



INTRODUCTION / Michel-Léopold Jouvin, secrétaire national du C2DS

Bonjour à tous et bienvenue à cette 12^{ème} agora et merci pour la confiance que vous accordez au C2DS. Cette journée va être consacrée à l'écoconception des soins. Dans la société dans laquelle nous vivons aujourd'hui, alors même que nous agissons pour la santé de nos concitoyens, nous avons tendance à utiliser des produits contenant des ingrédients qui ont des effets nocifs sur notre propre santé. Ces questions-là méritent que nous nous interrogeons et que nous puissions notamment analyser, dans l'activité de soin, ce que nous produisons comme effets négatifs sur le plan écologique.

C'est ce temps qui va être consacré aujourd'hui sur cinq tables rondes :

- l'écoconception du soin vue par les institutions
- l'écoconception du soin vue par les professionnels de santé
- la qualité de vie au travail au cœur d'une conception responsable du soin et du prendre soin
- les initiatives remarquables
- une vision internationale de l'écoconception du soin

Je vous souhaite bon travail et beaucoup de plaisir lors de cette journée.

L'écoconception des soins : principes et enjeux / Olivier Toma, fondateur du C2DS

Pourquoi l'écoconception des soins ? Vous êtes nombreux à nous avoir posé la question. Le secteur sanitaire et médico-social génère de très nombreux impacts : économiques, écologiques et/ou sanitaires. Vous êtes nombreux dans cette salle à avoir mis en place des actions exceptionnelles dont certaines nous seront présentées lors de cette journée. L'idée est de montrer tout ce qui est possible, de donner envie d'agir, de montrer que l'on peut identifier et mesurer des impacts pour ensuite les réduire et surtout innover. Mais innover en conscience, car l'innovation n'est malheureusement pas toujours symbole de progrès. La particularité du C2DS est d'associer l'ensemble des acteurs du soin et du prendre soin. Sont présents aujourd'hui aussi bien des fournisseurs, des représentants d'Agences régionales de santé (ARS) et de la Direction générale de l'offre de soins (GDOS), des établissements publics, privés, sanitaires, médico-sociaux...

Tous sont présents aujourd'hui pour partager leurs actions remarquables sur la réduction des impacts.

Bravo d'avance pour les échanges qui auront lieu ici aujourd'hui et misons sur l'innovation pour faire en sorte que nous puissions réfléchir aux possibilités qui s'offrent à nous pour répondre à des besoins en perpétuelles évolutions dans un monde qui est en croissance et en évolution permanente.

Il y a deux siècles, nous n'étions que deux milliards sur la planète. Nous sommes sept et demi aujourd'hui et nous allons bientôt passer à huit. Entre le gaspillage, la consommation à outrance, le jetable à usage unique et j'en passe, nous pouvons faire mieux. Si notre secteur est exemplaire sur l'écoconception de ses activités, nous pourrions être des exemples pour la société.

TABLE RONDE 1

l'écoconception des soins vue par les institutions

Animation : Philippe Van de Woestyne, vice-président du C2DS et directeur qualité, risques, vigilances et développement durable au CHRU de Lille (59)



L'écoconception des soins, c'est essayer de porter l'ambition de placer le patient, le professionnel, le citoyen encore plus au cœur de nos priorités d'actions. C'est également garantir une qualité des soins tout en relevant le challenge d'une plus grande maîtrise de l'empreinte écologique et énergétique. Dans les tables rondes qui vont se succéder vont être présentées des démarches remarquables portées par les professionnels de santé. Mais si nous voulons déployer une culture de l'écoconception des soins, cela ne peut se faire sans l'implication ni sans une certaine exemplarité de nos institutions. Nous avons la chance et le plaisir d'avoir aujourd'hui parmi nous trois institutions, qui, dans leur démarche quotidienne, impulsent cette démarche d'écoconception des soins. Nous allons débiter par une vidéo de l'ARS PACA, suivi d'une visioconférence avec Madame Muriel Andrieu-Semmel, responsable du département Santé Environnement à l'ARS PACA puis une intervention de Madame Claire Morisson, ingénieur Sanitaire, Pôle Santé Environnement à l'ARS Nouvelle-Aquitaine qui nous parlera de la démarche petite enfance.

Les ARS PACA et Nouvelle-Aquitaine sont très actives. J'aimerais que l'ensemble des ARS et l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) en Haut-de-France aient cette même dynamique.

Muriel Andrieu-Semmel, responsable du département Santé Environnement de l'ARS PACA

La démarche de l'ARS PACA fait partie de l'initiative du Plan Régional Santé Environnement (PRSE) des ARS s'inscrivant dans le concept de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) « One Health » qui signifie que la santé de l'homme dépend de la santé environnementale. L'ARS constitue un levier essentiel pour appliquer cette logique à l'activité des établissements et des professionnels de santé. C'est pour cela que nous avons souhaité être accompagné pour initier une démarche de promotion du développement durable dans les établissements sanitaires et médico-sociaux au sein de la région PACA.

Plusieurs thématiques ont été identifiées :

- les déchets d'activité à risques infectieux
- les biocides, notamment dans le nettoyage et la désinfection pour lesquels nous avons déjà une expérience probante dans le cadre de la précédente monture du PRSE que nous souhaitons mettre à profit de tous les établissements de la région PACA
- les résidus médicamenteux
- les biodéchets et la lutte contre le gaspillage alimentaire
- l'énergie
- la thématique transversale des achats responsables

Nous avons identifié un certain nombre d'opportunités et de freins qui font qu'il y a un réel changement de culture à introduire auprès de tous les établissements. Le C2DS nous aide dans cette démarche au travers de la mise en place d'une plateforme d'échange qui permet à chaque établissement de s'inscrire dans la démarche et de bénéficier de formations techniques qui sont élaborées en lien avec l'ARS.

La plateforme permet également de s'inscrire dans un suivi au travers de plusieurs indicateurs de marge de progression en matière de développement durable sur les axes retenus par les établissements dans le cadre de ce projet.

Aujourd'hui, environ 200 établissements se sont inscrits. Nous souhaitons aller plus loin et le bouche à oreille fonctionne bien. Le projet a démarré fin 2017 avec une phase pilote et une phase de mise en œuvre concrète est déployée depuis 2018. Plusieurs formations ont été conduites pendant l'été 2018 et vont se poursuivre avec notamment, le 21 septembre 2018, une réunion autour des déchets d'activité à risques infectieux.

Pour vous donner un exemple concret, nous avons identifié d'importants freins à lever, notamment en matière d'hygiène. En effet, en ce qui concerne le nettoyage et l'entretien des chambres notamment, nous nous sommes rendu compte que souvent, les établissements ont une politique très générale d'application de biocides. Pour faire changer cette pratique nous devons non seulement travailler avec le personnel nettoyeur mais aussi avec le personnel des achats, et bien-sûr en premier lieu avec la direction. Cette démarche doit donc être présentée à plusieurs niveaux, de façon à ce que tous les acteurs de cette mise en œuvre de développement durable se sentent impliqués.

Pour clôturer mon intervention, je voudrais ajouter qu'il me semble que plus les professionnels de santé sont conscients de l'importance de l'enjeu de nos impacts et des répercussions sur notre santé à tous (y compris la leur), plus ils sont parties prenantes. Nous observons que la mise en place de ces démarches de développement durable permet d'introduire de façon très positive de nouvelles dynamiques managériales très porteuses de sens auprès des personnels des établissements. Dans une période de contraction des moyens, contrairement à ce qui nous nous attendions, cette démarche responsable nourrit l'établissement et lui apporte du sens dans les actions qu'il conduit. Elle a donc finalement un écho très positif.

TABLE RONDE 1 (suite)

l'écoconception des soins vue par les institutions

Marc Dumon, délégué régional de l'ANFH PACA

L'ANFH PACA est l'organisme qui collecte les fonds de formation et qui accompagne les établissements dans la professionnalisation des acteurs mais aussi dans un certain nombre de projets menés. L'ANFH PACA et les collaborateurs du bassin méditerranéen mènent depuis 2008 des projets sur l'amélioration des conditions de travail, sur le handicap et sur la prévention des risques psycho-sociaux. En 2014, nous nous sommes dit qu'il fallait aller au-delà et qu'il fallait avoir une vision plus large : c'est pourquoi nous avons construit un projet RSE pour lequel nous avons toujours une palette de prestations.



Nous sommes une sorte de passeur entre des fonds que l'on peut trouver et des prestations que l'on met à disposition des établissements. Dans ces prestations il y a de la formation courte sur à peu près tous les thèmes qui ont été cités que ce soit les déchets, l'énergie, les bilans carbone ; de la professionnalisation pour intégrer et internaliser des compétences sur le sujet pour que de la phase projet découle une phase quotidienne de gestion de ces questions à l'intérieur des établissements ; de la prestation de conseil fait par des grands professionnels du secteur. Sur le sujet de la RSE notamment, les établissements ont eu en fonction de leur taille, entre dix et quinze jours d'accompagnement. A cela ce sont ajoutés dix jours supplémentaires s'ils voulaient aller vers un écolabel ou une certification de leur établissement.

Les prestations sont offertes aux établissements. Nous les réunissons au début du projet. Il dure environ trois ans et les établissements débutent quand ils veulent. Les structures ont toutes leurs contraintes et leur organisation, l'important est que l'on ait une souplesse, une grande réactivité dans ce qu'on peut leur amener. Chaque établissement est libre de prendre la prestation de conseil, de mettre en place une vision institutionnelle ou plutôt travailler sur un secteur spécifique.

Tous les établissements sont différents et très éloignés en termes de maturité sur le sujet, il faut donc que l'on puisse les accompagner en fonction d'où ils se situent : voilà notre rôle.

Nous avons essayé de solliciter des financements. Ce qui est compliqué pour les institutionnels c'est de tous se retrouver et d'être complémentaires. L'objectif de l'ARS est de mobiliser 15 000 établissements : publics, privées, de tous secteurs. Nous, à l'ANFH, c'est uniquement 150. C'est beaucoup plus petit et les établissements sont extrêmement différents. Notre interlocuteur naturel à l'ARS est la direction de l'offre de soins. Dans ce service, personne ne savait qui était en charge du développement durable alors que le service concerné se situe trois étages plus bas. C'est très compliqué.

Notre chance est que les établissements nous font confiance. Nous sommes paritaires, c'est-à-dire que nous avons les deux côtés de l'établissement : la direction et les partenaires sociaux. Quand nous avons lancé le projet d'écoconception des soins, c'était un terme inconnu pour nous. On s'est posé la question du nom que nous voulions donner à ce projet. C'est une vraie question pour deux raisons : est-ce que cela parle à ceux que l'on veut toucher et est-ce que cela mobilise des financements ? Il y a des mots magiques pour avoir des financements en France : qualité de vie au travail (QVT) est d'ailleurs un mot magique pour en obtenir de l'ARS. Mais le terme de développement durable parle à chacun en tant que citoyen, mais pas forcément aux institutions qui n'ont pas cette vision-là. Le terme écoconception des soins est apparu au fur et à mesure du projet, à travers les diagnostics qui ont été réalisés dans les établissements. De voir que les équipes soignantes et médicales s'emparaient du projet à travers les plus petites unités d'œuvre, cela me rappelle les questions que se posaient les établissements de santé dans les années 70 sur les organisations. Et bien, de la même manière, il y a du bon sens. Les équipes sont souvent remplies de bon sens sur un certain nombre de solutions. Cela fonctionne encore mieux quand c'est la base qui a pris conscience du domaine. L'écoconception des soins est pour nous un vrai vocable porteur pour attirer l'ensemble des hospitaliers sur la question. Cela reste l'objet premier et unique des hôpitaux : produire du soin et comment on le produit. Il faut que l'agent de services hospitaliers (ASH) aussi bien que l'acheteur puisse se reconnaître dans ce vocable. Tous les acteurs doivent entrer dans le sujet pour que les synergies permettent d'avancer.

Nous organisons une journée, le 30 novembre 2018, sur la valorisation de tout ce qui se fait en région PACA et aussi ailleurs. Nous allons faire un carnet de voyage que nous allons distribuer nationalement sur la valorisation de ce qui se fait dans un certain nombre d'établissements. Nous sommes également en train de développer une application pour mobile sur les perturbateurs endocriniens, les risques chimiques, les nuisances sonores. Elle sera autant professionnelle que citoyenne car les deux sont liés.

TABLE RONDE 1 (suite)

l'écoconception des soins vue par les institutions

Marc Dumon,

Notre institution porte des projets et capitalise ce qui est fait dans les établissements. Nous ne sommes pas des spécialistes mais nous essayons de mettre en relation les établissements et au-delà, les équipes au sein des établissements et un certain nombre d'experts, ce qui permet à tout le monde de gagner du temps. Les hôpitaux ont l'habitude de vivre autocentrés : aller chercher des financements ce n'est pas leur truc. S'intéresser aux appels à projets autres que ceux de l'ARS non plus alors qu'il y a des conseils régionaux, il y a l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) et d'autres acteurs qui peuvent lancer des appels à projets. Mais l'hôpital s'est toujours construit sur lui-même. Aujourd'hui au travers de son mode de tarification et d'un certain nombre de choses, il faut qu'il aille chercher d'autres données. C'est à cela que nous lui servons. La plupart du temps, nous réalisons la partie la plus pénible qui est celle des achats, de montage des cahiers des charges... Nous apportons ainsi des produits clés en main aux établissements. C'est ensuite à eux de porter la dynamique, nous leur demandons un engagement fort. Il faut que le directeur s'engage et soit là le premier jour pour souligner l'importance du projet et le confier à quelqu'un. Le personnel de terrain porte ensuite le projet et lui permet d'avancer.

Nous sommes donc un accompagnateur. Le développement durable fait partie de nos réflexions nationales. Cela fera partie de nos prestations, avec des modalités très différentes parce que l'on n'a pas les mêmes histoires dans les différentes régions. Mais, nous devons proposer de la formation sur ce sujet aux établissements pour qu'ils se transforment sur cette question-là, et que cela devienne une partie intégrante de leur organisation et plus de la gestion de projet.

Claire Morisson, Ingénieur Sanitaire, Pôle Santé
Environnement, ARS Nouvelle-Aquitaine

En 2014, à l'Agence Régionale de Santé, nous nous sommes intéressés plus spécifiquement à la population qui est la plus vulnérable à l'exposition à un certain nombre de substances : les femmes enceintes et les jeunes enfants. Pourquoi ?

De nombreuses substances chimiques présentes dans nos environnements intérieurs sont suspectées d'être en lien avec les maladies chroniques, les cancers hormonaux dépendants, les troubles de la reproduction (qualité du sperme, malformations congénitales, puberté précoce) ou encore les troubles neurocomportementaux... En parallèle, les scientifiques démontrent les liens possibles entre certaines de ces substances et les impacts sur l'environnement (faune et flore). Enfin, des expositions à des substances telles que le distillène montrent les impacts sur plusieurs générations. C'est la notion d'épigénétique.

En 2014, en Aquitaine, nous nous sommes posés des questions et nous nous sommes dit que nous avons un rôle à jouer pour faire passer des messages de prévention notamment auprès des populations les plus vulnérables : les enfants et cela dès la vie fœtale. Pour les femmes enceintes, on sait que les études montrent aujourd'hui une imprégnation forte aux produits chimiques malgré la barrière placentaire.

Je vous fais cette introduction un peu longue pour vous expliquer pourquoi, en 2014, nous avons décidé d'agir sans commande nationale. Les plans nationaux santé environnement (PNSE) font déjà des focus sur les substances chimiques depuis 2004 et les femmes enceintes sont visées de plus en plus par ces plans.

Notre politique, lancée en 2014, a donc pour objectif de réduire l'exposition aux substances chimiques pour les femmes enceintes et les jeunes enfants. Le programme s'étale sur plusieurs années. Pour répondre à cet objectif, nous ne suivons pas les familles car ce n'est pas le travail de l'ARS. En revanche, c'est celui des professionnels de la petite enfance qui sont en contact direct avec les familles. Ils vont pouvoir faire passer des messages de prévention. La maternité est un lieu qui nous a semblé très intéressant car elle fait partie des acteurs que l'on a sensibilisé parce que l'on sait que les parents reproduisent les gestes que l'on va leur montrer à la maternité. Lorsque l'on donne un cosmétique à une maman à la maternité, comment peut-elle imaginer qu'il contient des substances qui peuvent être à risque pour son bébé ? Pour une maman, ce que donne une maternité est labellisé. Cela pose quand même question au niveau de son rôle.



