

Titre: « L'Eco-santé : regards croisés sur la pratique en soins primaires »

Title: "Eco-health: shared perspectives on primary care practice"

Autrices :

Laëtitia Buret (1) laetitia.buret@uliege.be

Unité de recherche Soins primaires et Santé,
Département de Médecine générale, ULiège, Belgique.

Stéphanie Vanhaeren (2)

Unité de recherche Soins primaires et Santé,
Département de Médecine générale, ULiège, Belgique.

Nolwenn Lechien (3)

Kodama Px ASBL, Belgique.

Charlotte Bréda (3)

Institut Recherche Santé Société,
Centre Académique de Médecine Générale, UCLouvain, Belgique.

Résumé

L'Éco-santé est une approche intégrative visant à améliorer la santé humaine tout en préservant les écosystèmes, dans un contexte de dérèglement environnemental et climatique aux conséquences sanitaires majeures. Inscrite dans le cadre du One Health, elle repose sur une vision systémique des interactions entre santé humaine, animale, environnementale et sociale, et promeut des actions à co-bénéfices pour la santé et l'environnement.

Les soins primaires occupent une place stratégique dans la mise en œuvre de l'Éco-santé. Ils constituent un levier essentiel de transition vers un système de santé durable par leur proximité avec la population qui s'inscrit dans la durée. L'approche Éco-santé en soins primaires s'appuie principalement sur trois axes : la prévention et la promotion de la santé, la pertinence des soins et l'écoconception des pratiques cliniques et organisationnelles.

Ces actions, fondées sur le principe de co-bénéfice, permettent simultanément de réduire l'empreinte environnementale des soins et d'améliorer leur qualité. L'Éco-santé apparaît ainsi comme une voie opérationnelle et éthique pour renforcer la durabilité du système de Santé face aux enjeux de santé publique et environnementaux contemporains.

Mots clés: Éco-santé, soins primaires, durabilité, co-bénéfices santé-environnement.

Abstract

Eco-health is an integrative approach aimed at improving human health while preserving ecosystems, in the context of environmental and climate change with major health consequences. Part of the One Health framework, it's based on a systemic view of the interactions between human, animal, environmental, and social health, and promotes actions that have co-benefits for health and the environment.

Primary care plays a strategic role in the implementation of eco-health. It's an essential lever for the transition to a sustainable health system due to its long-term proximity to the population. The eco-health approach in primary care is based mainly on three areas: prevention and health promotion, the relevance of care, and the eco-design of clinical and organizational practices.

These actions, based on the principle of co-benefits, simultaneously reduce the environmental footprint of care and improve its quality. Eco-health thus appears to be an operational and ethical way to strengthen the sustainability of the healthcare system in the face of contemporary public health and environmental challenges.

Keywords: eco-health, primary care, sustainability, health-environment co-benefits.

INTRODUCTION

Le dérèglement environnemental et climatique représente un enjeu majeur de santé publique, avec des répercussions directes sur la morbidité, la mortalité et les inégalités sociales de santé (1). A. Berquin et al. alertent notamment sur l'augmentation de l'incidence et/ou de l'aggravation de pathologies telles que les maladies cardiovasculaires, respiratoires, oncologiques et infectieuses. Ces évolutions sanitaires s'inscrivent dans un contexte d'expositions environnementales croissantes, affectant de manière différenciée les populations selon leurs vulnérabilités (2).

Un deuxième constat, indissociable du premier, est que les soins de santé ont eux-mêmes un impact sur l'environnement. En Belgique, ils représenteraient 5 à 10 % de l'empreinte carbone nationale (3). Au-delà, ils ont des effets sur la pollution de l'air, des sols, de l'eau, l'utilisation des ressources ou encore la perte de biodiversité (2).

Ce double constat invite à repenser les responsabilités et les pratiques, notamment, en soins primaires et en Médecine générale en particulier. L'une des pistes proposées dans cet article est l'approche éco-santé dont la finalité est de mettre en œuvre des actions conciliant la qualité des soins et la durabilité environnementale. Nous explorerons les propositions existantes à travers des exemples concrets tout en questionnant la dynamique de transformation à l'œuvre et les acteurs qui la portent.

