

Faculté de santé publique

« Les leviers et les freins à une transition vers un hôpital durable selon les composantes environnementale, sociale et économique dans deux hôpitaux belges »

Mémoire réalisé par
Dupont Valentine

Promoteur(s)
Thys Frédéric
Maule Yves

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

« Les leviers et les freins à une transition vers un hôpital durable selon les composantes environnementale, sociale et économique dans deux hôpitaux belges »

Mémoire réalisé par
Dupont Valentine

Promoteur(s)
Thys Frédéric
Maule Yves

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens à remercier vivement mon promoteur, le Professeur Frédéric Thys, pour sa patience, son encadrement, sa disponibilité, sa bienveillance ainsi que son soutien qui m'ont aidée à élaborer ce travail.

Je remercie également mon co-promoteur, Monsieur Yves Maule, pour son suivi, son temps accordé, ses remarques pertinentes et ses encouragements.

Une pensée sincère aux managers et aux cheffes opérationnelles de l'hôpital CHU Brugmann et de la Clinique Saint-Pierre à Ottignies pour leur confiance, leur participation aux enquêtes et leur aide qui m'ont permis de réaliser ce travail.

Merci également à Angelina et Claire pour leur soutien et leur disponibilité pendant les moments difficiles.

Enfin, je remercie mes parents et ma sœur Anne-Sophie, pour leur grand soutien dans la lecture de mon mémoire.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain

Liste des abréviations

CCNUCC : Convention-Cadre des Nations Unies sur les Changements Climatiques

CO : Chef(fe) opérationnel(le)

COP : Conference of the Parties

CSPO: Clinique Saint-Pierre Ottignies

DDIP : Direction du département infirmier et paramédical

FEDER : Fonds européen de développement régional

GES : Gaz à effet de serre

GIEC : Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat

HCWH: Health Care Without Harm

NHS: National Health Service

OMS : Organisme mondial de la santé

PUND : Programme des Nations Unies pour le développement

ICANE : Infirmière chargée de l'accueil des nouveaux engagés

RSE : Responsabilité sociale des entreprises

UU : usage unique

1 Table des matières

2	Introduction	8
3	Cadre théorique	12
3.1	<i>Composante environnementale</i>	13
3.1.1	Développement durable	13
3.1.2	« COP » et GIEC	14
3.1.3	L'impact des hôpitaux sur l'environnement.....	16
3.2	<i>La composante sociale</i>	21
3.2.1	Démocratisation de l'entreprise.....	22
3.2.2	Le bien-être au travail	23
3.2.3	La rationalité limitée	25
3.3	<i>La composante économique</i>	26
3.3.1	L'économie dans le secteur des soins de santé.....	26
3.3.2	Une économie durable : l'économie circulaire	27
3.4	<i>Recommandations pour une transition écologique</i>	29
3.4.1	Nordic center for Sustainable Healthcare (NCSH)	30
3.4.2	Center for Sustainable Healthcare (CSH).....	30
3.4.3	Health care without harm (HCWH)	30
3.5	<i>La responsabilité sociétale de l'entreprise (RSE)</i>	31
3.6	<i>Et la durabilité dans les hôpitaux belges ?</i>	32
3.7	<i>Conclusion</i>	33
4	Partie pratique	34
4.1	<i>Question de recherche et hypothèses</i>	34
4.1.1	La question de recherche	34
4.1.2	Les hypothèses de travail	34
4.2	<i>Méthodologie</i>	35
4.2.1	Méthode utilisée	35
4.2.2	Description et choix de l'échantillon	36
4.2.3	Méthode collecte des données	37
4.2.4	Déroulement de l'enquête	38
4.2.5	Méthode d'analyse.....	38
4.2.6	Considérations éthiques.....	39
4.3	<i>Présentation des résultats et analyse</i>	39
4.4	<i>Synthèse des résultats</i>	72
5	Discussion	73
6	Recommandations	78
7	Limites de l'étude et perspectives	79
8	Conclusion	80
	Bibliographie	82
	Annexes	88

2 Introduction

Le 23 septembre 2019, Greta Thunberg, une jeune Suédoise âgée de seize ans fait un discours à l'ONU face aux soixante dirigeants mondiaux pour le sommet de l'urgence climatique à New York. Ses propos face à l'inaction du monde politique devant l'urgence climatique sont saisissants : « *Vous avez volé mes rêves et ma jeunesse avec vos mots creux. Et encore, je fais partie des plus chanceux ! Des gens souffrent, des gens meurent, des écosystèmes entiers s'écroulent. Nous sommes au début d'une extinction de masse et tout ce dont vous parlez c'est d'argent et de contes de fées racontant une croissance économique éternelle. Comment osez-vous ?* » (1). Greta Thunberg a fait face au monde politique à plusieurs reprises, dénonçant l'inaction et le déni des leaders politiques actuels, en nous alertant que si nous ne faisons rien nous assisterons au plus grand échec de l'histoire de l'humanité.

Voir une jeune fille de cet âge mener un tel combat est interpellant, car cela entraîne une réflexion pour le devenir des générations futures. Mais au-delà de ça, elle donne l'espoir que chacun a le pouvoir de changer les choses.

La notion de « générations futures » fait référence au rapport de Brundtland définissant pour la première fois la notion de développement durable : « *Un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre à leurs propres besoins* » (2).

En 1988, le groupe intergouvernemental d'experts sur l'évolution du climat (GIEC) est créé et « *a pour mission de rendre compte de l'état des connaissances scientifiques relatives à l'évolution du climat mondial, ses impacts, et les moyens de l'atténuer* » (3). Le dernier rapport de celui-ci publié en août 2021 confirme le rôle joué par les activités humaines dans les bouleversements climatiques et émet les hypothèses des prochains scénarios climatiques.

« L'effet Greta » et le 6^e rapport du GIEC ont fait beaucoup de bruit ces dernières années. L'alerte ne peut plus être ignorée si nous ne voulons pas nous retrouver face à une situation d'urgence totalement ingérable. Cela fait plusieurs années que les conséquences dues au réchauffement climatique se font ressentir : fonte des glaciers, acidification et réchauffement des océans, incendies et autres événements climatiques extrêmes.

La vitesse des hausses de températures est telle qu'il sera difficile pour le monde vivant de s'y adapter et rendra alors les conditions de vie sur terre invivables.

C'est à partir de 1750 que l'on observe une hausse des émissions des gaz à effet de serre (GES). En effet, c'est lors de la révolution industrielle que les besoins en énergies fossiles (charbon, pétrole, gaz) ont augmenté, entraînant l'exploitation extrême des ressources naturelles.

Les grands secteurs responsables des émissions de GES sont l'industrie (combustion et énergie) ainsi que l'agriculture (principalement responsable de la déforestation) et l'industrie pétrochimique (4).

L'industrie pétrochimique fabrique des produits chimiques et matériels (ex. : plastiques) à partir du pétrole. C'est de ce secteur que dépend principalement le secteur de la santé et particulièrement les hôpitaux.