TABLE RONDE 1 (suite)

l'écoconception des soins vue par les institutions

Claire Morisson

Nous avons pris contact avec la maternité de l'établissement Bordeaux Rive Droite qui a développé un travail, il y a deux ou trois ans, en santé environnement. Nous l'avons visité. Ce qui était très intéressant c'était d'entendre la cadre sage-femme, le directeur des services techniques, le responsable d'hygiène, le directeur d'établissement, le coordinateur achats, tous, nous expliquer qu'au départ ils ne croyaient pas beaucoup en ce projet et que cela leur paraissait très compliqué à mettre en œuvre. Je prends l'exemple de la personne qui devait repeindre les murs de l'établissement en blanc mais qui ne voulait pas d'une peinture qui ne couvre pas et qui ne croyait pas en l'efficacité des écolabels. Et pourtant, au fur et à mesure, elle a testé plusieurs peintures et a compris que l'on pouvait utiliser des produits plus sains avec des labels reconnus, offrant des résultats similaires. Il y a eu une vraie révolution dans cet établissement et cela nous a donné envie de reproduire ce travail, en santé environnement, dans tous les établissements de la Nouvelle-Aquitaine. Nous avons donc proposé de façon expérimentale ce projet à toutes les maternités de la région. Aujourd'hui, ce ne sont pas moins de 40 maternités engagées. Nous proposons à ces maternités de se lancer dans cette démarche de prévention, sur la base du volontariat. A l'origine, onze maternités ont accepté au départ. Nous leur avons proposé, à l'aide d'opérateurs que nous avons financé, de recevoir deux types d'actions différentes.

Dans un premier temps, un opérateur se déplace dans l'établissement une journée entière : la première partie de journée est consacrée à une conférence autour de la santé environnementale et les raisons pour lesquelles il faut s'y intéresser à la maternité. L'autre partie de la journée est consacrée à un mini diagnostic au cours d'une visite au sein de l'établissement. Cela permet à l'opérateur de repérer les produits : savons des mamans, nettoyage des locaux, contenants alimentaires utilisés... pour repérer les pratiques qui pourraient être améliorées.



Nous avons vu des choses étonnantes comme la manipulation du formaldéhyde sans aucune protection pour le personnel alors que c'est un cancérigène probable. On a vu ce avec quoi certains désinfectent les berceaux ou les incubateurs, certains sont des CMR (cancérigène, mutagène, reprotoxique), on peut se poser la question du contact avec la peau du nouveau-né qui est très fragile. L'idée n'est pas de montrer du doigt ou de dire cela n'est pas bien mais d'amener les professionnels à s'interroger et d'envisager d'autres solutions tout aussi efficaces.

Dans un second temps, nous proposons l'organisation d'ateliers pédagogiques avec l'équipe de soignants pour bâtir avec eux, des messages à faire passer aux familles. Pour vous donner un exemple concret, si une maman décide de ne pas allaiter, nous allons la diriger vers l'achat de biberons en verre car c'est un matériau inerte. Le biberon en verre est préférable aux biberons en plastique car, même s'ils ne contiennent plus de bisphénol A, on ne connaît pas exactement leur composition. L'idée est de faire passer des messages, parfois tout simples, comme par exemple de dire aux parents de bien ventiler la chambre de leur bébé. La ventilation est très importante car on renouvelle l'air très vite.

Nous avons procédé à une évaluation auprès de ces onze maternités engagées qui s'est révélée très positive. D'autres maternités de la région Aquitaine ont ensuite rejoint le dispositif et, quand nous avons fusionné avec la région Poitou-Charentes et Limousin, le dispositif a été étendu à l'ensemble des maternités composant la Nouvelle-Aquitaine. Il y avait déjà, lors de cette fusion, des maternités avancées qui n'avaient pas attendu cette démarche pour réaliser des actions ciblées auprès des futures mamans. Je pense par exemple au CH de Guéret. Mais pour celles qui n'avaient pas démarré, nous avons proposé ce dispositif.

TABLE RONDE 1 (suite)

l'écoconception des soins vue par les institutions

Claire Morisson

Nous avons complété ce dispositif par une formation (formation animateur Nesting) des équipes des maternités volontaires pour monter des ateliers pédagogiques auprès des familles. Nous proposons aux familles, avant ou après l'accouchement, de suivre un atelier de 2h30 pendant lequel nous expliquons les bons gestes et nous leur permettons de se repérer parmi tous les labels des produits vendus en grande surface. Cette formation suivie par ces 26 maternités le sera par la quasi-totalité des autres maternités à l'automne 2018.

Nous avons également voulu accompagner individuellement les établissements ayant des bonnes idées. Le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine est très attaché à la prévention des établissements de santé. Depuis 2015, il fait un appel à projet pour que les établissements de santé proposent des actions en termes de prévention dont la santé environnementale fait partie. Cet appel à projet nous a permis d'accompagner beaucoup de maternités sur des projets innovants : comme la création d'une chambre pédagogique au CH d'Angoulême, le financement d'une partie du livret d'accueil au CH de Guéret... C'est cela qui a permis de créer des ateliers et des actions multiples qui vont dans le sens de passer de l'information aux familles ou d'avoir des gestes exemplaires à la maternité.

La mise en place de projets en santé environnement touche la politique d'achat puisque si on se détourne des cosmétiques gratuits pour se tourner vers des produits bios, et que ce sont des petites entreprises qui n'ont pas la force de frappe des grosses marques pour donner des échantillons gratuits, il faut les payer. Mais l'idée est également de faire des économies à côté. Nous avons constaté que souvent, dans les maternités, il y a beaucoup de stocks de produits, beaucoup de panels différents pour les mêmes fonctions. Il est possible de faire des économies sur ce point pour les réinjecter autrement. Mais il est également possible de se dire que ce n'est finalement pas le rôle de la clinique ou de l'hôpital de faire des cadeaux aux parents. C'est une vraie question à soulever. Cette politique d'achats nécessite une sensibilisation des acheteurs. Nous commençons donc à travailler avec le réseau d'acheteurs et le réseau des Groupes Hospitaliers Territoriaux (GHT) pour faire évoluer ces pratiques-là, parce qu'il y a des contraintes juridiques importantes. L'enjeu est de déterminer comment faire pour que demain, les structures puissent acheter des produits plus exemplaires.



Pour moi, c'est cela l'écoconception des soins : faire entrer la prévention dans le soin. Les choses ont longtemps été séparées : le soin c'était l'hôpital et la prévention, les associations. C'est fini. Il faut absolument que chacun intègre cela dans son message, et nous particulièrement à l'ARS, nous avons ce travail à faire entre les directions, par la transversalité. C'est cela l'enjeu de demain : partager nos connaissances. Il y a des compétences un peu partout et il faut essayer de les mutualiser.

TABLE RONDE 2

l'écoconception des soins vue par les professionnels de santé

Animation : Élodie Grimal, infirmière formée à l'éducation thérapeutique, consultante en développement durable et santé à Primum Non Nocere



Grâce aux professionnels de santé venus témoigner aujourd'hui, nous allons avoir un aperçu de ce qui peut être mis en place au quotidien au sein des établissements de soin. Nous débiterons avec Florence Grand, médecin libéral dans un pôle de santé, Valérie Moulin, oncologue au CH de La Rochelle, Jane Muret, praticienne spécialiste des Centre de Lutte Contre le Cancer et nous terminerons avec Sarah Thibaut et Petra Mokdad qui sont ergothérapeutes et membres du Réseau pour le développement durable en ergothérapie (R2DE).

Dr Florence Grand, médecin libéral, Pôle de Santé de Chautagne

En maison de santé nous sommes des libéraux qui avons choisi de travailler ensemble et de mutualiser des moyens tels que des locaux, des employés ou des appareils particuliers. Notre volonté est de travailler ensemble, de partager l'organisation des soins sur un territoire précis. Nous nous basons à l'échelle de l'individu : nous avons un petit impact car nous sommes de petites structures et de très petites entreprises. Nous travaillons avec les populations basées sur nos bassins de vie et nos bassins de travail. Je travaille sur une zone qui représente 5 000 habitants et nous sommes 25 professionnels de santé au sein de la maison de santé avec seulement trois médecins et une pluralité d'autres professionnels. Au sein de la FEMASAURA, il y a une soixantaine de maisons de santé du même type que la mienne.

Nous sommes une très petite entreprise mais nous n'avons jamais été amené à nous questionner sur notre impact environnemental contrairement à d'autres entreprises qui ont toutes intégré la RSE dans leur organisation. Nous nous sommes rencontrés avec le C2DS et la FEMASAURA, il y a deux ans maintenant, pour travailler sur une campagne de sensibilisation de tous les acteurs en maison de santé. Cette campagne propose dix actions envisageables et pensables dans nos petites structures. Nous avons présenté ce travail sur nos journées nationales à Lyon, en mars 2017. Cette campagne a rencontré un beau succès. Il n'y a pas eu de rejets contrairement à ce que l'on aurait pu penser compte tenu de toutes les autres problématiques des libéraux. Le sujet a plu mais il y avait peu d'initiatives mises en place. Le partenariat s'est poursuivi et nous sommes en train de mettre en place une adhésion de notre fédération au C2DS, comme toute autre structure de soins, mais où toutes les maisons de santé adhérentes à la fédération peuvent avoir accès aux informations et outils du C2DS pour les aider dans leur démarche développement durable.



Concrètement qu'est-ce que cela donne ? On peut se poser des questions sur beaucoup de thématiques. Ce sont différents petits gestes. Il est important que chaque acteur puisse faire son petit pas, propre à lui, dans cette démarche d'écoconception des soins.



Tout d'abord, comme toute entreprise, nous nous posons la question du tri de nos déchets, nos consommables, nos achats de matériel...

Ce qui revient souvent est « qu'est-ce que l'on peut recycler ? », « qu'est-ce que l'on peut stériliser ? », « quelle stérilisation est effective ? ». Le fait d'être en maison de santé nous permet de mutualiser des espaces donc d'avoir moins de consommation en achetant, par exemple, moins d'ordinateurs : nous avons un bureau pour deux ou trois professionnels de santé différents, donc un seul ordinateur et pas trois. On peut également avoir moins de matériel de stérilisation grâce à la mutualisation avec le podologue et la dentiste donc quelque chose de plus performant que si j'avais à acheter mon matériel à moi toute seule dans mon cabinet. Cela permet d'utiliser du matériel chirurgical stérilisable, du matériel gynécologique stérilisable plutôt que de jeter à chaque fois. Nous mutualisons aussi des espaces de travail, nous essayons donc de réduire les impacts d'énergie. Pour les transports, c'est plus compliqué car chacun a un emploi du temps différent. Notre gros impact est en tant que prescripteur. Dans chacune de nos prescriptions et actions nous avons un impact environnemental fort notamment en tant que médecin avec les médicaments que nous prescrivons.

TABLE RONDE 2 (suite)

l'écoconception des soins vue par les professionnels de santé

Dr Florence Grand,

Nous devons nous poser des questions : « est-ce que mon traitement est nécessaire ? », « est-ce qu'il est utile ? », « est-ce qu'il ne va pas être iatrogène ? », « est-ce que le patient l'a compris où le souhaite ? ». Pour ces cas de figures, le fait d'être en maison ou pôle de santé permet d'échanger avec nos paramédicaux qui réalisent les actes ou qui ont d'autres idées de prise en charge. On va éviter la prescription d'exams complémentaires par de la physiothérapie par exemple, on va échanger sur les pratiques pour ne pas disperser le patient sur ses prises en charge, éviter des redondances et surtout réévaluer les effets de notre prise en charge. On peut également mettre en place des actions d'éducation thérapeutique. Il y a de plus en plus, dans les structures comme la nôtre, des infirmières qu'ont dit Asalée (action de santé libérale en équipe). C'est encore une autre association qui forme des infirmières à l'éducation thérapeutique : leur travail c'est uniquement cela. Elles ont des actions individuelles, elles reçoivent des patients en consultation d'éducation thérapeutique mais aussi en consultation collective au niveau de la population pour mettre en place des petites actions comme des marches collectives, des ateliers alimentaires ou des sensibilisations au tabac, et bien d'autres sujets. On peut également mettre en place des co-thérapeutiques, nous le proposons à titre expérimental. Nous nous rendons compte qu'à plusieurs, en concertation avec les patients, on arrive à avoir des informations beaucoup plus vastes, à échanger plus profondément avec le patient et ainsi à mieux cibler ses problématiques afin d'éviter des soins inutiles et le gaspillage de médicaments. Dans une maison de santé des Vosges, il y a des pharmaciens qui ont mis en place une action d'éco-prescription qui permet une sensibilisation à la fois des médecins et des patients sur le gaspillage des médicaments. Ils essaient de sensibiliser les médecins à ne prescrire que la juste quantité de médicaments et les patients à ramener les médicaments non utilisés.

Dr Valérie Moulin, médecin oncologue, CH de La Rochelle

Je trouve que le terme écoconception des soins prend tout son sens et que, pour les soignants, ce terme a plus de sens que celui de développement durable en santé mais il est encore méconnu des professionnels de santé.



Pour moi, l'écoconception d'un soin est importante mais je pense que d'abord, la priorité est d'avoir une qualité de soin irréprochable et on parle dans ces cas-là d'une pertinence de soin : c'est le bon soin, à la bonne personne, au bon endroit, au bon moment.

Cela paraît tout simple, mais c'est peut-être le plus compliqué en médecine. Cela nécessite que nos connaissances médicales soient remises à jour en continu, ce qui est resté difficile. Les connaissances sont de plus en plus importantes, et on ne peut pas être compétent en tout. Il est donc difficile pour chaque médecin et chaque soignant d'être toujours pertinent en termes de compétences, mais c'est extrêmement important. L'écoconception des soins s'intègre à la pertinence. C'est-à-dire qu'à partir du moment où le soin est pertinent, je pense qu'il est important de faire en sorte qu'il ait le moindre impact sur la santé des individus et qu'il ait un impact nocif minimisé sur l'environnement.



J'ai repris quelques expériences menées depuis quatre ans dans le service de cancérologie où j'exerce, qui peuvent à mon sens illustrer l'écoconception des soins. Le premier exemple est très médical. En cancérologie on prescrit de la chimiothérapie à des malades graves et on utilise à peu près les produits les plus toxiques que l'on puisse faire puisque ces produits tuent les cellules tumorales. Malheureusement, ils tuent également un certain nombre de cellules normales. Pour supporter une chimiothérapie, il faut avoir un nombre de globules rouges (qui contiennent l'hémoglobine) suffisant.

Quand on n'a pas un taux d'hémoglobine suffisant, le premier réflexe en France est de transfuser. Cela coûte extrêmement cher. En France, le don du sang est gratuit mais en revanche, cela a un coût de traiter les poches de sang pour qu'elles puissent être administrées à des patients. Un des premiers exemples que l'on retrouve dans beaucoup d'autres établissements, c'est le fait de perfuser du fer intra veineux qui, dans certain cas, va pouvoir largement remplacer la transfusion sanguine et diminuer le recours aux érythropoïétines (ce sont les fameuses EPO que nos cyclistes utilisent pour gagner) en permettant à l'organisme de fabriquer ses propres globules rouges. Les EPO sont des médicaments qui sont extrêmement coûteux et finalement, parce que depuis dix ans on peut utiliser un fer intraveineux et que l'on comprend mieux le mécanisme de l'anémie par carence en fer, on peut arriver à un moindre impact socio-économique : réduction du nombre des transfusions, réduction du temps de passage en hôpital de jour, car une perfusion de fer dure de trente minutes ce qui est beaucoup moins long qu'une transfusion sanguine. C'est également moins dangereux même si cela comporte certains risques allergiques. Grâce à ce procédé, les coûts, les risques, sont réduits.

TABLE RONDE 2 (suite)

l'écoconception des soins vue par les professionnels de santé

Dr Valérie Moulin,

Un autre exemple au CH de La Rochelle : il a été mis en place un système d'administration des chimiothérapies qui est unique en France, Drug Cam. Ce système a été inventé et développé pour sécuriser la fabrication et la prescription des chimiothérapies dans un logiciel qui est utilisé très largement en France : Logiciel Chimio. Ce dernier permet de prescrire puis de commander la fabrication de la chimiothérapie à la pharmacie (salle blanche, endroit dédié à la fabrication des chimiothérapies). Toute la fabrication va être filmée et des étiquettes sont collées à la fois sur le bracelet d'identification des patients et sur la poche de chimiothérapie. Si l'infirmière, au moment où elle administre son traitement, constate qu'il n'y a pas d'interconnexion entre les deux étiquettes, ne peut faire d'erreur car le système Drug Cam bloque tout le processus. Nous avons donc maintenant, de la prescription à l'administration, une sécurisation qui est très importante. Là encore, on va réduire le nombre d'erreurs : c'est la bonne dose, au bon patient, au bon moment et c'est également sur la bonne voie d'administration puisque l'on peut administrer un traitement par voie sous cutanée, sur veine périphérique ou sur cathéter



Nous travaillons également depuis maintenant deux ans, avec une association, un prestataire de santé à domicile : l'AADAIRC. Une partie des chimiothérapies est administrée à domicile, notamment en cancérologie digestive. Nous utilisons du 5 FU, une molécule qui va être perfusée à domicile pendant 48h. Le patient part avec une poche de chimiothérapie chez lui. Dans de nombreux établissements, sont encore utilisés des infuseurs, des systèmes de petites poches qui permettent au produit d'être diffusé grâce à la chaleur du corps. Ce n'est pas très précis et, quand la chimiothérapie est terminée, l'infirmière à domicile a cette poche qui contient des résidus de chimiothérapie et une tubulure et elle a l'obligation légale de mettre ces déchets dans une filière DASRI qui lui coûte de l'argent. C'est obligatoire mais personne ne contrôle les infirmières au domicile. J'ai vu des patients arriver à l'hôpital en demandant ce qu'ils devaient faire avec ça : « douze infuseurs dans un vague sac poubelle qui dégouline un peu » !



