En premier lieu, la préparation du produit devait être simple, comme le faisait remarquer une participante pour l'usage de lingette imbibées : « *remplir la bassine tous les matins, je pense que ça sera trop contraignant* » [C4]. De plus, le nombre de contenants devait être multiplié par le nombre de bureaux, un éventuel bac commun impliquant de « *sortir de la salle d'examen, aller chercher la lingette* » [C4]. Ensuite, les professionnels souhaitaient éviter de « *faire de la mousse* » [A4] ni être « *obligés de rincer* » [A4] pour ne pas perdre du temps supplémentaire. La surface traitée devait être préservée lors du lavage, en particulier avec « *un produit nettoyant qui n'attaque pas le sky* » [C4]. A défaut, les participants envisageaient « *un détergent plus doux* » [A4], sans plus de précisions.

L'innocuité du produit ménager était également mise en avant, avec la préoccupation de « *trouver le moins impactant au niveau de la santé* » [E4], car il serait « *inhalé* » [E4] par les professionnels, et au « *contact cutané* » [C4] des patients. Les potentiels effets de « *perturbateurs endocriniens* » [E4] étaient également pointés du doigts. En alternative aux plus gros fournisseurs, une entreprise de la région produisant des virucides a été proposée, située à Chemillé-en-Anjou, répondant également à une volonté de travailler avec les acteurs locaux.

Plus profondément, une remise en question du « *besoin de produits virucides* » [A4] s'est faite jour, surtout pour « *juste du contact cutané* » [A4]. Le groupe s'est interrogé tant sur la suffisance de « *juste un rinçage à l'eau* » [C4] dans certaines situations, que sur

l'efficacité des désinfectants courants, une participante n'étant « *pas sûre qu'Anios dégomme de la gale ou des poux* » [A4]. Cette remise en question des habitudes et des croyances usuelles ouvrait la possibilité d'un travail de recherche et de mise à niveau sur l'adéquation entre besoin et produit utilisé, avec la suggestion de contacter « *un hygiéniste du CHU* » [E4].

Plusieurs critiques ont émergé envers les fournisseurs les plus répandus comme Anios, concernant le temps nécessaire qu'il fallait « *le laisser appliquer [...] je sais pas, plusieurs minutes* » et sur le manque « *d'étude [...] sur l'impact sur les soignants* » [E4]. Une éventuelle étude existante était d'ailleurs d'emblée suspectée d'être menée par le laboratoire, « *pour dire que tout va bien* » [E4]. Le caractère efficace de la désinfection elle-même était mis en doute, allant jusqu'à invoquer « *le côté psychologique [de] se dire « ma table est propre »* [E4].

En dépit de cette méfiance vis-à-vis de ces produits nettoyants, il était relevé une sous-utilisation du savon, parce qu'avec du gel hydroalcoolique « *ça va plus vite* » [E4]. Pourtant, le groupe relevait l'efficacité du savon, qui « *élimine la plupart des bactéries, les virus* » [A4]. Cette interrogation soulève la question de l'équivalence écologique entre différent mode de désinfection des mains.

Enfin, la possibilité de choisir les solutions de nettoyage était parfois limité par « *un service de ménage qui impose ses produits* » [E4].

L'utilisation des produits de nettoyage constitue, entre autres, une alternative aux protections des supports d'examen. Ils doivent répondre à la triple exigence d'efficacité, de facilité d'usage, et d'innocuité (tant pour les personnes que pour les surfaces appliquées). Leur intérêt systématique a été remis en cause, et a conduit à

un questionnement profond sur les pratiques de chacun, ainsi que sur la nécessité de rationaliser leur emploi à partir d'études fiables et indépendantes.

6. DOMAINE 4 : AMENAGEMENT DES BATIMENTS

6.1. CHANTIER 10 : Aménagement des bâtiments

Le fonctionnement et l'entretien d'un bâtiment, regroupant la structure du cabinet et ses équipements, représentent l'un des postes à plus fort impact d'émission de GES. Intégrer des écogestes au quotidien permet de limiter ces impacts.

La question de l'écologie dans la construction de bâtiment et leur aménagement a été un sujet important au cours de toutes les séances. Plusieurs axes ont été initialement évoqués par les participants, tels que « *l'éclairage, la question du chauffage, des ventilations, des consommations d'eau, quel type d'appareil ?* » [E1].

Cependant, contrairement aux autres chantiers, jusqu'alors, le besoin s'est imposé d'être accompagné d'emblée par des organismes extérieurs pour être conseillé, comme « *faire venir l'« association ALISEE » (31) pour un diagnostic* » [E1] des bâtiments, ou « *contacter l'ADEME* » (Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie) [E1].

La proposition principale était de demander une forme d'audit d'un des cabinets, et c'est le plus « *spacieux* » [E1] qui a été sélectionné, bien « *qu'assez récent* » [E1], afin de servir de modèle pour les autres. Cette action apparaissait faisable « *sur un temps de midi* » [E1] avec « *un représentant par cabinet* » [E1].

Le passage de « *la société ALISEE en Janvier* » [E2] a permis de donner des pistes notamment sur l'économie d'eau et d'électricité. Au-delà de ces remarques générales, les économies d'énergie sont surtout « *bâtiment dépendant* » [E2], notamment au travers de

normes pour les « équipement de base [...] comme les détecteurs de mouvement » [E2]. Néanmoins, le caractère normatif de ces aménagements restait flou, avec la crainte de ne pas savoir « quel impact avoir sur les choix » [E2] dans le cadre d'un bâtiment à venir géré par un « bailleur social » [E2].

Cette intervention aura permis dans un second temps une réflexion sur l'« évaluation de chaque bâtiment » [C3]. Certains participants recommandaient d'ailleurs de « se déplacer » [A3] afin d'évaluer par eux-mêmes, plutôt que de donner des consignes de vérification de leurs locaux. Cela impliquait cependant d'acquérir des compétences suffisantes en matière d'évaluation écologique, d'être « au clair quand on ira faire les visites, pour être sûr » [C3].

Malgré le passage d'ALISEE, des doutes furent toutefois émis concernant l'aptitude à déterminer les modifications requises : « je saurais pas voir si je peux mettre un mousseur » [C3], « c'est pas notre métier non plus quoi, donc on va pas aller dans les choses trop techniques ! » [E3]. Afin d'être exhaustif, il était proposé de s'aider avec une « liste de tout ce qu'on doit vérifier » [C3], avec la possibilité de « s'appuyer sur ALISEE » [A3]. En parallèle de cette démarche individuelle, « des préconisations qu'on pourra faire aux collègues » [E3] étaient envisagées, pour assurer la mise en œuvre des changements conseillés. Pour établir leur pérennité, « un référent par site » [E3] serait désigné.

Plusieurs projets de construction et de rénovations sont en cours au sein de cette MSP multisite.

« Le permis de construire [étant] déposé » [B4] pour l'un des cabinets des participants, des suggestions d'envergure avaient été données pour la construction, notamment le réemploi d'une partie des installations de l'ancien bâtiment : « tout ce qu'on a pu récupérer on le récupère » [B3]. Les fenêtres pouvaient donc être réutilisées « si c'était bien démonté », d'après l'architecte, tout comme les « prises électriques on a mis tout ça,

stocker, pour ensuite pouvoir les réutiliser dans le futur « [B3]. Comme moyen de communiquer cette préoccupation de la « transition éco » [E4], il a été proposé de « faire un reportage photo sur le chantier » [B4].

Au sein d'un autre bâtiment en cours de rénovation, il était également question de « faire mettre la borne électrique pour recharger les voitures dans un mois » [B4].

L'eau était aussi un sujet d'intérêt. Le passage d'ALISEE a permis de donner « *des pistes notamment sur les mousseurs pour les robinets* » [E2], afin d'économiser l'eau en réduisant son débit par deux, à condition que le robinet soit « *compatible* » [A2]. Il en existe « *plusieurs modèles* » [E4], avec en plus des « *réglages différents* » [E4]. Leur coût était par ailleurs modique, de « *deux, trois euros* » [A4], payable par « *la SISA* » [E4], donc très faciles d'achat.

Concernant leur mise en place, une proposition non retenue était de ne « *pas demander l'accord, mais demander l'absence d'opposition* » [C4], tout en assurant que « *les gens vont pas être contre une diminution de leur facture d'eau.* » [C4]. Ici, les gains écologiques coïncidaient avec les économies financières. Des démarches de communication innovantes ont été pensées et acquiescées par l'ensemble du groupe, comme d'abord faire une « *vidéo, on met en place à La Possonnière* » [E4], puis d'informer de l'achat « *des mousseurs pour la MSP* » [E4], et d'enfin proposer aux autres cabinets de passer « *changer les mousseurs* » [E4].

Rendre les professionnels « *conscients de la réduction* » [A4] permettait de les impliquer dans le processus de transition écologique. Pour le cas spécifique du remplissage des « *bacs de lavage de sol* » [C4], il était suggéré de garder « *un robinet qui coule normal* » [E4] par cabinet.

En parallèle des lavabos, les toilettes représentent également un poste de dépense d'eau. La discussion a cerné en particulier les chasses d'eau, en s'attachant à « *repérer les*

fuites » [E3] et à réduire le volume de chasse d'autant que le contenu « *d'une bouteille d'eau fermée* » [E3] déposé à l'intérieur. Il a également été proposé de « *les brancher sur l'eau de pluie* » [B4] mais la complexité apparente du dispositif a cependant découragé les participants.