Nous pouvons penser que cela amène à un certain paradoxe : les hôpitaux ont pour mission de soigner les personnes atteintes de maladies, telles que les cancers, les infections respiratoires, les maladies cardiaques, etc., mais l'impact environnemental de leurs activités contribue aux répercussions négatives sur la santé des individus et des communautés, ce qui va de fait à l'encontre du serment d'Hippocrate de « ne pas nuire ».

Le gaz, l'électricité, l'eau et l'industrie du pétrole sont autant de ressources nécessaires au bon fonctionnement d'un hôpital, mais ont un impact environnemental important. La quantité importante de déchets hospitaliers comme les déchets contaminants qui sont incinérés ont également une influence négative en matière environnementale. L'ensemble de ces éléments en font un secteur peu protecteur de l'environnement. C'est la raison pour laquelle les hôpitaux s'intéressent dorénavant à une meilleure gestion des déchets et aux énergies renouvelables.

Au-delà des ressources énergétiques, le secteur hospitalier n'existerait pas sans le capital humain important dont il dépend.

La 1^{re} vague de la pandémie Covid 19 témoigne de son importance : c'est à ce moment que le monde entier s'est intéressé au personnel soignant, les applaudissant aux fenêtres, révélant l'indispensable des soins de santé et du personnel y afférant.

Le monde politique s'est alors davantage intéressé au monde hospitalier, prenant conscience qu'une part de la gestion de la pandémie dépendait fortement de la capacité d'hébergement des hôpitaux et de la performance de leur personnel.

Les conséquences des vagues successives ont permis d'éveiller la population à la grande importance sociale des prestataires de santé. Une étude a été menée par la SIZ Nursing en mai 2020, révélant que pas moins de 70 % du personnel infirmier a fait état d'une pression de travail accrue depuis le début de la pandémie (5). La hausse de la pression au travail a été mise en corrélation avec le risque accru de burn-out.

Le domaine de la santé demande donc un investissement humain important pour répondre à des soins de qualité, mais la question économique prend également une place importante. La part du PIB dans l'Union Européenne est de 10 % pour les soins de santé et de 8 % pour la main-d'œuvre totale (6).

Les dépenses publiques n'ont fait qu'augmenter ces dernières années, ce qui entraîne une augmentation des exigences économiques vis-à-vis des hôpitaux telles que l'efficacité et la rentabilité.

« Le secteur de la santé s'oriente vers une défragmentation poussée par des coupes budgétaires croissantes et émergentes pour faire face à des déficits budgétaires massifs dans les dépenses publiques. Cela conduit à fusionner des hôpitaux individuels pour augmenter la rentabilité et exploiter les économies d'échelle tout en offrant un service plus large » (6).

Aujourd'hui, *« la nécessité de rendre les systèmes de santé durables en les rendant plus efficaces, accessibles et résilients a été dûment reconnue par les décideurs politiques aux niveaux européen et national » (6).*

La croissance démographique ne fera qu'augmenter les besoins financiers, les dépenses dues à l'augmentation du nombre de patients et à l'allongement de l'espérance de vie.

La poursuite de l'objectif d'être plus efficace, plus efficient et plus équitable pour tous, en contrôlant les dépenses et en améliorant l'utilisation des technologies, nécessite la transition vers des systèmes de santé plus durables.

Les éléments décrits plus haut nous poussent à envisager le futur du secteur de soins de santé de façon durable.

Mais cette vision de l'hôpital durable fait appel à différents changements, induisant de nouvelles stratégies, amenant à repenser les objectifs de durabilité.

La question du développement durable dans le monde de la santé est un thème qui a été abordé lors du cours « Enjeux du développement durable et de la transition » que j’ai eu l’occasion de suivre en 2021. Ce cours m’a permis d’aborder le monde de la santé sous différents angles, et m’a amené à certains questionnements sur la question environnementale dans nos hôpitaux. Une interview de Paul Watson¹ interrogé par Charles Villa² m’a particulièrement touchée : il y déclare : « *quel que soit votre don, talent, domaine de compétence, champ d’expérience, il faut mettre ça au service de rendre le monde meilleur. Incorporez vos actions dans une vision du futur* ». Cette idée m’a interpellée, en même temps que le constat que bien que le monde de la santé ait un impact environnemental très important, la question de réduire cet impact était souvent peu abordée dans les hôpitaux. Il m’a paru alors essentiel de comprendre pourquoi le secteur de la santé n’était pas encore en train d’envisager une transition écologique, et quels étaient les leviers et les freins de cette dernière. Après quelques recherches sur le sujet, j’ai découvert qu’il existait déjà plusieurs projets d’amélioration de transition écologique dans les hôpitaux nordiques ainsi que quelques projets en construction en Belgique.

Toutes ces réflexions m’amènent alors à me poser la question suivante : « ***Quels sont les leviers et les freins à une transition vers un hôpital durable selon les composantes environnementale, sociale et économique dans deux hôpitaux belges ?*** »

Afin de répondre à cette question, il est essentiel de comprendre les enjeux auxquels font face les hôpitaux à l’heure actuelle.

Aborder la notion de durabilité dans le secteur de la santé demande d’avoir une approche globale axée sur le long terme et de respecter l’équilibre entre les piliers du développement durable, à savoir les intérêts environnementaux, sociaux et économiques.

Pour comprendre cette thématique, il est important d’établir le lien entre les différentes composantes et l’hôpital. Cela permettra d’en faire ressortir les leviers et les freins. Il est également indispensable de faire une revue de la littérature pour décrire les différents concepts en lien avec la thématique ainsi que quelques exemples d’outils et de recommandations.

¹ Fondateur de SeaSheaperd

² Reporter pour « Brut »

Ensuite sera présentée la méthodologie utilisée pour collecter et analyser les données. Suivra la partie pratique reprenant les divers entretiens menés auprès des parties prenantes de deux institutions de soins hospitalières belges pour recueillir leurs avis sur le sujet.

Pour terminer ce mémoire, les entretiens seront analysés et nous tenterons d'en faire émerger quelques réponses pertinentes à la question de recherche posée ci-dessus.

3 Cadre théorique

La revue de la littérature sera structurée selon les trois piliers du développement durable : la composante environnementale, sociale et économique.

Tout d'abord, la composante environnementale développera le concept de développement durable, les rapports scientifiques et la politique en termes d'environnement. Cette partie comprendra également les enjeux de l'environnement dans le secteur des soins de santé : l'utilisation des ressources par les hôpitaux (produits dérivés du pétrole, l'énergie) et la gestion des déchets.

Ensuite, la question sociale sera développée à travers la question du burnout et comment en réduire le risque. Le bien-être au travail, la démocratisation de l'entreprise ainsi que la rationalité limitée seront les concepts abordés dans cette partie.

Le dernier pilier du développement durable est la question économique. Cette partie reprendra les enjeux économiques dans le secteur hospitalier principalement, les contraintes auxquelles doivent faire face les hôpitaux et le principe de l'économie circulaire.