Quand je travaillais à Poitiers, j'ai mis en place avec l'équipe, un système où les patients partaient avec un petit conteneur à DASRI dans lequel ils pouvaient mettre leur infuseur ; l'hôpital mettait à disposition un grand conteneur DASRI pour récupérer ces infuseurs avant de les évacuer dans une filière DASRI appropriée. A La Rochelle, on agit encore autrement. Nous sommes en collaboration avec un prestataire de service, l'AADAIRC, et qui met à disposition des pompes électroniques pour l'administration de ces infuseurs de 5FU à domicile. Nous n'avons plus de problèmes de délais de perfusion car la pompe a un débit précis. Des infirmières de l'AADAIRC sont disponibles 24h sur 24h par téléphone si nécessaire et surtout nous avons un système de collecte des déchets. Ce prestataire récupère au domicile de tous les patients toutes les pompes qui ont contenu des infuseurs de 5 FU ; On sait maintenant que ce n'est pas l'infirmière libérale qui a la charge de ce coût et de cette responsabilité. Et nous sommes sûrs que tous nos infuseurs sont récupérés correctement. On peut parler d'écoconception des soins même si nous n'utilisons pas ce terme auparavant.

TABLE RONDE 2 (suite)

l'écoconception des soins vue par les professionnels de santé

Dr Valérie Moulin,

Autre point, nous avons depuis février/mars 2018, des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour rechercher chez les patients leur capacité à pouvoir métaboliser cette chimiothérapie de 5 FU. Ce sont uniquement des recommandations. C'est un coût de faire cette recherche de manière systématique pour chaque patient car il s'agit d'un prélèvement sanguin étudié sur le plan génétique et tous les laboratoires de France dans les hôpitaux ne sont pas qualifiés pour le faire. Ça n'est donc qu'une recommandation et pourtant, - et c'est toujours trop — un très faible nombre de patients peut avoir un déficit complet. L'administration du 5 FU est alors fatale. C'est-à-dire que demain, si j'administre ce produit à un patient et que j'ai une toxicité grave, ma responsabilité sera engagée mais la HAS n'aura émis que des recommandations. Dans mon service, nous avons décidé de faire ce dosage en amont, pour tous les patients et pour chaque chimiothérapie base de 5FU, ce qui implique une organisation différente et un temps d'explication plus long en consultation d'annonce.

Nous avons quand même mis cela en place en collaboration avec le laboratoire d'Angers, avec des infirmières coordinatrices qui se chargent de récupérer tous les résultats avant l'administration de la première cure de chimiothérapie. Depuis cette mise en place en mars 2018, nous avons eu beaucoup de patients qui présentent des déficits qui ne sont pas complets mais cela va nous permettre de diminuer les doses de chimiothérapie et surtout d'engendrer moins de toxicité. **Les conséquences sont très importantes : moins d'hospitalisation pour complications graves, moins d'utilisation notamment de facteur de croissance pour fabriquer les globules blancs qui sont extrêmement chers.** Finalement, nous sommes vraiment dans la prévention de la toxicité de la chimiothérapie au moins pour ce produit. Nous utilisons aussi un dosage (recherche d'un syndrome de Gilbert) pour éviter la toxicité d'un autre produit de chimiothérapie qui est l'Irinotécan. Nous faisons de façon systématique ces deux dosages depuis le mois de mars et on se rend compte que l'on dépiste beaucoup de patients déficitaires. La encore, je pense que nous sommes dans l'écoconception des soins.



Dernier point : nous utilisons un passeport pour une chimiothérapie responsable. Ce passeport a été créé par l'agence Primum Non Nocere®. J'ai participé un peu à la création de ce passeport. Le but est d'expliquer aux patients qui rentrent chez eux et aux familles, que quand on a subi une séance de chimiothérapie, les médicaments de la chimiothérapie vont être éliminés par notre organisme par voie urinaire ou fécale principalement. Nous avons fait une première réunion d'information en juillet 2018 pour former l'équipe, et maintenant, nos infirmières en consultation d'annonce expliquent à tous les patients ce qu'ils doivent faire en rentrant chez eux : ne pas laver le linge de la personne qui a suivi une chimiothérapie avec le linge du bébé, ne pas avoir de rapports sexuels non protégés, nettoyer les toilettes de manière particulière et uriner assis même pour les messieurs, ne pas toucher les médicaments de chimiothérapie avec les mains ... Tous ces gestes sont explicités aux patients et aux familles par les infirmières d'annonce qui rencontrent systématiquement les patients après la consultation médicale. Le projet a été lancé en septembre 2018 et il devrait s'étendre à d'autres hôpitaux en France durant l'année 2019.

TABLE RONDE 2 (suite)

l'écoconception des soins vue par les professionnels de santé

Dr Jane Muret, praticien spécialiste des Centres de Lutte Contre Le Cancer, Institut Curie

Je suis ici aujourd'hui pour vous raconter comment l'écoconception des soins se développe au sein des blocs opératoires. Pour tous les établissements de santé, le bloc opératoire est un point névralgique : gros poste pour les achats, gros poste pour les personnels, gros poste pour la QVT et gros poste pour les déchets. Il est donc important qu'il y ait une démarche d'écoconception des soins qui parte des blocs opératoires.



En 2012, la revue *Anesthesia & Analgesia*, une des plus importantes revues d'anesthésie et de réanimation, a publié un numéro entier consacré à l'écoconception des soins avec des articles divers et variés, aussi différents que l'analyse du cycle de vie des masques usagés à usage unique, le problème des drapages et de tout ce qui est tissu au bloc opératoire, le problème des déchets, ou encore le problème des gaz d'anesthésie, sur lequel je vais revenir. Il y avait aussi un article très intéressant sur la durabilité de notre quotidien.

Il y a eu un autre pavé dans la mare dans le domaine de l'anesthésie : un article a été publié en décembre 2017, dans *Lancet Planet Health*. Cette étude a comparé les blocs opératoires de trois hôpitaux : Vancouver, Minnesota, et un hôpital britannique. L'empreinte carbone des trois blocs opératoires a été calculée pour : les gaz anesthésiques, l'énergie, les déchets et les achats. L'hôpital britannique a une empreinte carbone massive pour l'énergie alors que pour les autres hôpitaux elle est moindre. Cependant les hôpitaux nord-américains sont massivement impactés par les gaz d'anesthésie. L'empreinte carbone par opération dans ces blocs opératoires est de 146 kg équivalent CO2 pour Vancouver, 232 pour les Etats-Unis et 173 pour l'hôpital britannique. Les hôpitaux sont en revanche de taille différente. Les explications qui ont été trouvées pour ces différences d'empreinte carbone est que les hôpitaux nord-américains sont des hôpitaux récents, construit avec des normes énergétiques très pointues, le coût énergétique est alors logiquement moindre. L'hôpital britannique est quant à lui plus vaste et vétuste, c'est pour cela que son coût énergétique est très important. En revanche, les hôpitaux nord-américains utilisent massivement un gaz halogéné pour l'anesthésie : le desflurane, qui a une empreinte carbone catastrophique alors que ce gaz n'est pas utilisé dans l'hôpital britannique. On voit, par des études comme celle-ci, les axes à prioriser dans les différents établissements de santé et on se rend compte aussi qu'une opération chirurgicale représente en coût carbone autant qu'un aller Paris/Lyon en voiture.

Cet article a fait beaucoup de bruit début 2018 avec en particulier, *Le Figaro*, qui a relayé l'information selon laquelle les blocs opératoires sont des pollueurs importants.

Il y a également eu un reportage dans *le Magazine de la Santé*. Cela a entraîné une réflexion sur les pratiques dans les blocs opératoires : entre autre sur l'utilisation de ces gaz d'anesthésie et en particulier sur l'utilisation des gaz halogénés mais aussi sur l'utilisation du protoxyde d'azote qui n'était pas cité dans l'article du *Lancet Planet Health*. C'est un gaz extrêmement polluant qui est aussi un destructeur de la couche d'ozone et qui a eu son heure de gloire au début de l'anesthésie, mais qui n'est plus aujourd'hui en odeur de sainteté et qui peut être éliminé des blocs opératoires. Plusieurs blocs opératoires en France ont d'ailleurs supprimé les canalisations pour le protoxyde d'azote. Les impacts écologique et économique sont très forts.

L'anesthésie s'implique dans le développement durable et dans l'écoconception des soins et en particulier la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) qui a monté, depuis trois ans, un groupe développement durable en son sein. Ce groupe est très dynamique et actif.



C'est le seul congrès médical en France qui a proposé une charte verte pour les exposants. Le prochain congrès de la SFAR aura lieu fin septembre 2018, et une quinzaine d'exposants ont adhéré à la charte. Il y a une dizaine de recommandations. Les exposants qui en remplissent toutes les cases ont un label « exposant green ». Ce congrès a, depuis plusieurs années, un symposium consacré au développement durable. L'an dernier, la SFAR s'est exportée pour la première fois, au sein de la société européenne d'anesthésie (ESA). Dans ce cadre, un congrès a eu lieu à Copenhague, le C2DS était présent à nos côtés. Nous avons tenu un stand qui a eu un succès assez remarquable puisque, le dernier jour, 70 congressistes de toute l'Europe sont venues pour voir ce que nous faisons en France et pour s'en inspirer avec beaucoup de questions et d'engouement. Les sessions ont été filmées, elles sont en ligne sur le site de la SFAR, dans la partie développement durable du site. Nous allons refaire la même chose l'année prochaine. Il est question également de faire un guide européen, toujours en collaboration avec le C2DS. Nous venons d'être contactés par la Société Française d'Ophthalmologie.

TABLE RONDE 2 (suite)

l'écoconception des soins vue par les professionnels de santé

Dr Jane Muret,

En effet, un travail avait été fait en collaboration avec le C2DS et le Dr Zaluski - ophtalmologiste de Perpignan - pour mesurer l'impact carbone de la cataracte : il y en a 700 000 par an en France. Cela montre l'importance que les ophtalmologues se mettent au développement durable. Ils nous ont contacté pour leur congrès qui aura lieu dans quelques mois, pour savoir ce qu'ils pouvaient mettre dedans. Ils commencent à s'impliquer dans le développement durable.

Je vais vous parler maintenant d'une pratique qui devrait être mise en place par tous les établissements de santé : le patient debout. C'est un concept développé au départ dans les centres de lutte contre le cancer. Il y a 18 centres sur 19 en France qui l'appliquent. L'idée est de faire venir le patient debout au bloc opératoire. Il n'y a aucune raison pour qu'un patient y arrive couché. C'est un concept qui date des années 50. Actuellement, avec les techniques nouvelles d'anesthésie et de chirurgie, il n'y a plus aucune raison ni de le faire arriver couché au bloc opératoire ni de l'en faire repartir couché. Il y a des concepts debout/couché, debout/assis ou debout/debout... selon l'état du patient après son opération. C'est une idée non seulement intéressante mais surtout ergonomique car les personnes qui véhiculent des patients dans les lits ont moins de troubles musculosquelettiques quand ils accompagnent les patients debout. Ces patients peuvent d'ailleurs parler, ce qui crée une communication entre le soigné et le soignant. Cela entraîne aussi un bénéfice pour le soignant qui voit son rôle revalorisé parce qu'un brancardier qui parle au patient cela devient une personne et non un homme qui pousse un lit dans son coin. Cela permet aussi des économies à l'hôpital car une panne d'ascenseur n'empêche plus qu'un patient arrive au bloc opératoire et n'en reparte. Chez nous, il y a des patients qui arrivent debout au bloc opératoire et qui en ressortent debout également. Vous pouvez lire des informations sur ces expériences sur le site d'Unicancer qui a beaucoup travaillé pour que cette pratique soit mise en place dans tous les centres de lutte contre le cancer.



L'hypnose est également utilisée dans les blocs opératoires depuis plusieurs années, c'est aussi un écoconcept : on utilise moins de médicaments, on fait du lien avec le patient, on favorise aussi le travail des soignants. Chez nous, nous avons formé les brancardiers à l'hypnose conversationnelle, car quand ils parlent avec les patients, il faut qu'ils parlent d'une certaine façon, qu'ils utilisent des termes particuliers et cela fonctionne très bien. Le retour d'expérience est intéressant.



La thématique des achats est également très importante au bloc. Il y a aussi le concept d'écoconception des soins autour des déchets et la télémédecine avec des consultations délocalisées. Cela a été mis en place à Nancy pour faire des consultations chez les prisonniers. Il est très compliqué de sortir les prisonniers de leur cellule. Il y a eu des expériences de télémédecine en anesthésie. Cela est même, désormais, remboursé par la sécurité sociale. Une pensée me vient pour Nolwenn Febvre pour ses doudous de l'anesthésie. Infirmière anesthésiste à Rennes, elle fait partie du groupe de la SFAR et est à l'initiative de l'expérience formidable de recyclage de métaux dont les bénéfices vont à son association qui favorise la prise en charge des enfants au bloc opératoire. Elle a bénéficié de nombreux financements (Fondation Ashoka, La France s'engage...) et c'est typiquement une expérience de développement durable avec un cercle vertueux qui non seulement favorise la prise en charge des enfants, mais qui fait du développement durable. Elle fait aussi du lien social dans son hôpital puisque les personnels sont très enthousiasmés, et ce projet, au lieu de coûter de l'argent fabrique de l'argent, ce qui est quand même exceptionnel dans le domaine médical.

TABLE RONDE 2 (suite)

l'écoconception des soins vue par les professionnels de santé

Sarah Thiébaud, ergothérapeute coordinatrice de formation à l'IFE de l'ADERE et Petra Mokdad, ergothérapeute ergonomiste à l'EHPAD Les Jardins de Montmartre, et membres du Réseau pour le développement durable en ergothérapie (R2DE)



Sarah Thiébaud :

La question que nous souhaitons évoquer avec vous aujourd'hui est le devenir des aides techniques lorsqu'elles ne sont plus utilisées dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Les aides techniques comme les fauteuils roulants, les fauteuils roulants manuels, les aides techniques au transfert, les planches de bain, les sièges de bain... que devient tout ce matériel ? Ceci est un exemple de question qui intéresse tout particulièrement le R2DE. Ce réseau est jeune, il a un an. Il a été créé dans le but de promouvoir des pratiques professionnelles dans le développement durable en ergothérapie et des recherches sur cette thématique.

Depuis peu, nous sommes en train de devenir un groupe de travail à part entière de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). Cela signifie que c'est la profession qui va s'engager dans cette voie et qui va intégrer ces principes petit à petit dans ses actions. L'ergothérapie est une profession qui est soucieuse de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation.

Le réseau souhaite que les ergothérapeutes s'inscrivent dans une dynamique de durabilité et que leur pratique repose sur une recherche d'équilibre entre les personnes, les écosystèmes et leurs occupations. Depuis sa création, le réseau a entrepris plusieurs actions. Nous avons créé des supports de communication à destination de toute la profession. Nous avons également poursuivi des recherches fondamentales : nous réfléchissons sur les fondements du métier afin de faire bouger le modèle conceptuel pour intégrer la dimension des écosystèmes dans le processus et la réflexion.

Nous avons aussi recueilli des témoignages et des contacts : c'est justement la voie qu'a choisi ce réseau pour se développer. Nous utilisons les témoignages du terrain. Il existe déjà des ergothérapeutes qui s'engagent dans des pratiques durables et l'idée est pour l'instant de faire remonter ces pratiques et de les diffuser. Parmi ces initiatives que nous avons recensées, des ergothérapeutes mettent en place des ateliers de création d'objets à partir d'objets récupérés. D'autres fabriquent des orthèses grâce à des matériaux biodégradables. Certains s'engagent, pas encore en France mais en Angleterre ou aux Etats-Unis, dans des programmes d'écoconception des modes de vie, c'est ce qu'on appelle l'éco lifestyle redesign. C'est une voie à développer ici. Enfin, la thématique pour laquelle nous avons reçu le plus de témoignages est celle de l'économie des aides techniques.

Les ergothérapeutes sont impliqués dans l'économie des aides techniques puisque parmi nos activités professionnelles, leur préconisation favorise la participation des personnes ou prévient les restrictions de participation. Les ergothérapeutes sont impliqués dans ce cercle de préconisation. De plus en plus se questionnent sur l'économie de ces aides techniques qui est fondée sur l'acquisition de produits neufs alors qu'il existe un potentiel de réemploi de ce matériel. Nous avons repéré un certain nombre d'initiatives en France en matière d'économie circulaire de ces aides ; cette économie est soucieuse de minimiser les consommations de matière et d'énergie à tous les stades du cycle de vie des produits. Nous allons aborder cette question dont ma collègue, Petra Mokdad, va vous parler à l'aide de l'exemple d'un EHPAD parisien puis nous proposerons quelques pistes pour développer plus de circularité dans cette économie.