Dans le cas des économies d'eau, une évaluation pouvait être envisagée objectivement par la comparaison des « *factures* » [C4], permettant un suivi pertinent de l'impact des actions entreprises.

L'électricité a été abordée par le biais de l'éclairage. Un changement avancé était le remplacement des ampoules non-LED (Diode ElectroLuminescente) par des ampoules LED.

Pourtant, cette idée était entravée par de nombreuses interrogations techniques. Il était difficile pour les participants de savoir quelles sources d'éclairage étaient « *transformables en LED* » [E4], voire de déterminer la nature même de l'éclairage. De même, le temps nécessaire pour « *démonter toutes les ampoules* [allant] être un peu compliqué » [C4], les participants ont décidé de profiter de la tournée d'installation des mousseurs pour également installer les ampoules et se « *faire une petite base de données* » [E4].

Dans la même optique de s'épargner du temps, les participants ont pu compter sur les recommandations d'ALISEE pour adapter l'éclairage des lieux, notamment « *couper quand on est absent plus de deux heures* » [E2], voire d'installer des détecteurs de lumière comme dans une autre MSP, malgré le risque de dysfonctionnements pouvant gêner les « *projections* » [C3] en réunion par difficulté à éteindre définitivement la lumière.

En dehors des bâtiments, l'aménagement végétal a aussi été réfléchi. La plantation d'arbres s'est heurtée au risque de dessèchement, ayant concerné « *la moitié des arbres* » [A3] l'année passée. Le problème principal était de déterminer qui arroserait les végétaux en période sèche. Une fois encore, le succès reposait sur l'engagement individuel. Les

participants se sont interrogés sur l'existence de subventions, à l'instar « *des agriculteurs pour replanter des haies* » [E1], sans certitude pour l'heure.

Ces choix réalisés par le groupe de travail et proposé au reste de la MSP sont le fruit ici d'un accord tacite, sans mise au vote au sein du groupe de travail. On remarque aussi l'investissement personnel important qui est aussi présent en dehors de l'activité professionnelle. Ce mode de fonctionnement nécessite des compétences initiales qui ne sont pas toujours présentes et qui peuvent limiter l'implication. On remarque aussi la volonté de laisser un choix à tous les professionnels de la MSP, non impliqués dans le groupe, qui pourrait limiter l'impact des propositions faites, tout en ouvrant la possibilité d'un investissement plus important.

L'aménagement, voire la construction d'un bâtiment plus écologique, étant un sujet complexe, faire appel à des professionnels agréés issus d'associations (ALISEE, ADEME) est nécessaire pour acquérir des connaissances fiables sur le sujet.

Cependant, le caractère multisite de la MSP ne permet pas aisément une évaluation de chaque lieu. Le groupe a donc sélectionné un site en particulier, devant servir d'exemple pour les autres. Ainsi, l'expertise de ce site a créé un modèle de référence transposable aux autres localisations. Cette démarche a eu pour avantage d'autonomiser certains membres du groupe pour évaluer les améliorations écologiques possibles sur les autres sites, grâce à cette première expérience, et à une liste d'éléments-clés.

L'économie d'eau au sein du bâtiment repose non seulement sur un entretien régulier de la tuyauterie et des équipements attenants, mais aussi sur des modifications des installations. Néanmoins, ces transformations doivent être raisonnables en termes

logistiques, sous peine de ne pas pouvoir être mises en place. Pour les dispositifs retenus (mousseurs), nous constatons qu'ils requièrent à la fois un matériel adapté et des connaissances quant à leur utilisation. Le faible coût, ainsi qu'un financement par la structure, contribuent à leur acceptabilité par les professionnels. Facile de mise en place car réalisée par les membres de la MSP (ayant créé des tutoriels vidéo), l'installation de matériel a été coordonnée par des référents sur chaque site, afin de pérenniser le processus de transition écologique. Son impact est évaluable par le biais de factures, reflet économique et énergétique des consommations.

Parallèlement au secteur hydraulique, la réduction de consommation électrique passe par l'installation de nouveaux équipements (déTECTEURS de mouvement), mais aussi par le remplacement d'anciens (ampoules LED), avec toujours la nécessité de compétences adéquates.

Cependant, les économies d'eau et d'énergie reposent également sur des modifications comportementales (comme réduire le thermostat), et non seulement matérielles. En combinant ces deux approches, il devenait possible de changer les habitudes de construction, en réutilisant par exemple d'anciens matériaux pour de nouveaux bâtiments.

D'un point de vue plus global, l'aménagement des espaces verts attenant peut faire écho aux préoccupations environnementales des constructions. En dépit de leurs potentielles facilités d'acquisition, nous mettons cependant en garde contre la nécessité d'un entretien bien plus assidu que pour les bâtiments.

En dépit des aspirations du groupe de transition écologique, les décisions principales concernant la construction sont assujetties à l'accord du bailleur.

7. DOMAINE 5 : TRANSPORT DES PERSONNES

7.1. CHANTIER 11 : Transport (domicile-travail et déplacements professionnels)

Les trajets domicile-travail et déplacements professionnels constituent une part non négligeable des émissions de gaz à effet de serre dans le secteur de la santé.

Dans un souci de diminution de l'impact carbone, le covoiturage a été encouragé au sein de la MSP, surtout pour « *les réunions* » [A3]. Néanmoins, les difficultés organisationnelles inhérentes aux activités médicale et paramédicale, essentiellement lors des « *visites en urgence à l'EHPAD* » [C3] constituaient un frein important. La présence d'un véhicule sur site, notamment « *investir dans une voiture électrique dans le cabinet* » [B3], pourrait être la solution, malgré un coût important et une faible déductibilité des frais kilométriques.

Le covoiturage permet de diminuer l'impact carbone des déplacements professionnels. L'achat d'un véhicule présent sur site représente un investissement important, mais il permettra de s'adapter aux contraintes organisationnelles engendrées, notamment lors des visites professionnelles.

DISCUSSION

Comme nous le voyons dans nos résultats, la dynamique d'une transition écologique est complexe. Il s'agit non seulement pour les participants d'identifier ce qui est physiquement modifiable, mais aussi par quels moyens, et notamment avec quelles valeurs ou construction d'idées les changements écologiques attendus peuvent entrer en conflit, ou au contraire en synergie.

En effet, les cibles sont toujours plus nombreuses qu'elles n'y paraissent, tant la plupart des produits ou matériaux, quel qu'ils soient, comportent de multiples impacts écologiques.

De plus, il n'existe pas de freins ou de leviers identiques pour chaque changement : le frein dans un domaine peut être levier dans un autre. Contrairement aux idées reçues, tout ne coûte pas, ni en temps ni en argent, et certains aspects de la transition écologique apportent également des bénéfices dans ces deux domaines.

Enfin l'écologie, si souvent évaluée en quantités chiffrées et en considérations matérielles, possède néanmoins une empreinte humaine. La réalisation effective d'une transition écologique dépend majoritairement de l'engagement de femmes et d'hommes, pour un objectif qui leur paraît supérieur à leurs efforts.

1. Stratégies de réflexion à la mise en place d'une transition écologique

1.1. Difficultés du groupe dans l'évaluation de l'impact écologique de leurs actions

Les actions que l'on peut entreprendre pour rendre une MSP plus écologique sont si diverses, les chantiers si variés, que leur nombre peut d'abord déconcerter. Les participants du groupe ont choisi d'en mener plusieurs au cours de chaque réunion, dans des domaines distincts.

Nous avons en effet identifié cinq thématiques principales au cours de notre recueil : la gestion des déchets médicaux, mais aussi non médicaux, l'achat de matériel, la construction de bâtiments et le transport de personnes. Chaque thématique pouvant regrouper plusieurs chantiers, nous en avons relevé onze constituant des cibles d'actions écologiques.

La première constatation est la difficulté pour le groupe d'évaluer l'impact écologique de leurs actions menées au sein de chaque chantier. Néanmoins, ce manque de quantification ne concerne pas seulement la MSP étudiée, mais représente une tendance générale au sein du secteur de la santé. Ainsi, d'après The Shift Project, la majorité des établissements de santé ne dispose pas de bilan de leurs émissions de GES, même lorsque la loi Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE) les y oblige. Et parmi les entreprises réalisant ce bilan, « *environ un quart des bilans carbone rendus publics se limite au minimum requis par la loi, c'est-à-dire la consommation directe d'énergie* » (4). Ne sont donc pas prises en compte les émissions indirectes (émissions liées aux achats, déplacements domicile-travail des professionnels, déplacements des patients, numérique) qui représenteraient jusqu'à 87% des émissions totales du secteur (4).

Cela pourrait tout d'abord s'expliquer par l'absence d'outils spécifiques pour l'évaluation de l'empreinte environnementale des activités au sein des cabinets médicaux (21). A défaut, cette évaluation se basera essentiellement sur l'impact carbone, outil le plus communément utilisé par les particuliers et les entreprises. Celui-ci correspond à la quantité de GES induite par les activités humaines (somme de la consommation finale de l'investissement et des dépenses de formation de stock du secteur privé et des administrations publiques en termes réels) (32).

