

**Faculté des sciences économiques,  
sociales, politiques et de communication**

# **Economie circulaire : Enjeux et perspectives de son intégration au sein des établissements hospitaliers**

Auteur·e : Aurélie Bonnejonne  
Promoteur·rice : Philippe Roman  
Lecteur·rice.s : Chloé Deltour et Frédéric Thys  
Année académique : 2022-2023



**Faculté des sciences économiques, sociales,  
politiques et de communication**

# **Economie circulaire : Enjeux et perspectives de son intégration au sein des établissements hospitaliers**

Auteur·e : Aurélie Bonnebonne  
Promoteur·rice : Philippe Roman  
Lecteur·rice.s : Chloé Deltour et Frédéric Thys  
Année académique : 2022-2023  
Master en Politique Economique et Sociale



# 1. REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier

M. Philippe Roman, promoteur de ce mémoire, pour son encadrement et sa patience avec  
une étudiante un peu brouillonne

Mme. Chloé Deltour pour ses conseils méthodologiques, le rappel des échéances dans la  
rédaction de ce mémoire

Dr. Frédéric Thys pour ses conseils en matière de santé, la responsabilité sociétale des  
entreprises n'a jamais été aussi clairement exprimée

Le corps professoral et administratif de la Faculté qui par sa patience et son  
enseignement a permis aux étudiants que nous sommes de maîtriser des savoirs  
disciplinaires et une réflexivité sur le monde dans lequel nous vivons

Les directions, responsables durabilité, médecins chef de service et pharmaciens qui ont  
collaborer à la récolte des données de ce mémoire, puissiez-vous que vos projets  
d'hôpital durable voient le jour

Les collègues et étudiants de la promotion FOPES Charleroi 2020-2023, pour ces trois  
années de partage, de solidarité, de collaboration et de bonne humeur surtout pendant  
nos sorties séminaires

Ma famille, mes collègues, mes amis pour leur soutien, leur patience, leurs  
encouragements et leur foi en l'aboutissement de ce cursus

Pour terminer, je remercie particulièrement M. Martin Biot, conseiller à la formation pour  
sa présence et sa patience pendant ces trois années.

## 2. TABLE DES MATIÈRES

1. Remerciements.....	5
2. Table des matières.....	6
3. Liste des abréviations .....	8
4. Table des illustrations .....	8
5. Résumé .....	9
6. Mots-clés .....	9
7. Introduction .....	10
8. Cadre théorique .....	16
8.1. Economie circulaire : Concepts et enjeux .....	16
8.2. Institutions hospitalières : Role et défis .....	24
8.3. Responsabilité Sociétale des Entreprises : Définition et pratiques .....	27
8.4. Sociologie des organisations : Processus et impacts d'un changement organisationnel .....	31
8.5. Conclusion.....	36
9. Méthodologie .....	38
9.1. Type de recherche et méthodes d'analyse .....	38
9.2. Population et échantillon.....	39
9.3. Collecte et traitement des données.....	41
9.4. Limites de la recherche.....	42
10. Présentation et analyse des résultats.....	43
10.1. Economie circulaire dans les institutions hospitalières : Etat des lieux .....	43
10.2. Responsabilité sociétale des entreprises dans les institutions hospitalières : Intégration des parties prenantes.....	47
10.2.1. L'implication des parties prenantes .....	47
10.2.2. Volontariat.....	48
10.2.3. Sensibilisation .....	48

10.2.4.	Les parties prenantes externes .....	49
10.3.	Changement organisationnel relatif à l'intégration d'une économie circulaire dans les institutions hospitalières : Freins et adhésion .....	50
11.	Conclusion .....	54
11.1.	Synthèse des résultats .....	54
11.1.1.	Economie circulaire dans les institutions hospitalières : Etat des lieux ....	54
11.1.2.	Responsabilité Sociétale des entreprises : Intégration des parties prenantes .....	55
11.1.3.	Changement organisationnel à l'intégration d'une économie circulaire dans les institutions hospitalières : freins et adhésion .....	56
11.1.4.	Synthèse des résultats sous forme de tableau .....	58
11.2.	Limites de la recherche .....	59
11.3.	Implications pratiques et recommandations pour les institutions hospitalières	60
12.	Conclusion générale.....	61
13.	Bibliographie .....	63
14.	Annexes .....	67
14.1.	Annexe A .....	67
14.2.	Annexe B .....	69

### 3. LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADEME : Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie  
DAOM : Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères  
DASRI : Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux  
DD : Développement Durable  
EC : Economie Circulaire  
GEM-PS : Groupe d'Etude des Marchés Produits de Santé  
GES : Gaz à Effet de Serre  
GIEC : Groupement d'experts Intergouvernemental sur l'Evolution du Climat  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HCWH : Health Care Without Harm  
ODD : Objectifs de Développement Durable  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONU : Organisation des Nations Unies  
RSE : Responsabilité Sociétale des Entreprises

### 4. TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Le triangle de santé de J.D. ZEITOUN (2023).....	10
Figure 2 : Les piliers de l'économie circulaire. Source Circulareconomy.brussels .....	18
Figure 3 : Exemple de l'effet rebond.....	19
Figure 4 : Répartition des émissions du secteur de la santé entre les trois scopes (Scope 1 l'approvisionnement, Scope 2 les déplacements et Scope 3 les énergies). Source : HCWH .....	20
Figure 5 : Répartition des émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé (MtCOe). Source : The Shift Project 2023 .....	22
Figure 6 : Les différentes parties prenantes internes et externes des institutions hospitalières .....	29

## 5. RÉSUMÉ

Les impacts environnementaux et épidémiologiques de la pollution sont un effet indirect de l'activité humaine, un effet plus ou moins conscient de l'humanité qui consomme sans intention de causer des dommages mais reste le prix à payer dans une économie de croissance, une économie de la rentabilité. Notre société se doit d'assumer sa part de responsabilité, de réfléchir mais surtout d'agir à une meilleure gestion des ressources de notre planète. La protection de l'environnement devient donc l'enjeu du XXI<sup>ème</sup> siècle.

Le modèle des soins de santé est à la fois un des acteurs principaux de notre économie et également le 5<sup>ème</sup> plus grand pollueur mondial. Nous nous sommes donc penché sur l'intégration d'une économie circulaire au sein des institutions hospitalières évaluée sous l'angle de la Responsabilité Sociétale des Entreprises et de la Sociologie des Organisations.

Notre question de recherche est la suivante : « Comment le changement organisationnel est-il mis en place pour faciliter la transition des institutions hospitalières vers une économie circulaire en prenant en compte les enjeux et perspectives des parties prenantes ? »

Sur base de 14 entretiens semi-directifs, nous allons tenter de répondre à la question de recherche et aux différentes hypothèses établies. Nous synthétiserons les résultats de cette recherche, évaluerons ses limites et proposerons des recommandations pour les institutions hospitalières.

## 6. MOTS-CLÉS

Institution hospitalière, Santé, Soins, Economie circulaire, Développement durable, Changement organisationnel.

## 7. INTRODUCTION

En 2021, l'Union Européenne signe un pacte vert afin d'arriver à un objectif de zéro émission nette d'ici l'année 2050 en fixant un palier intermédiaire de 55 % pour l'année 2030 et travaille en parallèle sur l'application d'une économie circulaire, d'un plan alimentaire durable et à la protection de la biodiversité d'ici 2050 (Parlement Européen, 2022).

Cette décision fait suite au rapport du GIEC de la même année qui apporte la certitude de notre responsabilité dans les perturbations environnementales et leurs impacts directs sur la santé humaine.

*« La société mondiale produit de plus en plus de maladies, tout en dépensant toujours davantage pour essayer de les traiter. La réponse courte à cette contradiction est que les risques environnementaux, comportementaux et métaboliques qui causent les maladies sont des conséquences de la croissance économique. »*

Ces propos de Zeitoun (2023), Docteur en médecine et Docteur en épidémiologie clinique dans son livre au nom évocateur « *Le suicide de l'espèce* » démontre que la santé d'une population serait le résultat de la corrélation entre quatre déterminants que sont la biologie, le comportement, l'environnement et les soins. Dans son triangle de santé, il indique que le comportement et l'environnement sont les principaux risques pour la santé (en haut du triangle).

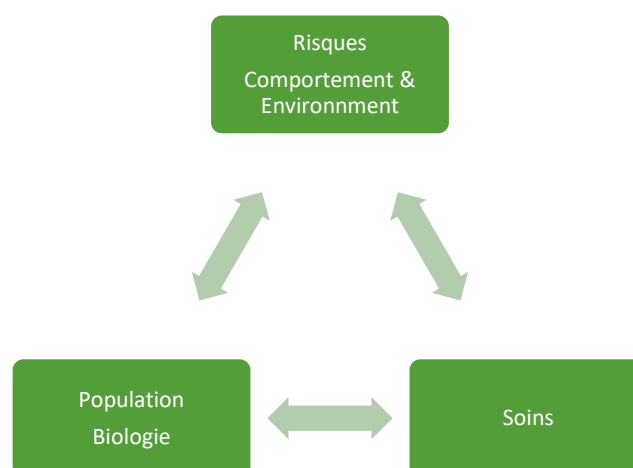


Figure 1 : Le triangle de santé de J.D. ZEITOUN (2023)

En effet, il existe trois types de risques, environnementaux, comportementaux et métaboliques qui peuvent toucher la santé de manière négative mais aussi de manière variable car dépendants les uns des autres, leur progression devient problématique et hors de contrôle. Dans ce livre, Zeitoun évalue l'impact de la pollution (risque environnemental) et de l'obésité (risque comportemental) sur les maladies et la mortalité mondiale. C'est-à-dire, deux risques liés aux comportements des individus et à une économie linéaire et de croissance.

« *Les humains passent maintenant une bonne partie de leur vie à lutter contre des problèmes dont ils sont les auteurs* » ajoute-t-il dans son œuvre (Zeitoun, 2023, p.45). Pour l'auteur, les impacts environnementaux comme la pollution sont un effet indirect de l'activité humaine, un effet plus ou moins conscient de l'humanité qui consomme sans intention de causer des dommages mais dont le vrai prix reste à payer pour cette économie de croissance et de la rentabilité. Cependant, produire différemment coûterait plus cher. De même, son corollaire, produire moins, ferait perdre de l'argent principalement aux pollueurs eux-mêmes. Malgré tout, l'impact épidémiologique est monumental puisque la pollution exerce ses effets sur le cœur, les vaisseaux et la formation des tumeurs. Elle peut aussi augmenter la probabilité du diabète et de l'hypertension artérielle avec de possibles complications cardiovasculaires.

Néanmoins, malgré son efficacité, la rentabilité génère des impacts environnementaux aux effets économiques négatifs principalement liés aux dépenses de santé provoquées par les maladies qu'elle engendre et donc créer, par un effet domino, une détérioration de l'activité économique. En effet, les individus malades sont moins capables de travailler et s'ils travaillent, ils sont moins performants, moins productifs. Ces effets analysés et repris dans l'ouvrage de Zeitoun sont trop souvent méconnus ou sous-estimés car ceux-ci sont dilués et bien souvent retardés (Zeitoun J-D, 2023).

Cette prise de conscience des effets sur la santé mondiale, le changement climatique, le gaspillage des ressources naturelles et leur raréfaction sont des preuves que notre société se doit d'assumer sa part de responsabilité, de réfléchir mais surtout d'agir sans plus attendre à une meilleure gestion des ressources de notre planète. Notre environnement subit en outre les effets des progrès technologiques, d'une croissance démographique exponentielle et d'une mondialisation économique. La destruction de notre écosystème renforce cette nécessité de revoir le fonctionnement de notre société.

La protection de l'environnement devient donc l'enjeu du XXI<sup>ème</sup> siècle car notre croissance économique actuelle sera bientôt confrontée à un bloc de contraintes physiques et naturelles comme, par exemple, la pénurie de matières premières en 2021 avec, notamment, le lithium et le cobalt dans la fabrication des composants électroniques de nos voitures dont la demande va s'avérer croissante suite à la construction exponentielle de voitures électriques à l'avenir.

Ces préoccupations ne sont pas nouvelles, nous n'allons pas représenter ici tout le contexte historique de l'idée du développement durable mais il faut retenir que ce concept est apparu en premier lieu dans le rapport Brundtland publié en 1987 par la Commission Mondiale sur l'Environnement et le Développement de l'ONU. Celui-ci est défini comme « *un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs* ». Nous pouvons comprendre que le développement durable tend à préserver l'environnement mais aussi, l'activité économique et sociale. Il revient donc à toutes et à tous, acteurs publics et/ou privés, d'agir globalement mais aussi localement afin de s'adapter aux contraintes environnementales (Baures E., 2019).

Le développement durable a, de ce fait, donné naissance à un tout nouveau concept qui est l'économie circulaire. D'ailleurs, cette dernière s'inspire fortement de la littérature sur le développement durable. En bref, l'économie circulaire est l'opposée d'une économie linéaire. Une économie linéaire est ce qui domine actuellement notre système économique depuis la révolution industrielle. L'idée est une utilisation des ressources sans limite. Or, nous le constatons, les ressources naturelles ont une limite et le lien de corrélation entre notre système économique actuel et son impact sur notre environnement n'est plus à démontrer. Ce qui oblige à sortir de ce principe. Les limites et la finitude des ressources sont par ailleurs expliquées dans le rapport Meadows de 1972 qui met également en avant la consommation exagérée de ces ressources. Le fait n'est donc pas récent et le peu de réaction des politiques et/ou des citoyens est un autre débat.

Néanmoins, faire un mémoire sur la protection de l'environnement était une fin en soi pour l'étudiante que nous sommes. Depuis l'enfance, la protection de notre environnement et de sa biodiversité a été et est toujours une philosophie de vie. Spécifier ce mémoire sur le thème de l'économie circulaire est apparu lors du visionnage du documentaire « Cowspiracy » sur Netflix. Ce reportage portait sur la surconsommation et l'élevage intensif qui détruit notre environnement et nos ressources naturelles dans une économie linéaire. Certains éleveurs utilisaient le concept d'économie circulaire dans la gestion de leur élevage afin que la terre puisse se renouveler naturellement et réduire la pollution

environnementale (réduction du nombre d'animaux, moins de polluants, etc.). Faire le lien entre économie circulaire et soins de santé est venu naturellement puisque nous travaillons dans une institution hospitalière depuis maintenant 5 ans en tant qu'acheteur en marché public. Pendant la crise COVID19, nous avons trouvé incroyable l'achat de casques de ventilation pour les patients atteints de cette maladie pour plus de 200,00 €. Le prix n'était pas négligeable mais le choc fut de savoir que ceux-ci étaient à usage unique ! Il n'existait aucune alternative réutilisable et, en termes de contamination, les services préféraient ce système. Ce cheminement personnel a donc amené une interrogation de départ sur l'intégration d'une économie circulaire au sein des établissements hospitaliers et comment ceux-ci pourraient-ils l'intégrer pour réduire leur impact sur l'environnement ?

Le modèle des soins de santé est un des acteurs principaux de notre économie mais également un grand consommateur de produits à usage unique. Au fur et à mesure de nos lectures, nous nous sommes rendu compte que changer l'idéologie des institutions de soins devait passer en premier lieu par un changement de la part de ses dirigeants ainsi que du « personnel » ayant une grande influence dans les décisions, les médecins et le personnel soignant. Sans leur collaboration, un changement organisationnel deviendrait vite irréalisable.

Dans le cadre de ce mémoire, nous essaierons de mettre à jour la transition des institutions hospitalières vers une économie circulaire. Nous tenterons d'analyser l'intérêt porté par ces organisations. Seront-elles des pourvoyeuses, des modératrices ou des actrices du changement vers une économie de plus en plus circulaire ?

Notre question de départ sera donc la suivante : comment les institutions hospitalières intègrent-elles une économie circulaire ?

Pour ce faire et comprendre l'intégration d'une économie circulaire au sein des institutions hospitalières, il nous faut avancer cela, non pas que sur l'angle de ce modèle économique mais également en associant d'autres cadres théoriques à cette idée.

Dans la première partie de ce travail, nous commencerons par poser une définition de l'économie circulaire sur base de son mécanisme dit des 3R (réduction, réemploi et recyclage). Comme tout système économique, l'économie circulaire a ses avantages et ses lacunes dont nous donnerons quelques exemples comme l'effet rebond. Nous retiendrons que ce modèle est intéressant dans le cadre des soins de santé, même si les organisations hospitalières sont très peu sollicitées par les politiques pour ce qui concerne une économie plus durable. Cette économie aura un impact important pour les institutions hospitalières dans leur recherche de ne pas nuire à autrui et ainsi réduire leurs effets négatifs sur la santé

mondiale. Cependant, l'intégration d'une économie circulaire demande une meilleure compréhension et une étude spécifique du rôle et des défis des institutions hospitalières dans ce cadre.