Petra Mokdad :

Je travaille dans un EHPAD à Paris qui fait partie du pôle Humanis, caisse de retraite complémentaire accompagnée par l'agence Primum Non Nocere pour mettre en place des actions de développement durable. Nous avons, dans mon établissement, quelques actions comme par exemple des ateliers thérapeutiques qui sont animés en partenariat avec des proches aidants de résidents. Il s'agissait de récupérer des objets qui étaient ensuite redécouverts puis revendus auprès d'associations de solidarité internationale. Nous avons également, encore aujourd'hui, un jardin thérapeutique géré par le personnel et les résidents. Nos cartons sont récupérés par des associations de réinsertion professionnelle. Il y avait donc déjà des actions mises en place à la base. A notre niveau, nous les ergothérapeutes, nous avons essayé de voir ce qui était possible de faire au niveau de l'économie des aides techniques car ce sont des aides du quotidien. Le médecin prescrit effectivement une aide technique mais nous pouvons ensuite, de notre côté, voir quel modèle choisir. La demande vient du résident ou de l'équipe médicale ou paramédicale et l'ergothérapeute analyse cette demande. Il essaie de comprendre pourquoi il faut préconiser cette aide technique, selon les besoins d'une personne et de ses capacités. Dans cette analyse, il opte pour tel ou tel modèle d'aide technique.

TABLE RONDE 2 (suite)

l'écoconception des soins vue par les professionnels de santé

Petra Mokdad :

L'ergothérapeute est donc dans la consommation responsable, c'est-à-dire qu'il va préconiser l'aide technique qui va être utilisée par la personne et non celle qui va être laissée dans la chambre au cas où le patient en aurait besoin. Mais pour qu'il puisse être dans la consommation responsable il va faire des essais avec les résidents pour être sûre que les aides techniques répondent aux besoins de la personne. Une fois le modèle identifié, il faut essayer de voir s'il existe dans le stock de l'EHPAD : celui d'une personne décédée ou celui d'un résident qui n'a plus besoin de ce type d'aide technique. L'ergothérapeute fait des réglages et fait des essais : c'est donc du réemploi. Dans le cas où l'aide technique n'est pas présente dans le stock de l'EHPAD, on se pose la question de la location ou de l'achat. Dans notre établissement, nous nous sommes mis d'accord pour prendre en compte en premier lieu la flexibilité : on s'adapte aux besoins des résidents. Nous choisissons la location si nous estimons que le modèle choisi ne servira pas une seconde fois au sein de l'EHPAD. Nous optons, en revanche, pour l'achat si le modèle est réutilisable par d'autres résidents. C'est encore du réemploi. Nous nous posons également la question de ce que l'on fait de ces aides techniques une fois utilisées. C'est une question primordiale, car il faut prendre en compte l'évolution qui est très rapide. Les résidents et leurs proches demandent toujours plus de performance même si les fonctionnalités ne sont pas primordiales et que cela coûte beaucoup plus cher. Que fait-on ensuite avec ce matériel non réutilisé dans l'EHPAD ? Nous pouvons le transformer en pièces détachées. Ces dernières pourront être ensuite utilisées pour la réparation d'autres aides techniques de même modèle. Nous faisons également des dons vers des associations d'aide internationale car on sait que certains pays n'ont pas accès à ces types d'aides techniques. Pour cela, nous avons mis en place des partenariats avec des associations. C'est un exemple de nos possibilités pour intégrer les pratiques des ergothérapeutes dans l'économie circulaire et dans une pratique de développement durable.

Sarah Thiébaud :

Dans la pratique courante des ergothérapeutes, il y a une volonté de consommer durablement. On s'est effectivement posé la question de comment aller plus loin. Si on prend le cercle de l'économie circulaire, on se rend compte qu'il y a l'offre des acteurs économiques. Nous, en tant qu'ergothérapeutes, nous n'y avons pas forcément accès. Mais il faut interroger ces acteurs économiques parce qu'il y a des choses qui peuvent être faites. Par exemple, informer sur le processus de fabrication et de coût environnemental d'une aide technique.

En tant que préconisateur nous n'avons que très peu d'informations sur cet aspect-là. A ma connaissance, il n'existe pas de label environnemental des aides techniques. On sait que c'est fonctionnel et de qualité mais le label environnemental n'existe pas. On ne peut donc pas être informé de cet aspect, si ce n'est de faire des enquêtes. Pour prolonger la durée de vie des aides techniques, il est important que l'on puisse les mettre en pièces détachées ou que les accessoires soient compatibles entre eux. Les fabricants ont aussi à être incités à faire des modèles qui soient compatibles les uns avec les autres et que l'on puisse avoir un accès facile aux pièces détachées. Pour avoir une pièce détachée d'un repose-pied ou d'un fauteuil roulant c'est très long et c'est très coûteux.

Petra Mokdad :

Ce qui est vraiment aberrant parfois, c'est que pour réparer un fauteuil ou pour avoir une option en plus, cela peut coûter cher. Si on veut changer les repose-jambes d'un fauteuil roulant par exemple, cela peut parfois coûter très cher. En analysant l'état du fauteuil, il est possible que l'achat d'un nouveau fauteuil coûte moins cher que l'achat de repose-jambe et la remise en état du fauteuil.

Sarah Thiébaud :

Il existe plusieurs modes de mise à disposition des aides techniques, il n'y a pas que l'achat vers lequel on se dirige très spontanément. Mais comment valoriser et comment informer sur ces modes de mise à disposition ? Des structures assez nouvelles apparaissent. Ce sont des structures de l'économie sociale et solidaire qui existent maintenant dans de nombreux départements et qui récupèrent et qui rénovent les aides techniques pas uniquement pour les particuliers mais aussi pour les établissements. Les EHPAD, par exemple, ont recours à ces entreprises pour gérer et pour entretenir leur parc de fauteuils. Par exemple, le réseau « Envie Autonomie », la coopérative « Eco-Réseau Autonomie », il y a aussi d'autres initiatives telles que l'éco CAT au CHU de Limoges. Toutes ces structures assez récentes sont soutenues par la politique de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). En 2015, elle a lancé un appel à projet en faveur de l'économie circulaire des aides techniques. C'est en train d'essaimer dans les départements. Il est important que chaque établissement essaie de voir dans son écosystème local ce qu'il peut avoir comme ressource au niveau de ces aides.

En termes de recyclage, des associations de solidarité internationale peuvent reprendre le matériel pour le réutiliser mais il y a aussi des choses à développer en local. Je ne pense pas que les industriels se soient appropriés cette question qui est de savoir ce que l'on fait des matériaux ou des matières premières des aides techniques lorsqu'elles ne sont plus utilisables pour éviter qu'elles ne finissent à la décharge.



TABLE RONDE 3

la qualité de vie au travail des soignants au cœur d'une conception responsable du soin et du prendre soin

Animation : Laurence Fontenelle, administratrice du C2DS et attachée de direction hospitalière, responsable qualité gestion des risques et développement durable, CH Paul Coste Floret



La thématique qui va être abordée sur cette table ronde est la QVT des soignants au cœur d'une conception responsable du soin. Nous allons étudier avec nos intervenants le lien entre la QVT et la notion d'écoconception des soins. Notre intervention n'a pas la vocation d'être une journée sur la QVT, nos partenaires présents l'organisent et le font très bien. Notre objectif est juste d'exposer le contexte et de comprendre le lien avec l'écoconception des soins. La QVT est une priorité dans nos établissements de santé. Elle appartient à une stratégie nationale mise en place depuis plusieurs mois par le ministère de la santé du gouvernement actuel. C'est une priorité nationale qui est portée par la création, entre autres, d'un observatoire national de la qualité de vie au travail dont les deux co-présidents sont le professeur Colomba, avec qui le C2DS est en contact et doit travailler prochainement, et Madame Eymery (DGOS).

Catherine Cornibert, Docteur en pharmacie, dirige les actions de communication de l'Association Soins aux Professionnels en Santé (SPS)

L'Association Soins aux professionnels en santé (SPS) accompagne et soutient tous les professionnels en santé rendus vulnérables et/ou en souffrance. Elle existe depuis 2015 et s'est constituée à partir d'un groupe d'experts motivés et dynamiques pour mener à bien les actions que je vais vous présenter. Son objectif, à l'époque, était d'essayer d'inscrire la santé des soignants dans la stratégie nationale de santé. Nous avons œuvré depuis 2015 à ce que la santé des soignants soit reconnue, à ce que l'on puisse en parler. A l'époque c'était tabou malgré les études déjà publiées. Quand nous nous sommes intéressés à ce sujet, on m'a demandé d'organiser un colloque dédié. On s'est rapidement rendu compte que c'était compliqué et tabou néanmoins notre persévérance nous a amené à créer l'association en novembre 2015 et à faire le premier colloque à l'Académie nationale de médecine, sur ce sujet. Nous sommes partis de loin donc il fallait tout mettre en place, créer des actions. Nous avons commencé par faire cinq enquêtes entre 2015 et 2017. Puis cette année, pour répondre à la question sur l'état de santé des soignants, nous lançons une grande enquête avec la MNH et l'université de Bourgogne Franche Comté. Le sommeil, l'alimentation et activité physique seront des critères étudiés. On sait bien qu'ils ne sont pas en très bonne santé, néanmoins on va le mettre en évidence. Ces résultats seront publiés fin 2018. Avant cela, nous avons fait quelques enquêtes dont voici ce qu'il ressort : 50 % des soignants sont concernés par le burn-out ; 50 % des soignants ne savent pas à qui s'adresser en cas de burn-out et 50 % disent qu'en cas d'épuisement professionnel, ils mettraient en danger la vie de leurs patients.

Cela a donc un impact considérable sur la qualité des soins. Un soignant qui ne va pas bien, ce sont des patients qui ne vont pas bien car ils sont moins bien soignés. Ce chiffre nous a interpellé. Philippe Colomba, a mis en évidence cette thématique au niveau du management participatif, et il a été un des premiers à publier l'idée que le management dans une équipe est important dans la qualité des soins. À partir de là, nous avons commencé à faire bouger les lignes et nous avons essayé de voir ce que l'on pouvait faire en termes d'actions puisque beaucoup en parlaient mais peu agissaient. On s'est rendu compte, grâce à une seconde étude, que 75 % des répondants souhaitaient avoir une écoute téléphonique psychologique et des psychologues en ligne. Les soignants veulent aussi, à 70 %, avoir des consultations physiques et enfin, 80 % souhaitent être hospitalisés dans des unités dédiées, entre eux. Je vous ai annoncé six chiffres, mais il y en a beaucoup d'autres. Néanmoins, ces six chiffres nous ont permis de vous présenter quelques missions et actions travaillées et mises en place depuis trois ans.

La première grande action que nous avons mis en place est une plateforme nationale d'écoute que vous pouvez appeler 24/24 et 7/7 (0805 23 23 36). Cette plateforme est destinée à tous les soignants, les étudiants, l'entourage, tous les professionnels de santé et permet de parler de ses souffrances.

A la fin de l'année, il y aura environ 3 000 appels. Nous avons entre cinq et dix appels par jour pour l'association. Les psychologues répondent, et en moyenne l'appel dure 30 minutes : 100 % décroché, 80 % de femmes, 34 % d'infirmières, plus de 20 % de médecins, 15 % d'aides-soignants, de pharmaciens, de kinésithérapeutes... Toutes les populations sont concernées et cela représente 60 % de salariés et 40 % de libéraux. Ces résultats ont construit la notoriété de notre association. Le Ministère de la Santé s'est rapproché de nous et a inclus la santé des soignants dans la stratégie nationale de la qualité de vie au travail publié en mars 2017, et a annoncé que le cahier des charges de notre plateforme était le référent pour accompagner et soutenir les professionnels en santé en souffrance.



TABLE RONDE 3 (suite)

la qualité de vie au travail des soignants au cœur d'une conception responsable du soin et du prendre soin

Catherine Cornibert,

La deuxième action que nous avons menée a été d'annoncer le 19 septembre 2018, lors d'une conférence de presse, que l'association a créé le premier réseau national du risque psychosocial. Quand vous vous connectez sur le site asso-sps.fr dans « prise en charge consultation », en tapant votre département, vous pouvez voir la liste nominative, adresse mail et même téléphone du médecin généraliste, du psychologue ou du psychiatre formé à la souffrance au travail. Pour faire ce réseau, nous nous sommes rapprochés de trois partenaires : Souffrance et Travail, créé par Marie Pezè, qui regroupe plus de 150 psychologues en France ; le réseau de la santé des armées composé de près de 400 psychologues civiles formés aux syndromes post traumatiques ; le réseau Morphée qui est un réseau francilien de psychiatres pour améliorer la qualité du sommeil. Ce réseau regroupe désormais environ 700 personnes que vous pouvez aller consulter. Il est maintenant en ligne pour essayer d'accompagner tout professionnel en santé qui n'irait pas bien.

Ils peuvent donc maintenant consulter mais quand c'est plus grave, les soignants peuvent être hospitalisés dans des unités dédiées. Il n'en existait que trois avant que nous arrivions, nous en avons fait émerger cinq depuis et sept autres sont en cours d'autorisation au niveau des ARS. Ces unités dédiées sont implantées un peu partout en France. L'idée est d'avoir 20 à 30 lits par région. Ces unités sont spécifiquement adaptées aux professionnels de santé en souffrance.

Nous formons les professionnels de santé qui souhaitent accompagner d'autres professionnels en santé qui sont en souffrance. Nous avons lancé un module de 20 formations cette année, nous en avons déjà fait 13. Ce sont des formations de sensibilisation de 48 heures, qui sont réalisées par Marie Pezè ou par Jean-Louis Terra, experts en psychopathologie du travail et prévention du suicide. Le soir, nous organisons des cafés dans les grandes villes de France pour sensibiliser la population générale au burn-out et au suicide.

Depuis 2016, l'association redouble d'effort pour essayer de bousculer les lignes. Nous y avons tellement œuvré que la santé des soignants est entrée dans la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, page 56. Cette avancée considérable entraîne des groupes de travail, des congrès, des colloques et des actions qui sont déclinées en région en région, en partenariat avec les ARS. Toutes commencent à avoir un vrai plan d'actions sur les risques psychosociaux dans leur région. Le soin c'est bien, mais la prévention c'est aussi un axe majeur dans la stratégie d'Agnès Buzin.

Pour faire le lien entre la santé des soignants et la prévention, l'association organise deux événements d'ici la fin 2018. Le premier, le 6 octobre 2018, se déroulera à l'Institut supérieur de gestion. 18 ateliers autour de la qualité de vie globale seront proposés. En effet, nous entendons beaucoup parler de la qualité de vie au travail qui a une incidence sur l'épuisement professionnel.

Avoir une qualité de vie au travail c'est bien mais avoir une qualité de santé tout simplement, c'est encore mieux car si un soignant ne dort pas, il peut avoir une très belle qualité de vie au travail cela aura quand même un impact sur la performance et sur la qualité des soins. Nous nous attachons donc, en prévention, à développer des outils et des opérations qui mettent en œuvre tout ce qui est qualité de vie hors professionnel : sommeil, alimentation, activité physique et même addiction.

Les 18 ateliers du 6 octobre sont orientés autour de quatre thématiques : la technique d'optimisation et de gestion du stress, techniques de *mindfulness* autour de la méditation, de l'approche psychocorporelle ou du thermalisme dont les effets ont été reconnus pour prévenir le burn-out ; le mode de vie et l'alimentation. Il y aura des activités autour de l'activité physique et du bien manger ; le management, le coaching ; la prévoyance. On s'est rendu compte que les professionnels de santé en burn-out étaient aussi très mal assurés. Il y a très peu de contrats en France qui prennent en charge le burn-out. Nous sommes en train de travailler avec des assureurs pour faire bouger les lignes. La plénière d'introduction de cette journée sera centrée sur les enjeux de la prévention et la plénière de conclusion sur l'importance scientifique de mettre en évidence l'intérêt et l'efficacité de ces ateliers. L'hypnose et la sophrologie sont reconnues dans la douleur mais pas spécifiquement dans le burn-out et pourtant cela fonctionne.

Notre quatrième colloque national au Conseil régional d'Ile-de-France, le 5 décembre 2018, sera également centré sur la prévention. Ce colloque sera plutôt institutionnel, assez politique. Nous partagerons le résultat de notre étude sur l'état de santé des soignants. En fin de matinée nous ferons un résumé des ateliers du 6 octobre. Nous parlerons de toutes les perspectives de l'association y compris dans la désertification médicale parce que les soignants souffrent lorsqu'ils sont en désert médicaux. Enfin, les ARS seront invitées pour parler de leur plan d'action en région sur la qualité de vie au travail et toutes les actions qu'ils mettent en place en région.

En conclusion, je souhaiterais dire que la qualité de vie au travail est nécessaire mais non suffisante. La qualité de vie globale est à prendre en compte également car l'état de santé de nos soignants est déterminant pour améliorer globalement la qualité des soins des patients.