Et pour terminer sera abordé le concept de la responsabilité sociale des entreprises (RSE), concept de plus en plus utilisé de nos jours, ainsi que le travail de quelques plateformes faisant des recommandations en ce qui concerne le développement durable dans les hôpitaux. Des exemples de projets en développement existant dans des hôpitaux belges seront exposés également.

3.1 Composante environnementale

La question de l'environnement est au cœur des préoccupations aujourd'hui, mais elle se posait déjà bien avant. C'est en 1972 à Stockholm lors de la conférence des Nations Unies sur l'environnement qu'a eu lieu le premier rassemblement consacré à la question de la protection environnementale. Cette conférence a permis l'aboutissement du Programme des Nations Unies pour le développement (PUND). Plusieurs rapports de la Commission des Nations Unies et traités internationaux sur l'environnement et le climat ont suivi par la suite. En 1987, c'est le célèbre rapport Brundtland « our common futur » qui marque le concept de développement durable. Ce dernier nécessite d'être défini pour mieux en comprendre l'enjeu.

3.1.1 Développement durable

Pour rappel, le développement durable est défini à l'origine dans le Rapport Brundland en 1987 comme « *un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre à leurs propres besoins.* »

Cette définition est intéressante car elle amène à une réflexion éthique : nous ne sommes pas seulement responsables des personnes vivant actuellement sur terre, mais aussi de l'avenir des futures générations.

Pour compléter cette définition, le développement durable a été reconnu comme intégrant trois dimensions : sociale, économique et environnementale, afin de le concevoir comme multidimensionnel. Il est très important de comprendre que le développement durable réside dans l'équilibre entre les trois piliers qui le composent. C'est-à-dire que si la composante économique est mise en avant au détriment des aspects sociaux et environnementaux et vice versa alors, il ne sera pas question de durabilité. Le défi est donc là : aucune des composantes ne doit primer sur les autres.

En 2017, l'OMS définit : « *Un système de santé durable améliore, maintient ou restaure la santé, tout en minimisant les impacts négatifs sur l'environnement et en tirant parti des opportunités pour la restaurer et l'améliorer, au profit de la santé et du bien-être des générations actuelles et futures.* » (7)

3.1.2 « COP » et GIEC

3.1.2.1 L'Accord de Paris

Comme nous l'avons vu précédemment avec le rapport de Brundland, le réchauffement climatique ne date pas d'aujourd'hui et cela fait déjà plusieurs années que des organisations se sont rassemblées afin de réfléchir ensemble aux alternatives à mettre en place pour envisager le futur de la planète.

En 1992, à l'occasion du sommet de la Terre de Rio de Janeiro, l'ONU s'est doté d'un cadre d'action de lutte contre le réchauffement climatique : la Convention-Cadre des Nations Unies sur les Changements Climatiques (CCNUCC). Cette convention a été signée par presque tous les pays du monde qui se réunissent une fois par an lors des « COP » (Conferences of the Parties) pour élaborer une réponse mondiale à l'urgence climatique et pour trouver des moyens de réduire les émissions de gaz à effet de serre au niveau mondial de manière équitable. Le célèbre « Accord de Paris » est le résultat de la COP 21.

L'objectif de l'Accord de Paris que la Belgique a ratifié en 2017 est d'éviter le réchauffement climatique de 2°C voir de 1,5°C d'ici 2050 par rapport à l'ère préindustrielle. Le risque étant que si l'objectif n'est pas atteint, les océans et les terres seront de moins en moins capables d'absorber les gaz à effet de serre (GES) et certains impacts seront irréversibles pendant des milliers d'années : comme la fonte des calottes glaciaires et l'élévation du niveau des mers (8).

Malgré que la Belgique soit un État fédéral où le pouvoir décisionnel est partagé entre une autorité fédérale et trois régions ainsi que trois communautés, l'Accord de Paris est reconnu par tous et ils affirment l'engagement à les mettre en œuvre. Les décisions prises lors de ces « COP » sont guidées par les rapports du GIEC.

3.1.2.2 Les rapports du GIEC

En 1988, la création des rapports du GIEC vise à « rendre compte de l'état des connaissances scientifiques relatives à l'évolution du climat mondial, ses impacts, et les moyens de l'atténuer » (3).

Ces rapports servent de support à la prise de décision des politiques en terme environnemental. Le dernier rapport a été suivi de près en novembre 2021 à la conférence de Glasgow (COP 26) dont une des décisions importantes était : « la finalisation des règles de l'application de l'Accord de Paris, à réduire ses émissions d'au moins 55% d'ici 2030 et en faisant de cet objectif une obligation légale dans le cadre de la loi européenne sur le climat ».

Le 6e rapport du GIEC publié en août 2021 est clair : les activités humaines ont un impact sur le réchauffement de l'atmosphère, les océans et les terres. Le dernier rapport du GIEC met aussi en avant que 100% du réchauffement climatique est dû aux activités humaines et que son ampleur actuelle n'a pas été observé depuis des siècles voire des milliers d'années.

Les hôpitaux ne peuvent s'appuyer que sur les COP dont principalement sur l'Accord de Paris et les rapports du GIEC pour guider la réduction de GES si tel est leur objectif. L'Accord de Paris est un objectif global, mondial et non spécifique aux hôpitaux, il ne donne pas les outils et moyens nécessaires pour réduire les émissions de GES des hôpitaux. Le rapport du GIEC est quant à lui simplement un outil d'information et recommandation quant à l'état climatique actuel permettant de guider les décisions politiques. Le problème est qu'il n'existe aucune loi obligeant les hôpitaux à réduire leur impact environnemental, ce qui constituerait donc un frein dans l'aide à la transition dans les hôpitaux.

Le NHS ³ (National Health Service) quant à lui a décidé depuis 2008 d'être transparent quant à leur empreinte carbone en améliorant leur méthode et en évaluant les progrès afin de respecter les engagements de la loi sur le changement climatique⁴ (mesurer et réduire les plastiques).

À ce stade, nous n'avons donc encore aucune information quant à l'impact environnemental d'hôpitaux en Belgique.

Nous allons donc essayer de mettre en avant les éléments du secteur hospitalier qui ont un impact environnemental important et qui nous font nous questionner aujourd'hui sur les leviers et les freins de la transition écologique des hôpitaux.