C'est pourquoi, ensuite, nous expliquerons le rôle important des institutions hospitalières dans les soins de santé avec des défis financiers et humains importants. Nous essaierons de comprendre le système de santé belge qui est complexe et qui, en 2020, ne comptait pas encore d'objectif de développement durable au sein de son système contrairement au Royaume Uni qui a lancé sa stratégie de développement durable en 2014 et vise la neutralité carbone d'ici 2050 et la France qui a commencé sa transition en 2021 par un accompagnement des établissements de santé dans l'élaboration d'actions afin de réduire l'impact environnemental des institutions de soins. Nous verrons qu'en plus de leur mission liée à la demande de soins, les institutions hospitalières doivent également répondre à un rôle dans la prévention et la pratique d'une économie circulaire au sein de ses services. Cette pratique peut se heurter à de multiples obstacles tels que les stratégies et objectifs des parties prenantes des institutions.

La théorie des parties prenantes est un concept de la Responsabilité Sociétale des Entreprises qui, selon certains auteurs comme Quairel et Capron (2013), est le point d'ancrage à l'intégration d'une économie circulaire fonctionnelle au sein des organisations hospitalières. Nous allons donc essayer de définir la RSE sur base de ce modèle économique. Pour beaucoup, l'intégration d'une économie circulaire doit venir d'une démarche volontaire et en analysant les besoins et objectifs de chaque intervenant en prenant en compte les trois piliers de la RSE de manière égalitaire et ainsi acquérir l'adhésion des acteurs hospitaliers pour un changement organisationnel durable.

Le changement organisationnel comprend l'organisation formelle et informelle de l'institution et l'analyse des jeux de pouvoir. C'est pourquoi, nous aborderons ce concept par une analyse de l'institution hospitalière sur base des travaux de Mintzberg et de Crozier que nous allons croiser avec le travail de Foudriat sur le changement organisationnel. Nous comprendrons que toute entreprise est susceptible de rencontrer au cours de son existence des changements essentiels et que ces changements ne peuvent être mieux coordonnés qu'avec la participation de tous.

Suite à l'analyse de cette problématique, nous pouvons remodeler notre question de départ en question de recherche de la manière suivante :

**Comment le changement organisationnel est-il mis en place pour faciliter la transition des institutions hospitalières vers une économie circulaire en prenant en compte les enjeux et perspectives des parties prenantes ?**

La deuxième partie de ce travail sera consacrée à la collecte des informations sur base d'un guide d'entretien semi-directif des parties prenantes de l'institution qui peuvent avoir une influence sur le devenir d'un hôpital durable. A la suite de 14 entretiens, nous allons tenter de répondre de manière déductive à notre question de recherche et aux différentes hypothèses établies. Nous élaborerons l'analyse des résultats sur les connaissances et pratiques d'économie circulaire ou de développement durable au sein des institutions de soins, sur l'intégration des parties prenantes dans le processus de décision et pour terminer sur les freins et adhésions potentiels d'un changement organisationnel vers un hôpital durable.

Nous conclurons ce mémoire par une synthèse des résultats de la recherche et ses limites. Nous proposerons des implications pratiques et des recommandations à l'attention des institutions hospitalières.

## 8. CADRE THÉORIQUE

### 8.1. ECONOMIE CIRCULAIRE : CONCEPTS ET ENJEUX

La première fois que le terme d'économie circulaire aurait été utilisé dans la littérature serait dans l'œuvre de D. W. Pearce et R. K. Turner dans « *Economics of Natural Resources and The Environment* » en 1990. Elle consiste en un modèle économique qui vise à réduire la consommation de ressources naturelles, les déchets et la pollution en réutilisant les produits, les matériaux et les déchets, et en favorisant l'efficacité de l'utilisation des ressources.

L'économie circulaire regroupe un certain nombre de modèles tels que :

- L'économie de la fonctionnalité qui vise la proposition de services pour répondre aux besoins des personnes et ainsi minimiser les ressources utilisées plutôt que de vendre des produits.
- Les boucles de matières concernent l'utilisation et la réutilisation de matériaux plusieurs fois avant de les jeter. C'est-à-dire la réduction, le réemploi et le recyclage (c'est l'idée des 3R).
- L'écoconception qui vise à créer des produits durables, faciles à réparer et à recycler, et utilisant des matériaux moins polluants.
- L'économie collaborative favorise une meilleure utilisation des ressources par la location, la vente en vrac ou la vente de produits remis à neuf.

Par définition, l'économie circulaire vise plusieurs enjeux sociaux, économiques et bien sûr environnementaux :

- Réduire l'utilisation de matières premières et d'énergie, ainsi que la production de déchets permet de préserver les ressources naturelles et de limiter les impacts environnementaux.
- Offrir des opportunités d'emploi dans des secteurs tels que la récupération, le recyclage, la réparation et la logistique inversée.
- Réduire les coûts de production, améliorer l'efficacité énergétique et réduire la dépendance aux matières premières.

- Réduire les risques de pollution, de dégradation de l'environnement et de changement climatique en réduisant les émissions de gaz à effet de serre et en favorisant une gestion plus durable des ressources.

Aurez et Georgeault (2016) ont analysé, dans leur ouvrage sur l'économie circulaire, ses nombreuses définitions possibles en passant par celle de la Fondation Mac Arthur<sup>1</sup> à celle de l'ADEME<sup>2</sup> (Agence de la Transition Ecologique en France). Sur base de ces définitions apportant chacune leur particularité, ils se sont investis à en développer une nouvelle :

*« L'économie circulaire est un principe d'organisation économique qui vise à réduire systématiquement la quantité de matières premières et d'énergie sur l'ensemble du cycle de vie d'un produit ou d'un service, et à tous les niveaux d'organisation d'une société, en vue d'assurer la protection de la biodiversité et un développement propice au bien-être des individus. »*

Selon ces derniers, l'économie circulaire serait issue de mécanismes de réduction, de réemploi et de recyclage (les fameux 3R) afin de réduire l'utilisation de matières premières qui ne sont pas renouvelables. Pour ce faire, les auteurs abordent la notion d'approvisionnement durable consistant à minimiser l'impact environnemental des acheteurs qui doivent rechercher des acteurs économiques qui exploitent des ressources renouvelables tout en respectant la condition humaine. Il s'agit de pérenniser l'approvisionnement en marchandises. La consommation responsable est liée à cette notion d'approvisionnement durable. D'après la définition retenue par Aurez et Georgeault, la consommation responsable doit amener l'acteur économique qu'il soit privé ou public à

---

<sup>1</sup> « Une économie circulaire est par nature restaurative et régénérative et tend à préserver la valeur et la qualité intrinsèque des produits, des composants et des matériaux à chaque étape de leur utilisation. Le concept distingue les cycles biologiques et techniques. Telle qu'envisagée à l'origine, l'économie circulaire est un cycle de développement positif continu qui préserve et développe le capital naturel, optimise le rendement des ressources et minimise les risques systémiques par la gestion des stocks et des flux des ressources. Un système qui demeure efficace quelle que soit l'échelle. » (Aurez V. & Georgeault L., 2016, p. 108).

<sup>2</sup> « L'économie circulaire peut se définir comme un système économique d'échange et de production qui, à tous les stades du cycle de vie des produits (biens et services), vise à augmenter l'efficacité de l'utilisation des ressources et à diminuer l'impact sur l'environnement tout en développant le bien-être de l'individu. L'économie circulaire doit viser globalement à diminuer drastiquement le gaspillage des ressources afin de découpler la consommation des ressources de la croissance du PIB tout en assurant la réduction des impacts environnementaux et l'augmentation du bien-être. Il s'agit de faire plus et mieux avec moins. » (Aurez V. & Georgeault L., 2016, p. 110).

faire des choix qui prennent en compte son impact sur l'environnement suivant toutes « les étapes du cycle de vie du produit (biens ou services) ».



Figure 2 : Les piliers de l'économie circulaire. Source Circulareconomy.brussels

Ces notions d'approvisionnement durable et de consommation responsable peuvent être liées au niveau des achats publics. L'Union Européenne a adopté une directive sur la passation des marchés publics (2014/24/UE) qui a pour but de favoriser l'intégration d'objectifs sociaux et de développement durable au sein des procédures d'achats publics. Dans ce cadre, l'économie circulaire peut être soutenue dans trois « domaines d'actions » qui sont la demande et le comportement des acheteurs publics, « l'offre des acteurs économiques » ainsi que sur la « gestion des déchets ». Malheureusement ces considérations sociales et environnementales sont très peu prises en compte comme le relèvent les derniers rapports triennaux 2017-2019 à la Commission européenne relatifs à l'application de la réglementation en matière de marchés publics de chaque Etat membre de l'Union européenne (Commission Européenne, 2021). Cependant, nous pouvons considérer que les choix d'achats publics peuvent avoir une influence sur l'offre de produits de la part des acteurs économiques en valorisant les filières qui favorisent une dynamique d'économie circulaire (Aurez V. & Georgeault L., 2016).

L'idée d'une consommation durable et d'une économie circulaire demande de revisiter le modèle économique actuel qui est basé principalement sur l'économie de marché. Les consommateurs doivent s'interroger de manière consciente sur les processus de

conception, de production et de distribution des produits dont ils font l'acquisition (Marchand A., De Coninck P., Walker S., 2005).

En effet, ce modèle économique de production et de consommation non durable contribue de manière significative à une destruction écologique de grande ampleur puisqu'il épuise les ressources naturelles de la planète tout en créant de nombreux déchets, des GES et autres nuisances environnementales.

C'est pourquoi, il est considéré qu'une économie circulaire serait une solution viable afin de fonctionner dans les limites de la Terre tout en créant des chaînes d'approvisionnement « résilientes » et créer de la « valeur sociale » (Macneill, A-J. et al., 2020).

Ce modèle économique s'est construit sur base de théories déjà existantes, de concepts précédents et qui évoluent en même temps que lui. Son fondement principal est le développement durable représenté par trois « sphères » environnementales, économiques et sociales qui, si reprises dans un contexte de circularité, peuvent devenir intéressantes. Selon Van Durme (2016), cet objectif ambitieux transformerait les entreprises et les consommateurs en « porteurs de solutions » au lieu de la cause de « tous les maux ». Néanmoins, comme tous les autres modèles économiques, l'économie circulaire n'est pas parfaite et l'une des causes de son imperfection, est qu'elle ne considère pas, ou très peu, le volet social. Or, ce volet a son importance dans une économie circulaire puisque l'impact de notre consommation et de nos déchets touche la santé de la population et, de ce fait, le bien-être des individus. Il a par ailleurs été démontré que l'intégration d'une économie circulaire apporterait de nouveaux emplois. Un autre point à prendre en compte et fortement présenté dans le travail de Van Durme est « l'effet rebond » de ce système. En effet, une économie qui permet de diminuer les coûts d'acquisition ou d'usage d'un bien et donc, de ce fait, une augmentation du pouvoir d'achat des consommateurs ne modifierait pas leurs comportements vers une décroissance mais bien vers une croissance multipliée pour l'acquisition et l'usage de plus de biens et services. Par exemple, les bénéfices engendrés par la réduction des coûts à l'achat de matériel médical pourraient générer l'achat d'autres biens médicaux or le but est de réduire et non d'augmenter la consommation (Van Durme G. et al., 2016).

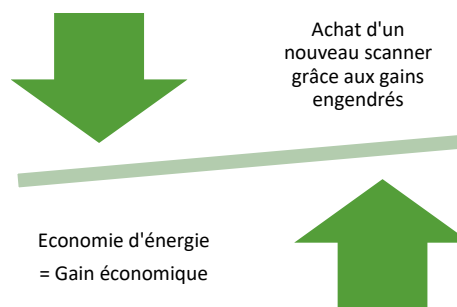


Figure 3 : Exemple de l'effet rebond.

Tous les acteurs économiques sont concernés par les impacts environnementaux d'une économie dite linéaire. Il n'est cependant pas possible dans le cadre de ce travail de tous les analyser. Nous avons donc choisi de porter notre attention sur le cas des institutions hospitalières.

L'une des missions principales des hôpitaux est de soigner les personnes. Les médecins, à la fin de leurs études, prêtent le serment dit d'Hippocrate au cours duquel, de manière générale, ils s'engagent à « *ne pas nuire* ». Ne pas nuire à qui ? A l'humanité. Or, l'impact environnemental des institutions de soins a des répercussions plus que négatives sur la santé des individus, ce qui va à l'encontre du serment et constitue un paradoxe. De nombreux auteurs reprennent cette idée, selon le rapport de l'HCWH (2021), que le secteur de la santé mondial représente plus de 4,4 % des émissions de gaz à effet de serre. S'il s'agissait d'un pays, il serait considéré comme le 5<sup>ème</sup> plus grand pollueur mondial dont les principaux postes d'émissions seraient l'approvisionnement (pour 71%), les déplacements (17%) et l'énergie (12%) (Poitou Q., 2020 ; Dupont V., 2022 ; Regazetti L., 2016 ; Karliner J., Slotterback S., et al., 2019 ; HCWH, 2020 ; Marraud L., Lefebure A., Baures E., 2021).

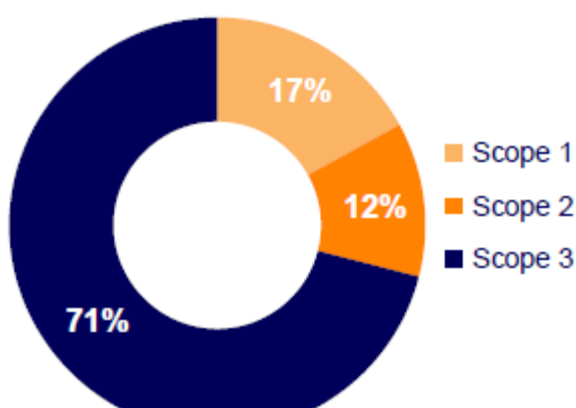


Figure 4 : Répartition des émissions du secteur de la santé entre les trois scopes (Scope 1 l'approvisionnement, Scope 2 les déplacements et Scope 3 les énergies). Source : HCWH

Malheureusement, selon Stucki (2021), les institutions hospitalières et le secteur de la santé sont, encore à ce jour, le secteur qui ressent le moins de pression de la part des autorités politiques. Cela se justifie par le fait que la mission première des hôpitaux est d'apporter les « *meilleurs soins médicaux possibles* » et une recherche d'excellence des prestations médicales. Ce qui rend le développement durable moins important pour ce secteur (Stucki M., 2021).

Nous pouvons pourtant trouver des similitudes entre soins de santé et développement durable. Chacun recherche à améliorer la qualité de vie, apporter les soins nécessaires aux individus, penser à demain, aux futures générations et tout cela sans discrimination (Regazetti L., 2016).

Cependant, nous pouvons penser que, sans contrainte politique, le secteur des soins de santé ignore son propre impact environnemental (Marraud L., Lefebure A., Baures E., 2021). Ceci explique sa surconsommation et surexploitation de produits (biens ou services) contraires à une éthique durable ayant des conséquences énormes sur la santé des populations. Avec la crise COVID19, nous nous sommes rendu compte que les ressources financières et humaines pouvaient être insuffisantes pour assurer la continuité du travail hospitalier et rendre les soins de santé efficaces. La préservation de l'environnement est donc primordiale dans ce secteur afin de réduire la pression engendrée par une détérioration de notre écosystème et de la condition humaine par voie de conséquence (Castellano S., Menvielle L. et al., 2012).

Les établissements de soins et de santé sont des consommateurs importants d'eau, d'énergie ainsi que d'une grande quantité de dispositifs médicaux à usage unique, ce qui engendre un volume sérieux de déchets (GEM-PS, 2013). Nous pourrions comprendre l'utilisation de produits à usage unique par la nécessité, pour les institutions de soins, de proposer des soins de qualité et un haut niveau de sécurité. Elles s'assurent l'usage de solutions stériles, emballées et suremballées dans des composants plastiques dont les hôpitaux gèrent l'élimination souvent par incinération auprès d'un service agréé. De plus, la peur chez les organismes hospitaliers des risques infectieux que pourraient engendrer les produits plus durables ferait encore débat et ne rencontrerait pas l'unanimité. Nous devons cependant indiquer que les déchets plastiques représenteraient plus de la moitié des déchets générés par un hôpital. Le plastique a un impact important sur l'environnement. Nous le retrouvons dans la pollution des océans ou lors de son évacuation vers les pays pauvres. Financièrement, l'usage unique reste encore à ce jour plus avantageux pour les institutions hospitalières (Dupont V., 2022).