TABLE RONDE 3 (suite)

la qualité de vie au travail des soignants au cœur d'une conception responsable du soin et du prendre soin

Marc Dumon, délégué régional de l'ANFH PACA

Je ne suis spécialiste d'aucun sujet mais je crois que c'est une vraie chance. Si j'avais dû être à votre place aujourd'hui, je crois que j'aurais interpellé ceux présents à la tribune. Je crois que cela traduit très bien la vision jacobine de ce pays. C'est-à-dire qu'il n'y a que quand le ministère pense qu'il fait de la QVT qu'on fait de la QVT. On fait de la QVT depuis longtemps, à l'époque on appelait cela le bien-être au travail. Mais quand on veut l'appeler bien-être au travail, les soignants nous demandent d'arrêter avec les mots et de leur donner des moyens pour bien travailler. C'est tout le paradoxe de ce sujet-là. D'un côté, nous avons un étai budgétaire extrêmement fort et de l'autre, la recherche de productivité est croissante. De grandes études européennes ont été menées il y a huit ans via des médecins de l'APHP. Elles révélaient que le problème majeur des soignants en France était justement la QVT, contrairement aux soignants allemands pour lesquels le problème était davantage centré sur le salaire. Les études sur la QVT existent depuis longtemps, notamment au niveau des établissements.

Nous accompagnons 80 établissements sur la région PACA et Occitanie grâce à un baromètre social que nous avons proposé en 2013 et 2016. Nous avons des résultats qui permettent aux établissements de se comparer au sein de tous les services des hôpitaux. Étonnamment, ceux qui vont le mieux sont les SSIAD et les HAD. Ceux qui vont le plus mal sont les services techniques et les services logistiques : ceux qui sont méprisés par tout le monde dans une institution qui doit être au service de tout le monde. Chez les soignants nous avons de tout parce qu'ils ont au moins la reconnaissance du patient s'ils n'ont pas la reconnaissance de l'institution. Nous constatons aussi qu'il y a de vrais travers au sein des établissements qui « cassent » beaucoup de personnel parce qu'ils refusent la mécanisation dans beaucoup de cas. Combien de services avec des rails au plafond pour faire de la manutention de patients ? Combien de services dans lesquels on s'est posé la question de comment améliorer les organisations du travail ? Les soignants sont directement concernés au regard de l'alimentation, par exemple, je ne connais pas de profession qui s'alimente plus mal que les soignants. Les horaires sont certainement une cause, mais il suffit d'aller voir les repas des infirmiers quand ils finissent les services du matin pour se dire que l'on a de gros efforts à faire.

Il y a donc des problématiques culturelles et organisationnelles. Nous accompagnons beaucoup d'établissements sur ces problématiques. Le baromètre social n'est pas une finalité en la matière, c'est le début. Cela permet de générer des dynamiques à l'intérieur des établissements. Et si on a une constante, c'est que les solutions sont toujours dans la plus petite unité d'œuvre, c'est-à-dire l'unité fonctionnelle, celle qui permet à une équipe de pouvoir fonctionner, d'avoir des temps informels et formels. C'est une discussion que j'ai souvent eue avec la HAS : plus on protocolise, plus on rend l'individu incapable de décider. Si je vous ai cité les SSIAD et les HAD, ce n'est pas pour rien : ces salariés ont la liberté de s'organiser dans leur travail. Souvent, quand on parle de QVT, les managers se sentent tout de suite accusés. C'est un vrai risque. Nous accompagnons donc aussi les managers par des études, par du conseil et par des plans, des formations. Nous organisons même aujourd'hui un serious game, c'est-à-dire un jeu vidéo informatif pour que les personnels se forment aussi bien au niveau institutionnel avec de la méthodologie et des questionnaires qu'au niveau de l'accompagnement individuel.



La grande question au sein de l'hôpital est « comment améliorer son environnement de travail au quotidien ». C'est une immense question. Il a été évoqué, tout à l'heure, la sophrologie et l'hypnose. Ces pratiques ne représentent que 10 % de l'investissement en formations que nous avons depuis à peu près dix ans sur la question. Un jour l'ARS PACA m'a demandé ce que nous faisons sur la question. Elle voulait savoir si nous ne voulions pas monter une action. J'ai expliqué tout ce que nous avons mis en place : les plans de formations des établissements sur un investissement de 40 millions d'euros par an et la formation continue en région PACA dont 8 millions sont consacrés à la QVT chaque année. Nous n'avons pas attendu l'ARS pour agir.

TABLE RONDE 3 (suite)

la qualité de vie au travail des soignants au cœur d'une conception responsable du soin et du prendre soin

Marc Dumon,

Aujourd'hui nous accompagnons les établissements dans le télétravail. Qui parmi vous, aujourd'hui, a mis en place du télétravail dans son service de soin ? Et pourtant, moi j'en connais. Ce n'est pas un métier qui est autorisé ou non à télétravailler, c'est une activité. Et, je vous rappelle ? que même pour les infirmiers c'est possible : à peu près la moitié de leur activité est une activité administrative, de recopiage, de ressaisie. J'ai réalisé beaucoup de documents sur le télétravail mais aujourd'hui peu de gens s'en servent. Je vous rappelle que depuis le décret du 11 février 2016, le télétravail est ouvert. On a de vraies questions sur les organisations, sur les horaires. Les soignants aussi ont ce genre de questions. Regardez le travail en 12h : il n'a cessé d'augmenter pour des raisons sociologiques. Les personnels habitent de plus en plus loin pour des raisons de coût de l'immobilier, et travailler 12h est compliqué. Quand on propose aux soignants une journée coupée, ils ne veulent pas et pourtant cela leur permettrait de mieux s'alimenter.

Je rencontre des hospitaliers tous les jours, et avant même qu'ils me disent où ils travaillent, je le devine en fonction de ce qu'ils valorisent dans leur établissement.

Étonnamment, cela peut très vite changer : en fonction du directeur, en fonction d'une activité que l'on a perdu ou pas, et cela tient à très peu de choses. L'écoconception des soins est une affaire de tous les jours et cela mérite d'être accompagné tous les jours.

Nous avons une grande diversité sur la thématique RSE : troubles musculosquelettiques, risques psychosociaux, handicap... Aujourd'hui, je vous rappelle que nous avons une obligation de 6 % de travailleurs handicapés : nous en avons 4 % aujourd'hui et c'est nous qui les générons à cause de nos mauvaises conditions de travail. En général, le personnel commence par avoir mal au dos et ça se termine par une dépression. Il y a deux ans, la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales (CNRACL) a fait un appel à projet : chaque établissement pouvait bénéficier de 150 000 euros pour de l'aide. Il n'y a pas un seul établissement en France qui a répondu à l'appel à projet. C'est le cas aussi des ARS et de la CMSA. J'étais il y a 15 jours à la CMSA, il y a une ligne de 300 000 euros pour aider les établissements sur la QVT.

Il n'y a pas un établissement qui le sait. Il y a des fonds à mobiliser, des acteurs à mobiliser et tous ceux qui sont sur la place sont les bienvenus.



La qualité de vie au travail est un domaine compliqué dont chacun est convaincu, mais pour lequel on n'a pas toujours les solutions. Il faut garder une immense humilité sur cette question-là parce que parfois on mobilise de gros moyens pour des résultats faibles. Même s'ils sont faibles, le fait d'obtenir des résultats est extrêmement positif. L'écoconception des soins peut être abordée du point de vue de la valorisation du travail et de la valorisation de la position des soignants. Je crois que la valorisation est un des indicateurs les plus forts, et chaque fois que l'on fait un baromètre social, les constantes ne pointent pas sur les conditions matérielles comme cause au bien-être, c'est la valorisation du travail qui est citée en premier. L'écoconception des soins est un vrai levier pour que les soignants aillent mieux.

TABLE RONDE 3 (suite)

la qualité de vie au travail des soignants au cœur d'une conception responsable du soin et du prendre soin



Laurence Fontenelle, administratrice du C2DS et attachée de direction hospitalière, responsable qualité gestion des risques et développement durable, CH Paul Coste Floret

Je vais vous parler d'une action QVT que nous avons mis en place au CH Paul Coste Floret à Lamalou les Bains. L'ARS Occitanie a lancé un appel d'offre pour bénéficier des « CLUSTERS » : 14 établissements en région Occitanie ont été sélectionnés. J'ai proposé à la DG de mon établissement de se positionner en le mettant en exergue dans le projet d'établissement avec la vision d'eco conception des soins. La DG était partante. A partir de là, l'Ars nous a proposé la constitution d'un trinôme au sein de chaque ES composé d'un membre de la direction, d'un membre de la CME et un Représentant du personnel.

Dans notre établissement, je suis Attaché d'Administration Hospitalière, en charge de la qualité Gestion des risques et du D.Durable (dont la gestion du document unique comprenant les risques professionnels). Je me suis donc proposée comme Pilote du processus QVT pour la partie direction. L'écueil rencontré fut la direction des soins, qui souhaitait représenter la direction dans ce trinôme. La QVT c'est pour beaucoup la DRH voir la direction des soins. Un hopital ce sont des soignants mais pas seulement d'où le « territoire » compréhensible de la direction des soins. J'ai trouvé ces échanges très constructifs et porteurs sur l'articulation des missions de chacun. Le trinôme était donc composé du vice Président de la CME, notre pharmacien, un Représentant du personnel de métier kinésithérapeute et moi-même.

Nous sommes allés suivre cet accompagnement à l'ARS. Ce fut très intéressant, très constructif. Il nous a été proposé une méthodologie bien construite, aboutie avec des phases inter établissements, comprenant des objectifs carrés et structurants. Nous avons commencé nos expérimentations en interne à petits pas puis il a fallu choisir une « expérimentation cible ». La taille de l'unité de travail est primordial à mon sens : plus on travaille sur une unité de travail de petite taille, plus l'avancement de l'expérimentation est porteuse, plus le levier est fort du point de vue QVT.

Etant en charge de la qualité gestion des risques, je mène dans notre établissement ce que l'on appelle « le patient traceur » ; c'est un outils qui émane de la HAS dans le cadre de la certification, une grille d'audit « croisée ».

Cet outil permet d'identifier des dysfonctionnements sur plusieurs processus qualité gestion des risques. Les dysfonctionnements remontaient aux pilotes des processus concernés ; ce dernier mettait en place des actions d'améliorations, ce qui était parfois compliqué et complexe car le décideur de l'amélioration, le pilote n'est pas forcément celui qui réalise l'action d'amélioration. Comme je vous le disais préalablement, le soin c'est le « territoire » de la direction des soins. Il faut donc accompagner et prendre en considération cet accompagnement nécessaire ; cette évolution de culture. Les cadres de santé, « les Managers » restent un levier primordial dans la dimension QVT.. Grâce aux méthodes et outils du CLUSTERS, j'ai proposé que les actions d'améliorations reviennent à ceux qui font ; j'ai proposé l'outils « L'Espace de discussion » comme outils, comme levier. Concrètement, je rapporte les dysfonctionnements clairement identifiés lors de l'audit avec les agents de terrain du service concerné. L'espace de discussion sert à déverrouiller la parole, à ce que les agents soient force de proposition sur les actions d'amélioration, directement, dans un espace institutionnel crée pour cela. Je constate que les infirmiers ont aujourd'hui un travail de traçabilité, un travail administratif nécessaire mais de plus en plus présent. En tant que chargée de la qualité gestion des risques, qui suis-je pour leur imposer un protocole de traçabilité de la douleur le mardi de 8h à 10h ou le jeudi à 8h45 ? cela n'a aucun sens.

L'implication du professionnel et la réelle QVT vont pouvoir exister grâce à la marge de manœuvre qu'aura chaque agent à devenir acteur de sa propre pratique professionnelle en s'autorisant à être force de propositions au niveau des organisations de son établissement. Pour qu'un établissement de santé propose un soin de qualité en toute sécurité, l'enjeu est bien celui-ci, il faut que les agents soient bien globalement et qu'ils soient accompagnés pour cela. Plus les agents seront « acteurs » « libres » et force de proposition plus le soin gagnera en qualité, les organisations s'en seront que meilleurs.

A ce jour, nous avons réalisé quatre audits patients traceurs dans quatre services. J'ai proposé un questionnaire à la fin pour évaluer la pertinence de cette expérimentation. Les retours sont plus que satisfaisants. Grâce à cette expérimentation, certains ont dit mieux connaître le travail de leurs collègues. Cela a permis un décloisonnement, de l'interculturalité professionnelle, une réelle intelligence collective !



TABLE RONDE 4

les initiatives remarquables/retours d'expérience d'établissements et de partenaires du C2DS



Animation : Karine Chagnes, déléguée générale du C2DS

Après avoir été séduit par l'engagement des institutions et par le regard impliqué des professionnels de santé qui intègrent la qualité de vie au travail comme pièce maîtresse d'une écoconception du soin, nous vous proposons d'écouter les démarches mises en œuvre par une sélection d'adhérents et partenaires du C2DS.

J'invite Virginie Layadi, ingénieur qualité gestion des risques et référent développement durable au CH de Guéret, Vanessa Mendez, directrice de projet pour le projet Shamengo, Patricia Thouvenot, psychothérapeute et membre du réseau ResSanté, Charles Cellières, responsable marketing au Pôle Santé et Solutions médicales du groupe Essity et Rudy Taïb, directeur financier à l'Hôpital Privé Nord Parisien de Sarcelles, à venir nous rejoindre et exposer leurs initiatives remarquables.

Vanessa Mendez, directrice de projet, Shamengo

L'objectif de la Villa Shamengo est de proposer une maison/école/laboratoire du nouveau monde où l'on pourra expérimenter in vivo, un nouvel art de vivre et accompagner tous les citoyens vers un mode de vie durable et responsable. Notre objectif est le suivant : parce que notre société fait face à des mutations sans précédent et donc nécessairement à des transitions de nature écologique, sociale et numérique, rien ne sera plus comme avant. Nous devons revoir nos modes de développement, de création de valeur, nos paradigmes économiques mais également nos façons de produire, de consommer, de travailler. Nous nous sommes donc demandé comment nous vivrons en ville à l'horizon 2050. C'est précisément à cette question que la Villa Shamengo souhaite répondre.

La Villa Shamengo c'est à la fois un bâtiment écoconçu, vertueux, exemplaire qui sera construit à partir de systèmes constructifs intelligents, de matériaux bio-sourcés et de matériaux de ré-emploi, voire de déchets. Ce projet est financé par plusieurs parties prenantes : des entreprises privées, des bailleurs publics et soutenu par des acteurs de la société civile. Nous devons réfléchir de façon intelligente pour pouvoir donner vie à ce lieu. Ce bâtiment de 1 047 m² recevra du public.

Aujourd'hui, une maison-école-laboratoire, qu'est-ce que cela signifie ? La Villa Shamengo est un lieu de vie destiné à des résidents de tous âges et de tout horizon géographique, qui expérimenteront un nouvel art de vivre autour des quatre valeurs de Shamengo - prendre soin de soi, créer dans l'éthique, préserver la planète et s'engager pour les autres. La Villa Shamengo est aussi un lieu ouvert à tous dans lequel les visiteurs (familles, scolaires, étudiants et professionnels) pourront expérimenter un grand nombre d'innovations et d'activités aussi simples que manger, faire du sport, méditer, s'amuser, échanger en ayant une conscience accrue des défis qui se posent à nous.



Shamengo
La Fabrique du Nouveau Monde

Il faudra avoir une vision pragmatique de ce que signifie la gestion des déchets, la gestion du circuit de l'eau, de ce qu'est une maison connectée, la permaculture ou l'agriculture durable.

La Villa Shamengo sera aussi une école d'un genre nouveau qui s'appuiera sur un principe clé : learning by doing. Nous ne sommes pas dans une démarche classique verticale mais nous voulons rendre le citoyen acteur de son apprentissage. Il y aura trois niveaux de formation de la sensibilisation à l'apprentissage de métiers du futur. Il est très important pour nous d'accompagner les personnes qui souhaitent se découvrir et se reconvertir, pour certains, vers des métiers porteurs du futur.

Enfin, la Villa Shamengo sera un laboratoire d'un genre nouveau ni académique, ni département de recherche et développement. Il sera l'opportunité pour l'ensemble des acteurs de l'écosystème de Shamengo de se réunir, de partager et surtout de tester des innovations de produits, d'usages, de services mais également des outils pédagogiques pour faire émerger de nouvelles façons de faire, d'être. Tous les retours d'expérience permettront de collecter des données précieuses pour améliorer nos modes de vie en continu.

TABLE RONDE 4 (suite)

les initiatives remarquables/retours d'expérience d'établissements et de partenaires du C2DS

Vanessa Mendez,

Nous avançons dans cette démarche grâce à des partenaires parmi lesquels le C2DS mais également Harmonie Mutuelle et de nombreux autres partenaires tels que Eiffage, SNCF Réseau, la Caisse des Dépôts. Nous avons pour objectif de faire de ce lieu un lieu d'expérimentation. Pour vous donner un exemple concret, sur la partie bâtiment nous travaillons avec l'Institut du bois, le FCBA, ainsi qu'avec un constructeur japonais de maisons à ossature bois, Suteki. Nous allons également mener un projet de recherche qui s'articulera autour de trois axes - physique, physiologique et psychologique - et qui visera à objectiver les ressentis perçus des usagers dans des bâtiments en bois. L'idée est de mettre en place des corrélations ou d'identifier des points de convergence entre les principaux déterminants de santé et des lieux d'habitation pour essayer de cerner les points de force d'un habitat durable ou d'écoconstruction. Autre exemple : les températures supérieures à 25°C la nuit induisent des perturbations importantes dans notre homéostasie et donc l'inertie thermique des bâtiments. L'élimination des ponts thermiques est très recherchée. Nous allons faire la démonstration que le recours à des systèmes constructifs intelligents, comme l'utilisation de béton végétal mais également l'utilisation d'une serre bioclimatique à ventilation naturelle, pourra permettre d'améliorer le confort des usagers mais également de réduire la facture énergétique.