Par ailleurs, contrairement aux modèles de représentations directes (ex : montrer physiquement aux patients les draps d'examens utilisés pendant un mois), l'impact carbone

est une notion abstraite qui marque une scission entre le mode de réflexion des experts et celui des non-experts.

Nous pouvons donc supposer que ce manque de quantification évoqué ci-dessus découle d'un manque de connaissances. Or, il existe des ressources fiables de calcul, parfois mises à disposition gratuitement aux professionnels et particuliers, comme l'ADEME (33) ou encore l'Agence Nationale de la Performance Sanitaire et Médico-Sociale (ANAP) (34). Cette méthodologie pourra également être complétée par des formations, notamment sur la santé environnementale, déjà sollicitées par une large majorité des étudiants dans de nombreuses études.

1.2. L'absence de hiérarchie des chantiers en fonction de leur impact écologique

La sélection des chantiers relevait de choix personnels des participants, sans construction initiale bibliographique ou de réflexion a priori sur leur impact écologique. Nous pensons qu'une bibliographie systématique préalable aurait réduit le risque de négligence de chantiers majeurs. Ainsi, nous avons relevé deux chantiers à fort impact écologique qui n'ont pas été traités au cours de ces deux années de réunions : la prescription médicamenteuse et les outils numériques.

La production médicamenteuse impacte nos écosystèmes, comme peut le quantifier l'indice Persistance-Bioaccumulation-Toxicité (PBT), également nommé Hazard Score, qui mesure sa dangerosité sur l'environnement. En 2023, l'achat de médicaments représentait le plus gros poste des émissions de gaz à effet de serre dans le secteur de la santé (estimées à 29% soit 4,5 MtCO₂) (4).

Cela peut susciter une véritable incompréhension devant plus de 10 tonnes de Médicaments Non Utilisés (MNU) récupérés en 2018, puis incinérés par Cyclamed. A noter

par ailleurs que cette quantité de médicaments « gâchés » est fortement sous-estimée car cet éco-organisme ne traite que les déchets générés par les particuliers, donc ne comptabilisant pas les volumes issus des établissements sanitaires et médicaux sociaux (35). D'ailleurs, les pharmaciens, principaux points de collecte pour Cyclamed, n'étaient pas représentés aux réunions du groupe « Transition écologique » que nous avons suivis. Pourtant, leur avis semble primordial puisqu'ils sont directement confrontés au problème de recyclage médicamenteux.

A l'origine de cette chaîne de consommation des médicaments, les prescripteurs ont également un rôle crucial à jouer dans l'optimisation et la réduction de leurs prescriptions, pour atteindre une démarche d'écoconception des soins. Cette approche consiste à offrir une prise en charge de qualité, sécurisée et pertinente, tout en réduisant l'impact environnemental (36). La thèse du Dr Dupont Bastien en 2019 a ainsi montré que la quasi-totalité des internes étaient prêts à prendre en compte le « Hazard Score » s'il était inscrit sur leur logiciel médical, et que ces derniers témoignaient un intérêt pour davantage de formations sur ce sujet (25).

Le secteur du numérique représente, quant à lui, 3 à 4% des émissions mondiales de GES. Il est d'ailleurs attendu dans les années à venir une utilisation croissante, voire exponentielle, des données en santé (production de clichés d'imagerie de meilleure résolution, mise en place du Dossier Médical Partagé (DMP), développement de l'intelligence artificielle et de la télémédecine...) (4). D'un point de vue matériel, on compte 62 millions de tonnes de déchets électroniques en 2024 (soit 5 fois plus qu'en 2010), alors que la production de ces équipements entraîne un épuisement des ressources minières, qui arrivera à échéance d'ici quelques dizaines d'années (37).

Dans la sphère informatique, les membres du groupe ont priorisé des solutions pour les consommables (cartouches d'imprimantes essentiellement) plutôt que pour les outils

durables (imprimante, ordinateur). Cela témoigne à la fois de l'impact psychologique du déchet du quotidien par rapport au renouvellement ponctuel des pièces plus pérennes, mais aussi de la difficulté à adopter une approche totalement écologique pour du matériel technologique avec exigence de haute performance.

Les professionnels de santé, en tant que consommateurs et utilisateurs, peuvent donc avoir un impact écologique par l'adoption d'une démarche d'achat écoresponsable et en intégrant la sobriété numérique (démarche de limitation de l'usage du numérique pour en réduire l'impact environnemental) (38).

A travers ces deux exemples de thématiques non traitées, nous pouvons imaginer que le groupe a de manière instinctive choisi de prioriser leurs actions ayant des retombées plus concrètes, plus visibles, plus quantifiables, et probablement considérées comme plus faciles à mettre en place.

1.3. Le choix d'une hiérarchie des chantiers en fonction de leur facilité de mise en place

Nous avons remarqué que le groupe a débuté ses actions sur des thématiques non directement en lien avec l'activité médicale. Ceci peut s'expliquer tout d'abord par la présence de bibliographies et de solutions alternatives disponibles et validées car déjà expérimentées sur un niveau personnel.

De plus, il est aussi nécessaire de réussir à maintenir une motivation constante au cours de ce long processus. Le principe d'amélioration continue permet « *d'adapter la démarche aux capacités et enjeux propres à chaque structure sans la freiner* » (21). Reposant sur la méthode PDCA (Planifier - Développer - Contrôler - Ajuster), comme l'explique le Dr Baras, sa première étape nous invite à viser les objectifs SMART (Spécifique/Simple - Mesurable - Atteignable - Réaliste - Temporel) afin de définir des

objectifs accessibles pour ne pas décourager les participants dans leurs efforts (21). Secondairement, l'ajustement des objectifs pourrait favoriser une démarche et un développement continu des actions, que nous pouvons comparer à l'adaptation des pratiques médicales en fonction des données de la science.

Par ailleurs, les actions en lien avec l'activité médicale semblent moins faciles à mettre en place car plus controversées, notamment du point de vue de l'hygiène et du besoin de garder une efficacité dans le soin. Néanmoins, le concept d'écoconception des soins parvient à unir ces deux aspirations (36).

La facilité de mise en place des chantiers dépend également des besoins ressentis du groupe, constitué de plusieurs types de professionnels de santé. D'après les données de la littérature, le corps paramédical, notamment les kinésithérapeutes (39) et les infirmiers (40), s'intéresse également à une meilleure écoresponsabilité de leurs soins. Même si certains intérêts sont communs à ces différents corps de métiers (essentiellement pour la gestion énergétique du bâtiment ou encore l'optimisation de la gestion des déchets non médicaux), d'autres seront plus spécifiques à chaque type de profession (41). Car en effet, des pratiques différentes s'accompagnent de besoins différents.

Par exemple, au cours des réunions, des écarts de consommation notables ont été relevés entre les différentes professions, comme pour le papier principalement utilisé pour l'impression des ordonnances chez les médecins, les draps d'examen chez les kinésithérapeutes et les médecins, ou encore le matériel stérilisable principalement expérimenté chez les dentistes. Autant de particularités à prendre en compte pour optimiser le processus de transition écologique, afin de pouvoir adapter les solutions en fonction des professions.

1.4. La proposition d'une méthodologie de quantification pour chaque chantier

A chaque sujet abordé, nous n'avons pas relevé de méthodologie systématique et reproductive pour en explorer les comportements initiaux, les problématiques organisationnelles afin de mener à bien une action, ainsi que son impact final au sein de la MSP ; bien que tous ces aspects transparaissent pour certains des chantiers.

Ainsi, l'évaluation initiale des habitudes de pratiques ou d'utilisation de matériel était soit absente, soit incomplète, à cause notamment d'une difficulté d'évaluation des volumes nécessaires (ex : essai de quantification des rouleaux de draps d'examen utilisés par professionnel et leur pratique d'utilisation, leurs besoins en boîtes de DASRI avant la révision des règles de tri).

Des évaluations *a posteriori* mesurant l'impact d'une action via un questionnaire de satisfaction ont été rarement réalisées (hormis pour la collecte des papiers).

Néanmoins, certaines données chiffrées ont été nécessaires pour l'organisation de certaines actions, notamment pour les rythmes de livraison (ex : papeterie écosourcée) ou pour les rythmes d'enlèvement (ex : collecte de papiers, boîtes DASRI pleines), ce qui pourrait constituer une base d'évaluation indirecte d'impact écologique.

L'approche des chantiers n'imposait pas non plus de méthode fixe pour rechercher les solutions au problème posé. Par exemple, concernant le traitement des déchets, nous n'avons pas relevé l'application de grilles de travail comme la démarche dite des « Trois R » pour « Réduire », « Recycler » et « Réutiliser », voire des « Cinq R » en y ajoutant « Refuser » et « Repenser » (42,43). Pourtant, ces propositions se retrouvent bien dans plusieurs réunions pour plusieurs chantiers...

Dans la réduction des déchets, le groupe a réussi à mettre en place la diminution d'utilisation des draps d'examen, la diminution des DASRI grâce aux gestes de tri, ou encore la réduction du débit d'eau grâce à l'achat de mousseurs.

Concernant le recyclage des déchets, nous pouvons citer par exemple le broyage puis recyclage des papiers par une entreprise extérieure, ou encore la création d'un compost avec les ordures ménagères.

Enfin, la réutilisation des déchets a pu être mise en place grâce au re-remplissage des cartouches d'encre usagées par une entreprise, la réutilisation des draps d'examen usagés par des associations animalières, ou encore la réutilisation d'anciennes fenêtres et d'anciennes prises pour la construction d'un nouveau bâtiment.