³ Système de santé du Royaume-Uni

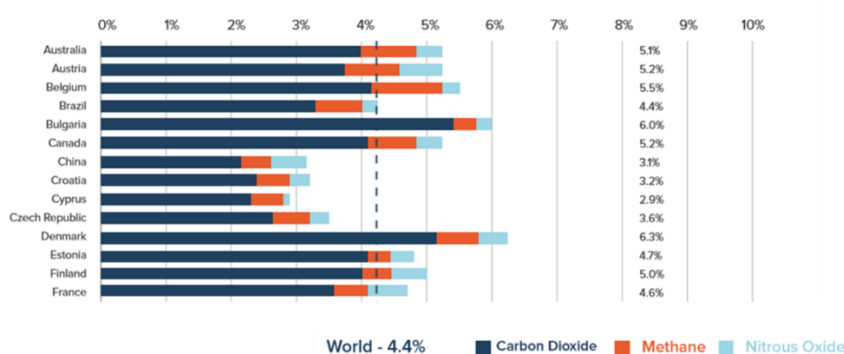
⁴ DIRECTIVE (UE) 2019/904 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 5 juin 2019 relative à la réduction de l'incidence de certains produits en plastique sur l'environnement

3.1.3 L'impact des hôpitaux sur l'environnement

Ainsi, si le secteur des soins de santé était un pays, il serait le 5ème plus gros pollueur mondial (47). La part relative des soins de santé dans l'empreinte CO2 d'un pays a été estimée à 6% pour la Grande-Bretagne, 12,7% en Australie, et 10% aux USA (9). En Belgique, le total des émissions relatives aux soins de santé est même supérieur à l'empreinte moyenne mondiale, atteignant ainsi 5,5% de l'empreinte climatique nationale. (47)

La figure 1 représente l'empreinte carbone des soins de santé présenté comme pourcentage de l'empreinte carbone nationale par pays (47)

Figure 1 :



3.1.3.1 Émissions de carbone et pétrole

Le secteur des soins de santé tel qu'il existe est extrêmement dépendant du pétrole et de ses dérivés. Les activités les plus consommatrices de pétrole sont le transport du personnel, des patients, des fournitures (souvent fabriquées très loin de chez nous) et l'industrie pharmaceutique.

Les plastiques à usage médical représenteraient 4% de la production mondiale de plastiques, dont des dispositifs tels que : les sondes d'intubation, les masques à oxygène, les seringues (7). L'industrie pharmaceutique quant à elle ne représente que 3% de la production pétrolière mondiale, mais le réel problème réside dans le fait que 99% de ses matières premières et réactifs sont dérivés de produits pétroliers (7). Autant dire qu'elle en est complètement dépendante.

De plus la dépendance aux énergies fossiles (pétrole, charbon) pour la production d'électricité dont les hôpitaux sont grands consommateurs participe également à l'émission de GES.

La nécessité de trouver une alternative durable prend d'autant plus son sens lorsque l'on sait que 38,2% de l'électricité consommée en 2020 en Belgique est d'origine nucléaire avec une sortie envisagée du nucléaire en 2025 (10).

Ces éléments ne sont qu'une partie de l'impact environnemental des hôpitaux.

Les déchets ont eux aussi un impact non négligeable. En Belgique, l'émission de GES produit par les déchets représente 1,1% (11), mais le secteur des soins de santé, notamment les hôpitaux, en est un grand producteur.

Par exemple, aux Etats-Unis le taux d'émissions total de GES dans le secteur des soins de santé est de 8%, il représente un gros consommateur d'énergie (12). Le ministère américain de la santé ainsi que les services sociaux (HHS) ont élaboré différentes stratégies en matière de durabilité dans leur plan stratégique dans le but de réduire la consommation d'énergie au sein des établissements du HHS : *réduction de la production de GES en limitant la consommation d'énergie et en réduisant la consommation de produits à forte empreinte carbone ; construction de bâtiments respectant les normes de durabilité, promotion des énergies propres et renouvelables et optimisation de l'efficacité et de la gestion de l'utilisation de l'eau ; et gestion du parc automobile en encourageant l'utilisation de véhicules à carburant alternatif, électriques et à émission nulle.* (12)

3.1.3.2 Les déchets

Les soins de qualité nécessitent une grande quantité de matériels à usage unique emballés eux-mêmes dans des emballages plastiques pour garantir leur stérilité. C'est sans compter la quantité de déchets infectieux dont l'élimination se fait par incinération émettant à leur tour des émissions de GES.

Pour exemple : *un audit des déchets des services d'urgence aux Etats-Unis, couvrant une période de 24 heures avec 300 patients, a montré que 671,79 kg de déchets ont été générés et que 64,6% du total des déchets audités étaient du plastique. 2,1 % supplémentaires des déchets sont constitués d'articles non utilisés (y compris les plastiques).* (13)

De surcroît, la pandémie Covid 19 a accentué la quantité de déchets produit par le secteur de la santé. Dans *la province de Hubei en Chine les déchets médicaux ont augmenté de 600 %, passant de 40 à 240 tonnes, submergeant les infrastructures et systèmes d'élimination des déchets. En France et aux Pays-Bas, la quantité de déchets a augmenté de 5% (14)* . La question de la gestion des déchets représente donc un réel défi dont il est nécessaire de s'occuper.

Selon le Conseil Supérieur d'Hygiène, l'expression « *danger écologique des déchets de soins de santé signifie que, sous des conditions défavorables, ces déchets peuvent rompre l'équilibre écologique et, dans le pire des cas mener à une catastrophe écologique* » (15). Selon ce même conseil, seulement un nombre restreint de déchets issus des établissements de soins de santé a un impact néfaste : « *Les risques écologiques liés aux déchets de soins de santé sont plutôt limités, sans être pour autant négligeables* ». Ils reconnaissent que les déchets dont l'origine est reconnaissable (flacons vides de perfusion, trousse et accessoires provenant d'un set à perfusion) ne représentant aucun risque pour la santé et pour l'environnement.

Selon eux, seuls les déchets entraînant une pollution microbiologique, radioactive ou toxique sont considérés comme dangereux pour la santé et l'environnement.

Ce type d'informations nous laisse à penser que les déchets non contaminants et non toxiques n'ont pas d'impact sur la santé et notre environnement. Il ne met pas en avant que les déchets plastiques peuvent avoir un impact important tels que la pollution des océans, la déportation de déchets plastiques vers les pays pauvres, nuisant ainsi à la santé des populations et à l'environnement. À noter que « *les papiers, les cartons et les plastiques, en particulier les plastiques à usage unique, représentent plus de la moitié des déchets généraux des hôpitaux* » (16). De plus, le dernier rapport sur la gestion des déchets du Conseil Supérieur d'Hygiène date de 2005 et n'a pas été révisé depuis.

Ces recommandations mettent en avant l'importance de la prévention dans la gestion des déchets et insiste sur l'importance du tri afin de réduire les coûts financiers. La destruction des déchets de soins de santé à risque coûte dix fois plus cher que ceux de la destruction des déchets ménagers. Mais il n'y a pas d'information quant à l'impact environnemental de l'incinération des déchets considérée comme à risque.

Depuis des années, les hôpitaux utilisent l'incinération pour l'élimination de ses déchets à risque. *En 2004, l'OMS et la convention de Stockholm soulèvent l'importance de prendre en compte les risques associés à cette méthode. Les incinérateurs de déchets médicaux libèrent dans l'air différents polluants dépendant de la composition des déchets incinérés (microparticules, monoxydes de carbone, oxydes d'azote (17)). Cette méthode est considérée comme la plus nocive et générant le plus de CO2 (18). En 2019, les émissions de production et d'incinération de plastique étaient égales aux émissions de 189 centrales à charbon de 500 mégawatts chacune (18).*

Plusieurs études ont été menées sur les impacts de l'exposition des risques liés à l'incinération : ceux ayant l'incidence la plus élevée sont les cancers et les symptômes respiratoires. D'autres études ont également mis avant qu'il existait un lien entre les personnes vivant près de ces incinérateurs et l'apparition de maladies congénitales et de problèmes hormonaux, principalement thyroïdiens (17).