L'APPROCHE ÉCO-SANTE, UN PILIER DU ONE HEALTH

L'Éco-santé est une approche globale qui étudie les interactions entre la santé humaine, animale, végétale et les écosystèmes. Elle vise à améliorer la santé globale en atténuant son impact sur l'environnement (4). Cette approche repose sur le postulat selon lequel la santé et le bien-être humain dépendent de l'état de l'environnement, mais également, d'écosystèmes à la fois sains et diversifiés (5).

Dans ce cadre, l'Éco-santé s'inscrit pleinement dans le concept *One Health*, qui promeut la coordination entre ces différents secteurs. Elle encourage la collaboration interdisciplinaire entre les sciences de la santé, la Médecine vétérinaire, les sciences sociales et humaines, environnementale, ainsi que d'autres disciplines concernées par la santé globale. Elle implique également la participation active de la communauté, fondée sur le principe d'équité, afin de passer des intentions à l'action, pour prévenir et répondre aux défis contemporains tels que l'émergence des zoonoses, les déséquilibres microbiens ou les perturbations climatiques affectant la santé. L'Éco-santé est ainsi un pilier essentiel du *One Health* pour appréhender la complexité des liens entre l'homme, l'animal et leur milieu de vie (4).

LA PRATIQUE D'ÉCO-SANTÉ, UN LEVIER POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ DURABLE

Dans sa pratique, l'Éco-santé met en œuvre des actions concrètes qui visent à préserver les écosystèmes, à renforcer la résilience aux changements climatiques et à réduire l'impact environnemental des activités humaines, y compris celles du système de soins. Fondées sur le principe de co-bénéfice, ces actions visent à améliorer simultanément la santé des individus et celle de l'environnement.

Les soins primaires (SP) occupent une place stratégique dans l'évolution des paradigmes favorisant la transition vers un système de santé durable. Les professionnels des SP sont des acteurs clés de l'Éco-santé en raison de leur proximité avec la population. Leur rôle dans l'éducation et la sensibilisation des patients contribue à renforcer la capacité d'agir des individus dans le cadre de cette transition (6). Le médecin généraliste, dont la relation de confiance et de proximité avec les patients est soutenue sur la durée, lui confère une position stratégique dans la mise en œuvre de l'Éco-santé. Cela lui permet, par exemple, d'identifier précocement les risques sanitaires et de contribuer à la prévention (7).

Les soins primaires constituent également un levier à la durabilité, grâce à l'élaboration de stratégies de décarbonation ciblées, reposant sur le principe de co-bénéfice. Consciente de cette urgence, la Belgique a intégré cette décarbonation des soins dans son « Plan stratégique de santé 2025-2029 » (8).

PREVENTION, PERTINENCE ET ECO-CONCEPTION COMME ACTIONS PRIORITAIRES

Les principales actions d'Éco-santé en SP retrouvées dans la littérature sont : la prévention, la pertinence des soins et l'éco-conception des pratiques (7)(10)(18).

1. La prévention

En soins primaires, les co-bénéfices santé-environnement sont notamment favorisés par la prévention. Celle-ci permet de réduire la demande de soins et par conséquent, l'empreinte carbone tout en améliorant la qualité de vie de la population. Dans la pratique, elle se manifeste au travers du dépistage précoce, de la vaccination et de la promotion de règles hygiéno-diététiques favorables à la santé (7).

Par exemple, la promotion de l'activité physique a un impact positif sur la santé mentale. Elle permet aussi de réduire les facteurs de risques, qu'ils soient cardio-vasculaires, oncologiques, ou autres, ainsi que d'améliorer les capacités fonctionnelles des individus.

De même, encourager à large échelle, une alimentation pauvre en sucre, en graisses, en sel, privilégiant les protéines végétales, la consommation de produit locaux et de saison permettrait non seulement d'améliorer la santé mais également, de réduire drastiquement les émissions de gaz à effet de serre (GES) sachant que 30 % de ces émissions proviennent de la production alimentaire (9).