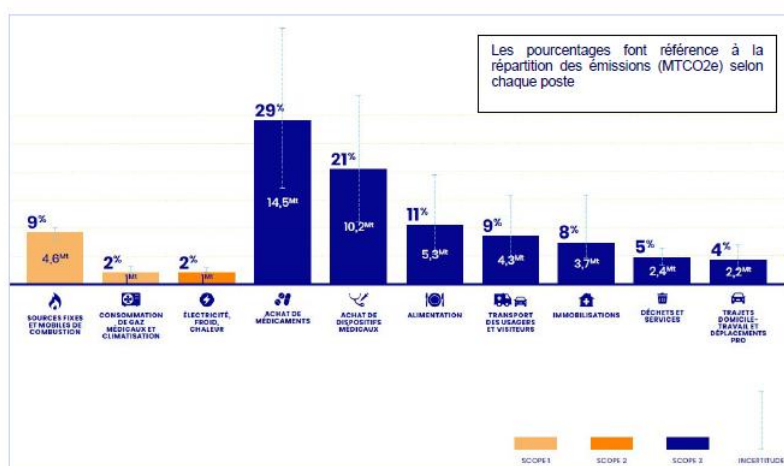


Figure 5 : Répartition des émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé (MtCO<sub>2</sub>e).

Source : The Shift Project 2023

Selon l'organisation HCWH (Health Care Without Harm), le mythe de l'usage unique serait une idée fautive sur la préservation des infections, elle serait la cause de la frilosité des dirigeants et des médecins à un changement radical des comportements (HCWH, 2021). Selon ces derniers, les produits jetables sont reconnus comme plus sûrs que les dispositifs médicaux durables. Cependant, selon Macneill, et al. (2020), il n'y aurait aucun argument véritablement concluant sur la véracité de la réduction des infections nosocomiales grâce aux dispositifs médicaux à usage unique. D'ailleurs, il appert que le « zéro infection » serait irréalisable. Il s'agit d'une opinion partagée par tous les acteurs du système de soins de santé. Ces auteurs ajoutent aussi que les institutions hospitalières mettent en avant la complexité et les coûts engendrés par l'intégration d'achats durables et le retraitement de matériaux réutilisables. Comme expliqué précédemment, leur principal argument serait la « sécurité des patients » par l'utilisation de produits à usage unique. Cependant, parler de sécurité dans le cadre d'une institution hospitalière devrait être élargie « aux dommages sociaux et environnementaux » sur la santé de la population (Macneill A-J. et al., 2020).

Le secteur de la santé reste malheureusement le seul, dans l'Union Européenne, à ne pas être concerné par des mesures, des méthodes, ou dispositifs de développement durable tout en sachant que les composants des dispositifs médicaux utilisés dans le cadre de leur activité sont concernés par différentes directives européennes, comme par exemple la réglementation sur les plastiques (GEM-PS, 2013).

Le souhait des associations de soins, comme le HCWH, est de briser les idées préconçues des parties prenantes des institutions de soins afin d'introduire petit à petit des alternatives aux consommables à usage unique, alternatives circulaires dans une optique financière, écologique, sociale mais aussi médicale. Pour cela, le HCWH préconise de « *planifier, mettre en œuvre et surveiller toutes les activités pertinentes liées aux déchets de soins de santé aux niveaux local, régional et national* ».

Des solutions sont envisagées afin d'intégrer une économie circulaire au sein des établissements de soins de santé dans leurs valeurs, activités, stratégies et missions afin d'améliorer la qualité des services et leurs impacts sur l'environnement. L'une de ces idées serait de prévoir des « *concepts de circularité* » au préalable de l'achat de biens et/ou de services, soit dans des achats publics ou encore plus en amont par un dialogue collaboratif avec les fournisseurs et producteurs. De manière interne, il s'agit de promouvoir au sein des services de soins des pratiques qui intègrent le réutilisable et le recyclage des produits et sensibiliser aux impacts sur l'environnement de l'activité hospitalière (HCWH, 2020).

Les achats publics dans le secteur de la santé concernent, entre autres, les médicaments, les dispositifs médicaux, l'alimentation, etc. L'idée serait de définir des clauses environnementales et sociales dans les marchés publics afin d'optimiser une « *politique d'achat éco-responsable* ». Pour ce faire, le plus important serait de former au préalable les acheteurs et les professionnels de la santé à cette démarche (Marraud L. et al., 2021).

C'est pourquoi, afin de stimuler l'intégration d'une économie circulaire au sein des achats publics des soins de santé, certains auteurs préconisent l'intégration de « *mécanismes législatifs et réglementaires* » de la part des gouvernements ainsi que de la part des organismes réglementant les institutions de soins pour mettre en œuvre des principes de circularité qui tiennent compte de la santé des patients et également de la population.

L'exemple type d'un système de santé intégrant une économie circulaire est celui du modèle NHS (National Health Service) du Royaume Uni qui souhaite atteindre le « zéro émission » pour 2050. Ce système intègre, depuis 2014, des objectifs environnementaux afin de réduire ses émissions et ses déchets. A cette fin, la NHS réforme de plus en plus la chaîne d'approvisionnement de son système de santé (Macneil A-J. et al., 2020).

Pourtant, malgré cette initiative, le marché des soins de santé est très particulier et réclame une étude spécifique pour chaque produit utilisé. Standardiser les mécanismes de marché public est une difficulté qui peut être rencontrée dans l'introduction d'une économie circulaire. De plus, intégrer des critères d'attribution environnementaux est compliqué vu la faible connaissance des professionnels et aussi des acheteurs dans l'analyse du cycle de

vie des médicaments, des dispositifs médicaux ainsi que du manque de ressources potentielles de ces individus et du manque de temps dans la compréhension et la recherche pour réaliser un marché public plus écologique. Cependant, prendre le temps de former le personnel de santé et les acheteurs aux pratiques et connaissances environnementales au sein des achats publics permettrait à ceux-ci de réaliser des achats plus responsables et ainsi de réduire l'impact sur l'environnement des institutions de soins (Potelle B., 2019).

Pour concevoir la complication de l'intégration d'une économie circulaire au sein des institutions de soins, il est essentiel de comprendre le rôle de ces dernières et les principaux défis auxquelles elles font face.

## 8.2. INSTITUTIONS HOSPITALIERES : ROLE ET DEFIS

Les institutions hospitalières jouent un rôle crucial dans la fourniture de soins de santé et la promotion de la santé. Ce n'est pas leur seul rôle : les institutions de soins forment les futurs professionnels de la santé tels que les médecins, les infirmier.ère.s, les biotechnicien.ne.s, etc. En collaboration avec d'autres institutions ou centres de recherches, elles sont souvent impliquées dans l'activité de recherche médicale afin d'améliorer la compréhension des maladies et des différents traitements ainsi que dans le développement de nouvelles techniques médicales.

Les institutions hospitalières sont confrontées à des défis importants qui peuvent engendrer de nombreux changements organisationnels générés par les pressions financières, la pénurie du personnel soignant, les changements démographiques et technologiques. Pour appréhender cela, nous devons comprendre comment fonctionne le système de santé en Belgique.

La source principale de financement des institutions hospitalières provient des cotisations sociales (Budget des moyens financiers (BMF)<sup>3</sup> et INAMI). Ensuite, elles sont financées par les prestations de soins et les prescriptions médicales des médecins<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Le Budget des Moyens Financiers est une enveloppe annuelle différente pour chaque hôpital qui est calculée par le SPF Santé publique et payée aux hôpitaux par les mutuelles. Cette somme est bien souvent basée sur l'activité de l'année précédente de chaque hôpital. (<https://www.louvainmedical.be/fr/article/le-financement-de-lactivite-hospitaliere-en-belgique>, consulté le 06 août 2023).

<sup>4</sup> Le secteur hospitalier représentait en 2017 un chiffre d'affaires global de 18,2 milliards d'euros réparti comme suit : le budget des moyens financiers (BMF) à 36, 7%, les honoraires des médecins

L'Etat fédéral, par le biais du Ministère de la Santé, fixe le budget des hôpitaux, les règles générales d'organisation, la réglementation sur les produits et l'activité de soins, la gestion des professionnels de la santé, etc. Les entités fédérées sont compétentes dans différents domaines de soins (handicap, senior, santé mentale, etc.). Elles promeuvent la santé et préviennent des maladies.

Cependant, certaines prestations de soins ne sont pas accessibles à certains types de population car celles-ci ne sont pas remboursables par les mutualités et les frais de prestation sont onéreux. Il existe donc des inégalités en termes de soins en Belgique. De plus, le système de santé belge doit prendre en compte le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, etc.

Le rapport « *Belgium Health System Review* » de 2020 démontre que les réformes gouvernementales récentes ont concerné principalement le transfert de compétences de l'Etat fédéral vers les entités fédérées et le passage aux « réseaux » hospitaliers.

Ce que nous pouvons souligner dans ce rapport, dans le cadre de ce travail, c'est qu'il n'est à aucun moment question d'une refonte du système de soins et de santé dans un but de durabilité. Le terme « durable » n'est d'ailleurs cité qu'une seule fois en ces termes :

*« Dans les années à venir, les décideurs politiques continueront de relever ces défis et de poursuivre les objectifs d'amélioration de l'accès à des soins de qualité tout en rendant le système efficace et durable. Avec la crise actuelle du COVID-19, de nouveaux défis seront mis en évidence et un focus sur la résilience du système est attendu. »* (Gerkens S., Merkur S., 2020).

D'après l'article de Laurent (2020), les dépenses de soins de santé sont liées au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies en général et plus particulièrement les maladies chroniques<sup>5</sup>, elles-mêmes liées à la pollution, l'alimentation, à l'environnement et bien sûr aux nouvelles technologies (Zeitoun, 2023). Selon l'auteur, le système de santé doit stopper l'idée de dépense pour intégrer « *une logique de sobriété* ».

---

à 40 %, les forfaits INAMI à 4,5 %, les produits pharmaceutiques et assimilés à 18,1 %, les suppléments de chambre pour 0,6 % et pour terminer par les produits dits accessoires à 0,3 %. (<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/financement-des-hopitaux-generaux/sources-de-financement>, consulté le 06 août 2023).

<sup>5</sup> Près de la moitié des décès en Belgique, tout sexe confondu, est due à des tumeurs ou à des maladies cardiovasculaires en 2018. ( <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/mortalite-et-causes-de-deces>, consulté le 31 juillet 2023).

Une sobriété dont les objectifs principaux sont une limitation des émissions de GES, une adaptation de son fonctionnement interne pour réduire et se préparer aux crises climatiques et écologiques à venir et pour finir ne plus se sentir dépassé par les crises sanitaires futures comme cela a été le cas avec la COVID19 (Laurent E., 2020).

Dans son article sur le site TECHOPITAL, De Lacour (2023) a retranscrit les avis de cinq experts de la santé sur la transition écologique des institutions hospitalières. Ces experts sont principalement des médecins hospitaliers et des directeurs d'hôpitaux, membres du réseau « Lierre » (réseau composé de professionnels de la santé mais également de fonctionnaires de la fonction publique française). Leur souhait est que les réseaux hospitaliers puissent faire face aux urgences climatiques et sociales en se basant sur trois axes. Le premier axe vise le besoin de mettre en place des moyens (des fonds) afin d'arriver à une transformation écologique du système de santé. Le second axe, à ce que les institutions hospitalières définissent un plan, une stratégie afin d'accomplir cette transition par le biais, avant tout, d'une sobriété énergétique qui sera évaluée annuellement. Cette stratégie ou ce plan d'action doit, selon eux, venir tout d'abord des pouvoirs politiques afin d'établir des plans communs entre toutes les institutions hospitalières pour développer une économie circulaire. Le troisième et dernier axe proposé par ces experts serait de remodeler les objectifs des institutions hospitalières en intégrant, à côté de la qualité des soins et du budget financier, les performances écologiques de ces établissements.

Ainsi, les institutions hospitalières ont un rôle important à jouer en termes de développement durable et d'économie circulaire, puisqu'elles génèrent des quantités importantes de déchets et de consommables, et ont donc un impact significatif sur l'environnement.

Pour atteindre leurs objectifs, les hôpitaux seront confrontés à un certain nombre de défis dans la mise en place de ces pratiques. Ces défis peuvent être d'ordre logistique, financier ou réglementaire. Un autre aspect à prendre en compte est l'adhésion des différentes parties prenantes. Pour que les pratiques d'économie circulaire fonctionnent l'adhésion des parties prenantes est essentielle. Celles-ci doivent être informées et impliquées dans la mise en place de ces pratiques.

Tout bien considéré, les institutions hospitalières ont donc un rôle clé à jouer dans la transition vers une économie circulaire et doivent relever des défis importants pour adopter des pratiques plus durables ainsi que sensibiliser les parties prenantes aux enjeux environnementaux.

Afin d'atteindre ces objectifs, il est préconisé que les médecins et les dirigeants hospitaliers soient formés aux enjeux écologiques et environnementaux et activent des principes managériaux plus participatifs et pluri-professionnels basés sur cet idéal de transformation écologique telle que la responsabilité sociétale des entreprises (De Lacour G., 2023).

### 8.3. RESPONSABILITE SOCIETALE DES ENTREPRISES : DEFINITION ET PRATIQUES

La RSE, ou Responsabilité Sociétale des Entreprises, est une approche de gestion qui vise à intégrer des préoccupations sociales, environnementales et économiques dans les activités et les décisions d'une entreprise. Elle consiste à prendre en compte les impacts de celle-ci sur la société et l'environnement, et à maximiser les impacts positifs tout en minimisant les impacts négatifs.

La RSE va donc au-delà d'une simple maximisation des profits. Elle tient compte des enjeux sociaux et environnementaux auxquels l'entreprise est confrontée.

En somme, la RSE vise à ce que les organisations agissent de manière responsable et durable dans leur environnement, en prenant en compte les impacts de leurs activités sur la société et en cherchant à contribuer de manière positive à la réalisation des objectifs de développement durable.

Il existe de nombreuses pratiques de RSE pouvant être adoptées pour agir de manière responsable et durable envers l'environnement : une gestion responsable des ressources, le respect des droits de l'homme et le travail équitable, une implication au sein de la communauté locale ou encore des innovations durables.

Ces différentes pratiques sont souvent intégrées dans la stratégie globale de l'entreprise et sont mises en place de manière systématique afin de garantir une performance sociale, environnementale et économique durable.

Même si ce modèle économique est très peu représenté dans les organisations hospitalières, il n'en reste pas moins que ces dernières rentrent dans la définition de la RSE transmise par Quairel et Capron en 2013 sur base des écrits d'Afnor (2010). Voici la définition qui est donnée de la responsabilité sociétale :

*« Responsabilité d'une organisation vis-à-vis des impacts de ses décisions et de ses activités sur la société et l'environnement, se traduisant par un comportement éthique et transparent qui :*

- *contribue au développement durable, y compris à la santé et au bien-être de la société ;*
- *prend en compte les attentes des parties prenantes ;*
- *respecte les lois en vigueur tout en étant en cohérence avec les normes internationales de comportement ;*
- *est intégré dans l'ensemble de l'organisation et mis en œuvre dans ses relations. »*  
[AFNOR, 2010, p. 4]. »

Dans cette optique, l'utilisation d'une logique RSE pourrait être la réponse à l'intégration d'une économie circulaire au sein des institutions de soins. En effet, l'économie circulaire a construit son modèle principalement sur celui du développement durable et la RSE est très souvent évaluée sur base de ses trois piliers : économique, social et environnemental.

Au fil de nos lectures, il ressort que la notion de RSE est difficilement définissable tant il y a d'approches différentes. Les définitions sont souvent établies selon l'orientation choisie par les organisations elles-mêmes (Dejean F., Gond J-P., 2004).