La Villa Shamengo entend ouvrir les chakras des citoyens. Nous souhaitons les rendre acteurs de leur vie. Il s'agit de redonner le pouvoir d'agir à chacun d'entre nous et en particulier dans le domaine de la santé. Dans ce domaine, nous allons co-construire un programme avec le C2DS, Harmonie Mutuelle et les pionniers Shamengo pour mettre en lumière des solutions *low tech* ou *high tech* qui vont permettre de créer de nouveaux usages et très certainement d'avoir un impact plus large sur l'ensemble de la population. Nous travaillons avec un pionnier anglais, Andrew Bastawrous, fondateur de Peek Vision : il s'agit d'établir un diagnostic *low cost* de la cataracte. En France, aujourd'hui, il y a 700 000 opérations de la cataracte et cela représente l'équivalent - en termes d'émissions de gaz à effet de serre - du carbone émis par un avion qui aurait fait 400 fois le tour de la terre. Typiquement, cette technologie de détection de la cataracte via smartphone est pour nous très intéressante à exploiter et à développer pour montrer la capacité d'une technologie à être *Tech For Good*, c'est-à-dire à servir des objectifs d'ordre supérieur visant le progrès humain.

Charles Cellières, chef de marque TENA, division Health and Medical Solutions, Groupe Essity

Le Groupe Essity est un groupe industriel leader mondial dans le domaine de l'hygiène et de la santé. Nous commercialisons des marques telles que Demak'Up, Nana et TENA : c'est pour vous parler de cette dernière que je suis présent aujourd'hui. La marque TENA propose, depuis 50 ans, des solutions dans la gestion de la continence. Mon objectif est de vous présenter ce que nous mettons en place au quotidien au service d'un établissement de santé pour lui permettre de travailler sur la thématique développement durable.



Notre engagement dans le développement durable est dans trois domaines : le bien-être, faire plus avec moins et la circularité

Nous travaillons dans un premier temps pour le bien-être du résident en EHPAD. Notre volonté est d'individualiser les soins. Nous travaillons également sur le confort de travail des équipes soignantes. Je vais vous parler d'une étude que nous avons réalisée entre 2016 et 2017 avec un ergonome. Notre objectif était de comparer la technique de pose des différents produits d'incontinence afin de mesurer le temps nécessaire pour la pose en fonction des produits. Cela avait également pour but d'évaluer l'effort demandé au soignant.

L'ergonome auquel nous avons fait appel a mesuré et filmé les soignants pour évaluer les efforts nécessaires. Les résultats de l'étude sont à la disposition du C2DS s'il souhaite la partager. Deux choses sont à retenir au sein de cette étude quant à l'ergonomie des produits. Tout d'abord, la manière de réaliser un change ou un soin a son importance. En effet, un soignant qui réalise un soin sur une personne debout peut gagner jusqu'à 40 % de temps par rapport au soignant qui le fait sur une personne couchée.



TABLE RONDE 4 (suite)

les initiatives remarquables/retours d'expérience d'établissements et de partenaires du C2DS

Charles Cellières,

L'avantage premier du change debout tient au fait de mobiliser le patient. Cela contribue à maintenir son autonomie. Les changes et les soins du matin, particulièrement dans les EHPAD, constituent une charge de travail importante pour les soignants. Le fait de gagner 40 % de temps dans un change debout, par rapport à un change en position couchée, permet de se consacrer aux patients à travers d'autres soins. Grâce à cette étude, nous avons également pu constater en fonction des différents produits, les amplitudes articulaires nécessaires à la pose d'un change. On sait aujourd'hui qu'en mettant un produit debout, on peut réduire jusqu'à trois fois les amplitudes articulaires extrêmes.

Ces amplitudes articulaires extrêmes sont celles que vous avez quand vous vous baissez de plus de 40 degrés.

Ces études nous ont permis d'analyser l'impact de la pose de protections d'incontinence afin de proposer aux établissements le produit adapté aux besoins et la bonne méthode de pose pour réduire l'effort physique demandé aux soignants. En effet, on sait que dans les EHPAD, les arrêts pour troubles musculosquelettique sont en forte augmentation¹. C'est un vrai sujet et nous partageons ces éléments avec les fédérations afin d'informer les soignants des bonnes méthodes à mettre en place pour améliorer leur confort de travail.

Le second point sur lequel nous travaillons est de réussir à faire plus avec moins. Nous instaurons un dialogue avec les établissements de santé pour comprendre leurs besoins dans la gestion de la continence. Par exemple, nous conseillons de préserver le sommeil du patient en s'assurant qu'il ne sera pas nécessaire de réaliser un change au milieu de la nuit. Dans le cas où le produit a besoin d'être changé, le soignant va devoir intervenir dans son sommeil et ce n'est pas optimal. Nous recommandons donc de travailler en amont sur le protocole de soin afin d'évaluer si le produit qui est prévu pour la nuit est le plus adapté : va-t-il permettre de maintenir toute la nuit et est-il posé au bon horaire ?

Nous formons les aides-soignantes à ces principes : respect du sommeil et limitation de la consommation des produits pour diminuer la charge de travail.

Le troisième et dernier point est la circularité et l'après usage. Nous analysons le cycle de vie de nos produits afin de mesurer leur empreinte carbone. Aujourd'hui, quand on livre un hôpital ou un EHPAD avec des protections d'incontinence, 71 % de son empreinte carbone est déjà réalisée. C'est pourquoi nous engageons des actions en amont et en aval pour limiter notre empreinte carbone. L'analyse du cycle de vie commence de l'achat de matières premières jusqu'à la gestion des déchets, en passant l'utilisation du produit. Nous travaillons donc en amont de la conception du produit, sur la composition, la production et le transport.



TABLE RONDE 4 (suite)

les initiatives remarquables/retours d'expérience d'établissements et de partenaires du C2DS



Charles Cellières,

Notre travail est d'innover et de faire en sorte que les produits soient tout aussi performants voire plus, avec moins. Par exemple : quand nous concevons un produit plus fin tout en conservant la performance, il est possible de stocker plus dans les cartons et, par conséquent, diminuer le nombre de camions sur les routes et agir sur notre empreinte carbone. Au niveau du transport, nous travaillons avec des grands transporteurs, et nous incitons nos prestataires à palettiser et à optimiser au mieux leurs transports. Nous nous sommes engagés dans le cadre de la COP 21 à réduire de 5 % notre empreinte carbone et nous avons réussi à atteindre ces 5 %. Cela nous fait réduire notre empreinte d'environ 2 000 tonnes par an. Sur le poste utilisation, c'est la formation produit qui permet de baisser l'empreinte carbone du produit. En effet, un produit non consommé est un déchet non produit. Nous nous assurons donc que les établissements avec qui nous travaillons ne surconsomment pas, c'est extrêmement important pour s'assurer de la baisse de ce taux de post utilisation.

Nous avons également lancé des initiatives il y a trois ans. Nous avons travaillé avec certains de nos clients qui souhaitaient des machines de compactage de déchets pour évaluer l'empreinte carbone que cela pouvait permettre de réduire. Nous les avons accompagnés dans la mise en place de machines de compactage. La machine de compactage a eu un bilan très positif pour les équipes soignantes.



La machine de compactage aspire l'air présent dans les sacs et comprime les déchets limitant ainsi leur volume. Les soignants affirment que l'utilisation des machines de compactage améliore leur environnement de travail en réduisant les odeurs. D'un point de vue environnemental, en revanche, cela n'a pas d'impact direct car la machine ne change pas la composition du produit, elle réduit le volume de déchets mais pas le poids ou la composition.

La diminution du volume impacte le nombre de containers à acheminer à la décharge. D'un point de vue économique cela reste un investissement pour les établissements. Ces tests ont donc démontré un gain social et un gain en confort de travail pour les équipes mais l'impact économique ou environnemental n'est pas évident. Aujourd'hui, quand nos clients s'intéressent à cette solution, nous partageons avec eux ce retour d'expérience, nous souhaitons identifier de prime abord leurs objectifs pour pouvoir leur expliquer ce que nous avons eu comme retour d'expérience.

1- TMSpro <<https://tmspros.fr/TMSPROS>>

TABLE RONDE 4 (suite)

les initiatives remarquables/retours d'expérience d'établissements et de partenaires du C2DS

Virginie Layadi, ingénieur qualité gestion des risques, référent développement durable, CH de Guéret

C'est lors d'un échange avec Marc Wasilewski (du C2DS) il y a de nombreuses années que le projet d'écomaternité a été évoqué pour la première fois. Je l'ai rencontré lors d'une journée internationale pour la qualité hospitalière en santé. Il avait alors dit, « s'il doit y avoir une éco-maternité en France, il faut qu'elle soit à Guéret. Il faut être raccord avec son environnement, vous ne pouvez pas faire autrement ». Effectivement, nous ne pouvions pas faire autrement pour pas mal de raisons. D'abord parce que c'est un bel enjeu et parce que même si elle est la seule maternité dans tout le département, elle doit proposer une prestation de qualité. En effet, nous avons des départements limitrophes avec des structures denses et de qualité.

Il est donc important de défendre tous les services de l'hôpital, et la maternité en particulier. Avoir un projet permettant de défendre son activité, d'apporter un plus à la population accueillie et surtout de donner du sens aux pratiques semblait important. La motivation d'un porteur de projet ne suffit pas, dans ce genre de cas.

Nous avons eu la chance d'avoir une équipe de sages-femmes - convaincues par le sujet - et qui porte le dispositif. Le directeur également était lui-même, dès le départ, très partie prenante. Sans eux, le meilleur projet du monde ne serait toujours qu'un projet au fond d'un tiroir. Enfin, en Creuse, nous ne sommes pas nombreux, c'est souvent un handicap parce que nous n'arrivons jamais au seuil d'activité qui permet de justifier les moyens attribués. En revanche, il est plus facile de tester des modèles et d'expérimenter des choses quand on est peu nombreux. En effet, non seulement nous ne sommes pas nombreux mais nous sommes également proche de tout. Il est plus facile d'aller voir la crèche du coin et de voir si elle est d'accord de travailler avec nous, il est plus facile d'aller voir certains représentants locaux de diverses structures : tout est à proximité. Alors quand les bonnes conditions sont réunies autour d'un projet, c'est sans doute plus facile de l'amener au bout.

Dès 2015, nous avons profité de la Semaine Européenne du Développement Durable pour faire passer des informations. Cette année-là, on avait particulièrement insisté sur ce projet d'éco-maternité. Nous avons donc, dès le démarrage, réuni les instances afin de les sensibiliser et d'évaluer comment les associer au projet. En 2016, nous avons eu la chance de pouvoir faire venir André Cicoella (chimiste, toxicologue et chercheur français en santé environnementale, président du Réseau Santé Environnement) lors d'une conférence à Guéret. Notre idée était de porter la bonne parole à l'hôpital et que cette parole soit également relayée auprès des futurs parents par tous les professionnels de la petite enfance locaux : réseau des assistances maternelles, crèche, PMI, etc.



Les professionnels qui interviennent dans les premières étapes de la vie vont souvent être un modèle pour les jeunes parents de retour à la maison.

Nous avons mis en place, avec Primum Non Nocere® auprès des personnels du CH, une formation de sensibilisation d'abord de l'encadrement et de la direction et ensuite de tous les professionnels qui interviennent chez nous et autour : les équipes de la maternité et de la pédiatrie, toutes les fonctions transversales, les acheteurs, les personnels des services techniques, ceux de la pharmacie, l'équipe de ménage, les jardiniers... Nous avons sensibilisé tout le monde pour être sûrs que tous aient les mêmes informations. Cela a été aussi l'occasion de structurer notre démarche avec un comité de pilotage.

C'est d'ailleurs à ce moment-là que l'ARS s'est positionné et nous a soutenu, que ce soit localement au niveau de Guéret et ensuite au niveau de la Région Nouvelle-Aquitaine, car comme l'a expliqué Madame Morisson ce matin, la région avait le même projet. Nous avons donc fait équipe et nous avons bénéficié à la fois de leur regard et de leurs oreilles sur la méthode et l'évolution du projet et surtout de leur soutien financier, ce qui était bien évidemment très précieux.

TABLE RONDE 4 (suite)

les initiatives remarquables/retours d'expérience d'établissements et de partenaires du C2DS



Virginie Layadi,

Si nous entrons dans le détail, depuis plus d'un an, nous sommes passé au nettoyage écologique des sols à l'eau et à la microfibre dans tout l'établissement. Le point d'entrée a été le service de maternité et de pédiatrie et cela s'est étendu à tout l'établissement. Le passage à cette technique à bien évidemment été accompagné de prélèvements systématiques sur les surfaces - c'est toujours le cas d'ailleurs - pour s'assurer que l'on ne prend aucun risque. Tous les résultats des prélèvements sont probants puisque nous avons à peu près 500 fois moins de colonies dans les boîtes de pétri que ce que l'on avait quand on utilisait des produits chimiques. L'équipe est très fière d'avoir modifié ces pratiques-là, de moins se faire mal au dos, de moins respirer de produits toxiques et d'expliquer aux collègues dans les services qu'ils sont les porteurs d'une technique novatrice et plus saine.



Sur le plan social, le personnel de l'établissement a la possibilité d'acheter le matériel pour la maison, au prix hospitalier, pour rester dans l'esprit de démultiplication. A chaque action, nous réfléchissons ensemble à ce que nous pouvons transposer à la maison. En 2018, nous avons profité de la Semaine Européenne du Développement Durable pour faire des ateliers au sein desquels les agents de l'équipe centrale d'entretien expliquaient eux même à leurs collègues et aux visiteurs ce qu'était cette technique de nettoyage et comment elle fonctionnait. Parallèlement à cela, et grâce au soutien de l'ARS, nous avons formé des animatrices aux ateliers nesting. Ce sont ces fameux ateliers au cours desquels on apprend à décoder la composition des produits et à identifier les risques d'exposition dans notre environnement quotidien : ménage, cosmétique et nourriture, notamment. Nous avons formé des sages-femmes, des infirmières et une auxiliaire de puériculture.

Cela nous a permis de lancer ces ateliers qui sont ouverts aux futurs parents dans le cadre de cours de préparation à l'accouchement. Ils sont également ouverts à tout le personnel de l'hôpital qui complète les groupes et à terme, nous souhaitons les ouvrir aux professionnels de la petite enfance, y compris ceux extérieurs à l'hôpital. Le but est de sensibiliser le maximum de monde.

Nos sages-femmes sont également très fières d'avoir conçu et édité un livret de conseils pour avoir un environnement plus sain pour son bébé. Il est fait avec des dessins humoristiques autour de toutes les pièces de la maison. Ce recueil a été financé par l'ARS et fonctionne très bien.

Nous avons proposé une journée portes ouvertes pour expliquer ce qu'est l'écomaternité. En termes d'action de communication, ces journées sont pertinentes et toujours bien accueillies. Autour d'un projet comme celui-là, la communication est essentielle pour expliquer son contenu aux usagers et partenaires institutionnels. Il faut diversifier les actions, les supports et les moyens de communication pour être sûr d'entretenir un flux d'échanges qui est indispensable au projet. En 2018, nous continuons de bénéficier de l'accompagnement de *Primum Non Nocere*® en Nouvelle-Aquitaine, il en est de même pour les maternités et crèches d'Angoulême et de Périgueux.

Cela fait maintenant quatre ans que nous sommes sur ce sujet-là, cela a permis de le voir naître et évoluer. On parle toujours de « projet » d'écomaternité, mais ce n'est plus un projet maintenant puisqu'il est concrètement déployé. Mais notre objectif est de nous adapter en permanence, en ce sens ce sera toujours un projet.

Nous pensons que s'il y a bien un moment dans la vie où nous sommes prêts à changer nos habitudes de vie et de consommation, c'est lorsqu'un bébé arrive dans un foyer. Ce que l'on n'est pas toujours capable de changer pour soi, on le fait pour le bien-être de son enfant. L'idée est donc de profiter de cette porte ouverte pour faire passer de nouvelles façons de se comporter au quotidien. Et en général, si on a commencé à le faire à cette occasion-là, il y a toutes les chances pour que l'on continue derrière.