D'autres alternatives à l'incinération existent. Une étude a été menée afin de comparer d'autres technologies telles que l'hydroclave (Annexe 1) à l'incinération, montrant que ces alternatives étaient plus sûres pour l'environnement et la santé humaine (17).

Une autre problématique de la question des déchets est la quantité de déchets inutilisés. Il existe dans les hôpitaux des packs personnalisés jetables pour la réalisation de certaines procédures comme par exemple les sets stériles pour les interventions chirurgicales. Cependant certains produits contenus dedans ne sont pas utilisés et une fois l'ensemble du set ouvert, il est complètement jeté. Dans un hôpital aux États-Unis, sur un set préexistant pour une chirurgie d'amygdalectomie contenant 40 articles, 12 ont été jugés inutiles et ont été retirés, ce qui a permis une économie de 77,29 \$ à 66,04 \$ US par paquet (13).

Les médicaments provoquent, eux, une pollution générée par l'excrétion de métabolites actifs, tels que les antibiotiques dans les urines ou les selles des patients.

Le conseil supérieur de l'hygiène en 2005 a porté une attention aux eaux usées des établissements de soins et surtout celles émanant des hôpitaux supposant que celles-ci constituaient des risques et/ou des dangers particuliers dus à une forte concentration en pathogènes, produits chimiques ou médicaments. Selon lui, des recherches scientifiques basées sur l'analyse de celles-ci ont démontré que c'est très peu le cas, voire même pas du tout, ce qui a abouti au point de vue que les eaux usées des hôpitaux peuvent être considérées comme des eaux ménagères pour lesquelles aucune mesure spéciale ne s'imposait (15).

Cependant, en mai 2019, une étude a été menée pour quantifier les concentrations d'antibiotiques et de germes résistants aux antibiotiques dans les eaux usées hospitalières et communales, ainsi que dans les affluents et effluents des stations d'épurations des eaux usées urbaines réceptrices de deux villes néerlandaises (19).

Dans une de ces deux villes, les eaux usées ont été traitées à l'aide de technologie de pointe (traitement par bioréacteur de la membrane et l'ozonation, le charbon actif en granulés ainsi que le traitement aux UV). L'analyse des eaux a révélé que le traitement des eaux hospitalières a réduit la présence de germes de résistants aux antibiotiques liés à l'hôpital et les concentrations d'antibiotiques dans la station d'épuration des eaux usées.

« Le traitement avancé sur site a permis d'éliminer 12 antibiotiques sur 19 détectés, tandis que le traitement des eaux urbaines résiduaires en a éliminé jusqu'à 1 sur 21 détectés » (19). Cette étude met donc en avant que le simple traitement des eaux urbaines n'est pas suffisant, le traitement en amont des eaux usées à la sortie de l'hôpital s'avère nécessaire.

En Belgique, par exemple, la société John Cockerill a développé une technologie appelée « MEDIX® » permettant d'éliminer les résidus pharmaceutiques présents dans les eaux usées des hôpitaux (20).

Nous venons donc de développer les principales sources d'émissions de GES dans les hôpitaux qui sont : le pétrole et l'énergie fossile, les déchets et le pharmaceutique. Au-delà des émissions carbone, les déchets de par une élimination non optimale ont un grand impact sur l'environnement et la santé des populations. Le dernier rapport de conseil supérieur de l'hygiène, n'étant pas actualisé depuis 2005, ne répond pas à la question climatique actuelle et aux récentes études menées sur le sujet. Les hôpitaux doivent donc rechercher d'autres outils de référence pour pratiquer une gestion plus durable.

La deuxième composante que nous allons analyser est sociale. En effet, cette composante est un des autres piliers du développement durable. Nous allons développer les concepts permettant de mettre en évidence les leviers et les freins à la transition vers un hôpital durable.

3.2 La composante sociale

Il est essentiel de comprendre l'importance du rôle des travailleurs pour envisager une transition écologique au sein de l'hôpital. Depuis plusieurs années, la question du bien-être au travail et de son impact sur l'efficacité de celui-ci est mise en avant. Il n'est donc plus question de considérer l'humain comme une ressource inépuisable et remplaçable.

Dans notre système économique actuel, l'être humain est constamment mis sous pression. Malgré la mise en avant des bienfaits de la satisfaction au travail, le personnel est souvent considéré comme consommable, ce qui amène du stress chronique au travail et du burnout liés à celui-ci. Dans une transition vers un hôpital durable, le personnel constitue de réelles parties prenantes, c'est pourquoi il est essentiel de le préserver.

Burn-out et Brown-out

Le burn-out professionnel est un syndrome d'épuisement lié au travail qui se caractérise par trois grands symptômes: un sentiment d'épuisement émotionnel au travail, une attitude de détachement vis-à-vis des bénéficiaires de son travail et une perte d'épanouissement et d'efficacité professionnelle (21).

Le risque de burn-out est élevé lorsque l'être humain est déshumanisé, considéré comme une ressource consommable et interchangeable ou exploité jusqu'à l'épuisement.

Le SIZ nursing⁵ a lancé une étude sur l'impact de la pandémie Covid 19 sur la vie privée et professionnelle des infirmiers en Belgique francophone. L'étude a démontré que sept infirmiers sur dix étaient à risque de burn-out. L'étude se base sur une échelle reprenant trois composantes : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation et la perte d'accomplissement de la personne. « Parmi les répondants, 45% ont un score élevé de perte d'accomplissement personnel, 46% ont un score élevé de déshumanisation et 57% ont un score élevé d'épuisement professionnel »(22). Cette étude nous permet de comprendre sur quels facteurs nous pouvons avoir une influence dans la réduction du risque de burn-out et dans la rétention du personnel.

⁵ Association francophone des infirmiers de Soins Intensifs

« *Le bien-être au travail est lié à plusieurs facteurs : les conditions de travail, l'accomplissement au travail, les conditions salariales, mais également l'adéquation avec nos valeurs* » (21). Le burn-out n'est pas le seul syndrome d'épuisement lié au travail, le « Brownout » en est un autre. Ce concept fait écho à l'adéquation de nos valeurs dans notre profession. En effet, une perte totale de sens dans le travail peut être observée lorsqu'il ne correspond plus aux valeurs du travailleur. Nous pouvons le comprendre assez facilement : un hôpital présentant un haut taux de personnel en burn-out aura beaucoup de difficultés à motiver son personnel et à effectuer des changements en vue d'une transition écologique.

Nous allons donc développer les concepts de démocratisation de l'entreprise et du bien-être au travail ceci pour éviter le risque de burn-out.