Il existe différentes approches de la RSE mais, dans le cadre de ce travail, nous avons décidé de l'analyser sur base de la théorie des parties prenantes. Cette théorie place l'organisation au centre de tout un ensemble d'acteurs (stakeholders) ayant chacun des attentes formelles et/ou informelles envers celle-ci. Les parties prenantes peuvent inclure les employés, les clients, les fournisseurs, les investisseurs, les actionnaires, les régulateurs, les associations de la société civile, les communautés locales, les médias et les organisations concurrentes, etc. Selon leur position au sein de l'institution, les acteurs ont plus ou moins de pouvoir pouvant influencer les orientations entrepreneuriales. C'est pourquoi il est considéré que la viabilité d'une entreprise est tributaire de la réponse donnée aux attentes des stakeholders. Par ailleurs, Quairel et Capron (2013) citent les travaux de Scott en 1995 qui définissent les organisations comme des « *structures cognitives, normatives, des structures de régulation et des activités qui procurent stabilité et sens aux comportements sociaux* » [Scott, 1995, p.33]. La gestion des parties prenantes est donc un élément clé dans l'intégration d'une économie circulaire au sein d'une responsabilité sociale. Elle permet aux institutions de mieux comprendre leurs besoins en les impliquant dans leurs décisions et ainsi répondre aux préoccupations durables et équitables de la société dans son ensemble.



Figure 6 : Les différentes parties prenantes internes et externes des institutions hospitalières

De ce fait, institutionnaliser l'économie circulaire à l'égard des institutions doit en premier lieu passer par un processus d'adaptation. C'est-à-dire que les actions des parties prenantes, par cette adaptation, deviennent habituelles. Le fait qu'il y ait un lien avec les valeurs et normes sociales internes est un levier pour un changement des comportements, un changement organisationnel. Pour qu'un changement organisationnel puisse fonctionner, les auteurs soulignent l'importance d'une démarche volontaire, l'Etat n'étant que l'incitateur d'un « *entrepreneurship* ». Cependant, si les pouvoirs publics n'interviennent pas de manière forte, la démarche volontaire peut se limiter à des objectifs économiques et donc rendre difficile l'intégration d'une politique RSE sous l'angle des trois piliers du développement durable. Les entreprises doivent se rendre compte que pour être pérennes, elles doivent concilier les trois volets puisque leur activité a un impact sur la santé, le bien-être de la société ainsi que sur la préservation de leur environnement qui sont, tout comme le volet économique, une part de leur existence sur le long terme (Quairel F., Capron M., 2013).

En effet, les objectifs de la dimension sociale de la RSE et du développement durable visent à éviter l'exclusion, établir un système équitable et promouvoir la formation des individus. Par ailleurs, le capital humain joue un rôle important dans l'équilibre des trois dimensions puisque la dimension économique contribue également à des relations stables et équitables entre les différents acteurs afin d'atteindre leurs objectifs économiques (un certain statut social, un niveau de revenu raisonnable, etc.). De plus, intégrer la dimension sociale dans

une économie circulaire est importante puisqu'un individu qui se retrouve en précarité est plus sujet au risque de maladie, d'absence, de burn-out, etc. C'est pourquoi le lien entre la santé et la condition sociale est important. La dimension sociale est également liée à la dimension environnementale puisque les changements climatiques et la dégradation des ressources naturelles ont un impact important sur l'état de santé des individus.

Il n'est donc pas négligeable, dans le cadre des institutions hospitalières, d'intégrer cette notion de RSE afin de maintenir un accès aux soins pour tous de manière équitable et égalitaire (Castellano S., Menvielle L., et al., 2012).

Selon Dejean et Gond (2004), les institutions hospitalières doivent comprendre leur place et leur impact dans la société et sur leur environnement et être contraintes d'adopter « *un comportement socialement responsable* ». Pour ce faire, elles devraient analyser, entre autres choses, les jeux des acteurs et les tensions formelles ou informelles, qui structurent l'organisation (Dejean F., Gond J-P, 2004).

Comme évoqué précédemment, pour que l'intégration d'une économie circulaire soit efficace, l'organisation devrait mettre tout en œuvre pour acquérir l'adhésion des parties prenantes afin d'évoluer vers une transformation durable. Elle devrait également prendre en compte les raisons pour lesquelles les parties prenantes agissent pour un hôpital plus durable. Ces raisons peuvent être de deux ordres qui sont, soit symboliques, soit substantielles. Symboliques car elles valorisent l'image des parties prenantes mais se caractérisent souvent par des actions temporaires, à court terme avec peu d'implication. Substantielle par des valeurs sociales et éthiques des parties prenantes se caractérisant par une implication à moyen et long terme afin d'atteindre un avantage concurrentiel. L'engagement volontaire des organisations dans une démarche RSE peut également avoir un impact positif et direct sur les trois dimensions qui la définissent, toujours dans une idée de bénéfices et d'avantages concurrentiels, et pour encourager le changement organisationnel. (Macneill A-J. et al., 2020 ; Allix-Desfautaux E., Makany L., 2015).

## 8.4. SOCIOLOGIE DES ORGANISATIONS : PROCESSUS ET IMPACTS D'UN CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

L'intégration d'une économie circulaire et d'une politique de RSE peut nécessiter un changement organisationnel au sein des institutions hospitalières. Ce processus peut avoir des impacts significatifs sur les organisations et sur les parties prenantes, principalement les directions et les utilisateurs.

En premier lieu, nous pouvons considérer qu'il y aura un impact important sur les objectifs et stratégies des institutions de soins qui devront être réévaluées sous l'angle de l'économie circulaire et de la Responsabilité Sociétale des Entreprises afin de mettre en œuvre des pratiques plus durables. Cela consiste en un long travail d'évaluation des impacts environnementaux actuels, d'identification des opportunités potentielles et opportunités d'amélioration et aussi de vérifier l'implication des différentes parties prenantes considérées.

En second lieu, les organisations devront prendre en compte l'impact sur leurs coûts d'un tel changement organisationnel car l'intégration d'une économie circulaire pourrait entraîner des coûts initiaux supplémentaires pour les institutions hospitalières, tels que l'investissement dans de nouveaux équipements ou l'embauche de personnel supplémentaire pour gérer les pratiques durables. Cependant, à long terme, ces coûts peuvent être compensés par les économies réalisées grâce à une réduction des coûts de déchets, une diminution des coûts énergétiques et une amélioration de l'efficacité des ressources. Mais attention à l'effet rebond des gains occasionnés.

Durant la période pré-COVID 19, des auteurs comme Chabagno (2018) considéraient que l'engagement des institutions de soins était très relatif en ce qui concerne le développement d'une démarche de durabilité. En France, certains établissements étaient engagés depuis plusieurs années tandis que d'autres commençaient tout juste leur réflexion sur le sujet. L'enquête menée a mis à jour les différents motifs d'engagement des établissements de santé ainsi que les moyens et compétences mis en œuvre pour y arriver. Cette analyse a fait ressortir trois motifs principaux à l'engagement, ceux-ci pouvant se combiner ou se renforcer :

- la conviction ou la volonté individuelle ;
- les exigences de certification (HAS par exemple) ;
- la sphère économique.

Le premier motif semble être celui qui serait lié à la création de la démarche de développement durable dans de nombreuses institutions hospitalières. Cette conviction ou volonté individuelle serait issue d'un professionnel de santé, d'une direction générale ou d'un collaborateur soit par une démarche d'intérêt auprès de ses collègues et de sa propre direction, soit par la mise en pratique d'actions concrètes au sein des services de soins. Toujours selon Chabagno (2018), cette démarche de conviction individuelle est le meilleur moyen de garantir une dynamique et un engagement fort pour l'intégration d'une politique de développement durable. Cependant, afin de pérenniser cet engagement, celui-ci doit être institutionnalisé pour que les démarches ne s'essouffent pas avec le temps. Il est donc très important que ce type de projet soit soutenu par les directions hospitalières sans que celles-ci adoptent une gouvernance trop stricte ou cloisonnée. C'est pourquoi, l'intégration d'une économie circulaire et d'une politique RSE demande de la part des institutions une approche managériale et sociétale plus souple mais qui doit absolument être introduite de manière concrète. (Chabagno L., 2018).

Pour introduire une démarche d'économie circulaire au sein des institutions hospitalières et pour que celle-ci amène l'adhésion de la majorité des parties prenantes, il est intéressant d'analyser comment les organisations de soins sont organisées et structurées et quels sont les pouvoirs formels et informels qui peuvent influencer son intégration. La sociologie des organisations comme cadre théorique peut aider à comprendre et à identifier les freins et leviers à l'intégration d'une économie circulaire.

Selon l'analyse organisationnelle de Mintzberg (1989), nous pouvons définir les hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés, comme des institutions complexes composées d'une grande variabilité de structures en fonction de leur taille, du contexte géographique, etc. Ils sont souvent considérés comme des organisations bureaucratiques avec une forte division du travail. Elles sont marquées par une spécialisation des tâches, des services médicaux et administratifs distincts, une hiérarchie formelle de manière générale ainsi qu'au sein de chaque service. Cette hiérarchie est souvent basée sur le statut, l'autorité et une forte distinction entre le personnel médical et administratif.

Les hôpitaux sont également des organisations professionnelles, où les médecins, les infirmier.ère.s et autres professionnels de soins ont une forte influence sur les pratiques et les décisions. Dans l'organisation professionnelle, les normes et règles informelles peuvent avoir une certaine prépondérance et peuvent entrer en conflit avec les objectifs institutionnels.

Cette première analyse de l'organisation hospitalière selon Mintzberg permet de mettre en place et de comprendre que les institutions hospitalières sont des organisations complexes composées de différents objectifs qui peuvent entraîner des tensions et conflits entre les différents acteurs de l'hôpital (Mintzberg H., 1989).

Carricaburu et Ménoret (2004) confirment cette analyse dans leur article « *l'hôpital comme organisation* » où les médecins ont un pouvoir étendu à différents niveaux de la structure hiérarchique de l'hôpital. Ils reconnaissent qu'il existe deux types d'autorité qui sont pour l'une « *profane* » représentant l'administration et pour l'autre « *professionnelle* », représentant les médecins et le personnel soignant. Ces deux « *lignes d'autorité* » ne sont pas forcément séparées l'une de l'autre car il existerait des « *zones hybrides* » où ces lignes se superposent. Cette dualité peut souvent entrer en conflit vu que l'une représente l'organisation bureaucratique qui fonctionne avec une hiérarchie stricte et l'autre professionnelle qui se base sur le charisme des médecins. Si nous revenons à l'analyse de Mintzberg, l'hôpital est considéré comme un modèle de bureaucratie professionnelle où deux types d'acteurs interviennent, l'administration et le corps médical qui ont chacun des pouvoirs spécifiques tout en gardant à l'esprit que la majorité des tâches de l'hôpital sont réalisées par le personnel médical. Ceci leur apporte un certain degré de pouvoir et peut influencer les processus de négociation où se conjuguent les intérêts professionnels et personnels, ce qui déplace cette analyse d'une analyse organisationnelle vers une analyse sociologique des jeux de pouvoir. Les acteurs hospitaliers utilisent les règles formelles et informelles selon les avantages qu'ils peuvent en tirer selon leurs objectifs propres. Pour Carricaburu et Ménoret (2004), ordonner l'hôpital exige un rôle de négociateur pour jongler entre les objectifs de chacun où les accords sont très souvent discutés, négociés, modifiés et donc tout changement de cet ordre social devra être renégocié à chaque fois (Carricaburu D., Ménoret M., 2004).

En effet, les pratiques professionnelles peuvent être basées sur des normes et des habitudes acquises au fil du temps mais qui ne rencontrent pas toujours les objectifs institutionnels. Par exemple, la prescription de médicaments coûteux ou ayant des effets secondaires indésirables malgré le souhait de la direction de proposer des médicaments génériques ou ayant des effets secondaires moins forts juste en raison de l'habitude, de leur formation ou de leur expérience. Si l'institution devait revoir sa politique de développement durable en intégrant une gestion économique de plus en plus circulaire, les normes et cultures des pratiques professionnelles pourraient rentrer en conflit avec l'idée de réduire l'utilisation d'instruments médicaux à usage unique ou des médicaments qui ont des effets délétères sur l'environnement. Les conflits que peuvent rencontrer la hiérarchie

avec les parties prenantes peuvent rendre difficile la mise en place de pratiques durables car les professionnels de soins peuvent être réticents à changer leurs pratiques ou à se conformer aux objectifs d'économie circulaire ou de RSE. Cependant, une sensibilisation aux impacts environnementaux et sociaux de leurs pratiques pourrait sans doute réduire ces conflits et les encourager à modifier leurs normes et habitudes.

Nous devons donc aller plus en profondeur dans cette analyse et comprendre ces normes et habitudes de manière plus approfondie. Pour cela, la théorie des structures de pouvoir dans les organisations de Crozier (1973) nous semble la méthode la plus appropriée.

Selon cet auteur, les structures de pouvoir sont construites autour de trois dimensions, à savoir :

- Les positions : La position occupée par chaque individu dans l'organisation lui donne un certain pouvoir en fonction de son niveau hiérarchique et de ses responsabilités. Selon le contexte et les relations interpersonnelles, la position occupée dans l'institution et le pouvoir peuvent varier.
- Les enjeux : Il s'agit des intérêts des individus dans les différentes décisions et actions au sein de l'organisation. Si les enjeux sont en contradiction avec les décisions hiérarchiques, il peut y avoir des conflits.
- Les ressources : Les ressources sont les moyens dont disposent les individus et qui leur donnent le pouvoir d'influencer ou non les décisions. Ces ressources peuvent être matérielles, financières et/ou symboliques (le prestige, la réputation, etc.).

Selon l'analyse de Crozier, utilisées dans le cadre des institutions hospitalières, les structures de pouvoir peuvent être plus ou moins rigides et hiérarchisées puisque les positions et les ressources sont bien souvent clairement définies. Cette analyse des structures de pouvoir permet de comprendre les relations et les dynamiques de pouvoir et d'identifier les freins et les leviers à la mise en place de nouvelles pratiques durables et responsables. L'intégration de nouvelles pratiques respectant les objectifs d'économie circulaire et de RSE demandera l'implication d'un processus de changement organisationnel. L'identification des structures de pouvoir peut aider à identifier les acteurs clés, à comprendre leurs intérêts et leurs motivations, et à trouver des moyens de les engager dans le processus de changement. Cette identification joue un rôle crucial pour promouvoir le changement en impliquant les individus ou les groupes d'influence dans le processus (Crozier M., 1973).

L'analyse systémique et stratégique avancée par Crozier peut dès lors être liée à la théorie du changement organisationnel proposée par Foudriat (2021) qui considère que le changement organisationnel entraîne une possible redistribution des pouvoirs au sein de l'institution. Cette redistribution des pouvoirs implique des conflits et/ou des négociations entre les différentes parties prenantes de l'organisation qui cherchent à garder et défendre leurs positions et leurs intérêts.

Lors d'un changement au sein d'une organisation, le processus d'introduction de ce changement peut être un facteur de résistance pour les acteurs puisque chaque individu aura une attitude, un discours, une implication différente par rapport au processus engagé selon son impact sur les objectifs de chacun. Selon Foudriat, il existe trois types d'actions qui définissent trois types d'acteurs :

- le soutien – l'implication (opportunités) ;
- l'opposition – la résistance (menaces) ;
- le retrait – l'indifférence (ni l'un ni l'autre).

Ces actions seront définies par des comportements considérés comme rationnels pour les acteurs concernés. Foudriat et Crozier les définissent comme les « *stratégies* » des acteurs. En effet, un changement organisationnel peut bouleverser les stratégies et l'équilibre des forces en présence et créer de nouvelles règles du jeu en redistribuant les positions. C'est pourquoi les acteurs peuvent engager des actions dites « *favorables* » ou « *défavorables* » pour maintenir leur position et leurs stratégies. En effet, leur intérêt dépendra de leurs perceptions que le changement organisationnel engendrera pour eux et qu'ils ressentiront soit comme une menace ou soit comme une opportunité (Foudriat M., 2021).

Toute entreprise est susceptible de rencontrer dans son existence des changements essentiels et drastiques. En effet, rien qu'avec l'évolution technologique et technique, les entreprises doivent maintenir une certaine capacité d'adaptation rapide afin d'évoluer et, parfois, modifier leurs stratégies, leurs pratiques, leur structure, etc. pour s'adapter et assurer leur compétitivité. Cependant, tout changement organisationnel peut engendrer des résistances de la part des individus et c'est au responsable ou à la direction d'identifier les sources de résistance afin d'établir une stratégie organisationnelle fiable. C'est le cas également des institutions hospitalières (Soparnot R., 2013).