TABLE RONDE 4 (suite)

les initiatives remarquables/retours d'expérience d'établissements et de partenaires du C2DS



Virginie Layadi,

Nous commençons par l'écomaternité mais ensuite, nous avons le projet d'étendre tout ce qu'il y a de vertueux à tous les secteurs d'activité. Ce n'est pas le tout d'expliquer aux patients et aux professionnels comment il faut se comporter, il faut commencer par être exemplaire, car c'est le travail des professionnels de santé : l'éducation à la santé fait partie de leur mission. Il s'agit de réinvestir ce rôle qui est parfois perdu de vue, parce que nos usagers comptent sur nous pour que l'on leur transmette les bonnes informations. Que l'on le veuille ou non, les patients estiment que ce qu'on leur montre à l'hôpital est une sorte de modèle qu'ils sont censés reproduire quand ils rentrent chez eux. Alors, les couches à la composition toxique, livrées quasiment gratuitement par les grandes firmes sont un problème. Les palettes de produits à la composition douteuse livrées également gracieusement sont tout sauf des cadeaux et nous confèrent un rôle de délégués commerciaux. Ce message est d'autant plus grave que l'hôpital les utilise à un moment clé de la vie et que l'on retrouve ces produits principalement en pharmacie. Ce qui induit à tort, une image de qualité et de sécurité.



Rudy Taïb, directeur financier et référent développement durable, Hôpital Privé Nord Parisien

Nous avons beaucoup de chance à l'Hôpital Privé Nord Parisien car nous avons entamé notre démarche RSE en 2009. Cela nous a permis, très en amont, de gérer beaucoup de sujets et de définir des grands thèmes tous les ans : hôpital non-fumeur, les perturbateurs endocriniens, les champs électromagnétiques, les nuisances sonores... Ces actions étaient intéressantes mais il fallait les partager avec le plus grand nombre. En tant que référent durable, quand j'interviens dans des colloques comme celui-ci, je m'aperçois qu'il y a un vrai déficit de communication, par rapport aux actions de développement durable engagées, alors que pour moi c'est la clé de tout.

La communication est importante et les choses ont changé : avant on choisissait un hôpital parce qu'il y avait de grands médecins ou parce qu'il était à proximité directe de son habitation. Aujourd'hui, pouvoir dire que l'on fait de l'écoconception des soins ou pouvoir dire que l'on est vigilant sur le développement durable, c'est un axe de différenciation énorme.

Notre établissement a également une maternité au sein de laquelle nous avons changé les peintures qui sont désormais sans COV, les revêtements de sol, les plafonds, nous nettoyons à la vapeur... Nous avons taquiné Pampers très sérieusement ce qui nous a d'ailleurs valu un très bel article dans 60 millions de consommateurs.

Grace à la communication autour de cet article, il y a eu d'autres commentaires et d'autres articles : cela va engendrer une visibilité sur notre démarche et potentiellement des patients supplémentaires.

Une des actions, dont nous sommes fiers, est la sensibilisation des parents, au sein de notre maternité, aux perturbateurs endocriniens. On y parle des produits qui peuvent être utilisés pour les bébés, comment aérer leur chambre, on fait un point sur l'encens, les bougies, etc. On aborde, bien entendu, la thématique des champs électromagnétiques, les écrans, etc. On essaie de ne pas faire quelque chose de trop anxiogène et pourtant, quand les mamans rentrent chez elles, elles veulent tout jeter. On essaie donc d'être concrets sur des exemples précis et de sensibiliser aussi à propos des marques, des produits chimiques ou des appellations extrêmement marketing. On essaie de leur apprendre des petites choses qui ont leur importance : si un code barre commence par le chiffre six le produit vient de Chine et a moins de contrôle au niveau des perturbateurs endocriniens... A la suite de ces rencontres, des mamans viennent nous voir pour nous remercier en nous disant « ce que vous faites est extraordinaire, je ne savais pas, et maintenant que je sais, je vais aller le dire à d'autres mamans ».



TABLE RONDE 4 (suite)

les initiatives remarquables/retours d'expérience d'établissements et de partenaires du C2DS



Rudy Taib,

On me dit souvent que faire de l'écoconception des soins coûte cher. Eh bien non, et cela va être l'axe de ma présentation aujourd'hui. Cela coûte cher si on résonne à court terme. Mais le principe même du développement durable est que nos actions d'aujourd'hui auront un impact pour les générations futures. En raisonnant à moyen et à long terme, on fait tout de suite quelque chose de rentable. Voici quelques exemples : nous avons travaillé sur la gestion de l'eau et nous avons placé des petits détecteurs infrarouges. L'année d'après, nous avons réalisé 10 % d'économie sur la facture d'eau. Nous avons également travaillé sur la qualité de l'air intérieur et nous avons diffusé les rapports des mesures faites tous les ans auprès des équipes : elles travaillent dans un environnement sain et les dix écogestes mis en place sont très simples et faciles à reproduire chez elles. Nous avons créé une page Facebook et un groupe « conseil en développement durable » et nous avons publié ces écogestes pour qu'ils soient accessibles à tous. Notre message est que chacun peut les mettre en place chez soi. Notre message est que chacun peut les mettre en place chez soi. Quelles sont les retombées auprès de nos salariés ? C'est le bien-être au travail. Nous expliquons à nos personnels que tout ce qui est mis en place est fait dans un premier temps pour eux et non pas pour les patients ou dans un objectif marketing. En effet, le patient reste dans l'établissement en moyenne entre trois et quatre jours alors que les personnels, eux, y travaillent à peu près 230 jours par an. Dans la profession, le taux d'absentéisme est de 10 % : c'est un coût énorme. Grâce à l'amélioration de la QVT, ce chiffre tend à diminuer.

Nous allons ensuite travailler sur un autre axe : l'innovation. Toute innovation est bonne à prendre pour continuer à être dans cette dynamique extrêmement motivante.

En France, beaucoup de jeunes veulent se lancer et ils ont souvent des idées d'écoconception : il faut leur donner leur chance. Certes, cela prend du temps, mais c'est le seul coût que cela va prendre. Faire confiance à un entrepreneur qui démarre, c'est s'assurer d'être l'établissement pilote et surtout s'assurer que le produit créé sera adapté à ses besoins. De plus, quand on est premier client, on a souvent un tarif préférentiel par rapport aux autres. Il y a donc un coût de temps évident mais la rentabilité est certaine. Cela fait douze ans que je travaille et c'est la première fois que je travaille dans une entreprise qui valorise l'innovation et le développement durable, et cela est une source de fierté.



Quand je rencontre des gens qui travaillent dans le développement durable, on reste dans l'espoir. Les personnes présentes à cette conférence sont contentes de ce qu'elles font, il faut continuer. En effet, beaucoup font du greenwashing et vont essayer de se survendre. Si le fond de vos actions est bon, alors communiquez, il y a les réseaux sociaux, c'est facile. A l'HPNP on fait des matinées, des réunions avec les encadrants, on fait des conférences, on parle aux patients, on envoie des newsletters... Nous avons également fait notre rapport RSE qui est diffusé et accessible depuis notre site internet.

TABLE RONDE 4 (suite)

les initiatives remarquables/retours d'expérience
d'établissements et de partenaires du C2DS

Patricia Thouvenot, psychothérapeute, membre du Réseau RéSanTi

Le réseau RéSanTi a été créé par mon initiative personnelle. On a beaucoup parlé de perturbateurs endocriniens et de choses qui empoisonnent la vie. Moi j'ai été ménopausée tout d'un coup à 44 ans, à 45 ans j'avais des signes dans mon corps qui augmentaient, et pendant un certain nombre d'années, les médecins ont cherché ce que je pouvais avoir. A 50 ans, j'avais l'impression d'avoir un corps de 80 ans avec une vie qui se restreignait énormément. Les médecins étaient embêtés car, comme j'étais infirmière et psychothérapeute en psychocorporel, il était compliqué de me dire que tout se passait dans ma tête et qu'il fallait que j'aille voir un psychothérapeute. Ils m'ont donc dit de me débrouiller. Je suis dès lors restée seule, en errance médicale. J'ai trouvé d'autres professionnels en médecines alternatives car je ne voulais pas accepter mon état. Mes recherches m'ont emmené en Suisse où on m'a annoncé que j'entassais depuis des années des métaux lourds, du mercure et du plomb, qui me causaient mes symptômes. Ce n'est pas une maladie, c'est une intoxication. Pour cela, en Suisse, en Allemagne et en Belgique, ils font ce qu'ils appellent des chélation, c'est-à-dire qu'ils injectent des produits intraveineux qui font comme des aimants pour retirer le métal qui est allé se déposer dans les muscles et les articulations du système nerveux. J'ai fait ces soins pendant trois ans, à raison d'une cure par mois : ça m'est revenu très cher. Mais il le fallait, sinon à 50 ans, j'avais un corps de 80. Les chélation sont accompagnées de compléments alimentaires : j'ai donc fait beaucoup de recherche sur le sujet. Je me suis renseignée sur d'autres thérapies et les homéopathes, notamment, m'ont donné beaucoup de vues : quand on a une intoxication à un métal, ce métal n'est pas là pour rien, il vient parler aussi de notre histoire. En tant que psychothérapeute, ça m'a beaucoup intéressé. J'ai fait des recherches avec des psychosomaticiens et puis, quand j'ai commencé à aller mieux, j'ai décidé de faire des conférences pour en parler parce que nous sommes tous pollués mais nous ne réagissons pas tous pareil.

Un professeur à Montpellier a fait des recherches sur les enfants : il a trouvé dans le sang ombilical une moyenne de 237 perturbateurs endocriniens dès la naissance. Mais il n'y aurait que 3.5 % des enfants qui vont développer une pathologie dans la petite enfance : pathologie cancéreuse, pathologie dégénérative, les syndromes pré autistiques...

Après la petite enfance on ne sait pas car on a aucune étude. Toutes ces pathologies peuvent se développer ensuite pendant la période adulte et notamment à chaque fois qu'il y a une rupture dans la vie.

Pour moi, ça a été la ménopause. Pour d'autres c'est une autre rupture de vie : un licenciement, une séparation, n'importe quel événement tant qu'il constitue quelque chose d'émotionnel très puissant. A ce moment-là, les symptômes se réveillent et souvent ces pathologies sont jointes et conjointes à des germes qui se greffent : la maladie de Lyme, l'éco-infection vectorielle attique.... Dans nos cabinets, on accueille souvent des patients qui viennent avec des classeurs très épais d'exams médicaux, parfois les médecins ont trouvé des maladies auto-immunes, parfois ils ne savent pas. Dans ce dernier cas, on leur dit d'aller voir un psychothérapeute. Ce qui est très compliqué c'est que l'on détache la pathologie physique de la pathologie psychologique et que l'on ne comprend pas que l'on est un tout. On est dans une médecine moderne qui veut être dans le physique. Pourtant, les alternatives sont dans le corps et en même temps dans l'esprit, dans la psycho-énergétique. On ne réunit rien de tout ça. Toutes ces pathologies sont montantes, nous sommes loin d'en avoir terminé. Elles vont être de plus en plus nombreuses et on ne saura pas comment les appeler. Le problème est que l'on ne sait pas les bilancer, surtout en France. Les soins que j'ai reçus en Suisse sont interdits en France puisque les médecins ne sont pas formés et les laboratoires ne demandent pas d'ANM, donc on ne peut pas injecter les produits en France. Un médecin qui le fait est destitué de son travail, il perd son diplôme.

Quand j'ai commencé à aller mieux, je me suis dit qu'il fallait que l'on se réunisse. En effet, quand les psychothérapeutes, par exemple, reçoivent des enfants qui ont des symptômes pré autistiques ou des patients qui ont des convulsions alimentaires, ils ne vont être que sur des versions psy. Et pourtant, si c'étaient des perturbateurs endocriniens qui créaient la convulsion alimentaire ? Il faut bien être aussi sur le terrain du corps.



La médecine moderne peut amener des choses, mais les médecines anciennes le peuvent aussi, notamment toutes les médecines à base de plantes, l'homéopathie, la médecine chinoise, la médecine ayurvédique, la médecine amérindienne, le chamanisme... Un psychothérapeute qui suit une dépression et qui ne s'intéresse pas au microbiote intestinal de son patient, il peut le garder pendant des lustres, en thérapie il sera en échec professionnel et le patient sera en échec aussi. Il y a urgence pour que l'on ouvre notre esprit tous ensemble.



TABLE RONDE 4 (suite)

les initiatives remarquables/retours d'expérience d'établissements et de partenaires du C2DS

Patricia Thouvenot,

Nous avons choisi le nom ReSanTi parce que les malades ressentent des choses, mais ce ressenti est ignoré des médecins. Nous sommes en train de structurer notre association : nous travaillons sur des liens pour l'adhésion et pour l'appel à dons car maintenant, nous allons devoir trouver de l'argent pour pouvoir commencer à travailler sérieusement au sein de ce réseau. Le but de ce réseau est de se réunir. Ce n'est pas une maison de santé car il devrait alors y avoir un médecin à la tête, nous ne l'avons pas pour l'instant. Il va falloir dix ans pour trouver de l'argent, un bâtiment, des constructions et on ne peut pas mettre des médecins, des ostéopathes et des naturopathes dans le même bâtiment. Il est donc préférable d'amener tout cela sur un site internet. Nous avons besoin de fonds pour créer ce site qui sera doté d'un accueil, d'une partie publique pour que chacun puisse s'informer sur ces pathologies et connaître les thérapies intégratives qui peuvent les prendre en charge. Pour soigner ces pathologies, il faut plusieurs soins en même temps, un seul soin, une seule médecine ne suffit pas. Ce site permettra au public d'avoir un annuaire de praticiens proches de chez eux. Nous allons également travailler aux conditions de prise en charge de ces soins. La plupart du temps, les personnes ayant ces pathologies ont erré médicalement et sont au bout de leur arrêt maladie. La sécurité sociale leur demande de reprendre le travail, leur médecin du travail les met en incapacité, ils sont licenciés et sont arrivés au bout du chômage. Ils sont alors au RSA ou en invalidité. Il va falloir trouver un système pour les prendre en charge car ces soins ne sont pas pris en charge.

Sur ce site, il y aura également une autre partie qui sera destinée aux professionnels car les professionnels ont besoin de s'entraider. Certains ont un peu d'avance par rapport à d'autres : ceux-là vont pouvoir se positionner en superviseur ou en guide. Ce site permettra d'héberger toutes les médecines intégratives : l'idée sera ensuite de voir ce qui peut être allié pour un même patient. Il y aura donc besoin de faire de la co-vision, de la supervision, des réunions entre les différents professionnels de santé. Cela va demander de la recherche, d'informer, de communiquer, de faire des conférences, des publications. Tout cela demande de l'argent. Les quantités d'examen fait aux malades coûtent très cher à la sécurité sociale et aux mutuelles. Ces dernières seront sûrement intéressées de nous subventionner pour que nous puissions aider des malades dans cette prise en charge pluridisciplinaire. Nous pourrions ainsi prendre en charge une partie des soins, ce ne sera jamais la totalité, mais cela permettrait quand même à une personne de bénéficier de soins multiples et pas uniquement d'un soin ciblé.

Le projet est détaillé sur un document. Nous avons également collaboré avec le C2DS pour la réalisation d'une charte « Charte de fonctionnement du groupement des professionnels en santé intégrative » pour éviter que les professionnels qui rejoignent ce réseau soient n'importe qui : nous voulons certaines garanties. Le réseau s'engage aussi à faire de la formation auprès de tous ces professionnels car ils vont devoir travailler ensemble de façon transversale. Le réseau ciblera toute la France puisqu'il se matérialise par le biais d'internet. Plus les professionnels nous rejoindront, plus nous serons forts.



Nous souhaitons, en collaboration avec le C2DS, organiser une journée sur la santé intégrative en France, en Région Auvergne-Rhône-Alpes. Le terme de santé intégrative est encore un « gros mot » mais il va falloir qu'on l'intègre parce que toutes ces pathologies progressent, elles vont toucher de plus en plus d'enfants, il va bien falloir faire quelque chose. On ne pourra pas continuer longtemps à mettre la tête dans le sable, et j'espère que nous pourrons vous annoncer cette journée d'ici la fin 2019.

Dans notre charte, il est noté que nous allons nous rapprocher de la charte européenne de santé intégrative qui est en train de se faire à Berlin.



TABLE RONDE 5

une vision internationale de l'écoconception des soins

Animation : Christophe Normand, trésorier du C2DS et directeur du CA3D (33)

Grâce à cette table ronde, nous allons parler écoconception des soins à l'international avec le président de la fondation espagnole Hospital Optimista ; l'agence Primum Non Nocere® nous parlera de son label européen créé en collaboration avec nos voisins outre atlantique et helvétique ; et enfin nous évoquerons les pays du nord de l'Europe grâce à l'agence BVM Communication qui représente l'antenne internationale du C2DS.