Cela nous montre d'une part que de nombreuses conceptions écologiques sont sorties des cercles d'experts pour entrer dans la culture commune, et d'autre part qu'une méthodologie informelle finit par émerger. Cependant, l'emploi de méthodes déjà éprouvées constituerait à la fois un gain de temps et une base de discussion commune.

En dehors de la limitation des déchets, la question de l'achat écoresponsable a été régulièrement soulevée et transparaît dans la société.

Des critères, comme les labels, peuvent guider les professionnels dans l'adoption d'une démarche d'achat responsable. Certains logos permettent de repérer les entreprises engagées dans un Système de Management Environnemental (SME) ou dans une RSE. Les écolabels (labels environnementaux), comme le label « Ange Bleu » utilisé pour l'achat de papeterie écosourcée, indiquent un achat à moindre impact environnemental. Mais il est à noter qu'ils n'existent pas encore pour les médicaments et les dispositifs médicaux. Il existe également des labels à caractère social ou équitable, ainsi que des labels d'origine (21).

L'étiquetage énergétique, quant à lui, pourrait aider les professionnels à équiper leur bâtiment en apportant une information sur la consommation énergétique des appareils tels que les réfrigérateurs, lave-linges ou encore chauffage (44).

Les pictogrammes de danger (dont certains dédiés à l'environnement) ont été mis en place selon le règlement européen relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances chimiques et des mélanges (45). Ils auraient pu également constituer une aide précieuse pour le choix de produits d'entretien à plus faible impact environnemental.

Enfin, certaines organisations proposent des formations transversales et plus complètes d'aide à la transition écologique, en proposant des actions concrètes par chantier. Nous pouvons à nouveau citer le « Guide du cabinet écoresponsable » du Dr Baras (21), le rapport du « Shift Project » (4), ou encore les diplômes universitaires de « Santé environnementale » (Lyon, Paris, Montpellier...).

A l'étranger, faisant écho au Congrès de Médecine Générale de France (CMGF) de 2024, d'autres organismes tels que la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) en Belgique, à travers leur « Cellule Environnement », proposent également un suivi tout le long du processus de transition écologique, de la réflexion jusqu'à l'évaluation du changement des pratiques (46).

2. Comment réaliser une transition écologique ? Étude des freins et des leviers à la réalisation d'actions écologiques

2.1. Un équilibre financier à construire

Concernant les dépenses financières, elles peuvent prendre deux formes : ponctuelles ou récurrentes.

Cette première séparation est particulièrement évidente en ce qui concerne l'aménagement ou la rénovation du bâtiment, notamment par l'installation d'une isolation

optimale afin d'en diminuer la consommation énergétique. Ainsi, si le coût initial d'une action peut être plus élevé, nous pouvons espérer, moyennant un délai d'amortissement, des économies à long terme. Mais cette action de très grande envergure n'a pas été traitée au cours de ces réunions de part un coût financier conséquent et la nécessité de l'accord du bailleur. Concernant l'investissement dans du matériel stérilisable (comme réalisé chez les dentistes), il n'est pas aussi évident qu'il soit plus économique et/ou plus écologique. En effet, le coût d'achat et l'entretien demeurent conséquents, contrairement au matériel jetable pouvant être bons marchés. De plus, cette démarche est également très coûteuse en termes énergétique et chimique, avec des produits toxiques qui doivent faire l'objet d'une filière spécifique pour l'élimination.

La récurrence pouvait également être un argument favorable notamment si des subventions étaient allouées régulièrement plutôt qu'en forfaitaire. Le groupe a d'ailleurs pu bénéficier d'un soutien financier de la part de la COMCOM pendant 5 ans pour le recyclage des papiers, ce qui a permis d'encourager la mise en place de ce projet.

Par ailleurs, les dépenses peuvent être individuelles ou collectives. Par exemple, lors des contrats de collecte des DASRI ou dans l'achat de papeterie écosourcée, chacun payait, au sein du groupe, moins que ce qu'il n'aurait payé isolément. L'économie était réalisée sur la mutualisation des transports permettant des frais de port gratuits, et éventuellement un tarif préférentiel de groupe.

Ces deux exemples manifestent clairement la possibilité de convergences d'intérêts, à la fois écologiques et économiques, qui constituent tous deux 2 des 3 piliers fondamentaux du développement durable (économique, social et environnemental) comme le montre la figure 2 (21). Mieux, dans l'exemple des DASRI, dont chaque boîte pleine est facturée, il se met en place une véritable boucle vertueuse écolo-économique : plus le volume des déchets

est réduit grâce au respect des règles de tri, plus la facture peut s'alléger. Encore mieux : en diminuant le volume des déchets, les transports de collecte peuvent être espacés, créant un véritable « effet boule de neige » écologique.

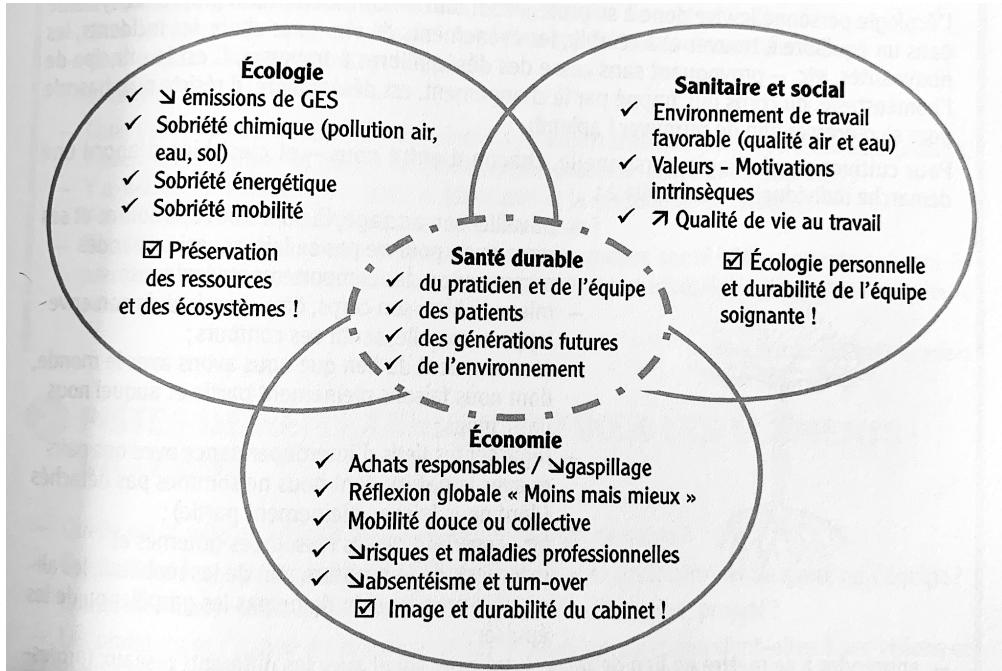


Figure 2 : La santé durable au cœur des cobénéfices de la démarche écoresponsable

(Source : « Guide du Cabinet écoresponsable » du Dr Baras)

Par ailleurs, en considérant les chantiers dans leur ensemble, on n'observe que si certains coûtent (ex : papier ou draps d'examen écosourcés plus onéreux), d'autres rapportent (ex : compensation financière du recyclage des cartouches d'imprimante). Cela permet d'envisager un équilibre budgétaire global concernant la démarche écologique. Et nous pouvons même imaginer la création d'une enveloppe budgétaire commune pour l'ensemble des projets d'actions écologiques.

2.2. Le partage du temps, entre perte individuelle et gain collectif

Le temps peut également être analysé selon les mêmes critères que l'argent.

L'entretien de certains dispositifs, soit une exigence de temps récurrente, semble d'ailleurs être un facteur déterminant pour le maintien ou l'abandon de projets (exemple des composteurs).

Néanmoins, il ne faut pas négliger l'aide apportée par certains outils numériques dans la gestion des tâches, comme évoqué dans la thèse du Dr Damien Planchenault en 2021, tels que l'envoi programmé de mails pour les commandes collectives (ex : commandes de papeterie écosourcée) qui s'effectue de manière automatique une fois mis en place (47).

Par ailleurs, la perspective de travail en groupe peut considérablement réduire le frein majeur que représente le manque de temps. Car en effet, « *Le travail coopératif offre la possibilité de faire profiter le groupe d'une expertise « distribuée » pour former une représentation complète et intégrée d'une problématique* » (48).

Il est donc important que chacun puisse exprimer non seulement le temps qu'il souhaite accorder à la transition écologique, mais aussi les domaines dans lesquels il compte s'investir. En effet, les heures investies dans un sujet concernent le groupe dans son ensemble.

Le partage des résultats de chacun avec l'ensemble de la MSP peut s'accompagner d'un partage des tâches à accomplir, afin d'obtenir une durée de travail individuelle acceptable pour tous.

A ce propos, nous avons remarqué lors des réunions une répartition asymétrique des tâches. Une même participante, par son rôle de coordinatrice, endossait la fonction de rapporteur à chaque séance et sur un nombre important de sujets. Si nous ne critiquons pas ce modèle, qui peut convenir à certains groupes, comme cela semblait être le cas, nous pensons qu'il faut le réfléchir en amont. En effet, le processus de transition écologique

pouvant s'avérer long, il est nécessaire d'élaborer une structure pérenne qui limite l'épuisement des membres du groupe.