Buchanan et al. (2007) dans leur livre « *The Sustainability and Spread of Organizational Change : Modernizing healthcare* » se concentrent sur la modernisation des soins de santé et les changements organisationnels nécessaires pour y parvenir et les défis auxquels les organisations de santé sont confrontées lors de la mise en place de changements durables ainsi que sur les stratégies et les pratiques pour y parvenir. Les auteurs mettent l'accent sur les facteurs-clés de la réussite tels que le leadership, la collaboration, la communication et la culture organisationnelle. Ils examinent également les avantages de la modernisation des soins de santé, notamment l'amélioration de la qualité des soins, l'efficacité organisationnelle et la satisfaction des patients. Pour ces auteurs, les dirigeants doivent être engagés dans le changement et communiquer clairement les objectifs et attentes de l'institution. Ils doivent également communiquer et encourager le personnel tout au long du processus de changement. La participation des parties prenantes est importante pour le succès du changement, ce qui implique de solliciter les individus pour améliorer la conception et la mise en œuvre du changement. La communication, la formation et le soutien sont autant d'éléments essentiels, si et seulement si, ils sont réalisés de manière régulière et adaptée aux parties prenantes. La dernière et non des moindres pour la réussite d'un changement est le besoin de ressources. Ce qui signifie mettre à disposition les ressources financières, matérielles et humaines nécessaires à la mise en œuvre et au maintien du changement sur le long terme (Buchanan D-A et al., 2007).

## 8.5. CONCLUSION

Au terme de ces différentes recherches et lectures, nous pouvons conclure que les institutions hospitalières ont un impact sur l'environnement. Si celles-ci ont pour objectif de réduire leur impact environnemental, il s'avère nécessaire qu'elles s'emploient à réduire cet impact par le biais d'une économie circulaire consistant en premier lieu à analyser le cycle de vie des produits qu'elles utilisent et principalement des dispositifs médicaux. En termes d'économie circulaire, nous devons nous interroger sur son intégration au sein des institutions de soins, est-elle effective ou en cours d'élaboration. Le fait de confondre économie circulaire et développement durable demande également une compréhension de cette théorie et si les parties prenantes en sont conscientes. Il peut exister différentes approches de l'économie circulaire et nous devons comprendre quelles sont les priorités des hôpitaux et par quoi ils souhaitent commencer. Ensuite, nous devons comprendre que l'intégration d'une économie circulaire ne peut se faire que par le biais d'une politique de Responsabilité Sociétale des Entreprises au travers de l'implication et des objectifs des parties prenantes. En termes de RSE et principalement dans le cadre des parties prenantes, nous devons analyser l'implication qu'attribuent les institutions hospitalières aux

différentes parties prenantes dans l'élaboration des pratiques durables : sont-elles en autres, interrogées, impliquées, informées, sensibilisées ? Pour finir, pour impliquer les parties prenantes, les institutions hospitalières se doivent de prendre en compte les résistances potentielles à l'intégration d'une économie circulaire qui risque d'engendrer un changement organisationnel conséquent dans les habitudes et la culture des professionnels de santé. Il s'agit de savoir si les institutions ont pris en compte les résistances possibles à l'intégration d'une économie circulaire ou tout du moins quelles seraient-elles selon elles.

Nous tenterons donc de répondre aux hypothèses suivantes :

#### **Economie circulaire :**

- Les pratiques d'économie circulaire ou de développement durable ne sont pas encore intégrées aux pratiques hospitalières.
- Les institutions hospitalières réfléchissent à une implication en termes de réduction de leur consommation énergétique et à une meilleure gestion de leurs déchets mais ne réfléchissent pas encore au cycle de vie du matériel médical.

#### **Responsabilité sociétale des entreprises :**

- Les institutions hospitalières n'impliquent pas assez certaines parties prenantes, principalement les utilisateurs (médecins, infirmiers et infirmières, etc.).
- Les parties prenantes ne sont pas assez sensibilisées ni informées sur les conséquences de leurs actes et de leurs pratiques sur l'environnement.

#### **Changement organisationnel :**

- Les institutions hospitalières minimisent les résistances possibles à l'intégration d'une économie circulaire.
- Les défis/résistances sont dus principalement à la culture et aux habitudes des parties prenantes.

## 9. MÉTHODOLOGIE

### 9.1. TYPE DE RECHERCHE ET MÉTHODES D'ANALYSE

La méthodologie de recherche employée dans ce mémoire se basera sur les cadres théoriques présentés précédemment. Pour rappel, nous avons abordé l'intérêt de l'intégration d'une économie circulaire au sein des établissements de santé et son implication en termes de défis. Nous avons ensuite défini que la meilleure manière d'intégrer une économie circulaire est de l'assimiler au domaine d'action de la Responsabilité Sociétale des Entreprises et de la théorie des parties prenantes. Nous avons conclu que pour qu'un projet d'économie circulaire soit viable dans les institutions de soins, celui-ci doit être considéré au regard des stakeholders qui ont une influence importante dans un hôpital. C'est-à-dire, les dirigeants et les médecins. En effet, chacun est responsable d'une ligne directrice qui est soit administrative, soit professionnelle. Telle est la raison pour laquelle cette méthodologie d'analyse se basera aussi sur le troisième cadre théorique du changement organisationnel puisque toute modification dans les habitudes et la culture institutionnelle peut engendrer des conflits avec et entre les acteurs de l'organisation.

Nous interrogerons donc diverses organisations de soins de santé afin de connaître leur politique actuelle sur l'intégration d'une économie circulaire au sein de leurs établissements. Quels ont été ou seront les adhésions, obstacles et limites rencontrés.

Les entretiens se baseront sur une grille d'entretien adaptée à chaque interlocuteur rencontré afin de recueillir des éléments d'analyse pertinents sur la mise en place d'une politique d'économie circulaire au sein des établissements de soins de santé. Cette grille d'entretien a été validée par l'ensemble de la commission mémoire (Cfr. Annexe A).

Nous avons choisi d'analyser ces entretiens de manière déductive, c'est-à-dire que nous partirons de notre question de recherche et des différentes hypothèses établies afin d'éprouver la valeur de ces dernières et relier les résultats sur base des connaissances et pratiques d'économie circulaire ou de développement durable au sein des institutions de soins, de l'intégration des parties prenantes dans le processus de décision et pour terminer des freins et des adhésions potentiels d'un changement organisationnel vers un hôpital durable.

Une enquête quantitative n'est pas envisageable vu la trop grande hétérogénéité des structures, de leurs caractéristiques différentes pour ce type d'étude.

Le choix de ces entretiens semi-directifs et des acteurs a pour objectif de recueillir des éléments concrets sur les actions menées et mises en place au sein des établissements.

## 9.2. POPULATION ET ÉCHANTILLON

Nous avons décidé de réduire le champ de recherche aux institutions hospitalières comptant plus de 900 lits d'accueil sur le territoire de la Wallonie. Six grands hôpitaux ont été consultés, plus de 90 personnes sollicitées évoluant dans les domaines suivants :

- Directions générales ou médicales
- Responsables durabilité
- Médecins chefs de service du bloc opératoire, de soins intensifs et/ou des urgences
- Pharmaciens chefs de service

Sur l'ensemble des personnes sollicitées, seules 14 ont participé à cette étude. Afin de respecter l'anonymat, le nom des participants a été modifié. Il en est de même pour les hôpitaux.

L'hôpital A compte plus ou moins 1.154 lits répartis sur 6 infrastructures. Les répondants pour cette institution sont :

- Monsieur Thibaut, Directeur général ;
- Le Docteur Frédéric, Médecin chef de service de chirurgie.

L'Hôpital B compte plus ou moins 1.390 lits répartis sur 6 implantations. Les participants pour cette institution sont :

- Le Docteur Céline, Médecin chef de service des urgences ;
- Le Docteur Etienne, Médecin chef de service adjoint aux soins intensifs ;
- Le Docteur Alexandre, Médecin chef de service aux soins intensifs ;
- Monsieur Gauthier, Responsable durabilité.

L'Hôpital C compte plus ou moins 1.190 lits répartis sur 6 sites. Les répondants pour cette institution sont :

- Le Docteur Yves, Médecin chef de service de chirurgie.

L'Hôpital D compte plus ou moins 1.038 lits répartis sur 4 implantations. Les participants pour cette institution sont :

- Le Docteur Emmanuel, Médecin chef de service des urgences ;
- Madame Vanessa, Responsable durabilité ;
- Madame Marie, Responsable financier et ressources humaines.

L'Hôpital E compte plus ou moins 936 lits répartis sur 3 sites hospitaliers. Les répondants pour cette institution sont :

- Le Docteur Pierre, Médecin chef de service des urgences ;
- Madame Isabelle, Pharmacienne ;
- Madame Valérie, Pharmacienne.

L'Hôpital F compte plus ou moins 1.009 lits répartis sur 4 implantations. Les participants pour cette institution sont :

- Madame Marion, Responsable durabilité.

### 9.3. COLLECTE ET TRAITEMENT DES DONNÉES

Comme précisé ci-avant, nous avons mené des entretiens semi-directifs avec des directions générales, des responsables durabilité, des médecins chefs de différentes unités de soins et des pharmaciens.

Lors des entretiens, certains interlocuteurs ont été interrogés en même temps.

Ces différents entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité (Annexe B) et analysés sur base des hypothèses de recherche suivantes :

#### **Economie circulaire :**

- Les pratiques d'économie circulaire ou de développement durable ne sont pas encore intégrées aux pratiques hospitalières.
- Les institutions hospitalières réfléchissent à une implication en termes de réduction de leur consommation énergétique et à une meilleure gestion de leurs déchets mais ne réfléchissent pas encore au cycle de vie du matériel médical.

#### **Responsabilité sociale des entreprises :**

- Les institutions hospitalières n'impliquent pas assez certaines parties prenantes, principalement les utilisateurs (médecins, infirmiers et infirmières, etc).
- Les parties prenantes ne sont pas assez sensibilisées ni informées sur les conséquences de leurs actes et de leurs pratiques sur l'environnement.

#### **Changement organisationnel :**

- Les institutions hospitalières minimisent les résistances possibles à l'intégration d'une économie circulaire.
- Les défis/résistances sont dus principalement à la culture et aux habitudes des parties prenantes.

## 9.4. LIMITES DE LA RECHERCHE

Plusieurs limites potentielles sont à prendre en compte dans le cadre de cette recherche, notamment :

- La taille de l'échantillon : la taille de l'échantillon peut limiter la généralisation des résultats. Un échantillon trop petit ne permettra pas de généraliser les résultats à l'ensemble des hôpitaux. De plus, les résultats de cette recherche ne peuvent être généralisés qu'aux institutions hospitalières incluses dans l'échantillon. Les résultats pourraient être différents pour les autres institutions hospitalières belges ou dans des contextes différents.
- Le biais de désirabilité sociale : ce biais est un autre facteur qui peut affecter la validité des résultats. Les répondants peuvent biaiser leur réponse soit en répondant ce qu'ils pensent que le chercheur veut entendre, soit en répondant avec des réponses socialement désirables.
- La validité des mesures : les mesures utilisées pour évaluer les pratiques de RSE, l'engagement des parties prenantes, les impacts du changement organisationnel, etc., peuvent ne pas être valides et fiables.
- Le temps limité : le temps limité pour effectuer la recherche peut également être un obstacle potentiel à la collecte de données et à la réalisation d'une analyse plus approfondie.
- La limitation de la théorie : les théories sociologiques, économiques et de gestion peuvent ne pas suffire pour une compréhension complète de la complexité des enjeux liés à l'économie circulaire dans les institutions hospitalières.

En conclusion, ces limites peuvent affecter la validité et la fiabilité des résultats de la recherche. Il est important de les prendre en compte et de les discuter pour interpréter les résultats et les conclusions de la recherche.

## 10. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

### 10.1. ECONOMIE CIRCULAIRE DANS LES INSTITUTIONS HOSPITALIÈRES : ETAT DES LIEUX

Lorsque nous avons interrogé les différents intervenants sur leur connaissance en matière d'économie circulaire, nous avons constaté que seulement cinq d'entre eux connaissaient ce modèle économique. Les autres ne savaient pas exactement ce que couvre ce terme ou le confondaient parfois avec le développement durable. Ce qui est tout à fait compréhensible vu que l'approche théorique de l'économie circulaire se base principalement sur les théories du développement durable. Cependant, là où le développement durable touche un grand nombre de sujets dont celui d'une économie de durabilité, l'économie circulaire touche au cycle de vie de nos produits. Nous pouvons également reconnaître que les seules personnes ayant des connaissances en termes d'économie circulaire sont un directeur général, une responsable financière et ressources humaines et trois responsables durabilité. Au sein des institutions hospitalières A, B, D et F, le choix d'intégrer un développement durable est principalement venu de leur direction générale, une direction qui a souhaité ouvrir un poste de responsable durabilité afin de créer une stratégie organisationnelle dans cette vision d'hôpital durable. Ceux-ci ont rencontrés nombre de spécialistes, des parties prenantes externes, telles que les fournisseurs, les décideurs politiques en termes de santé, des représentants des fédérations hospitalières ou des fédérations pharmaceutiques afin d'engager ce processus de durabilité.

Dans cet engagement d'intégration d'une économie circulaire, trois des intervenants sont des responsables durabilité sur trois institutions hospitalières différentes, deux dans la région de Liège et un dans le Hainaut. Ce sont les hôpitaux B, D et F. La direction générale interrogée de l'Hôpital A nous a également informé qu'un poste venait de s'ouvrir et que la personne engagée prendrait ses fonctions dans les prochains mois. Pour les hôpitaux B et F, nous avons remarqué un engagement déjà bien établi depuis plus de 10 mois. La troisième personne est en poste depuis moins de 6 mois lors de l'entretien et le développement d'un processus de durabilité au sein de cette institution en est à ses balbutiements.

Les responsables durabilité les plus anciens, Gauthier et Marion ont pu établir leurs enjeux prioritaires en termes de développement durable et ont commencé à établir des processus, des chartes et autres actions afin de cadrer leur travail et les démarches futures. Nous pouvons également souligner que tous les responsables durabilité ont été encadrés dans leur démarche par des experts venant de bureaux d'études divers afin d'établir leurs processus de changement organisationnel. Ils s'accordent tous sur le fait que cela est dû à un appel à projet ou plutôt à un appel à analyse de la part des fédérations hospitalières telles que UNESSA et SANTHEA. Cette information nous a permis de nous rendre compte que les organes politiques commencent à s'impliquer dans une démarche de développement durable dans le système de santé en Belgique et met en œuvre des actions afin de mobiliser les institutions de soins à des changements organisationnels.

Nous pouvons cependant souligner que lors des entretiens, certains médecins chefs de service interrogés n'étaient pas conscients ou informés de l'existence d'un responsable durabilité au sein de leur institution. D'autres en étaient conscients mais n'avaient aucune connaissance des objectifs ou enjeux de leur institution ni de ce qui serait envisagé dans le futur.

D'ailleurs, tous les intervenants se rejoignent pour dire qu'à ce jour, les initiatives comportementales en termes de développement durable ou d'économie circulaire sont minimales. Les institutions hospitalières ont en premier lieu favorisé les éco-gestes comme le tri des déchets par des campagnes d'affichage. Certains d'entre eux ont relevé que la meilleure manière d'intégrer cette philosophie de travail au sein des unités de soins devait se réaliser petit à petit, « *morceaux par morceaux* ». Vanessa, responsable durabilité, considère par ailleurs que « *ces petites initiatives qui vont inspirer d'autres personnes qui vont faire peut-être la même chose dans leur service* » auront un impact significatif sur leur travail.

Néanmoins, nombre d'entre eux et principalement les médecins chefs de service ont relevé que le principe du recyclage n'était pas encore bien ancré dans les pratiques professionnelles que ce soit lors de l'acte de soins ou dans la vie quotidienne au sein de l'institution. Il faut savoir que dans les hôpitaux, il existe quatre types de tri : la poubelle grise qui reprend les matières résiduelles (DAOM), le sac bleu avec les matières plastiques, métaux et cartons à boissons (PMC), le papier et les poubelles jaunes (DASRI) qui renferment les matières considérées comme dangereuses demandant un traitement particulier de la part du prestataire qui a en charge la gestion des déchets. Les sacs doivent se fermer hermétiquement, ils sont traités à part dans la chaîne de traitement pour finir par être incinérés. Ce qui est relevé lors des entretiens est le fait que le personnel de soins

rencontre des difficultés à trier les déchets entre la poubelle classique et la poubelle jaune. Cela engendre, par sécurité, que la majorité des produits de soins vont dans la poubelle jaune alors que celle-ci demande un coût supplémentaire de traitement. Dans certains hôpitaux, malgré une campagne de sensibilisation par le biais d'affiches photos par exemple, le problème reste toujours d'actualité.