Florent Amion, Fondation Hospital Optimista (Madrid)

Il y a cinq ans, j'ai eu un gros coup de mou, j'avais 40 ans et je ne me sentais pas bien malgré mes enfants, mon travail et ma famille. J'ai réalisé tout à coup que j'avais fait au moins la moitié de ma vie et que gagner de l'argent, avoir une carrière qui marche bien ne me remplissait pas. Aujourd'hui, par vos expériences et vos réactions, je vois des personnes très en phase avec leur bien-être et le bien-être des autres. J'ai eu la chance, pendant ce moment de crise, de sentir qu'il fallait que je passe à autre chose et pas seulement gagner de l'argent. Je suis d'ailleurs du côté de la force obscure puisque le laboratoire pour lequel je travaille produit du plastique : Vygon. Aujourd'hui, je suis un peu désolé d'entendre tous vos témoignages mais c'est quelque part un mal nécessaire puisque pour soigner des patients il faut bien du plastique et des cathéters. Jusqu'à présent, nous n'avons rien inventé de mieux pour faire passer nos solutions. J'ai eu la chance, au travers de mes recherches, de découvrir quelque chose qui a changé ma vie : la méditation transcendantale. Cette motivation, c'est la Prosocial Motivation at Work, c'est le fait de dire que l'on va se sentir bien à partir du moment où on se met au service des autres. Grâce à ce concept, beaucoup de choses ont changé depuis au niveau professionnel. Chez Vygon, en Espagne, on a décidé que la RSE allait devenir notre mode de fonctionnement habituel au quotidien. Sur le papier, c'est simple mais pas dans la pratique. Nous avons décidé de mettre nos employés au même niveau que nos actionnaires, et notre société au même niveau que nos actionnaires et nos employés.

Notre entreprise a fait le choix de décider désormais qu'elle est là pour s'occuper du développement personnel et professionnel de ses employés. Elle fait donc entrer en son sein la psychologie positive organisationnelle, le leadership transformationnel et toutes les méthodes qui ont été citées aujourd'hui en font partie. Cela a donné de superbes initiatives.

Une de nos initiatives les plus marquantes est que l'on a créé des bureaux différents, cocréés par l'ensemble des employés : chacun a participé à la décoration au travers d'œuvres d'art. Les souvenirs positifs des employés, les rêves et les valeurs sont sur les murs. Ce lieu est unique, des gens sont venus de partout en Europe pour le visiter car c'est une sorte de Google authentique. Ce lieu s'appelle El edificio optimista : le lieu optimiste.

Nous voulons également être exemplaires pour nos patients. Nous essayons de créer des cathéters les moins dangereux possible pour nos professionnels et les plus efficaces possible pour nos patients, mais on ne les touche jamais directement. Nous avons réfléchi à la manière de les toucher et après quelques mois de réflexion et de recherche, nous nous sommes dit que, finalement, si nos employés sont dans un édifice optimiste, il serait bien que nos patients soient dans un hôpital optimiste : le concept de « hospital optimista » est alors né.

A partir du moment où on a eu le concept, il a fallu déterminer le levier d'action. En Espagne, nous avons 30 à 40 % de burn-out. Là-bas, un médecin spécialisé touche 10 euros de l'heure durant sa garde de nuit et cinq euros pour une garde localisée. L'ambiance est donc tendue. Il y a des cas très compliqués, et pour 10 euros de l'heure, nos médecins en ont assez. C'est un fait et pourtant, nous avons souhaité axer nos actions sur la psychologie positive. Non pas parler de burn-out, mais parler de choses qui fonctionnent. Comme nous avons beaucoup d'idées mais pas beaucoup d'argent, nous avons mis en place un concours afin de mettre en valeur tout ce qui fonctionne. Il y a beaucoup de super-héros anonymes qui font les choses bien mais qui ne sont pas connus, ce concours est créé pour les mettre en valeur. Il s'intitule « les prix Hôpital Optimiste ». Nous les avons initiés il y a quatre ans. L'an dernier, nous avons eu tellement de succès que la reine est devenue notre marraine. C'est en train de faire bouger les ciments de la santé espagnole. Il y a une vague « d'humanisation » qui se propage, on essaie de mettre l'être humain au cœur de l'organisation de santé, aussi bien le patient que le professionnel.

TABLE RONDE 5 (suite)

une vision internationale de l'écoconception des soins



Florent Amion,

On nous a beaucoup demandé comment nous avons fait pour que notre organisation soit durable et saine pour pouvoir calquer le modèle au sein d'hôpitaux. Il était compliqué pour moi de répondre à cette question car je ne suis pas consultant, je vends des cathéters. Pour aider les espagnols qui se posaient ces questions, nous avons eu une idée, celle d'inventer une histoire. Le gros problème que nous avons pu découvrir est que dans un hôpital il y a plus de 200 types de métiers, un grand manque de connaissances en management et beaucoup de difficultés pour le faire progresser. Il fallait donc faire quelque chose de simple et inspirant. Comme nous étions partis sur l'optimisme, nous avons inventé l'histoire du capitaine optimiste, le héros informel, celui qui est dans son hôpital et qui n'attend pas de grandes politiques régionales, départementales de l'hôpital pour se mettre en marche. Ce héros anonyme a des caractéristiques : il est positif, il a un leadership, etc.

Nous avons réuni tout cela dans un livre que j'ai écrit et qui a été publié en mars 2018.

Deux ou trois mois après avoir commencé à écrire ce livre, j'ai rencontré un médecin et docteur en économie qui venait de commencer à écrire une thèse doctorale. Il venait de passer cinq ans à étudier l'application du model de management que j'avais moi-même mis en place chez Vygon. Ensemble, nous avons écrit ce livre qui est apparemment très simple mais qui revêt en fait toutes les pratiques vertueuses et tout ce que l'on a pu apprendre au niveau scientifique sur le fait de transformer un hôpital en organisation saine et durable. Ce livre va être publié en français, en anglais, en allemand et en portugais.

En 2019, nous organisons notre première rencontre internationale Hospital Optimista et nous souhaitons mettre en valeur toutes les choses qui fonctionnent.



Pour résumer mon intervention, je dirais que les choses sont plutôt simples à mettre en place. Elles n'ont pas besoin de passer par une directive d'hôpital ni par un groupe de travail. Le professionnel de santé doit se mettre au service du patient mais ce n'est pas suffisant. Il faut qu'il aille au-delà. L'écoconception, et a fortiori l'écologie, peuvent-être un levier de motivation et d'union de nos équipes. Le C2DS est fédérateur, les équipes sont motivées, ça fonctionne.

TABLE RONDE 5 (suite)

une vision internationale de l'écoconception des soins



Agathe Barret, gestionnaire de label, Primum non Nocere (34)

Nous développons depuis quelques mois maintenant, chez Primum Non Nocere®, un label de santé environnementale et de responsabilité sociétale. La naissance de ce label est dû à plusieurs choses et notamment à l'expérience de Primum Non Nocere®. Cela fait maintenant dix ans que l'agence existe et accompagne les établissements de santé français mais également d'autres organisations de secteur d'activité différents comme des théâtres, des écoles, des cabinets d'avocat, des pharmacies... A ce jour, Primum Non Nocere® a diagnostiqué 450 clients. Nous sommes très fiers des établissements que nous accompagnons en ce moment. Certains ont évidemment plus de chemin à faire que d'autres mais nous habituons tous nos établissements à une logique d'amélioration continue. Beaucoup d'établissements souhaitent valoriser leurs actions mais ne savent pas comment faire. Le label a vu le jour, en partie, pour répondre à ce besoin. Ce n'est en aucun cas un label de communication mais parmi ses multiples objectifs, il a aussi celui de répondre à ce besoin de reconnaissance et de valorisation des établissements.

Le label est basé sur deux points spécifiques : la santé environnementale et la RSE. Ses objectifs sont assez précis : améliorer la qualité de vie des collaborateurs, limiter l'impact environnemental, co-construire une vision commune et à long terme, structurer des démarches de santé environnementale, accroître les performances de l'organisation...



Le référentiel du label se présente sous forme circulaire. Les trois termes « santé environnementale », « éthique » et « vision à long terme » sont les sujets transversaux à ce label. On ne pouvait pas en faire des thématiques ou des questions précises puisque ces points-là sont intégrés dans toutes les thématiques que nous abordons dans la santé environnementale et la RSE. Le reste du schéma se compose de quatre thèmes principaux : l'activité de l'organisation, les individus, l'environnement et la société. Au sein de chacun de ces thèmes, nous retrouvons des thématiques comme la gouvernance, les achats, la qualité de l'activité faisant le lien avec les transports, les individus, les collaborateurs, les usagers, les bâtiments, l'énergie, les déchets, l'eau, l'air, la biodiversité, le territoire, les parties prenantes externes et la communication. Toutes ces thématiques-là comportent elles-mêmes des questions et des indicateurs. Il était indispensable d'intégrer des indicateurs dans ce label dans une logique de suivi et d'évaluation. En effet, nous amenons tous nos établissements dans une logique d'amélioration continue et cette amélioration passe aussi par l'évaluation et le suivi.

Au total, dans ce label, nous avons environ une centaine de questions primordiales pour assurer une santé environnementale et une responsabilité sociétale des organisations.

Ce qui fait la force de ce label est qu'il est international. Nous le développons de façon parallèle avec Synergie Santé Environnement (SSE) au Canada et avec Projet 21 en Suisse.

Ce label est complet et systémique. Il garantit deux choses : le fait que chaque organisation qui est labellisée a travaillé sur toutes les thématiques de la santé environnementale et de la RSE. Il n'est pas possible pour un établissement d'être labellisé s'il a travaillé uniquement sur les déchets et l'eau, c'est impossible, il doit avoir travaillé sur l'ensemble des thématiques. Il garantit également le fait que les données ne soient pas que du déclaratif : 10 % des établissements sont visités inopinément par an. Nous ne sommes pas sur un processus immédiat suivi d'un arrêt brutal du processus. C'est encore une fois de l'amélioration continue. Enfin sa dernière garantie est de promettre aux usagers, aux clients, aux consommateurs... que les établissements labellisés sont des organisations qui agissent aujourd'hui pour préserver demain.



TABLE RONDE 5 (suite)

une vision internationale de l'écoconception des soins

Rachel Billod-Mulalic, chargée de communication et interlocutrice « antenne internationale » du C2DS

L'agence BVM Communication pour qui je travaille est en charge de la communication externe du C2DS depuis sa création. Parmi nos missions, nous produisons la newsletter mensuelle « l'Infolettre », ainsi que les différents guides des pratiques vertueuses du C2DS. De manière assez naturelle puisque notre agence est basée à Berlin, nous représentons le C2DS à l'international. Nous rencontrons régulièrement des acteurs du DD à l'étranger. Voici un petit tour d'horizon de nos rencontres en 2018.

Ce sont les partenaires associatifs du C2DS à l'étranger :

- Synergie Santé Environnement (SSE) notre partenaire historique au Québec ;
- « BUND Gütesiegel Energie sparendes Krankenhaus », association allemande très active au niveau de l'énergie ;
- Le Centre Nordique pour le Développement Durable en Santé, partenaire suédois qui regroupe les pays nordiques : Suède, Norvège, Finlande, Islande, Danemark ;
- Health Care Without Harm (HCWH) et Health and Environment Alliance (HEAL), associations de lobbying environnemental, très influentes au niveau international. HCWH est à la base une association américaine avec une antenne à Bruxelles, qui a beaucoup œuvré il y a 15 ans pour l'abolition du mercure à l'hôpital.



Le C2DS a été membre du bureau de Health Care Without Harm Europe jusqu'en 2014. A l'heure actuelle, dans le cadre de la réorganisation de l'institution, le C2DS a été sollicité pour redevenir membre, ce que nous pensons accepter puisqu'il est important d'œuvrer aux côtés d'institutions qui font du lobbying, mais aussi d'inscrire la France dans les programmes et projets internationaux. Si la France est souvent sous représentée malgré ses engagements et les actions de ses hôpitaux en matière de développement durable, certains pays comme l'Allemagne ou la Suède sont soit initiateurs de projets, soit sollicités. Il nous appartient d'inverser la tendance et de collaborer avec nos partenaires.

J'ai par ailleurs représenté le C2DS à Stockholm en février 2018, dans le cadre du congrès annuel du Centre Nordique pour le Développement Durable en Santé. Le C2DS est membre de cet organisme puisqu'il ne suffit pas d'être originaire du nord de l'Europe pour en être membre. La coopération est avant tout basée sur un partage de valeurs. J'y ai donc présenté le « Guide pratique du développement durable au bloc opératoire », dans lequel figure un dossier sur le nouvel et prestigieux Hôpital Karolinska de Stockholm, inauguré en 2018. Nos interlocuteurs ont évidemment été

ravis de cette tribune offerte par le C2DS. Ensuite, nous avons accueilli à Berlin, Daniel Eriksson et Marie Pettersson, co-fondateurs du Centre Nordique pour le Développement Durable en Santé, afin de réfléchir à d'éventuels projets communs. L'idée est d'initier des projets qui pourraient intéresser les deux parties, mais en Suède comme ailleurs, la feuille de route de nos partenaires est aussi dictée par les financements, souvent gouvernementaux. Nous espérons que la signature du partenariat franco-suédois pour l'innovation, signé le 17 novembre 2017 par le Président Emmanuel Macron et le Premier ministre suédois Stefan Löfven, ne restera pas sans suites. Nous serions ravis d'inviter nos partenaires du Nord à une prochaine Agora.

Le Centre nordique développe un projet intéressant : un hôpital virtuel où seraient représentées toutes les solutions « vertes », en place dans les hôpitaux nordiques. Les solutions mises en avant seraient celles des hôpitaux de Suède, Finlande, Norvège, du Danemark et d'Islande, mais, a priori, il y aurait aussi un espace pour les solutions d'autres pays. Nous étudions la possibilité d'inclure les solutions du LAB de Primum Non Nocere® puisqu'il s'agit d'une démarche similaire, liée à l'innovation.

TABLE RONDE 5 (suite)

une vision internationale de l'écoconception des soins

Rachel Billod-Mulalic,

Nous avons également représenté le C2DS au Congrès Européen de l'Anesthésie 2018 : la session sur le développement durable a été un grand succès et les guides ont été distribués en très peu de temps. Nous espérons pouvoir réaliser un guide en anglais sur le développement durable au bloc opératoire en coopération avec les autres fédérations européennes. Ce ne serait donc pas une traduction du guide produit en coopération avec la SFAR, mais un nouvel ouvrage avec d'autres enquêtes sur le sujet. L'idée serait également d'inclure le travail de Health Care Without Harm qui a mesuré dans six pays l'impact environnemental des gaz anesthésiants au bloc opératoire.



Nous avons par ailleurs rencontré Annegret Dickhoff à Berlin qui est en charge du label « Hôpital économe en énergie » et pilote également un projet sur les émissions de CO2 des gaz anesthésiants au bloc opératoire. Nos différents contacts nous serviront lors de l'écriture de ce guide.

J'ai rencontré en avril 2018 Dan Vukelich, président et directeur général de l'association américaine des industriels du reprocessing des dispositifs médicaux (AMDR), qui va ouvrir un bureau à Berlin. En effet, le nouveau règlement européen sur le retraitement des DM devrait encourager les pays européens à l'utiliser davantage, notamment grâce à une législation plus stricte en matière de sécurité : un DM à usage unique retraité serait considéré comme un dispositif neuf et l'entreprise de retraitement prendrait à sa charge la responsabilité du dispositif. La France reste toutefois toujours réticente par rapport à ce procédé.

Au niveau de la communication, je réponds à toutes les demandes de partage d'information de nos partenaires. Après cette Agora, je vais avoir des sujets pour les prochains six mois. Merci à vous pour vos projets incroyables et pour ce partage de valeurs.

CONCLUSION

Laurence Fontenelle, administratrice du C2DS et attachée de direction hospitalière, responsable qualité gestion des risques et développement durable, CH Paul Coste Floret

Cette journée était la première, pour le C2DS, sur la thématique de l'écoconception des soins. Les mots clés évoqués à plusieurs reprises ont été « innovation » et « évolution du système de santé ». Philippe Van De Woestyne nous a rappelé l'objectif principal des établissements sanitaires et médico-sociaux, leur mission et leur cœur de métier : garantir la qualité et la sécurité des soins, mettre le patient au cœur du soin et mesurer l'impact du soin au regard de l'économie, du social et de l'environnemental. C'est le principe fondamental du processus d'écoconception des soins. Ne serait-il pas intéressant, d'ailleurs, d'inclure des indicateurs de valorisation financière tel que l'International Federation of Accountants (IFAC) que l'on nous impose aujourd'hui dans les établissements de santé, sur la thématique de l'écoconception des soins ? Au cours de cette journée, nous avons également entendu que la santé des humains dépendait de leur environnement : les soignants, ce sont des humains qui soignent d'autres humains, il faut donc en prendre soin, ils sont précieux. Il faut cependant réussir à fédérer les acteurs au sein même des établissements : c'était une réflexion pertinente de Marc Dumont. Sur la deuxième table ronde composée de médecins, j'ai beaucoup apprécié les notions de « compétences mutualisées », « pertinence des soins », « maillage », « évaluation globale de la prise en charge ».

Tous les retours d'expérience sont remarquables, en interne sur notre territoire, mais également à l'international. Je pense que le C2DS doit continuer à développer cette thématique de l'écoconception des soins qui arrive en 2018 avec beaucoup d'engouement. On peut se demander si la notion d'écoconception des soins n'est pas simplement l'évolution du développement durable dans le temps qui a grandi, d'abord en RSE et qui se conceptualise maintenant par ce terme. C'est peut-être simplement l'appropriation des établissements de santé pour se rapprocher du cœur de la pratique et du prendre soin. Je nous invite tous à continuer à gagner du sens et à créer collectivement un modèle beaucoup plus disruptif.