La répartition des tâches au sein de l'équipe est donc une des manières d'y remédier, comme il a été mis en évidence dans le milieu hospitalier que l'interdisciplinarité était un facteur prévenant le risque de burn-out (49). Il aurait été possible, par exemple, de changer de rapporteur à chaque séance, ou de nommer des responsables thématiques fixes, s'occupant des recherches bibliographiques et de la bonne mise en œuvre de leur sujet. De manière semblable à cette seconde option, des référents ont été désignés sur chaque site pour mettre en place des modifications écologiques dans leurs infrastructures (mise en place de mousseurs et repérage des ampoules LED). Au vu du succès rencontré pour ce chantier, nous ne pouvons qu'inciter à développer cette approche.

Enfin, le temps recouvre en réalité bien des activités, et parfois, ce n'est pas le temps en lui-même qui effraie, mais la nature de l'activité qui le réclame.

En effet, parler de temps pour une activité, c'est aussi parler de compétences nécessaires pour la mener à bien. D'ailleurs, si l'on s'attaque à une tâche au-dessus de nos aptitudes, la durée exigée pour l'achever risque de considérablement s'allonger (ex : manque de connaissance dans la reconnaissance des ampoules LED ou dans la pose des mousseurs), sans obtenir un meilleur résultat pour autant.

Nous pensons qu'il faut, afin d'optimiser cela, favoriser les réunions où chacun puisse exprimer ses compétences ainsi que faire appel à des professionnels agréés (ex : entreprise ALISEE dans les conseils énergétiques du bâtiment).

2.3. Simplifier les démarches à travers le concept de mutualisation

L'écologie est une notion complexe. Selon l'ADEME, l'Analyse du Cycle de Vie (ACV) « permet d'évaluer les impacts environnementaux d'un produit (bien, service ou procédé)

tout au long de son cycle de vie, depuis l'extraction des matières premières qui le composent et ayant servi à sa conception, jusqu'à son élimination en fin de vie, en passant par les phases de distribution et d'utilisation » (50).

Bien que les chantiers aient été traités de manière indépendante pendant les réunions, nous constatons qu'il existe de fortes interactions les uns avec les autres. Parmi la totalité du cycle de vie d'un produit, deux problématiques semblent être généralement récurrentes : le transport et le stockage.

Les déplacements dans le secteur de la santé représentent un poste énergétique important, de l'ordre de 6,8 MtCO₂ en 2023 (4). Ces chiffres comprennent le transport des usagers, les trajets domicile-travail des employés, les déplacements professionnels, ainsi que les émissions directes des sources mobiles à moteur thermique (comme présenté sur la figure 3). De plus, il faudrait y ajouter les trajets effectués par les prestataires de service et autres fournisseurs (livraisons de matériel etc.) non pris en compte dans ce calcul. La pollution de l'air qui en résulte n'est pas sans effet sur la santé puisqu'elle est responsable de pathologies cardiovasculaires, respiratoires et neurologiques (51).

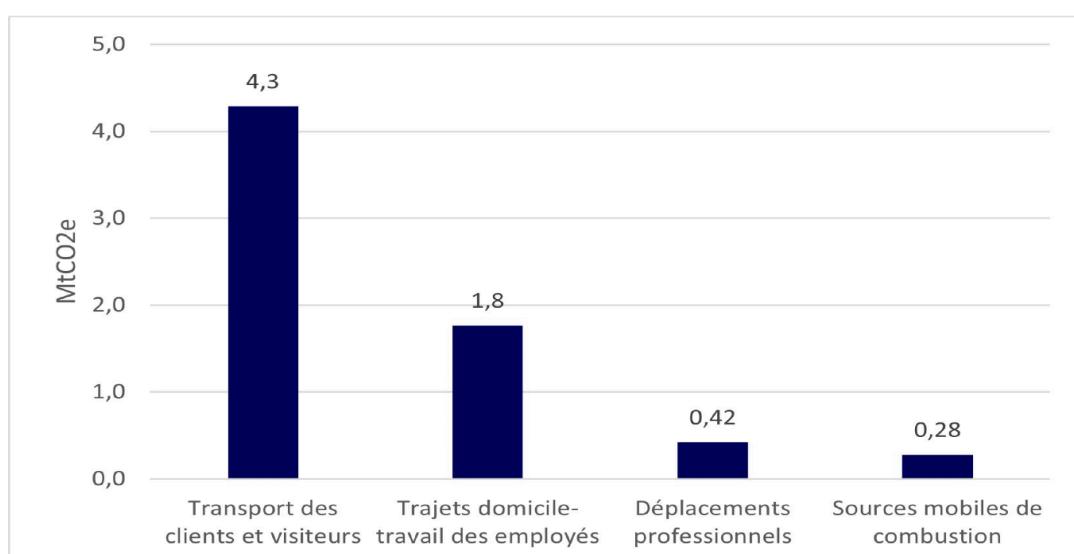


Figure 3 : Répartition des émissions de GES de la catégorie « Déplacements »

(Source : The Shift Project, 2023)

La mutualisation des transports permet d'en diminuer leur impact écologique (52). Si du matériel livré en un point unique doit être distribué aux autres sites, nous pouvons acheminer par exemple du matériel pour différents chantiers à l'aller, et récolter des déchets au retour, rentabilisant au maximum le temps et le carburant nécessaires.

Il devient même encore plus intéressant de réaliser ces transports lors de trajets initialement prévus (de l'ordre professionnel ou personnel, comme la livraison de draps d'examen usagés dans une association animalière dont fait partie un professionnel, ou encore lors d'un trajet prévu dans un hôpital local) ou encore d'y associer du covoiturage, permettant ainsi d'éviter un, voire plusieurs trajets supplémentaires.

Le transport dépend d'un besoin d'acheminement, et sa fréquence des capacités de stockage.

Tout d'abord, nous pouvons supposer que la diminution de l'achat de matériel (ex : papier ou draps écosourcés) ainsi que la diminution des déchets à éliminer (ex : draps d'examen usagés à apporter à la toiletteuse pour chiens) permettent d'en diminuer leur transport, et par conséquent leur rythme de livraison.

Cette dernière notion est une problématique récurrente, notamment pour des produits à volume important, soulignant ainsi l'importance de la gestion des stocks. La difficulté du stockage provient d'une volonté de regrouper des achats de matériels afin d'en réduire l'impact écologique, mais se heurte à la nécessité d'un espace suffisant, se traduisant par une plus grande surface au sol.

Cela peut être pensé en amont lors de la construction et de l'aménagement des bâtiments, ou lors de la mutualisation des bâtiments (ex : stockage de papeterie écosourcée par site chez les médecins).

Mettre en évidence ces liens de dépendance est donc essentiel, et nous indique que certains chantiers ne peuvent pas être pensés l'un sans l'autre. De plus, la multiplicité des chantiers ne multiplie pas nécessairement toutes les actions pour les traiter.

3. L'humain au-delà du matériel

Si l'écologie s'appréhende souvent en termes matériels et en chiffres, c'est pourtant l'humain qui s'y dessine en creux. Les conditions de ces transformations écologiques dépendent essentiellement de ce facteur humain.

3.1. La mise en œuvre de l'intelligence collective

Tout d'abord, ce travail nous a montré qu'il n'y avait pas de réelle transition écologique sans groupe. Cet aspect collectif, présent dès le début, s'est confirmé ensuite par l'investissement de chacun, au sein du groupe de réflexion et dans l'ensemble de la MSP.

Nous remarquons également que la prise de décisions au sein de cette MSP relevait essentiellement du mode tacite, sans mise en place évidente d'une modalité de choix (vote, accord formel). Cette prise de décision pourrait donc s'inscrire dans le cadre d'une intelligence collective fonctionnelle, de par la construction du groupe (plus de femme, empathie des membres, accord sur le fond, capacité au compromis) (53)(54). Ce fonctionnement ne sera probablement pas le fonctionnement idéal pour tout groupe et toute organisation, et pourrait dans certains cas limiter la prise de décision ou empêcher une avancée efficiente en risquant des épuisements professionnels ou une lassitude.

3.2. L'écologie, un choix politique au sens citoyen

L'écologie peut également se concevoir d'un point de vue politique. L'approche intégrative et écologique « One World-One Heath » (55) nous invite à optimiser la santé des êtres humains, en lien étroit avec celle des animaux et de tout notre écosystème.

C'est ainsi que les préoccupations écologiques se sont doublées de considérations sociales pour certains chantiers, en faisant appel notamment à une entreprise de réinsertion pour le traitement du papier et des draps d'examen usagés, accomplissant une véritable « boucle sociale écologique » (56). Cette motivation extrinsèque est d'ailleurs susceptible de créer un puissant levier, capable de dépasser des freins financiers préalables.

L'écologie peut également aller à l'encontre du paradigme capitaliste de délocalisation et de multiplication d'intermédiaires, notamment à cause des impacts carbone des transports. Le groupe a ainsi privilégié pour de nombreuses actions un contact direct avec des associations et entreprises locales (ex : entreprise de relève des DASRI, réutilisation des draps d'examen usagés par un association locale de protection des animaux...), réaffirmant là aussi l'association entre intérêt écologique et implication sociale.