Dans les 10 enjeux jugés prioritaires pour l'une des institutions de soins, la responsable durabilité nous confirme que ce qui est prioritaire est « *toujours subjectif aux yeux des parties prenantes* ». En effet, elle souligne que pour l'analyse des idées, il est fait un tri « *entre ce qui est faisable et pas faisable, populaire et pas populaire, ce qui demande des ressources, ce qui peut être mis en place rapidement ou non* ».

C'est pourquoi, à la question de savoir quelle était la priorité, par quoi commencer pour intégrer une économie circulaire au sein des institutions hospitalières, nous avons relevé que la gestion des déchets était mise en avant par la majorité des interlocuteurs. Comme nous le précisons ci-avant, la problématique du tri des déchets est importante dans les institutions hospitalières et une meilleure gestion de celle-ci pourrait en effet engendrer des retours sur investissements intéressants. Cependant, nombre de nos intervenants ont mis en évidence qu'une démarche de tri au sein des institutions hospitalières aurait un impact important sur le travail du personnel de soins qui rencontre depuis quelques temps des problèmes de sous-effectifs et une charge de travail déjà très conséquente. Le Docteur Frédéric, médecin chef de service de chirurgie de l'Hôpital A, ajoute également à cela le manque d'information envers le personnel de soins sur la filière des déchets. Le personnel ressentirait une méfiance envers le pouvoir décisionnaire sur la finalité des déchets, « *il ne sait pas trop pourquoi il trie* ».

Une autre approche assez intéressante est soulevée par certains d'entre eux qui se rejoignent pour dire que le travail doit être réalisé en amont. Pour le Docteur Yves, médecin chef de service de chirurgie de l'Hôpital C, « *le meilleur matériel qui est le moins polluant est celui que l'on n'utilise pas* ». Pour Marion, responsable durabilité, il faut en effet « *travailler sur l'amont qui est de réduire la consommation, réduire les achats et acheter durable [...]* ». Pour le Docteur Alexandre, médecin chef de service aux soins intensifs de l'hôpital B ce sur quoi doit travailler l'hôpital c'est la gestion des plastiques et du suremballage. De ce fait, il rejoint la pensée du Docteur Yves et de Marion car selon lui « *si la base n'achète plus [de produits suremballés], on peut faire mobiliser les choses* ». Nous pouvons relever l'intérêt important de cette idée dans le cadre de l'intégration d'une économie circulaire. En effet, cette démarche est ce qui aura le moins d'impact sur le travail du personnel de soins. Cependant, celle-ci demande un travail en amont assez colossal

pour les services d'achats qui doivent investiguer auprès des utilisateurs mais aussi au niveau des fournisseurs. De plus, nous l'avons souligné dans le cadre théorique de l'économie circulaire, les acheteurs dans les institutions de soins sont très peu formés aux marchés publics durables et à l'intégration de clauses environnementales comme critères de sélection ou d'attribution. Il suffit de regarder un programme universitaire en administration publique ou tout simplement les formations transmises par des organismes privés de formation pour les professionnels des achats. Les clauses environnementales et sociales sont présentées mais ne sont pas approfondies et il n'est pas proposé de mise en pratique afin de pouvoir les utiliser. L'une des responsables durabilité nous le précise lors de l'entretien. Ils ont souhaité former leurs acheteurs mais cette formation n'a pas été concluante et « *il n'y a pas de recette clé sur porte* » comme le précise Marion.

Un autre travail en amont a également été relevé, celui de la gestion des denrées alimentaires. Nombre de médecins chefs de service ainsi que Thibaut, directeur général, ont mis en évidence la nécessité de travailler sur cette thématique. Premièrement, car celle-ci peut être facile à mettre en place sans perturber le travail du personnel soignant. La difficulté relevée cependant par les intervenants est qu'il est parfois difficile de définir le nombre de repas par jour. Un patient pouvant se trouver aux heures de repas en intervention ou en examen, etc. Deuxièmement, nombre d'entre eux ont pointé le retour sur investissement et les économies que peuvent apporter cette démarche par la réduction des achats de denrées alimentaires mais aussi celle-ci aura un impact non négligeable sur la gestion et donc la réduction des déchets.

Pour faire le parallèle entre les dispositifs à usage unique et les dispositifs réutilisables, il faut savoir que la majorité des intervenants ne savaient pas confronter les deux sur le long terme. En termes de prix, indiscutablement, beaucoup d'intervenants se rejoignent pour dire que le tout jetable revenait moins cher à court terme pour les institutions hospitalières. Cependant, Gauthier, responsable durabilité, confirme que les dispositifs médicaux réutilisables et jetables doivent être évalués sur le long terme et intégrer le coût du cycle de vie de chaque produit. Pour Marion, cela demande que le service de contrôle de gestion soit formé, informé et sensibilisé au coût global d'un matériel et que celui-ci ne s'arrête pas au prix d'achat et ajoute à cela un critère de durabilité.

Nous nous sommes interrogé également sur le fait de savoir si l'approche développement durable au sein des institutions hospitalières devait être encadrée par le système de santé (un peu dans l'ordre d'idée de la NHS et du système de santé français) ou si l'initiative ne pouvait venir que des hôpitaux afin qu'ils aient plus de liberté d'action. Il en est ressorti que les avis étaient mitigés à ce sujet. Pour Thibaut, directeur général, « *il faut une décision*

*politique à un moment donné* ». C'est d'ailleurs « *le rôle du politique de fixer des lignes* » de conduite. Il est rejoint par Gauthier qui considère que « *c'est une approche qui est nécessaire parce qu'on ne peut pas remettre aux hôpitaux la responsabilité de la transition* ». Ils soulignent cependant qu'il est nécessaire que les organes de décision politiques apportent les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs de durabilité souhaités par l'Union Européenne (ODD). Pour Isabelle, pharmacienne pour l'Hôpital E, l'initiative doit en premier lieu partir progressivement des hôpitaux avant que les règles ne soient imposées légalement par la suite afin d'établir une transition sans résistance forte.

## **10.2. RESPONSABILITÉ SOCIÉTALE DES ENTREPRISES DANS LES INSTITUTIONS HOSPITALIÈRES : INTÉGRATION DES PARTIES PRENANTES**

Pour rappel, dans le cadre de la RSE, nous avons choisi d'élaborer cette analyse sur base de la théorie des parties prenantes qui place ceux-ci au centre de l'organisation. Nous analyserons l'implication des parties prenantes dans les décisions des institutions hospitalières, dans l'intégration d'une économie circulaire. Nous essaierons de repérer les engagements volontaires des acteurs et relever les moyens mis en œuvre pour sensibiliser et/ou former les parties prenantes afin d'acquiescer leur adhésion.

---

### **10.2.1. L'IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES**

Marion, responsable durabilité, a déterminé dans chaque « *domaine-clé* » des personnes ressources qu'elle a nommée « *les experts* ». Son service a fait un appel au sein de l'institution afin de trouver des volontaires et de les répartir par la suite en sous-groupes pour travailler sur une thématique spécifique. Pouvoir travailler avec des équipes motivées serait la base de la réussite, prendre en compte les utilisateurs afin « *de réfléchir chaque soin pour qu'il soit éco-conçu* ». Cela implique également un engagement de la part des directions. Vanessa, responsable durabilité, a utilisé plus ou moins la même stratégie afin de débiter son travail au sein de son hôpital, avec la création d'un « *groupe de réflexion stratégique* » composé de cadres dirigeants et un « *groupe de réflexion plus opérationnel au niveau des unités de soins* ».

Embarquer toutes les parties prenantes pour Vanessa, c'est une manière d'avoir une vision « *suffisamment large* » de ce qui se passe dans l'institution et pouvoir ainsi sensibiliser le plus grand nombre.

En termes de RSE, Marion nous précise que, dans le cadre des groupes de travail, il sera demandé aux membres d'avoir une réflexion qui repose sur les trois piliers de la RSE et parallèlement au développement durable qui sont économique, environnemental et social.

---

### 10.2.2. VOLONTARIAT

La majorité des responsables durabilité et le directeur général confirment qu'ils sont souvent interpellés par certains membres du personnel (anesthésistes, infirmier.ère.s, médecins, etc.) sur des actes précis comme une meilleure utilisation des gaz médicaux, du matériel médical, une meilleure gestion des déchets de soins qu'ils souhaiteraient voir abordés ou réfléchis par les organes de décision.

Cependant, le Docteur Yves, médecin chef de service de chirurgie pour l'Hôpital C, semble sceptique et considère que d'attendre du personnel de soins qu'il agisse afin que les choses changent serait illusoire dans les conditions de travail que celui-ci rencontre actuellement même s'il a une « *résilience incroyable* ».

---

### 10.2.3. SENSIBILISATION

Pour le Docteur Alexandre, « *le capitaine [la direction] doit donner le cap, aider les acteurs et donner les moyens* » nécessaires pour y arriver. Marion complète en disant qu'il faut travailler « *au niveau des utilisateurs pour que ça fonctionne* » mais elle confirme que cette stratégie ne peut être porteuse que s'il y a un engagement de la direction.

Pour Vanessa, il n'est pas nécessaire de sensibiliser tout le monde pour avancer dans la stratégie de durabilité. Elle nous informe d'ailleurs avoir réalisé une enquête auprès de l'ensemble du personnel pour laquelle elle n'a reçu que 12% de taux de réponse. Nous pouvons donc comprendre que cela n'est pas représentatif de tout le personnel de cette institution. Elle conclut cependant que son initiative peut fonctionner même avec une poignée de personnes engagées et sensibilisées par la thématique. Marion l'a rejointe dans cet ordre d'idées car elle considère que, quand on ne sait pas par où commencer, l'intervention des gens motivés est une stratégie porteuse.

Afin de sensibiliser le plus grand nombre, Gauthier, responsable durabilité, souhaite intégrer dans son hôpital des « *durability awards* » avec un budget mis à disposition des unités de soins afin d'élaborer un projet en « *vue d'améliorer la durabilité dans leur service* ». Le personnel votera pour le meilleur projet. D'autres intervenants ont répondu

dans le même sens, souhaitant intégrer des « *éco-team* » ou des « *médical-score* » dans les services de soins.

Revenons-en au rôle de responsable durabilité dans le cadre de la RSE. Il est important pour Thibaut, directeur général, car il est « *un animateur* », il est présent pour intégrer une philosophie de développement durable au sein de l'institution et est aussi « *la personne qui va stimuler la réflexion et stimuler l'avancée de l'institution* » dans cette optique environnementale, sociale et économique.

La manière de sensibiliser les personnes peut d'ailleurs être de deux ordres : soit une sensibilisation en interne par le biais du service communication et la newsletter de l'institution, et ce de manière continue afin que l'engouement des gens ne s'essouffle pas. Soit par une éducation plus en amont, directement dans les écoles de médecine ou d'infirmier. Certains précisaient même que cela doit être intégré dès l'enfance afin de conscientiser dès le plus jeune âge.

---

#### **10.2.4. LES PARTIES PRENANTES EXTERNES**

Dans le cadre d'une économie circulaire, l'implication des parties prenantes externes des institutions hospitalières est importante. Cela implique les fournisseurs, les patients mais aussi les acteurs et partenaires politiques.

Un directeur général et un responsable durabilité ont rencontré différentes parties prenantes telles que les banquiers, les mutuelles, les représentants des Villes et Communes, les patients, les syndicats, les fédérations hospitalières, les fédérations des industries médico-pharmaceutiques, l'AVIQ, etc. Pour le directeur général, il était intéressant de remarquer qu'il y avait peu de prise de conscience de la part des autorités régionales mais beaucoup plus au niveau fédéral et principalement européen.

Un responsable durabilité a également réalisé un partenariat avec une université afin d'élaborer des stratégies de durabilité. Une autre a souhaité rencontrer d'autres responsables durabilité afin de réfléchir à la meilleure manière de commencer afin que ce travail ne soit pas trop « *chronophage* » mais également « *pouvoir se comparer et pouvoir suivre et monitorer nos actions et communiquer afin de conscientiser et donner des grands objectifs* ».

Pour ce qui est de l'influence des institutions hospitalières sur les fournisseurs, les avis des intervenants sont partagés. Pour certains, les institutions de soins peuvent influencer favorablement leurs partenaires commerciaux. D'abord, en les sondant afin de connaître

leurs objectifs en termes de durabilité et en les informant du choix des hôpitaux de réaliser leurs futurs achats publics dans ce sens. Ensuite, en agissant sur les consommateurs. Selon Marion, les utilisateurs qui se sentent concernés montrent que cela les préoccupe en modifiant leur « *mode de consommation* » pour avoir un impact direct sur les fournisseurs. Pour les autres, les petites institutions hospitalières belges, la Belgique elle-même n'aurait que très peu de poids sur les décisions des industries médico-pharmaceutiques. Comme le confirme Thibaut directeur général, les fédérations patronales des industries pharmaceutiques et médicales belges ou européennes ont un faible impact sur les processus de production asiatique<sup>6</sup>, même si l'Europe est dans une véritable réflexion environnementale et que cela aura un impact sur leurs actions futures.

### 10.3. CHANGEMENT ORGANISATIONNEL RELATIF À L'INTÉGRATION D'UNE ÉCONOMIE CIRCULAIRE DANS LES INSTITUTIONS HOSPITALIÈRES : FREINS ET ADHÉSION

Afin d'implanter le changement au sein de leur institution et d'intégrer les parties prenantes dans la réflexion stratégique durable, il est important pour les dirigeants institutionnels de repérer les sources de résistance à l'intégration d'une économie circulaire au sein des unités de soins, de comprendre puis mettre en œuvre les leviers qui pourraient amener l'adhésion du plus grand nombre.

Le premier frein formulé par les acteurs interrogés est le coût de la démarche d'économie circulaire. Elle nécessite un véritable investissement économique avec un retour sur investissement parfois tardif. Or, les institutions hospitalières sont fortement touchées par un « *sous-financement structurel* » de la part du fédéral. Le Docteur Alexandre, médecin chef de service aux soins intensifs de l'Hôpital B, précise d'ailleurs que les hôpitaux sont très souvent sur le fil du rasoir et « *qu'une petite modification dans les procédures, dans le*

---

<sup>6</sup> Avec la mondialisation, une grande partie des produits médicaux (masques, gants, ustensiles chirurgicaux, etc.) sont fabriqués en Asie à moindre coût, dans le non-respect des réglementations du travail et environnementales. Avec un impact non négligeable sur l'environnement.

*fonctionnement et on peut plonger dans le rouge très vite* ». Ces propos sont corroborés par Thibaut qui confirme « *qu'aucun hôpital n'est confortable sur le plan économique* »<sup>7</sup>.

Le second frein souligné par les intervenants est celui de l'habitude et de la culture des parties prenantes. Pour le Docteur Emmanuel, médecin chef de service des urgences de l'Hôpital D, « *changer les habitudes c'est très compliqué que ce soit des utilisateurs ou des firmes [...] il y a des résistances pratiques et culturelles* ». Cette analyse est également suivie par le Docteur Etienne, médecin chef de service adjoint aux soins intensifs de l'Hôpital B, qui ajoute qu'« *il est difficile de faire changer des habitudes individuelles et il est encore plus difficile de faire changer de habitudes collectives* ». Les propos du Docteur Alexandre sont intéressants : il nous informe que les médecins sont dans une véritable « *culture de l'activisme* », ils seraient formés à « *faire, investiguer, doser, donner* ». Il considère que le personnel soignant « *soigne le patient* » et se donne « *bonne conscience* ». Ce n'est donc pas dans « *la culture du monde médical* » d'en faire moins. Le Docteur Etienne nous apporte aussi une information intéressante, celle d'une forme de « *fainéantise du cerveau* » comme il l'appelle où « *on est intellectuellement sensible et en même temps, à titre privatif, dans une complication de modifier des comportements* ».

Marion et Vanessa corroborent les propos de Mintzberg sur l'organisation hospitalière qui est « *très verticale* » et « *fermée* ». Le monde médical est centré sur le soin au patient, « *orienté patient* » mais n'élargit pas son champ de vision. Par ailleurs, elles ont relevé que l'une de leurs priorités est justement de pouvoir modifier ce comportement afin de le rendre moins rigide et plus transversal.