3.2.1 Démocratisation de l'entreprise

La « démocratisation de l'entreprise » permet aux travailleurs d'avoir l'opportunité de façon collective de valider les décisions de l'entreprise et ainsi de favoriser l'**accomplissement personnel**. Il est essentiel pour une organisation de reconnaître la légitimité de ses travailleurs dans les décisions les concernant. Les employés constituent aussi les parties prenantes de l'entreprise.

En 1963, le mémorandum du Stanford Research Institute définit les parties prenantes comme « *ces groupes sans le support desquels l'organisation cesserait d'exister* » (23).

Selon Freeman et Reed, 1983, les parties prenantes (stakeholder) sont « *tout groupe ou toute personne qui peut affecter la réalisation des objectifs organisationnels ou qui est affecté par la réalisation des objectifs organisationnels* » (23).

La considération des humains comme étant plus que des « ressources humaines » et ayant un réel pouvoir sur l'entreprise sont des conditions indispensables pour évoluer vers une organisation plus durable.

L'ouvrage « *Le Manifeste travail: Démocratiser, démarchandiser, dépolluer* », de Battilana, J., Ferreras, I., & Méda, D. affirme cette idée : « *ce sont les entreprises gouvernées démocratiquement qui seront prêtes pour mener la transition écologique, celles dans lesquelles aussi bien les apporteurs de capital que les investisseurs en travail pourront faire entendre leurs voix et décider des stratégies à mettre en œuvre. Le fait de changer l'architecture de*

pouvoir de l'entreprise, pour la démocratiser, est une des conditions nécessaires pour faire face à l'urgence climatique » (24).

L'étude qui suit démontre les effets positifs de la participation des travailleurs dans les décisions les concernant.

3.2.1.1 Exemple du projet Health Career Advancement Program aux Etats-Unis

Un projet intitulé « Health Career Advancement Program » soutient l'avancement professionnel et améliore la sécurité et la santé des travailleurs et des patients. Ce projet a également pour objectif d'atténuer certains impacts environnementaux négatifs de l'industrie des soins de santé. (25).

Dans ce projet, les partenaires syndicaux et patronaux ont engagé des travailleurs de première ligne, particulièrement ceux concernés par les services environnementaux (secteur de l'entretien ménager), pour leur donner l'opportunité de participer et même de diriger les actions permettant de soutenir un environnement durable.

Suite à ce projet, il a été démontré que les travailleurs ont joué un rôle actif dans l'élaboration d'idées et la mise en œuvre de programmes pour un système plus respectueux de l'environnement. De plus, il en est ressorti une meilleure satisfaction au travail ainsi qu'une amélioration des scores de satisfaction des patients.

Grâce à ce programme, les employeurs ont eu l'opportunité de repérer les meilleurs travailleurs en termes de leadership et de compétences en vue de développer de nouveaux projets.

Nous allons donc aborder le concept de bien-être au travail. En effet, la récupération pendant les temps de pause est indispensable et réduit les effets négatifs produits par le stress et l'épuisement émotionnel.

3.2.2 Le bien-être au travail

« Selon l'enquête européenne sur les conditions de travail, 30 à 40 % des travailleurs signalent des problèmes de santé mentale et des troubles liés au stress, qui sont les principales causes globales de décès prématuré en Europe. » (26)

De plus en plus d'études sont menées sur l'effet positif de la nature sur la santé.

L'exposition à la nature permettrait d'augmenter la relaxation et d'améliorer le bien-être au travail.

« Une méta-analyse de 25 études comparant les données avant et après les activités dans des environnements naturels a montré une diminution significative des sentiments négatifs et une augmentation de l'humeur positive » (26).

Un autre moyen de se connecter à la nature, par exemple lors des pauses, est la pratique d'une activité sportive. En effet, des études menées par le National Institute of Mental Health ont souligné, dès 1987, les bienfaits de l'activité sportive sur la santé mentale (27).

Une recherche basée sur trois études menées au sein des sièges sociaux de grandes entreprises internationales du secteur tertiaire, Adidas, Nestlé et Steelcase, rapporte les propos exprimés par des employés (27).

Dans cette recherche, ceux-ci expriment les bienfaits du sport qu'ils pratiquent sur leur temps de pause. Ils conçoivent le sport comme une contribution à la réduction du stress, mais également comme un soutien moral influençant la réussite professionnelle. Certains employés insistent sur l'effet « régénérateur et exutoire » de la pratique d'une activité sportive.

Un employé raconte également l'intérêt du sport dans la mixité du personnel : *« à l'usine, un des directeurs venait courir à midi avec nous, cela lançait un message très fort aux gens : « Je ne suis pas que le directeur, que celui qui prend les décisions, bonnes ou mauvaises. Je suis avant tout un homme ». « Cela démystifie les gens et ça donne d'eux une image plus sympathique ». Un second ajoute, « une fois qu'on est en short, on a enlevé l'uniforme ».*

Selon cette recherche, les employeurs ont tout intérêt à encourager le sport. La pratique régulière de celui-ci contribue à la diminution du taux d'absentéisme agissant ainsi sur la performance de l'entreprise.

De plus, les employeurs y trouvent un intérêt par la fidélisation de leurs employés qui se déclarent « fiers » d'appartenir à une entreprise qui prend soin d'eux et s'estiment chanceux quant à leur environnement de travail.

Il est prouvé qu'investir dans le bien-être au travail a une influence positive pour les entreprises c'est pourquoi de nouvelle certification existe telle que « Well » : *« Pour WELL^{MD}, la conception doit avant tout être centrée sur l'humain, plutôt que sur le rendement énergétique au pied carré. L'accent est donc mis sur la santé, le bien-être de ceux qui passent leurs journées à l'intérieur des bâtiments. Nutrition, forme physique, humeur, habitudes de sommeil, qualité de l'air et confort thermique, connexion aux espaces extérieurs...*

Rien n'est laissé au hasard pour améliorer satisfaction, équilibre et productivité » (28). En effet, la norme Well a été pensée et développée par des designers, des professionnels de la santé et des psychologues sur base de la recherche scientifique, médicale et environnementale. L'apport de la norme Well a pour objectif d'améliorer la productivité, la créativité et le bien-être du personnel.

Un dernier concept qu'il nous semble important d'aborder dans la composante sociale est le concept de rationalité limitée. Il est certes nécessaire de donner plus de pouvoir de décision aux travailleurs, mais dans l'autre sens, il est indispensable que les travailleurs puissent comprendre leurs managers. En effet, ce concept va nous permettre de mieux comprendre les raisons d'agir des managers dans les hôpitaux.

3.2.3 *La rationalité limitée*

Bien souvent, les décisions prises par les acteurs de pouvoir dans les hôpitaux amènent à des réactions de non-sens et d'incompréhension de la part des employés. Ceux-ci ressentent les décisions prises sur la seule base de l'intérêt économique. « *La rationalité limitée est un concept développé par H. Simon en 1965, c'est un concept important pour comprendre les bonnes raisons d'agir des acteurs en situation* » (29). Selon H. Simon, les décideurs ne disposent pas de toutes les informations pertinentes relatives à la situation à laquelle ils font face. Il leur est impossible de disposer de celles-ci de manière certaine et complète pour prendre la décision la plus optimale.