Bien mises en œuvre, ces recommandations apportent des bénéfices conjoints au patient et à l'environnement : elles améliorent la santé du premier en réduisant les comorbidités ou leur gravité, tout en préservant le deuxième grâce à la diminution des consommations de soins et de ressources, telles que les médicaments, les déplacements pour avis médicaux ou les examens complémentaires.

De plus, chaque contact préventif constitue une opportunité supplémentaire d'inclure cette notion de co-bénéfices santé-environnement dans les messages adressés aux individus (10). Par exemple, sensibiliser la patientèle à la mobilité active (marche, vélo), ou aux transports en commun et le co-voiturage contribue à la réduction de l'utilisation des combustibles fossiles. Cela améliore la qualité de l'air, diminue la mortalité liée aux particules fines et favorise l'atténuation du changement climatique.

2. La pertinence des soins

La pertinence des soins demeure un autre levier majeur de la santé durable. Elle passe par la réduction des actes inappropriés, qu'il s'agisse d'investigations ou de traitements. Des études estiment que 10 à 30 % des actes médicaux, considérés inutiles ou potentiellement délétères, pourraient être évités (11). D'autres études évaluent que les médicaments et les dispositifs médicaux sont responsables de la moitié des émissions de GES produites par le secteur de la santé à l'instar de seulement 5% pour le traitement des déchets (12). Une prescription raisonnée, guidée par le principe de pertinence, réduirait les effets iatrogènes tout en réduisant le gaspillage des ressources.

Le principe de pertinence dans l'utilisation des ressources repose sur la condition du renforcement de la première ligne de soins, avec une attention portée aux itinéraires de soins coordonnés entre les différentes lignes. En pratique, il s'agit de dispenser les soins les plus adéquats, réalisés par la personne la plus qualifiée au moment le plus opportun, de la manière la plus adaptée à la situation de la personne.

Les professionnels des soins primaires jouent un rôle majeur dans cette « efficacité écologique ». Le médecin généraliste s'appuie sur l'anamnèse, l'examen clinique et des technologies moindres qu'à l'hôpital. Il fonde son raisonnement clinique sur une logique probabiliste faisant de lui un expert de la gestion du doute et du « *wait and see* ». Cela implique que les médecins généralistes doivent fonder leur pratique sur les recommandations basées sur des preuves et choisir les investigations et les traitements avec le moins d'impact environnemental.

Lorsque des interventions sont nécessaires, l'éco-conception suggère une démarche préventive qui intègre la protection de l'environnement dès la conception de produits ou de services. Son objectif vise à minimiser l'impact des actions de santé tout au long de leur cycle de vie, en privilégiant les options avec le moins d'impact sur l'environnement pour une efficacité équivalente. En soins primaires, plusieurs leviers concrets peuvent ainsi être mobilisés (10).

En ce qui concerne les médicaments, lorsque leur prescription est inévitable, il est pertinent de privilégier à qualité équivalente, l'alternative la moins impactante pour l'environnement.

Par exemple, le médecin généraliste privilégiera la prescription d'inhalateurs de poudre sèche plutôt que les aérosols-doseurs pressurisés (13). Le Hazard Score – qui calcule le risque que représente une molécule en termes de pollution environnementale – permettrait d'orienter les médecins généralistes dans le choix de médicaments à co-bénéfice (14). L'intégration de l'impact environnemental d'une prescription médicamenteuse est une démarche relativement récente et les données scientifiques sur leur impact écologique et leur cycle de vie ne sont pas toujours disponibles ou accessibles. C'est pourquoi des outils d'aide à la prescription ont été développés afin d'intégrer la dimension écologique dans la réflexion du médecin généraliste et de pouvoir en parler avec le patient (18). Il s'agit parfois d'un premier pas pour initier une mise en action, une prémisse de changement.

Pour les examens complémentaires, comme l'imagerie médicale, une étude d'impact environnemental comparant trois techniques d'imageries abdominale a montré que l'échographie émettait moins d'équivalents CO₂ lors des phases de production et d'utilisation (0,5 et 0,65 kg/examen) que le scanner (4,0 et 2,61 kg/examen) ou l'IRM (6,0 et 13,72 kg/examen) (15).