Le troisième frein évoqué par tous les interlocuteurs est la sécurité du patient et la réglementation. Pour le Docteur Alexandre « *la sécurité ne rend pas écoresponsable, c'est un phénomène sociétal, on n'accepte plus l'insécurité* » ce qui « *monte le niveau des exigences de stérilité* ». Ces propos sont d'ailleurs corroborés par le Docteur Frédéric qui considère que « *les normes sont de plus en plus exigeantes* ». Cette résistance, provenant de la qualité, de la sécurité et de l'hygiène est souvent présente dans les discussions. Ce qui est intéressant selon Marion, ce n'est pas forcément la législation qui est une résistance

---

<sup>7</sup> Selon le rapport MAHA 2022 de la banque Belfius les hôpitaux seront confrontés à l'avenir à « d'importants chocs financiers » et à un cadre budgétaire de plus en plus difficile. En 2021, le résultat courant des hôpitaux était de 0,7 % du chiffre d'affaires ce qui confirme la fragilité financière des institutions de soins, BELFIUS, (2022). Analyse MAHA 2022. Le secteur hospitalier reste lourdement fragilisé, même après la crise sanitaire. Chiffres de 2021 et premier aperçu pour 2022. Communiqué de presse du 16 novembre 2022, Consulté le 31/07/2023.

pour l'intégration d'une économie circulaire mais plutôt son interprétation que ce soit des hygiénistes hospitaliers<sup>8</sup> eux-mêmes ou du personnel soignant. Elle avance que pour « *désamorcer* » cette problématique, il est important d'intégrer dès le début du processus les personnes de référence du service hygiène et de la qualité afin d'évaluer, vérifier la législation et voir ce qu'il est possible de faire pour modifier certains comportements.

Le quatrième frein signalé par certains intervenants est la pénurie de personnel et la charge de travail. Le Docteur Yves considère que mettre en route de nouvelles pratiques au sein des unités de soins est difficile à cause de cette pénurie en personnel soignant. Il est prouvé que celui-ci est à bout physiquement et mentalement et le fait de « *demander aux gens qui sont en sous-effectifs de faire un effort, de changer leurs habitudes, ce n'est pas évident* ». Pour Marion, responsable durabilité de l'Hôpital F, certains acteurs sont plus enclins à changer car sont plus « *sensibles* » par rapport à « *d'autres qui le sont moins et qui considèrent que c'est une charge de travail supplémentaire* ». Ceci est également corroboré par le Docteur Pierre, médecin chef de service des urgences de l'Hôpital E, qui nous rapporte, en ce qui concerne le matériel réutilisable, que « *c'est une charge de travail en plus pour l'équipe, c'est un problème aussi pour la gestion du stock [...] il y a une question de maintenance pour le personnel* ».

Le cinquième frein relevé naturellement par les personnes interrogées est ce que nous avons appelé la méconnaissance et/ou le déni. Pour le Docteur Frédéric, le personnel soignant utilise des ressources dont il ne connaît pas la provenance ni ce qu'il en adviendra après utilisation. Pour le Docteur Etienne « *les gens doivent connaître la vraie valeur des choses* » pour qu'ils aient une véritable prise de conscience. C'est véritablement une méconnaissance de l'acte de soins. Pour le déni, notons les propos tenus par certains intervenants comme « *je ne suis pas le mieux placé...* » ou « *c'est pas à nous de faire ça* », etc. Pour certains d'ailleurs, le paradoxe que nous leur avons présenté entre l'acte de soins et son impact sur la santé de la population serait « *aller trop loin* » car « *le lien entre cause et effet est trop distendu pour qu'ils [le personnel soignant] comprennent* ». Pour d'autres, toutefois, expliquer pourquoi ils doivent changer par des informations concrètes peut les amener à adhérer au changement.

---

<sup>8</sup> Les hygiénistes hospitaliers préviennent et contrôlent les risques infectieux associés aux soins de santé et veillent à la qualité de l'environnement.

La radicalité est également un frein. Pour le Docteur Alexandre, médecin chef de service aux soins intensifs de l'Hôpital B, les mesures « *qui sont trop radicales sont contreproductives* ». Les institutions hospitalières doivent être vigilantes « *aux ayatollahs* », des prêcheurs de bonne parole qui n'ont aucun sens éducatif et qui « *gueulent sur tout le monde parce qu'ils n'ont pas les bonnes pratiques* » précise le Docteur Etienne, médecin chef de service adjoint aux soins intensifs de l'Hôpital B. Le Docteur Emmanuel ajoute que « *si l'on doit modifier nos pratiques par rapport à ça, il faut que ça rentre dans le cadre de quelque chose qui ne soit pas une injonction dictatoriale* » et précise que « *favoriser la transition, c'est la favoriser, donc c'est la permettre, c'est l'autoriser, c'est la faciliter [...] ce qu'on a souvent, c'est une imposition* ».

Un dernier point où nous observons une différence notable est le cas de la prévention. En effet, il appert que l'intégration d'une économie circulaire pourrait amener à réduire les actes de soins et à augmenter les actes de prévention. Pour Thibaut, directeur général, si l'impact environnemental de l'hôpital se réduit, c'est que de fait « *la population est en meilleure santé [...] et bien tant mieux* ». Il ajoute que le rôle des médecins c'est de « *prendre en charge la santé des gens et pas de justifier [...] une expansion au détriment des patients* ». Pour Marion, cependant, cette idée est assez paradoxale. Par ailleurs, dans une société où l'on demande aux institutions hospitalières d'être plus « *rentables* », les concepts de prévention et de réduction des prestations de soins ne s'accordent pas. Ceci alors que de nos jours, les hôpitaux ont trop d'activité de soins avec un personnel de plus en plus réduit et donc une charge de travail très importante.

Nous pouvons néanmoins souligner que de nombreuses solutions pouvant favoriser ou faciliter l'adhésion sont rapportées. Pour Marion, il faut s'assurer d'une conscientisation et d'un soutien de la part de la direction. Il faut également conscientiser, former le personnel sur les enjeux et les impacts dans leurs pratiques. Il faut prouver qu'il existe « *une dissonance entre les valeurs des collaborateurs et la façon dont ils pratiquent les soins au quotidien* ». Cependant, les institutions hospitalières étant de « *trop gros paquebots* » à faire bouger, les modifications doivent se faire « *morceaux par morceaux* » afin que cela soit véritablement efficace.

Pour amener les acteurs à adhérer au projet, deux angles d'approche ressortent des entretiens : les avantages et la facilité. Il faut donc que les parties prenantes trouvent un ou des avantages pour qu'elles changent leur comportement ou leurs habitudes. L'avantage pour les directions hospitalières pourrait être d'ordre économique et pour le personnel soignant, une diminution de la charge de travail par exemple. Pour ce qui est de la facilité, il s'agit de « *choisir le trajet de moindre résistance* », de ne pas « *faire de grands*

*changements* ». Pour le Docteur Emmanuel, médecin chef de service des urgences de l'Hôpital D, « *un changement est toujours accepté plus facilement s'il ne ressemble pas à une colline qu'il faut monter* », elle doit « *ressembler plutôt à un chemin qui va être agréable et va être facile* ». Nous en revenons donc à une stratégie fractionnée dans le but de réduire l'impact du changement organisationnel.

## 11. CONCLUSION

### 11.1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

#### 11.1.1. ECONOMIE CIRCULAIRE DANS LES INSTITUTIONS HOSPITALIÈRES : ETAT DES LIEUX

Mis à part la direction générale et les responsables durabilité, très peu de répondants connaissaient l'existence d'une économie circulaire, de son concept et le confondait souvent avec le développement durable.

Les institutions hospitalières wallonnes en sont encore aux balbutiements de l'intégration d'un développement durable et à l'intégration d'une économie circulaire même si deux institutions sur six ont déjà un plan bien établi.

Afin d'impulser, porter et pérenniser leur démarche, les responsables durabilité sont conscients qu'ils doivent permettre à tous les acteurs, à toutes les parties prenantes d'en comprendre le sens et de s'en saisir.

Tous les intervenants confirment que les institutions hospitalières incluent des thématiques de développement durable dans leur communication mais il s'agit davantage d'une sensibilisation aux éco gestes sous forme de conseils et d'informations générales. Or, selon Libaert (2020), les objectifs des écogestes sont d'amener, par des petits pas, les individus sur « *une trajectoire vertueuse* » alors que ces gestes sont peu voire pas du tout contraignants et ne permettent de réaliser que des économies minimales et sont moins efficaces pour lutter contre les impacts négatifs sur l'environnement de notre civilisation (Libaert T., 2020).

En ce qui concerne la mise en place d'une politique de marchés publics durables au sein des institutions de soins, la tâche va être d'analyser les besoins avec les utilisateurs et de travailler avec les fournisseurs afin d'identifier l'offre disponible en termes d'achats

durables. La formation des acheteurs sera primordiale pour l'intégration de critères environnementaux dans les cahiers des charges.

Nous pouvons conclure pour cette partie que les pratiques d'économie circulaire ou de développement durable ne sont pas encore intégrées aux pratiques hospitalières, ce qui confirme notre hypothèse de départ. Cependant, nous pouvons souligner le souhait de nombre d'entre eux de voir aboutir une stratégie, un plan organisationnel dans ce sens. Nous pouvons cependant en partie corroborer l'hypothèse que les implications de départ sont une meilleure gestion des déchets hospitaliers, la consommation énergétique étant peu revenue dans les discussions même si cette démarche demande un investissement considérable, pour une rentabilité rapide. Nous pouvons également confirmer que réfléchir au cycle de vie du matériel va demander un travail colossal de la part des services d'achats et sera difficilement mis en place au sein de l'organisation hospitalière ou en tout cas devra être envisagé sur le long terme.

---

### **11.1.2. RESPONSABILITÉ SOCIÉTALE DES ENTREPRISES : INTÉGRATION DES PARTIES PRENANTES**

Pour cette partie, nous pouvons envisager que dans les institutions où un responsable durabilité est présent et que le projet de durabilité est déjà bien avancé, celles-ci impliquent une grande majorité des parties prenantes internes afin d'élaborer et d'avancer dans leur stratégie. En prenant en compte les considérations des parties prenantes internes, les hôpitaux peuvent voir leurs attentes en termes de développement durable se viabiliser pour les utilisateurs. L'hypothèse que nous avons avancée selon laquelle « *Les institutions hospitalières n'impliquent pas assez certaines parties prenantes et principalement les utilisateurs (médecins, infirmiers et infirmières, etc.)* » est infirmée. Même si nous avons relevé que, dans certaines institutions, certains n'étaient pas informés des projets et des objectifs de durabilité de l'hôpital malgré l'existence d'un responsable durabilité.

Par ailleurs, le manque de formations initiales et continues favorables à la démarche risquent de réduire l'investissement des équipes que ce soit les personnes déjà sensibilisées ou celles encore à convaincre.

Il s'avère donc primordial pour les directions et les responsables durabilité de définir une stratégie et de la communiquer de manière claire pour susciter l'adhésion de tous.

Notre hypothèse sur la sensibilisation des parties prenantes sur les conséquences de leurs actes et de leurs pratiques sur l'environnement ne peut être confirmée ni infirmée. En effet,

les personnes ayant accepté de répondre à notre enquête sont majoritairement convaincues et déjà sensibilisées à cette thématique et donc sont informées des conséquences de leurs actes et pratiques. Par manque de temps, nous n'avons pas interrogé tous les membres du personnel de chaque institution de soins et ne pouvons donc nous positionner sur le fait qu'ils aient été sensibilisés ou non au sujet. Cependant, nous pouvons retenir de Libaert (2020) que « *les individus les plus sensibilisés à la protection de l'environnement sont les pollueurs les plus importants* ». Nous pourrions donc analyser les réponses des intervenants sur base de leur comportement réel en tant que médecin, directeur ou responsable durabilité.

Nous pouvons, par contre, envisager que ce processus de sensibilisation n'en est, pour beaucoup d'institutions hospitalières, qu'à ses prémices puisque la majorité des responsables durabilité et direction générale interrogés ont confirmé que le volet communication et sensibilisation n'avait toujours pas été abordé ou n'était qu'au début de son mécanisme. Nous pouvons par contre relever que chaque intervenant s'entend sur l'éventualité d'un cours supplémentaire dans les universités mais également dès l'enfance sur le développement durable.

---

### **11.1.3. CHANGEMENT ORGANISATIONNEL À L'INTÉGRATION D'UNE ÉCONOMIE CIRCULAIRE DANS LES INSTITUTIONS HOSPITALIÈRES : FREINS ET ADHÉSION**

Les solutions afin d'éviter les essoufflements ne sont pas encore réfléchies étant donné que la plupart des institutions de soins n'en sont qu'aux prémices du processus. Ce qui est présenté par une majorité de personnes, c'est que les résistances liées à la culture et aux habitudes peuvent être facilement modifiées et minimisées si les responsables expliquent bien le projet et les objectifs à l'intégration d'une économie circulaire. Il s'agit cependant dans notre cas d'étude d'une nouvelle hypothèse de la part des intervenants car dans l'état des lieux que nous avons effectué, les programmes de durabilité ne sont qu'à leurs balbutiements et ne peut donc être à ce jour vérifié. Sans analyse sur le long terme, il nous est difficile d'affirmer ou infirmer notre hypothèse suivante « *Les institutions hospitalières minimisent les résistances possibles à l'intégration d'une économie circulaire* ». Par contre, nous pouvons confirmer que les défis et résistances sont dus principalement à la culture et aux habitudes des parties prenantes.

Il serait intéressant, afin de modifier les habitudes, de travailler sur la ligne hiérarchique et adapter le management pour qu'il soit beaucoup moins rigide, moins top-down et pyramidal et rendre à « *chacun sa liberté de pensée et l'autonomie d'agir sur son environnement de travail* ».

Nous pouvons également souligner que les démarches de changement organisationnel présentées par la direction générale et par les responsables durabilité peuvent être très différentes. Comme le souligne Crozier et Friedberg (1977), un système (que nous pouvons transposer aux institutions hospitalières) n'est pas « *une donnée naturelle* » mais plutôt le « *résultat d'un choix* ». Un choix qui peut prendre différentes formes, voire s'opposer (Crozier M., Friedberg E., 1977).

#### 11.1.4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS SOUS FORME DE TABLEAU

Economie circulaire	RSE	Changement organisationnel
<p><u>Intégration des pratiques d'économie circulaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Engagement de responsables durabilité</li> <li>- Charte greenhospital</li> <li>- Eco-geste</li> <li>- Implication en termes de réduction de la consommation énergétique et des déchets mais pas encore en termes de cycle de vie</li> <li>- Avis partagé sur une implication forte des politiques ou du système de santé dans l'orientation choisie des hôpitaux en termes de transition écologique.</li> </ul>	<p><u>En interne :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les institutions qui ont engagé des responsables durabilité voient une intégration des parties prenantes importantes. Cependant, certains médecins chefs de service semblaient peu informés des actions de leur hôpital.</li> <li>- La formation et la communication est importante afin de ne pas essouffler les motivations.</li> </ul> <p><u>En externe :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'implication des partenaires externes semble primordiale pour les responsables durabilité et la direction générale.</li> <li>- Les avis sont partagés sur l'influence des institutions hospitalières sur le système de production des fournisseurs.</li> </ul>	<p><u>Freins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le coût de la transition</li> <li>- Les habitudes et la culture</li> <li>- La sécurité du patient et la réglementation</li> <li>- La pénurie du personnel et la charge de travail</li> <li>- La méconnaissance et/ou le déni</li> <li>- La radicalité</li> <li>- La prévention</li> </ul> <p><u>Facilitateurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La communication</li> <li>- Les avantages : économiques, financiers ou organisationnels.</li> <li>- La facilité : sans faire de grand changement, avec des habitudes existantes, que ce ne soit pas une montagne à franchir.</li> </ul>

## 11.2. LIMITES DE LA RECHERCHE

Suite à nos entretiens, nous avons relevé certaines limites que nous devons prendre en compte dans le cadre de cette recherche.

Comme nous l'avons précisé précédemment, la taille de l'échantillon a son importance. Sur les 14 personnes interrogées nous avons pu reconnaître des similitudes et des divergences dans les propos tenus mais nous ne pouvons difficilement généraliser ces résultats à l'ensemble des institutions hospitalières. De plus, il aurait été intéressant de pouvoir consulter l'ensemble du personnel de soins par le biais d'une recherche quantitative.