Les décisions prises ne sont donc pas des décisions optimales, mais bien des décisions satisfaisantes, en tenant compte des informations disponibles et des acteurs en présence.

Cependant, lors de la prise d'une décision, il est important de prendre en compte toutes les parties prenantes et une façon d'apporter plus d'informations est d'impliquer le personnel impacté par la prise de décision.

Pour conclure cette composante sociale, les différents concepts comme la démocratisation de l'entreprise et le bien-être sont utiles à la réduction du risque de burn-out. Le concept de rationalité limitée nous permet également de comprendre la prise de décision des managers.

De plus, le top management est également souvent soumis à de grosses contraintes d'ordre budgétaire.

3.3 La composante économique

3.3.1 L'économie dans le secteur des soins de santé

Selon Sandy Tubeuf, Professeure en économie de la santé à l'UCLouvain, « *l'économie de la santé peut être définie comme l'objectif de faire du mieux possible avec les ressources dont on dispose* ». (30)

« *Les enjeux climatiques sont aussi des enjeux sanitaires, des suites des maladies causées par l'influence de l'environnement et des décès prématurés. Ainsi la durabilité ne passe pas nécessairement par un accroissement du budget du secteur de la santé, mais par un secteur qui dépense mieux et qui se dote d'outils qui peuvent évaluer les gains de santé associés à de meilleurs résultats environnementaux* » (30).

La durabilité ne réside pas dans une augmentation de budget. Beaucoup d'hôpitaux étant déjà dans une situation financière précaire, il faut trouver des moyens pour faire des économies sans que les solutions apportées n'augmentent l'impact environnemental.

L'analyse Maha réalisée en 2019 montre l'équilibre financier précaire sur lequel reposent les hôpitaux en Belgique : un hôpital sur trois était déficitaire (32%) et 20% des hôpitaux généraient un cash-flow insuffisant pour faire face aux remboursements de leurs dettes (31).

Selon cette analyse, « *les premières projections de l'impact Covid en 2020 font apparaître des turbulences d'une ampleur jamais observée auparavant avec des impacts financiers potentiels conséquents (sur le cash-flow et la solvabilité)* ».

De plus, la part du PIB consacrée au secteur de la santé croît d'année en année : en Belgique, le PIB consacré était de 9,6% en 2008 contre 10,8% en 2018 (OCDE, 2021) (32). Pour comprendre ce besoin croissant de financement dans le secteur des soins de santé, nous allons nous intéresser plus particulièrement à l'aspect économique des hôpitaux qui ont représenté 33,9% des dépenses de santé en Belgique lors de l'année 2018 (18).

Les établissements de soins de santé possédant des ressources limitées redoublent d'efforts pour répondre aux exigences d'efficacité et d'efficience.

Le secteur hospitalier est en changement perpétuel et est soumis à de nombreuses turbulences : création de réseaux hospitaliers, construction de nouveaux hôpitaux dans le but de réaliser des économies d'échelle et d'améliorer le rapport coût-efficacité.

La problématique réside également dans la rentabilité à court terme. Comme nous l'avons vu dans l'analyse Maha, les hôpitaux souffrent de déficit important. Il est donc primordial de trouver des solutions pour rembourser les dettes. Des solutions de développement durable incluant des énergies renouvelables, de nouvelles technologies ainsi que l'investissement dans les ressources humaines, projettent une rentabilité à long terme. Mais verrons qu'investir dans d'autres stratégies (par exemple la réduction des déchets) peut avoir un impact environnemental et financier positif.

Dans les hôpitaux de la région d'Östergötland (Suède), l'utilisation des blouses de protection à usage unique a augmenté de 80% en 3 ans. Une campagne a donc été menée pour favoriser l'utilisation de blouses réutilisables, ce qui a permis une réduction de la consommation de celles-ci de 20% en 12 mois.

Une recherche approfondie a été menée sur la différence entre les blouses jetables et réutilisables. Il en est ressorti deux points intéressants : les blouses à usage unique étaient 35% plus chères que les réutilisables et donc pour 100 employés (portant deux blouses par jours cinq jours par semaine) cela représente une économie de 10 900 euros par an. De plus, il n'y avait pas de différence du taux d'infection nosocomiale entre les deux blouses (13).

Cette étude démontre les fausses croyances sur la qualité et le prix du matériel à usage unique par rapport au réutilisable. Il ne faut pas oublier qu'au-delà du coût d'achat d'un produit, il faut compter également le coût de son élimination (qui n'est pas toujours pris en compte dans le calcul du budget).

De plus, il faut repenser l'entreprise afin de générer des économies via d'autres stratégies comme par exemple : l'économie circulaire.

3.3.2 Une économie durable : l'économie circulaire

Pour reprendre les termes du Professeur Tubeuf cité plus haut, « *l'économie de la santé peut être définie **comme l'objectif de faire du mieux possible avec les ressources dont on dispose*** »

Ce qui nous intéresse dans le cadre de l'économie durable est de faire du mieux possible pour l'environnement et pour le personnel avec les ressources (humaines et financières) dont on dispose.

Nous l'avons vu précédemment, les hôpitaux font partie des entreprises produisant de grandes quantités de déchets. L'idée d'un hôpital « zéro déchet » peut paraître être un défi insurmontable. Il y a pourtant différentes façons d'envisager la réduction de ceux-ci.

Par exemple, le NHS au Royaume-Uni a décidé de relever ce défi : « *zéro émission nette pour les soins que nous prodiguons (le NHS Carbon Footprint) d'ici 2040, et zéro émission sur l'ensemble de nos émissions (le NHS Carbon Footprint Plus) d'ici 2045* ». Les premiers résultats sont publiés et consultables dans le rapport du NHS « *Delivering a 'Net Zero' National Health Service* » d'octobre 2020 (13).

Le NHS a décidé de relever le défi, alors pourquoi pas une telle initiative dans les hôpitaux belges (qui permettrait une réelle économie financière) ? Pour cela faut-il encore avoir les outils nécessaires à ce changement. Pour répondre à cet objectif, le NHS recommande l'utilisation du principe des 5 R : refuser, réduire, réutiliser, réparer, recycler... que certains font précéder du E d'éviter (de surconsommer). Il permet de réduire l'impact environnemental et a clairement un avantage en termes de coût économique. Le principe de « 5R » renvoie au concept d'économie circulaire.

Selon Aurez et Georgeault, « *l'économie circulaire est un principe d'organisation 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* » (33).

Le principe de l'économie circulaire est assez simple : de la production du produit jusqu'à son élimination. Le modèle de l'économie circulaire augmente la durée d'utilisation des produits, et ce par la location, la réutilisation, la réparation et la remise à neuf (reconditionnement) des produits. Dans ce concept, tout est imaginé pour que les déchets soient réduits au maximum. Lorsqu'un produit ne sait plus être ni utilisé ni réparé, les matériaux doivent, dans la mesure du possible, être recyclés et comme solution finale, l'élimination en dernier recours.