Les soins déjà prescrits peuvent également faire l'objet d'une réévaluation. La durabilité des soins en Médecine générale repose sur la démedicalisation, la non-prescription concernant certains problèmes (insomnie, la lombalgie chronique, le vieillissement, etc.) et la déprescription de médicaments, définie comme la réduction ou l'arrêt de traitements. Dans la pratique, cette démarche se matérialise par exemple par l'outil STOP/START qui guide le médecin généraliste dans la déprescription/prescription adéquates chez les sujets âgés. Un autre exemple est la formalisation de projets fédéraux, tel que le programme de sevrage des benzodiazépines.

Les prescriptions d'interventions non-médicamenteuses correspondent à des approches thérapeutiques ne faisant pas appel à l'utilisation de médicaments. Elles visent à prévenir ou soigner des maladies, à gérer des symptômes tels que la douleur et l'anxiété et à améliorer la qualité de vie, souvent dans le cadre de maladies chroniques ou de la perte d'autonomie. Ces prescriptions peuvent aussi réduire l'impact environnemental tout en ayant un effet bénéfique sur la santé du patient. Fondées sur les preuves, elles s'intègrent dans un parcours de soins personnalisés, adapté au profil de chaque patient et peuvent être formalisées sur ordonnance, données oralement ou via des brochures.

Des projets d'« activité physique adaptée », prescrite par les médecins généralistes, se développent sur le terrain belge. Certains de ces programmes bénéficient d'un encadrement par un moniteur diplômé en sciences de la motricité et dans le respect des guidelines.

En Belgique, des expériences de prescription de nature se déploient également. Elles consistent à intégrer dans la pratique clinique des activités en lien avec la nature (marche, jardinage, contemplation, ...) comme levier de promotion de la santé. Inspirées des *green prescriptions* en Nouvelle-Zélande, des *green social prescriptions* en Angleterre et d'autres mouvements mondiaux, cette démarche repose sur le postulat qu'un contact régulier à la nature de 2 heures par semaine est associé à des bénéfices pour la santé (réduction du taux de cortisol, de la baisse de la tension artérielle, baisse de la fréquence cardiaque, etc.)(16).

3. L'éco-conception des cabinets

L'éco-conception des cabinets constitue un aspect d'une pratique médicale durable.

Les cabinets médicaux génèrent en effet des émissions de GES et les médecins généralistes peuvent agir pour les réduire au maximum.

Partant du constat que parmi les postes les plus producteurs de GES en consultation de Médecine générale on retrouve la mobilité et le chauffage (17), il convient de prioriser comme action, d'une part, d'encourager les professionnels et les patients à se déplacer en mobilité douce ou active. Effectivement, une étude a envisagé qu'inciter 10 % des patients à ne pas venir en voiture diminuerait l'émission de GES de 1294 éqkg/an et 80 % des soignants les diminuerait de 2923 éqkg/an. Éviter de faire déplacer un coursier en urgence économiserait 1094 éqkg/an. D'autre part, il convient de façon prioritaire, d'améliorer l'isolation des locaux et de privilégier des modes de chauffage plus durables tels que pompes à chaleur ou chauffages solaires tout en diminuant la température ambiante. Toujours selon la même étude, cela permettrait aussi de faire une économie d'énergie importante. Par exemple, la réduction d'un degré du chauffage diminuerait l'émission de GES de 841 éqkg/an (7).

En pratique, d'autres actions favorisent le principe de co-bénéfice. Utiliser des produits ménagers naturels, utiliser du matériel recyclé, « de seconde main », prolonger la durée de rotation du matériel informatique et autre, mutualiser le matériel et les ressources entre différentes structures (ex. appareil de stérilisation, matériel d'imagerie, secrétariat...) réduire et valoriser les déchets, etc. (18).