Nous relevons également que l'ensemble des personnes interrogées sont déjà parties prenantes, sont déjà engagées dans la démarche de développement durable, ce qui constitue un biais dans les résultats. Nous devons aussi prendre en compte la possibilité de réponses allant dans le sens de ce que souhaite entendre le chercheur ou par le biais de désirabilité sociale.

Cependant, nous considérons que cette recherche peut offrir des perspectives intéressantes et une contribution significative pour les institutions de soins. En effet, les résultats pourraient aider les institutions hospitalières à comprendre les enjeux de l'économie circulaire, les meilleures pratiques de RSE afin de sensibiliser et d'intégrer les parties prenantes dans la réflexion et les différents défis et résistances dans un processus de changement organisationnel pour adopter cette approche. Les résultats pourraient également aider les décideurs à élaborer des politiques publiques et des réglementations pour encourager l'économie circulaire dans les institutions hospitalières. En outre, cette recherche pourrait fournir une base pour de futures recherches et études plus approfondies sur ce sujet complexe.

## 11.3. IMPLICATIONS PRATIQUES ET RECOMMANDATIONS POUR LES INSTITUTIONS HOSPITALIÈRES

A la lecture de la littérature sur le sujet et faisant suite à l'analyse des données de la recherche, nous pouvons proposer des implications pratiques et des recommandations afin d'affronter les défis à l'intégration d'une économie circulaire auprès des institutions hospitalières.

Les institutions de soins devraient encourager la participation active des différents acteurs de l'institution, tels que les médecins, les infirmier.ère.s, le personnel administratif, les patients et les fournisseurs, dans les processus de décision. Elles pourraient créer des espaces de dialogue et de concertation pour favoriser la prise en compte des différentes perspectives et compétences afin d'élaborer une démarche d'économie circulaire dans le respect de la culture hospitalière.

Dans cette culture hospitalière, les dirigeants pourraient promouvoir une culture de responsabilité environnementale en sensibilisant les membres de l'institution aux enjeux environnementaux et aux avantages de pratiques durables principalement par une meilleure gestion des ressources et encourager la gestion et la réduction des déchets. Pour ce faire, les institutions hospitalières pourraient intégrer des objectifs d'économie circulaire ou de développement durable dans leurs objectifs stratégiques ainsi que dans leurs marchés publics en définissant des indicateurs de performance aux parties prenantes externes.

Afin de sensibiliser au maximum les parties prenantes, les organisations hospitalières pourraient renforcer leur communication interne en mettant en place différents canaux de communication afin de partager leurs objectifs, leurs initiatives, etc. Elles devraient aussi renforcer les compétences du personnel par le biais de formation ou des programmes de sensibilisation afin de développer des compétences en matière de consommations responsables et durables.

Afin de travailler de concert avec d'autres institutions et dans l'idée d'un partage de bonnes pratiques, les institutions de soins pourraient travailler avec différents collaborateurs (institutions hospitalières, pouvoirs publics, universités, entreprises, etc) afin d'appuyer leur démarche.

Nous n'avons pas évoqué ce point dans notre analyse mais il serait intéressant que les dirigeants et les responsables durabilité engagent des mécanismes de suivi et d'évaluation de leur projet afin de suivre leurs performances, les domaines d'amélioration, etc.

Ces recommandations, non exhaustives, pourraient servir de points de départ pour les institutions hospitalières qui n'ont pas encore intégré de pratiques de durabilité dans leur fonctionnement. Il serait important de les adapter en fonction du contexte spécifique de chaque institution et de favoriser une approche progressive et collaborative pour que le changement organisationnel soit optimal.

## 12. CONCLUSION GÉNÉRALE

En premier lieu, nous avons cherché à exposer et définir un modèle économique qui est l'économie circulaire, un modèle organisationnel par la responsabilité sociétale des entreprises et un concept sociologique de la sociologie des organisations qui est le changement organisationnel. Pour l'économie circulaire, nous avons mis en avant la théorie des 3R (réduction, réemploi et recyclage), ses enjeux économiques, sociaux et environnementaux et l'intérêt de ce modèle pour les institutions de soins de santé. Pour la RSE, nous avons défini que prendre en compte les enjeux et perspectives des parties prenantes pourraient être primordiale pour intégrer une économie circulaire ainsi qu'une politique RSE. Enfin, nous avons souhaité mettre en évidence que, dans le cadre de tout changement organisationnel, les institutions de soins devaient être attentives aux résistances éventuelles des parties prenantes et conjuguer avec ces dernières pour que le changement soit encouragé et accepté par le plus grand nombre. Nous avons voulu démontrer que les changements engendrés par l'intégration d'une économie circulaire au sein des établissements de santé devaient faire face aux enjeux et perspectives des parties prenantes. C'est la raison pour laquelle notre question de recherche était « Comment le changement organisationnel est-il mis en place pour faciliter la transition des institutions hospitalières vers une économie circulaire en prenant en compte les enjeux et perspectives des parties prenantes ? ».

Si nous avons remarqué, sur base de nos entretiens, une dynamique forte de la part des intervenants, il est à noter que celle-ci est souvent liée à une initiative de la direction soit sur base de ses propres convictions ou soit sur la mobilisation d'autres acteurs internes. Les initiatives apportées par les différents responsables durabilité sont intéressantes et peuvent se concentrer sur des domaines divers, que ce soit en amont sur les changements de consommation ou en aval sur la gestion des déchets. Ceux-ci se rejoignent et confirment

que leur travail ne peut se faire que pas à pas, avec le plus d'acteurs motivés possibles, des sujets facilitateurs afin de favoriser l'adhésion du plus grand nombre.

De nombreux freins ont été identifiés, les habitudes et la culture du personnel soignant ainsi que les moyens mis à disposition des institutions de soins pour mettre en place une économie circulaire. Le budget des hôpitaux, qui est de plus en plus réduit au fil des ans, le manque de personnel ainsi que l'augmentation de la charge de travail peuvent engendrer des réticences du personnel soignant.

Nous considérons qu'il aurait été intéressant de pouvoir interroger tout le personnel hospitalier sur base d'une enquête quantitative et de pouvoir vérifier les engagements des différentes parties interrogées au bout d'une ou deux années.

Sur base de notre recherche théorique ainsi que sur les entretiens que nous avons menés. Nous avons transmis quelques recommandations à l'attention des institutions de soins qui n'avaient pas encore engagé de démarche durable au sein de leur établissement afin d'avoir une base de travail ainsi que des conseils pour pérenniser leur projet de changement organisationnel.

## 13. BIBLIOGRAPHIE

ALLIX-DESFAUTAUX, E., & MAKANY, L. (2015, 81). *Développement durable et gestion d'une entreprise : Croisements fertiles*. Management & Avenir, pp. 15-36.

AUREZ, V., & GEORGEAULT, L. (2016). *Economie circulaire : Système économique et finitude des ressources*. De Boeck.

BAURES, E. G.-A. (2019). *Développement durable et responsabilité sociétale dans les établissements de santé*. EHESP: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

BE CIRCULAR BE BRUSSELS (2023). *L'économie circulaire*. Récupéré sur <https://www.circulareconomy.brussels/a-propos/leconomie-circulaire/>.

BELFIUS. (2022). *Analyse MAHA 2022*. BELFIUS.

BELGIQUE EN BONNE SANTE (2020). *Sources de financement des hôpitaux généraux*. Récupéré sur : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/financement-des-hopitaux-generaux/sources-de-financement>.

BUCHANAN, D., FITZGERALD, L., & KETLEY, D. (2007). *The Sustainability and Spread of Organizational Change : Modernizing Healthcare*. Routledge.

CARRICABURU, D., & MENOIRET, M. (2004). *L'hôpital comme organisation*. Dans D. CARRICABURU, & M. MENOIRET, *Sociologie de la santé : Institutions, professions et malades* (pp. 27-40). Paris: Armand Colin.

CASTELLANO, S., MENVIELLE, L., DRUY, F., & MAALOU, A. (2012, 1 253). *Développement durable et santé publique : Vers un nouveau modèle d'une santé égalitaire ?* La Revue des Sciences de gestion, pp. 107-113.

CHABAGNO, L. (2018). *Mettre en oeuvre une démarche développement durable à l'hôpital*. Mémoire de l'EHESP.

COMMISSION EUROPEENNE. (2021). *Country reports and information on EU countries*. Récupéré sur : [https://single-market-economy.ec.europa.eu/single-market/public-procurement/country-reports-and-information-eu-countries\\_en](https://single-market-economy.ec.europa.eu/single-market/public-procurement/country-reports-and-information-eu-countries_en).

CROZIER, M. (1973). *Le phénomène bureaucratique*. Editions du Seuil.

CROZIER, M., & FRIEDBERG, E. (1977). *L'acteur et le système : Le cas des services hospitaliers de dialyse rénale*. Editions du Seuil.

CUEILLE, S. (2007, 4 25). *Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité de service public ? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public*. Politiques et management public, pp. 63-80.

DE LACOUR, G. (2023, 01 17). *Cinq experts appellent à repenser les missions et l'organisation de l'hôpital pour sa transformation écologique*. Récupéré sur [www.techopital.com](https://www.techopital.com): <https://www.techopital.com/Story?id=6763>.

DEJEAN, F., & GOND, J.-P. (2004, 7 1). *Responsabilité sociétale de l'entreprise : enjeux stratégiques et méthodologies de recherche*. Finance Contrôle Stratégie, pp. 5-31.

DUPONT, V. (2022). *Les leviers et les freins à une transition vers un hôpital durable selon les composantes environnementale, sociale et économique dans deux hôpitaux belges*. Faculté de Santé publique de l'UCLouvain. Mémoire de fin d'étude.

DURANT, G. (2022). *Le financement de l'activité hospitalière en Belgique*. LOUVAIN MEDICAL. Récupéré sur : <https://www.louvainmedical.be/fr/article/le-financement-de-lactivite-hospitaliere-en-belgique>.

FOUDRIAT, M. (2021). *Le changement organisationnel*. Dans F. M., *Sociologie des organisations* (pp. 325-348). Pearson.

GEM-PS. (2013). *Guide pour des achats durables appliqués aux produits de santé*. Ministère de l'économie et des finances.

GERKENS, S., & MERKUR, S. (2020). *Belgium Health System Review : Health Systems in Transition*. European Observatory on Health Systems and Policies.

HCWH. (2020). *Sustainable healthcare waste management in the EU Circular Economy model*. HCWH.

HCWH. (2021). *En route vers des soins de santé circulaires : Réutilisation des dispositifs médicaux*. HCWH.

KARLINER, J., SLOTTERBACK, S., BOYD, R., ASHBY, B., & STEELE, K. (2019). *L'empreinte climatique du secteur de la santé : Comment le secteur de la santé participe à la crise climatique mondiale et les possibilités d'actions*. HCWH.

LAURENT, E. (2020, 1 21). *Un Etat social-écologique pour la transition du bien-être*. Regards croisés sur l'économie, pp. 123-132.

LIBAERT, T. (2020). *Des vents porteurs : Comment mobiliser (enfin) pour la planète*. Editions Le Pommier.

MACNEILL, A-J. et al. (2020). *Transforming The medical Device industry : Road Map To A Circular Economy*. Heath Affairs.

MARCHAND A., DE CONINCK P., WALKER S. (2005, 1 18). *La consommation responsable : perspectives nouvelles dans les domaines de la conception de produits*. Nouvelles pratiques sociales, pp. 39-56.

MARRAULD, L., LEFEBURE, A., BAURES, E. (2021). *Comprendre l'impact environnemental du secteur de la santé : Pour un leadership partagé en faveur d'un système de santé durable et résilient*. EHESP.

MARRAULD, L., SATTLER, M., SARFATI, M., EGNELL, M., GEIST, J.-N., LESIMPLE, H., & PROTO, E. (2021). *Décarboner la santé pour soigner durablement dans le cadre du plan de transformation de l'économie française : Feuille de route de la décarbonisation du secteur de la santé*. The Shift Project, pp. 71-115.

MINTZBERG, H. (1989). *Mintzberg on Management : Inside Our Strange World of Organizations*. Free Press.

BELGIQUE EN BONNE SANTE (2023). *Mortalité et causes de décès*. Récupéré sur : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/mortalite-et-causes-de-deces>.

PARLEMENT EUROPEEN. (2022, 06 20). *Les réponses de l'UE face au changement climatique*. Récupéré sur : [https://www.europarl.europa.eu/news/fr/headlines/priorities/climat/20180703STO07129/les-reponses-de-l-ue-face-au-changement-climatique?xtor=SEC-169-GOO-\[Climate\\_Change\]-\[Responsive\]-S-\[giec%20rapport%202022\]](https://www.europarl.europa.eu/news/fr/headlines/priorities/climat/20180703STO07129/les-reponses-de-l-ue-face-au-changement-climatique?xtor=SEC-169-GOO-[Climate_Change]-[Responsive]-S-[giec%20rapport%202022]).

POITOU, Q. (2020). *Accélérer la transition écologique à l'hôpital : enjeux et défis - L'exemple du GHU AP-HP Nord*. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

POTELLE, B. (2019). *Hôpitaux et respect de l'environnement : Intégration d'exigences environnementales dans les marchés publics des hôpitaux*. Faculté de santé publique - Université catholique de Louvain, 54-56.

QUAIREL, F., & CAPRON, M. (2013, 11). *Le couplage "responsabilité sociale des entreprises" et "développement durable" : Mise en perspective, enjeux et limites*. Revue Française de Socio-Economie, pp. 125-144.

REGAZZETTI, L. (2016, 40 1). *La gestion des déchets à l'hôpital : Du discours aux résultats*. Revisita Baiana Saude Pública, pp. 60-85.

SOPARNOT, R. (2013, 4 97). *Les effets de la stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus*. Recherche en Sciences de Gestion, pp. 23-43.

STUCKI, M. (2021, 42 102). *Un hôpital sur deux peut réduire de moitié son empreinte CO2*. Bulletin des médecins suisses, pp. 1490-1492.

VAN DURME, G. et al. (2016). *Les limites et les pistes d'enrichissement du modèle : L'économie circulaire - Une transition incontournable*. Presses de l'Université de Montréal.

ZEITOUN, J.-D. (2023). *Le suicide de l'espèce : Comment les activités humaines produisent de plus en plus de maladie*. Edition Denoël.

## 14. ANNEXES

### 14.1. ANNEXE A

#### Guide d'entretien

##### Cadre contractuel

Etudiante dans le cadre d'un Master en Politique économique et sociale de la Faculté Ouverte de Politique Economique et Sociale (FOPES) de l'Université Catholique de Louvain La Neuve. Nous menons une recherche sur l'intégration d'une économie circulaire au sein des institutions hospitalières et les changements organisationnels que celle-ci engendre. En tant que directeur général/médical d'un hôpital d'une capacité supérieure à 900 lits, nous vous sollicitons pour un entretien d'une durée d'environ 1 heure, dans lequel des questions semi-directives vous seront posées afin de connaître votre point de vue.

Avec votre accord, cet entretien est susceptible d'être enregistré afin de faciliter ensuite son analyse, celui-ci restera anonyme et ne sera utilisé que dans le cadre de ce travail.

##### Questions de départ :

Comment les institutions hospitalières intègrent-elles les pratiques d'économie circulaire et quel changement organisationnel celles-ci engendrent-elles ?

##### Economie circulaire

- Connaissez-vous l'économie circulaire ?
- Pouvez-vous me donner votre avis sur ce sujet en lien avec le milieu hospitalier et votre travail ?
- Quels sont les avantages et inconvénients ?
- Existe-t-il des pratiques de EC ou de DD au sein de l'hôpital
- Si non, est-il prévu d'en réaliser dans le futur ?
- Quelle serait la priorité, par quoi commencer ?
- NHS et système de santé français souhaite décarboner leur système de soins de santé, l'hôpital doit-il être libre de choisir son plan ou celui-ci doit-il être défini par le système politique ?

## **RSE**

- Qui devons-nous sensibiliser/former ?
- Qui doit-on consulter en interne ?
- Le projet doit avoir sa source par les acteurs de soins ou par les directions ?
- L'hôpital doit-il collaborer avec ses partenaires commerciaux ?

## **Changement organisationnel**

- Quelles seraient les adhésions ?
- Quelles seraient les défis/résistances ?
- Si l'intégration d'une économie circulaire favorise plus de prévention et moins de demandes de soins, cela sera-t-il un frein ?

## 14.2. ANNEXE B

Re transcription des 14 entretiens.

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN  
Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication  
Place Montesquieu, 4 bte L2.05.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique | [www.uclouvain.be/espo](http://www.uclouvain.be/espo)