3.3. La décision commune d'un projet de transition écologique

Un projet de transition écologique au sein d'un cabinet doit reposer sur une décision et une alliance commune entre les professionnels.

Le Dr Baras propose dans son « Guide du cabinet de santé écoresponsable » (21) plusieurs étapes nécessaires à la formalisation de cet engagement. Ainsi, en premier lieu, il est préconisé de définir la mission du cabinet selon les valeurs humaines reconnues. Puis la réalisation d'un "brainstorming" ou "remue-méninges" permettra d'aborder les perspectives d'évolution du cabinet à court, moyen et long terme (organisation, aménagement des locaux etc.). Cela permettra plus facilement de hiérarchiser collectivement les chantiers en favorisant notamment les synergies de valeurs comme lorsque l'aspect économique rejoue l'aspect écologique (évoqué précédemment).

De manière générale, nous avons constaté que plusieurs chantiers n'ont pas permis d'emporter l'adhésion pleine et entière de l'ensemble de la MSP. D'un côté, il est rassurant

de constater que l'indépendance de chacun a été respectée. De l'autre, il s'agit de comprendre pourquoi certaines initiatives fonctionnent et d'autres non.

Comme élément de réponse global, nous constatons qu'il existe une confrontation entre les perspectives écologiques nouvelles et les habitudes anciennes déjà ancrées chez l'individu. En effet, le modèle transthéorique du changement (57) comporte plusieurs étapes pouvant être longues, non linéaires : phase de pré-contemplation, contemplation, action, rechute, puis éventuellement... le maintien. Parfois vaincue par l'effet de groupe (ex : mutualisation des contrats DASRI ou de l'achat de papeterie écosourcée), cette résistance peut aussi être amoindrie par la facilitation des tâches (ex : usage d'affiches de rappel pour le tri des DASRI ou l'utilisation de messages de rappel d'apport de serviettes à la place de draps d'examen).

De plus, nous avons pu identifier au cours des réunions la survenue de conflits de valeurs qui contrecarrent certains projets. En effet, l'écologie ne se situe probablement pas au même degré sur l'échelle des valeurs de chacun. Il ne s'agit pas ici de juger, mais de comprendre, et si possible d'aider à résoudre ces conflits. Nous avons déjà identifié le temps et l'argent comme des obstacles potentiels. Il en existe cependant d'un autre ordre, comme l'hygiène (ex : draps examens) ou la déontologie (ex : demande de traitement de papiers confidentiels nominatifs par une entreprise privée). Ces exemples révèlent la complexité des implications entraînées par une transition écologique.

A contrario, certaines actions ne dépendent ni de l'individu, ni du groupe ou de la MSP. En effet, des contraintes extérieures peuvent s'opposer nettement à leur volonté. Ceci s'est manifesté, à des degrés différents, pour les bâtiments (possédés par un bailleur social) ou les produits d'entretiens (gérés par une entreprise extérieure). Par conséquent, moins il y

a d'intermédiaires, et plus les changements sont facilités. Cependant, il est toujours possible d'envisager un dialogue avec les décideurs, quand on ne l'est pas soi-même.

3.4. Et les patients dans tout ça ?

Les personnes impliquées dans cette transition écologique comptaient non seulement les professionnels, mais aussi les patients pour certains chantiers (ex : notamment l'apport de serviettes en remplacement des draps d'examens). Se pose alors une question majeure : qui doit porter les conséquences d'une action écologique ?

Lorsqu'il s'agissait de coût ou de temps pour les professionnels, leur avis était consulté afin de participer ou non à l'action. Mais lorsque les patients étaient concernés, leur opinion n'était parfois que peu requise dans certains cas. Néanmoins, le groupe a saisi l'importance du volontariat et de communiquer *a posteriori* sur leurs décisions écologiques.

La tension, pouvant résulter d'une mauvaise interprétation des actions, peut ternir la relation soignant-malade, car parfois considérées à visée purement économique par les patients. C'est pourtant le fondement du soin, et cette crainte d'une altération peut inciter les professionnels à refuser certaines propositions écologiques.

Nous décelons ici l'intérêt d'une communication en amont pour éviter les incompréhensions, en insistant sur les co-bénéfices attendus aussi bien pour les soignants que pour les patients eux-mêmes.

Il est également possible de s'appuyer sur des aides officielles extérieures, telles que la labellisation (ex : 3R d'Anjou) afin d'augmenter la crédibilité des actions.

D'autre part, le patient peut également choisir de devenir un véritable acteur dans la santé environnementale. Nous pouvons citer par exemple le Collectif Éco-Responsabilité en Santé (CERES) (58), un « *groupe pluraliste, transversal interdisciplinaire, interprofessionnel*

» regroupant aussi bien les professionnels de santé que les patients, et promouvant l'écoresponsabilité des soins.

4. Forces et faiblesses de l'étude

Notre travail résonne avec une actualité mondiale de plus en plus importante. En effet, la population mondiale est confrontée aux conséquences du changement environnemental. Les soignants, quant à eux, doivent y faire face autant à titre individuel que professionnel, les pollutions diverses menant inexorablement à un impact sanitaire général (perturbateurs endocriniens, pollution des eaux, pollution atmosphérique...).

Cette thèse est la première étude portant sur une transition écologique au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle en France (Maine et Loire), sur une longue durée d'un an. La totalité des études retrouvées dans la littérature relatant les pratiques éco-responsables d'une population de médecins généralistes ont été réalisées sur le mode rétrospectif, conférant à ce travail une dimension temporelle originale et propice à l'étude des processus de changement.

Comme dans toute thèse qualitative, nous sommes sujets à un biais d'interprétation pour l'analyse des verbatims obtenus. Cependant, une double relecture et le caractère univoque des propos concernant les chantiers entrepris limitent les erreurs d'interprétations. Il reste cependant possible s'agissant des freins et leviers identifiés, plus subjectifs. Par contre, la longue durée de suivi a permis de recueillir plusieurs fois l'avis des participants sur un même chantier, ce qui a permis de corroborer l'avis d'une même personne, réduisant ainsi les risques de mésinterprétation.

La répartition du temps de parole entre les membres n'étant pas fixée, notre travail est sujet à un biais de sélection des informations, risquant de rapporter en priorité le sentiment

des personnes s'étant le plus exprimées. Pourtant, nous avons limité ce risque en variant les auteurs de verbatims autant que le permettait notre matériel, et en s'attachant à toujours manifester les contradictions lorsqu'elles existaient, afin de ne pas remettre en cause la représentativité de cette étude.

La force de cette thèse est dans la description d'éléments concrets mis en œuvre par un groupe de travail de professionnels, ce qui permet d'apporter des réponses pratiques, souvent demandée lors des interventions en congrès. Elle ouvre aussi la réflexion sur certains freins ou leviers qui peuvent être envisagés plus rapidement.

Enfin, ce travail prend en compte non seulement les aspects matériels, mais aussi les considérations humaines, dans une démarche holistique indispensable à un sujet aussi complexe que l'écologie.

CONCLUSION

Ce travail permet de fournir des pistes initiales pour permettre à d'autres structures de développer leurs réflexions autour de l'éco-conception des soins, en définissant certains chantiers.

Le plus difficile étant souvent de commencer, nous identifions plusieurs approches pour prioriser les chantiers, afin d'initier son parcours écologique.

En premier lieu, il nous paraît nécessaire d'évaluer l'impact écologique de nos actions. Si différents outils existent (notamment l'empreinte carbone), ils mériteraient un travail de médiation pour les rendre plus accessibles aux yeux de tous. Dans une continuité logique, des études d'impact ont tout intérêt à être menées, en analysant les différences concrètes de production de déchets avant et après la transition écologique.

Afin de ne pas négliger certains chantiers à fort impact écologique, un travail de bibliographie nous paraît pertinent avant le choix des chantiers à traiter, même si leur facilité de mise en place, corrélée aux spécificités interprofessionnelles, demeurent deux critères favorisant leur initiation.

Enfin, une méthodologie rigoureuse, absente dans ce groupe de travail, permettrait de quantifier chaque chantier et de guider la démarche écoresponsable des prescripteurs. L'établissement d'une grille de référence, ou encore la méthode des 3R (Réduire, Recycler, Réutiliser) pourraient être appliquées systématiquement pour estimer les actions d'amélioration possible.

Une fois la tâche cernée, et les moyens pour l'accomplir identifiés, il reste cependant à mettre la solution en œuvre. Nous avons remarqué que ce processus comportait des obstacles, mais aussi des motivations extrinsèques à l'écologie elle-même. Deux aspects importants se détachent majoritairement au cours de notre étude : le temps investi et

l'argent disponible. Nous avons cependant mis en évidence que ces limites pouvaient se transformer en apport par une libération de temps et une diminution des couts.

La considération environnementale générale ne peut occulter la prise en compte des individus, qu'ils soient impliqués activement ou passivement dans les actions écologiques.

A ce titre, l'effort des participants du groupe « transition écologique » est important, dans le sens où quelques individus ont permis la réalisation de changements concernant plusieurs corps de métier sur différents lieux. Les personnes concernées par les changements mis en place sont aussi les patients, et il aurait été intéressant d'avoir plus de travaux recueillant leur avis, de les impliquer dans les processus écologiques.