Sur le terrain national et international, plusieurs structures fondées sur ce principe d'Éco-santé le rendent particulièrement visible. Proche de chez nous, à Liège, un centre médical s'est inspiré de pratiques déjà bien ancrées dans le paysage français, suisse et canadien pour sensibiliser les patients au principe de co-bénéfices. Il s'appuie notamment sur le double concept de « modèle de rôle » et de « éducation thérapeutique ». Pour ne citer que quelques exemples concrets, le centre médical expose sa charte Éco-santé dans la salle d'attente. Les valeurs qui la sous-tendent sont expliquées à chaque nouveau patient. Elles sont centrées d'une part sur l'adoption d'une vision écologique de la Santé incluant une approche globale, une réflexion systémique de la santé et portant une attention particulière à la réduction des déchets et des émissions de GES. Dans l'idée d'une sobriété chimique, des recettes pour préparer des produits d'entretiens respectueux de l'environnement à faire soi-même sont exposées en salle d'attente. Des revues et outils de sensibilisation privilégiant les dernières recommandations alimentaires, d'activités physiques durables, etc. sont aussi disponibles sur le modèle genevois du projet « 12 mois 12 actions pour la Santé et l'environnement¹ ». Le principe d'achat écoresponsable est mis en lumière par l'achat de matériel médical et d'aménagements divers en « seconde main », reconditionnés et déclarés comme tel aux patients. Une réflexion systématique de la balance utilité/futilité se fait autour des projets d'achats pour réduire au maximum le risque de gaspillage. Le parc informatique et son utilisation sont réfléchis pour favoriser la sobriété numérique. Quant à la sobriété de la mobilité, elle est assurée par les déplacements privilégiant les modes actifs ou partagés. Dans le colloque singulier Médecin-patient, la pratique de non et/ou

¹ <https://12mois12actions.ch/>

déprescription s'accompagne systématiquement du discours de l'impact environnemental ajouté à celui de la prévention quaternaire et de l'efficience pour le système de Santé.

RENFORCER LES CAPACITES DES PATIENTS A GERER LEUR SANTE ET SES DETERMINANTS

Privilégier des approches centrées sur le patient et qui favorisent leur pouvoir d'agir est à notre sens un autre moyen de rencontrer les objectifs de l'Éco-santé.

En ce sens, pratiquer l'éducation thérapeutique et l'approche ASCOP – *Aide et Soins Centrés sur les Objectifs de la Personne* – sont deux moyens de renforcer de manière équitable, les capacités des patients à gérer les maladies et leurs causes. Elles favorisent entre autres, le sentiment d'auto-efficacité et se basent sur des modèles de soins centrés sur la personne, de prise de décision partagée, etc.

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans une démarche d'Éco-santé visant à améliorer la gestion des maladies chroniques tout en encourageant des comportements durables. Ses co-bénéfices incluent une meilleure qualité de vie et une réduction des symptômes. Dans le cas de l'asthme, l'éducation peut porter, par exemple, sur l'utilisation des inhalateurs ou l'entretien de l'habitat afin d'éliminer les allergènes et de réduire les crises ainsi que le recours aux ressources de santé. Elle constitue également une opportunité pour informer les patients sur les substances telles que les PFAS (Poly- and Per- FluoroAlkyl Substances) ou les perturbateurs endocriniens.

L'approche ASCOP — *Aide et Soins Centrés sur les Objectifs de la Personne* — représente une évolution paradigmatique de la pratique clinique. Contrairement aux modèles centrés sur la maladie ou les problèmes cliniques, cette démarche engage un dialogue structuré visant à élaborer un plan de soins co-construit et aligné sur les priorités des patients. Dans une perspective d'Éco-santé, cette orientation peut générer des co-bénéfices importants, en favorisant l'adhésion aux interventions réellement pertinentes pour la qualité de vie de la personne et en contribuant à une utilisation plus efficiente des ressources de santé. En outre, l'ASCOP bien conduite implique d'élargir le raisonnement clinique à un raisonnement systémique de la personne tenant compte aussi de son environnement social (amis, famille, animaux domestiques...) et écologique (pollution air, bruit, exposition à des maladies transmises par leurs animaux...). Cette approche systémique impose la collaboration interprofessionnelle des métiers du soin, de l'aide humaine et animale (19).

DERRIERE LES « PETITS » GESTES...

La transformation à laquelle contribue ces actions concrètes est multiple. Elles réduisent les impacts environnementaux et montrent que les pratiques de santé sont dynamiques, capables d'être adaptées aux enjeux socio-écologiques. Elles mettent également en lumière l'interdépendance entre santé humaine et environnement et la réciprocité de leurs impacts, bien au-delà des seuls déterminants environnementaux de la santé qui ne renvoient essentiellement qu'aux effets de l'environnement sur la santé.

Par ailleurs, ces actions soulignent l'importance de l'ancrage des pratiques de première ligne dans les lieux et territoires, tenant compte des ressources disponibles. En effet, qu'il s'agisse de promouvoir une alimentation saine et locale, de repenser les mobilités des professionnels et des patients, ou de relocaliser la production de médicaments, ces pratiques écologiques de la santé recentrent l'attention sur les territoires et les acteurs qui y sont présents.

Les adaptations et aménagements proposés dans les pratiques de première ligne et des cabinets de Médecine générale peuvent sembler anodins. Pourtant, la révision de ces « manières de faire » illustrent des réappropriations des espaces et des pratiques instaurées par la technique et une certaine culture socio-professionnelle (20). Ils créent des espaces de réflexion et d'action dont la portée est à la fois symbolique et transformative. Symboliquement, ces actions illustrent la prise de conscience des professionnels de la santé quant à leur volonté d'intégrer les enjeux environnementaux dans la Médecine générale. Elles démontrent que les médecins généralistes et, plus largement, la première ligne de soins sont concernés et peuvent s'engager et agir pour réduire leur impact environnemental. Enfin, le médecin généraliste peut inspirer d'autres personnes (patients ou collègues) à s'impliquer dans cette dynamique écologique. Or, la participation de tous les acteurs – professionnels de la santé, patients, acteurs de l'environnement, entités humaines ou non-humaines – est essentielle à une démarche de transition profonde co-construite d'une pluralité de savoirs et d'expériences, tant académiques que pratiques. Car des changements de comportement individuels et l'influence qu'ils peuvent engendrer n'agissent pas de la même manière sur tous les individus, issus de contextes socio-économiques et culturels variés. Les co-bénéfices ne sont pas répartis équitablement au sein de la population (10). Pour qu'une attention particulière soit portée aux inégalités que peuvent engendrer ou perpétuer ces améliorations, l'implication des acteurs concernés constitue une démarche à la fois indispensable et juste.

Les transformations nécessaires pour une transition socio-écologique dans le secteur de la santé ne sont pas seulement techniques ; elles requièrent une redéfinition des notions de santé humaine et des soins dispensés. L'interdépendance d'une santé humaine équilibrée avec l'état de l'écosystème souligne l'importance de penser la durabilité des soins. Les acteurs de première ligne, bien placés pour initier ces changements, doivent reconnaître que l'Éco-santé transcende le cabinet de Médecine générale. Elle implique des transformations chez divers acteurs, dans plusieurs secteurs et à différentes échelles. Ces actions visant à établir une Éco-santé et à garantir la durabilité des soins seront d'autant plus efficaces que le système dans son ensemble adopte un fonctionnement plus sobre, moins dépendant de l'exploitation des ressources non renouvelables.

Bien que ces changements reposent en partie sur des défis socio-techniques, il est légitime de se demander s'ils ne reposent pas avant tout sur un choix du secteur des soins primaires : celui de donner une place prépondérante à l'éthique écologique dans la santé.