Pour être complet dans l'étude des transitions écologiques, il faudrait également se pencher sur les mécanismes de prise de décision, l'organisation des groupes, l'attribution de tâches, les hiérarchies formelles et informelles qui se mettent en place, autant de sujets relevant de nos questions récurrentes autour de la collaboration interprofessionnelle.

Plus que tout, cette thèse nous rappelle de ne jamais négliger le facteur humain, qui est le déterminant essentiel à l'accomplissement de tout projet d'envergure. Or, il n'en existe actuellement pas de plus grand qu'une transition écologique globale.

Nous sommes des colibris qui devons choisir quelle en sera notre part.

BIBLIOGRAPHIE

1. United Nations Climate Change. L'Accord de Paris : Qu'est-ce que l'Accord de Paris? [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://unfccc.int/fr/a-propos-des-ndcs/l-accord-de-paris>
2. Ministère de la Transition Ecologique et de la Cohésion des Territoires. 6e rapport du GIEC [Internet]. 2023 mars [cité 31 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ecologie.gouv.fr/actualites/publication-du-6e-rapport-synthese-du-giec>
3. Harlem Brundtland G. Rapport de Brundtland - Our common future. 1987 mars.
4. The Shift Project. The Shift Project : Décarboner la santé pour soigner durablement [Internet]. 2023 avr [cité 31 août 2024]. Disponible sur: https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2023/04/180423-TSP-PTEF-Rapport-final-Sante_v2.pdf
5. Delambre A. La santé planétaire en médecine générale : état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France [Internet]. [Lille]: Lille; 2022. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2022/2022ULILM097.pdf
6. Compérat L. Écologie en santé : l'implication et la place du médecin généraliste [Internet]. [Montpellier]: Montpellier-Nîmes; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03670050>
7. Astier céline, Malta S. Médecine générale durable : actions et ressenti des médecins d'Isère et des deux Savoies [Internet]. [Grenoble]: Grenoble-Alpes; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03610681>
8. Nunes F. Changement climatique et santé : quelle place pour le médecin généraliste ? Enquête auprès de 728 praticiens français. [Lyon]: Claude-Bernard Lyon 1; 2021.
9. Farnier C, Mathouraparsad X. État des lieux de l'intérêt porté au changement climatique dans le domaine de la santé et des pratiques mises en place chez les médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. [Grenoble]: Grenoble-Alpes; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03380607>
10. Cheptou JB. Médecine et développement durable : évaluation des attentes des médecins généralistes en matière d'aide à la mise en pratique d'une médecine « durable » [Internet]. [Rennes]: Rennes 1; 2020. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/900ede82-f788-45ab-91ab-f9cd930fccb3?inline>
11. Verhaeghe E. Le médecin généraliste et l'écologie en cabinet libéral [Internet]. Rouen; 2023. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04172024>
12. Retailleau É. La santé planétaire en consultation : état des lieux des pratiques des médecins généralistes français [Internet]. Aix Marseille; 2023. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04346633v1>
13. Carlier E. Mesure des pratiques écoresponsables et écodurables des médecins généralistes libéraux de Corse [Internet]. Cote-d'Azur; 2023. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04265097v1>
14. Grancher L. Développement durable en cabinet de médecine générale en Océan Indien : Calcul d'un score "éco-responsable " [Internet] [Thèse de doctorat de médecine]. Université de la Réunion; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03821930>
15. Ghiran A. Concilier exercice médical et développement durable au cabinet de médecine générale : état des lieux des pratiques des maîtres de stage universitaires rattachés au département de médecine générale de Bordeaux [Internet]. [Bordeaux]: Bordeaux; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03779293>
16. Bariat A. La pratique écoresponsable en médecine générale : une démarche personnelle pour une cause globale - Etude phénoménologique auprès de médecins généralistes investis [Internet]. Strasbourg; 2022. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2022/2022_BARIAT_Anne.pdf
17. James M, Mitsuko J. Écoresponsabilité au cabinet: pratiques des médecins généralistes libéraux installés en ex-Languedoc-Roussillon [Internet]. [Montpellier]: Montpellier-Nîmes; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03651136>
18. Texier P. Etat des lieux des connaissances et habitudes des médecins généralistes en Limousin en termes d'éco-responsabilité au sein de leur cabinet médical [Internet]. [Limoges]: Limoges; 2021. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-114914>
19. Ayzac L. Evaluation des pratiques écologiquement responsables des médecins généralistes [Internet]. [Toulouse]: Toulouse III - Paul Sabatier; 2020. Disponible sur: <https://api.reseauprosante.fr/files/posts/37079.pdf>
20. Legrand J. Prise en compte du développement durable dans les cabinets de médecine générale : une thèse qualitative. [Paris]: Paris Diderot; 2018.
21. Baras A. Guide du cabinet de santé écoresponsable: prendre soin de l'environnement pour la santé de chacun

- 22 fiches-outils. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2021. (Guides santé social).
22. Legrand J. Santé Durable : Cahier des charges du développement durable en cabinet [Internet]. Disponible sur: <http://santedurable.net>
23. Marquet A. Doc' Durable : Développement durable facile dans mon cabinet médical [Internet]. Disponible sur: <https://doc-durable.fr>
24. Martin A, Percher M. Formation au développement durable en cabinet libéral [Internet]. Angers; 2023 [cité 18 août 2024]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20120556/2023MCEM17576/fichier/17576F.pdf>
25. Dupont B. Evaluation de l'intérêt porté par les internes de médecine générale pour l'impact environnemental de leurs prescriptions. Etude descriptive [Internet]. Angers; 2019 [cité 1 sept 2024]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/16011126/2019MDEM11601/fichier/11601F.pdf>
26. Peyrard-Soleilhac L. Enseigner le développement durable en santé et la santé environnementale en diplôme spécialisé de médecine générale : qu'en pensent les étudiants ? [Saint-Etienne]: Saint-Etienne; 2021.
27. Thy A. Vers une pratique éco-responsable : Réflexion des internes de médecine générale d'Ile-de-France [Internet]. Paris-Saclay; 2024. Disponible sur: https://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/1505/fichier_the768se_anthony_thya9a41.pdf
28. Ministère des Solidarités et de la Santé. Retour d'expérience, guide méthodologique : Situations d'urgence sanitaire et exercices de simulation [Internet]. 2019 [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_retex_bd.pdf
29. Légifrance. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine [Internet]. 2012 mars. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025441587/>
30. Alise. Alise [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://alise-emploi.fr/qui-sommes-nous/>
31. Association Ligérienne d'Information et de Sensibilisation à l'Energie et à l'Environnement. Alisée - Maitrise de l'énergie, Energies renouvelables [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <http://alisee.org>
32. OECD. Prévisions de la demande intérieure [Internet]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/fr/data/indicators/domestic-demand-forecast.html#:~:text=Définition,administrations%20publiques%20en%20termes%20réels>.
33. ADEME. Calculer son empreinte carbone [Internet]. 2023 [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://agirpourlatransition.ademe.fr/particuliers/conso/conso-responsable/connaissez-vous-votre-empreinte-climat>
34. ANAP. Agence Nationale de la Performance Sanitaire et Médico-Sociale [Internet]. [cité 31 août 2024]. Disponible sur: <https://www.anap.fr/s/>
35. Cyclamed. Maintien de la performance de collecte dans les officines des Médicaments Non Utilisés en 2018 [Internet]. [cité 16 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.cyclamed.org/maintien-de-la-performance-de-collecte-dans-les-officines-des-medicaments-non-utilises-en-2018-8806/>
36. Santé.gouv. Soins écoresponsables : une nouvelle approche de la pertinence des soins [Internet]. 2022 [cité 29 sept 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/sante-et-environnement/planification-ecologique-en-sante/article/soins-ecoresponsables-une-nouvelle-approche-de-la-pertinence-des-soins#:~:text=Qu'est%2Dce%20qu',en%20réduisant%20l'impact%20environnemental>.
37. Unitar UNI for training and research. THE GLOBAL E-WASTE MONITOR 2024 [Internet]. 2024 [cité 17 sept 2024]. Disponible sur: https://ewastemonitor.info/wp-content/uploads/2024/03/GEM_2024_18-03_web_page_per_page_web.pdf
38. Bordage F. Tendre vers la sobriété numérique : je passe à l'acte. Actes Sud; 2021.
39. Gervez A. Étude qualitative de l'implication des masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans la transition écologique: leurs réflexions et leurs actions [Internet]. Brest; 2022 [cité 18 oct 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03790596v1>
40. Brethes J. Comment développer l'écoresponsabilité au sein des cabinets de soins infirmiers libéraux conventionnés? État des lieux et perspectives [Internet]. Montpellier; 2023 [cité 18 oct 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04102792v1>
41. Abomes C. 2020 (Abomes) Etat des lieux des actions mises en place dans les cabinets libéraux de kinésithérapie pour diminuer l'impact environnemental de la profession [Internet]. Orléans; 2020 [cité 18 oct 2024]. Disponible sur: <http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2020/06/ABOMES-Cloé-P49-UE28-Alice-Belliot.pdf>
42. ADEME. Bilan 3R en 2023 pour les emballages en plastique à usage unique en France [Internet]. Disponible sur: <https://librairie.ademe.fr/7182-bilan-3r-en-2023-pour-les-emballages-en-plastique-a-usage-unique-en-france.html>
43. Johnson B. Zéro déchet : 100 astuces pour alléger sa vie. J'ai lu. 2019.
44. Economie.gouv. L'étiquetage énergétique, un réflexe économique et écologique [Internet]. [cité 29 sept