CONCLUSION : L'ÉCO-SANTÉ EN SOINS PRIMAIRES, UNE REPONSE AUX ENJEUX CONTEMPORAINS DE SANTÉ PUBLIQUE ET ENVIRONNEMENTAUX

L'urgence écologique impose aujourd'hui de repenser les pratiques en Santé. Les professionnels des soins primaires sont des acteurs clés dans les efforts à mettre en œuvre. L'écoconception des cabinets n'en constitue qu'un aspect parmi tant d'autres de la pratique durable. La prévention, la sensibilisation des patients, de la population et la pertinence des soins constituent les trois piliers principaux de l'Éco-santé. En définitive, l'Éco-santé ne se limite pas à un idéal théorique : elle constitue une voie concrète pour répondre aux enjeux de santé publique et environnementaux contemporains.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Romanello M, Walawender M, Hsu Sh et al. The 2024 report of the Lancet Count. down on health and climate change: facing record-breaking threats from delayed action. *Lancet*. 2024;404:1847-1896.
2. Berquin A, Grimaldi D, Hosten E et al. Défi environnemental et soins de Santé : une introduction. *Louvain Med*. 2024;143 (01):2-13. Disponible sur <http://hdl.handle.net/2078.1/285027>
3. Pichler PP, Jaccard IS, Weisz U, Weisz H. International comparison of health care carbon footprints. *Environ Res Lett*. 2019;14:114004.
4. Müller, V., Sonntag, CJ., Seidler, A. et al. Health concepts in the context of anthropogenic environmental change: a scoping review on One Health, Planetary Health, Eco-Health, Public Health, Urban Health, and Global Health. *J Public Health (Berl)*. 2025.
5. World Health Organization. Preventing noncommunicable diseases (NCDs) by reducing environmental risk factors. Geneva: WHO; 2017.
6. Walsh, S. J., O'Leary, A., Bergin, C., Lee, S et al. (2024). Primary healthcare's carbon footprint and sustainable strategies to mitigate its contribution: a scoping review. *BMC health services research*, 24(1), 1630.
7. Senn N, Bourgueil Y, Cohidon Ch. et al. Imaginer les soins primaires de demain. Genève : RMS édition ; 2025.
8. Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Plan stratégique 2025-2029. Bruxelles: SPF Santé publique; 2025. Disponible sur: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/media/files/2025-12/plan_strategique_2025-2029_spf_removed_0.pdf
9. Nitschke, E., Gottesman, K., Hamlett, P., Mattar, L., Robinson, J., Tovar, A., & Rozga, M. (2022). Impact of Nutrition and Physical Activity Interventions Provided by Nutrition and Exercise Practitioners for the Adult General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2022 ;14(9), 1729.
10. Senn N, Gaille M, Del Río Carral M. et al. Santé et environnement : vers une nouvelle approche globale. Genève: RMS édition; 2022.

11. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. **Lancet**. 2017;390:156-168.
12. Belkhir L, Elmeligi A. Carbon footprint of the global pharmaceutical industry and relative impact of its major players. *J Cleaner Production*. 2019;214:185–194.
13. Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP). Impact environnemental des dispositifs pour inhalation utilisés dans l'asthme et la BPCO. 29 juin 2023. Disponible sur : www.cbip.be.
14. Dupont B, Faure S, Le hazard score, un outil pour réduire l'impact environnemental des prescriptions, *Actual Pharm*. 2020;59(594):27-32.
15. Martin M, Mohnke A, Lewis GM et al Environmental Impacts of Abdominal Imaging: A Pilot Investigation.: *J Am Coll Radiol*, 2018;15(10):1385-1393.
16. Jimenez MP, DeVille NV, Elliott E et al. Associations between Nature Exposure and Health: A Review of the Evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4790.
17. Nicolet J, Mueller Y, Paruta P et al. What is the carbon footprint of primary care practices? A retrospective life-cycle analysis in Switzerland. *Environ Health*. 2022;21(1):3.
18. Baras A. Guide du cabinet de santé écoresponsable, prendre soin du vivant pour la santé de chacun, 2^{ème} éd. Rennes : Presse de l'EHESP; 2024.
19. Heymans I, Belche JL, Stassen A, Kersten H, Buret L. Recommandations de bonne pratique dans les situations complexes : mieux prioriser grâce à l'approche Ascop. *Rev Med Liege*. 2025;80(5-6):288-295.
20. Certeau M de. L'invention du quotidien. I. Arts de faire. Paris : Gallimard ; 1990