- 2024]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/etiquetage-energetique-reflexe-economique-et-ecologique>
45. INRS. Comprendre le système d'étiquetage des produits chimiques [Internet]. 2023 avr [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/classification-etiquetage-produits-chimiques/comprendre-systemes-etiquetage-produits-chimiques.html>
46. SSMG Société royale. Environnement [Internet]. [cité 18 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ssmg.be/environnement/>
47. Planchenault D. Impacts de la santé numérique dans la pratique des médecins généralistes [Internet]. Bordeaux; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03435598v1>
48. Deschênes M, Parent S. Optimiser l'apprentissage du travail d'équipe. Pédagogie collégiale [Internet]. 2008;21(4):7. Disponible sur: https://eduq.info/xmlui/bitstream/handle/11515/21693/Deschenes_Parent_21_4.pdf?sequ
49. Estryn-Behar M, Lassaunière JM, Fry C, De Bonnières A. L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en onco-hématologie et en gériatrie. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique [Internet]. avr 2012 [cité 19 oct 2024];11(2):65-89. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1636652211001140>
50. ADEME. Quels sont les impacts d'une politique achats responsables pour une entreprise ? [Internet]. Disponible sur: <http://multimedia.ademe.fr/catalogues/fiches-achats-responsables/Intro.pdf>
51. OMS. Pollution atmosphérique [Internet]. [cité 29 sept 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/health-topics/air-pollution#tab=tab_2
52. APCC. Et si vous passiez au transport de marchandises éco-responsable ? [Internet]. Disponible sur: <https://apc-climat.fr/et-si-vous-passiez-au-transport-de-marchandises-eco-responsable/>
53. Moussaid M. Mystères et promesses de l'intelligence collective [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.congresmg.fr/replays-sessions/>
54. Williams Woodley , A, Chabris C, Pentland A, Hashmi N, Malone T. Evidence for a Collective Intelligence Factor in the Performance of Human Groups.
55. OMS. One World One Health [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/one-health>
56. Eloi L. Et si la santé guidait le monde? Liens Libèrent. 2021.
57. ADEME. Changer les comportements - Faire évoluer les pratiques sociales vers plus de durabilité [Internet]. 2016 sept [cité 15 sept 2024]. Disponible sur: <https://librairie.ademe.fr/ged/2298/changer-les-comportements.pdf>
58. CERES. CERES [Internet]. Disponible sur: <https://ceres-sante.fr/qui-sommes-nous/>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé (MtCO2)..4	
Figure 2 : La santé durable au cœur des cobénéfices de la démarche écoresponsable	56
Figure 3 : Répartition des émission de GES de la catégorie "Déplacements"	59

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des réunions	10
---	----

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	ii
RESUME, ABSTRACT.....	1
INTRODUCTION.....	2
METHODES.....	6
1. Type d'étude.....	6
2. Principe du retour d'expérience.....	6
3. Recueil des données.....	6
4. Méthode d'analyse.....	7
5. Cadre réglementaire.....	7
RESULTATS.....	8
1. Caractérisation de la population étudiée.....	8
2. Choix de présentation des résultats.....	9
3. Domaine 1 : Gestion des déchets non médicaux.....	9
3.1. Chantier 1 : Collecte des papiers.....	9
3.2. Chantier 2 : Gestion des ordures ménagères.....	11
3.3. Chantier 3 : Traitement des cartouches d'encre usagées.....	13
4. Domaine 2 : Gestion des déchets médicaux.....	14
4.1. Chantier 4 : Gestion des draps d'examen.....	14
4.2. Chantier 5 : Gestion des DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux).....	22
4.3. Chantier 6 : Matériel jetable des professionnels de santé.....	25
5. Domaine 3 : Achat de matériel.....	27
5.1. Chantier 7 : Achat de papeterie écosourcée.....	27
5.2. Chantier 8 : Achat de matériel médical et non médical de seconde main.....	30
5.3. Chantier 9 : Utilisation de produits ménagers.....	32
6. Domaine 4 : Aménagement des bâtiments.....	35
6.1. Chantier 10 : Aménagement des bâtiments.....	35
7. Domaine 5 : Transport des personnes.....	41
7.1. Chantier 11 : Transport (domicile-travail et déplacements professionnels)	41
DISCUSSION.....	42
1. Stratégies de réflexion à la mise en place d'une transition écologique.....	42
1.1. Difficultés du groupe dans l'évaluation de l'impact écologique de leurs actions.....	42
1.2. L'absence de hiérarchie des chantiers en fonction de leur impact écologique.....	44
1.3. Le choix d'une hiérarchie des chantiers en fonction de leur facilité de mise en place	46
1.4. La proposition d'une méthodologie de quantification pour chaque chantier.....	48
2. Comment réaliser une transition écologique ? Étude des freins et des leviers à la réalisation d'actions écologiques.....	50
2.1. Un équilibre financier à construire.....	50
2.2. Le partage du temps, entre perte individuelle et gain collectif.....	52
2.3. Simplifier les démarches à travers le concept de mutualisation.....	54
3. L'humain au-delà du matériel.....	57
3.1. La mise en œuvre de l'intelligence collective.....	57
3.2. L'écologie, un choix politique au sens citoyen.....	57
3.3. La décision commune d'un projet de transition écologique.....	58
3.4. Et les patients dans tout ça ?	60
4. Forces et faiblesses de l'étude.....	61

CONCLUSION.....	63
BIBLIOGRAPHIE.....	65
LISTE DES FIGURES.....	68
LISTE DES TABLEAUX.....	69
TABLE DES MATIERES.....	70

ABSTRACT

RÉSUMÉ

VONG Julie

Transition écologique en structure de soins ambulatoire : Retour d'expérience au sein de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle « Les Bords de Loire »

Introduction : La transition écologique, par son impact sur la santé, implique les professionnels de santé à titre personnel et professionnel. Des études montrent leur volonté d'engagement dans une démarche écoresponsable. A ce jour, le processus de mise en place d'une transition écologique dans une structure de santé n'a pas été étudié en France. Nous proposons donc d'identifier les objectifs, les freins ainsi que les stratégies de résolution mis en jeu lors d'une transition écologique au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle.

Méthodes : Retour d'expérience prospectif d'un groupe de travail pluriprofessionnel sur la transition écologique au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Suivi d'un an avec triangulation des données des enregistrements par l'investigatrice principale et la directrice de thèse.

Résultats et discussion : Nous identifions 11 chantiers de transformation écologique, répartis en 5 grands domaines : la gestion et diminution des déchets médicaux, et non médicaux, l'achat de matériel, l'aménagement des bâtiments, et le transport des personnes. Chacun des chantiers relevait de méthodologies d'approches différentes, avec des freins (économiques, temps, hygiène) et des leviers (mutualisation des coûts, organisation commune, liberté d'acceptation) inconstants d'un chantier à l'autre. On remarque une priorisation des chantiers sur la facilité de mise en place et non sur l'impact écologique, ainsi qu'une plus grande difficulté de réfléchir sur l'action sur le bâti. La question du médicament n'a pas été soulevée dans ce travail.

Conclusion :

Une transition écologique optimale au sein d'une MSP demande une méthodologie rigoureuse, en hiérarchisant les actions selon leur impact écologique et leur facilité d'application, dépendants de chaque profession présente. Le caractère collectif, via le principe de mutualisation, épargne temps et coût pour la plupart des tâches. Enfin, la matérialité des chantiers se double d'un aspect humain, socle et moteur du processus de transition écologique.

Mots-clés : transition écologique – retour d'expérience - médecine générale – collaboration interprofessionnelle - Maison de Santé Pluriprofessionnelle

Ecological transition in an ambulatory care facilities : A feedback from the multiprofessional health care center « Les Bords de Loire »

Introduction : The ecological transition, through its impact on health, involves healthcare professionals both personally and professionally. Studies show their willingness to commit to an eco-responsible approach. To date, the process of implementing an ecological transition in a healthcare structure has not been studied in France. We therefore propose to identify the objectives, obstacles and resolution strategies involved in an ecological transition within a multi-professional health care center (MSP).

Methods : Prospective feedback from a multi-professional working group on ecological transition within a multi-professional health care center. One-year follow-up with triangulation of registration data by the principal investigator and the thesis supervisor.

Results and discussion : We have identified 11 fields for ecological transformation, divided into 5 main domains : medical and non-medical waste management, equipment purchasing, building layout and personal transport. Each of the fields involved different methodological approaches, with obstacles (economic, time, hygiene) and levers (cost sharing, joint organization, freedom of acceptance) varying from one field to another. We note a prioritization of fields based on ease of implementation rather than their ecological impact, as well as a greater difficulty in thinking about action on the building. The question of medication was not raised in this work.

Conclusion : An optimal ecological transition within a multi-professional health care center requires a rigorous methodology, prioritizing actions according to their ecological impact and ease of application, depending on each profession. The collective nature of the project, by the principle of mutualization, saves time and cost for most tasks. Last but not least, the materiality of the fields is matched by the human aspect, which is the foundation and driving force of the ecological transition process.

Keywords : ecological transition – feedback – primary care medicine – interprofessional collaboration – multi-professional health care center