Pour permettre la mise en place de cette économie circulaire, le NHS recommande « *d'analyser les pratiques de travail et identifier les opportunités de réduire l'utilisation de produits en plastique grâce aux solutions existantes et encourager l'innovation pour concevoir des produits et services réutilisables dans la mesure du possible* » (18).

Ceci renvoie au principe de la **démocratisation de l'entreprise** en favorisant l'implication des travailleurs dans les nouvelles stratégies. De plus, pour appliquer l'économie circulaire, il est nécessaire de se tourner vers une approche de « chimie verte : sans produits chimiques toxiques » ainsi que des produits réutilisables non toxiques ; par exemple en remplaçant les articles en PVC qui présentent des risques pour la santé (18). Les réglementations de l'UE fournissent aux acheteurs publics un cadre juridique leur permettant d'exiger des produits circulaires et non toxiques avec des impacts négatifs minimisés sur la santé et l'environnement (18). Dans la région Skåne (Suède) les hôpitaux ont travaillé avec un fournisseur en seringues pour réduire le poids de celles-ci. Les infirmières les ont ensuite utilisées pour juger la qualité. Cela s'est révélé être concluant puisque cela a permis d'économiser 4,5 tonnes de déchets plastiques. (18).

Quelques exemples d'économie circulaire près de chez nous :

- Dans l'hôpital Joseph Bracops à Bruxelles, une polyclinique a été conçue et réfléchi pour être modulable et réversible. Les cloisons séparant les pièces sont démontables et modulables afin d'adapter l'hôpital en fonction de ses activités futures. De plus, si l'hôpital doit être démonté, la société de déconstruction s'engage à racheter les matières premières (34).

La société française Hobart propose un système de traitement des déchets organiques « BIVATEC » qui permet de collecter des biodéchets alimentaires et les acheminer automatiquement en vue d'une transformation en méthane ou en compost. (35)

3.4 Recommandations pour une transition écologique

Nous venons d'explorer les différentes composantes favorisant la durabilité dans les hôpitaux. Nous avons eu l'occasion de comprendre les différents leviers et freins à la transition écologique d'un hôpital. Différentes propositions d'amélioration ont été présentées, mais faut-il encore que les hôpitaux les connaissent, soient formés et aient les outils adéquats pour mettre ces concepts en place. Pour répondre à cette problématique, plusieurs organisations ont été créées pour aider les hôpitaux dans leur transition écologique. Nous en présenterons trois pour comprendre en quoi leur mission consiste.

3.4.1 *Nordic center for Sustainable Healthcare (NCSH)*

Le NCSH est constitué de 120 membres provenant de 17 pays. Il offre des conseils et dirige les hôpitaux vers les entreprises qui offrent des solutions de durabilité hospitalière telles que les solutions numériques intelligentes (la santé en ligne), la technologie de vie/soins à domicile, les produits de soins personnalisés, etc. (36).

« Les objectifs du Nordic Center for Sustainable Healthcare sont « *la sensibilisation aux soins de santé durables ; stimuler l'innovation et les investissements dans les soins de santé durables ; apporter des solutions et des idées de classe mondiale aux pays nordiques et fournir des solutions et des connaissances nordiques au monde* » (36). Par exemple le NCSH a créé le « projet Grønnsköpingkið » : c'est un hôpital fictif qui rassemble et décrit les différentes solutions et produits qui peuvent augmenter les performances de durabilité des hôpitaux. L'hôpital fictif est représenté sur un site web qui expose les différentes catégories qu'il estime nécessaires pour construire l'hôpital le plus vert du monde.

3.4.2 *Center for Sustainable Healthcare (CSH)*

Le CSH propose aux organisations une analyse de l'empreinte carbone et de la triple bottom Line (triple bilan des activités sociales, économiques et environnementales d'une organisation), afin d'évaluer quels sont les impacts environnementaux et les impacts négatifs sur la santé des populations générés par leur activité (37). D'après eux, cette analyse permet de mieux préparer une organisation à atteindre ses objectifs, à devenir plus efficace et plus rentable (38). De plus, il propose des formations en développement durable dans le secteur des soins de santé.

Ce programme est intéressant car il intègre et évalue les trois composantes du développement durable.

3.4.3 *Health care without harm (HCWH)*

Health, Care Without Harm a pour but de créer un système de santé plus durable. Ce mouvement unit les gestionnaires d'hôpitaux qui trouvent de nouvelles solutions pour réduire les émissions carbone. HCWH se concentre principalement sur quatre domaines du développement durable : les soins de santé circulaires, les soins de santé intelligents face au climat (élaboration de feuilles de route de dé-carbonisation des soins de santé), une pharmacie plus sûre (encourager les industries pharmaceutiques à mettre en place des méthodes plus écologiques) et une alimentation durable (achats d'aliments sains) (39).

Ces plateformes donnent les outils nécessaires pour augmenter la durabilité dans le secteur de la santé.

Mais afin que les entreprises soient reconnues par le public comme étant plus durables et donc plus responsables envers la société, il existe un concept : la responsabilité sociétale de l'entreprise.

3.5 La responsabilité sociétale de l'entreprise (RSE)

Depuis plusieurs années, le public manifeste de l'intérêt pour la transparence des entreprises. La RSE est un concept qui aide à la diffusion des informations sur les comportements économiques, sociaux et environnementaux des entreprises.

En 2011, la Commission européenne donne une définition de la RSE : « *le respect de la législation et des conventions collectives entre partenaires sociaux est une condition préalable de la responsabilité sociétale des entreprises. Mais pour satisfaire pleinement leurs responsabilités sociétales, les entreprises se doivent de mettre en place un processus, afin d'intégrer les préoccupations sociales, environnementales, éthiques, relatives aux droits de l'homme et aux consommateurs, dans leurs opérations et leur stratégie de base, en étroite collaboration avec leurs parties prenantes* » (40).

La RSE doit respecter la législation et les conventions. Elle demande un effort stratégique à long terme impliquant toutes les parties prenantes. Ce concept permet d'impliquer les travailleurs dans le processus d'élaboration des projets favorisant ainsi l'innovation et la créativité.

Cette collaboration avec les parties prenantes permet la création de valeurs partagées au niveau environnemental, social et économique.

Il n'existe pas de description précise de ce que doit être la RSE, le principe est établi, mais l'objectif est spécifique au contexte de chaque entreprise.

Enfin, « *être socialement responsable n'est pas un état, mais un processus sans fin* » (40).

Pour être reconnu comme RSE, les indicateurs les plus courants dans la littérature sont : la publication de rapports de développement durable, la présence d'accréditations et de labels de qualités. Certains indicateurs sont déjà utilisés par quelques hôpitaux belges (39).

L'hôpital Saint-Luc Woluwe Saint-Lambert a obtenu un type d'accréditation : l'accréditation Canada International (ACI) qui évalue également l'ensemble du fonctionnement et des pratiques des membres du personnel (41). Il obtient également en 2008 le label « Entreprise Ecodynamique » qui est un label délivré par Bruxelles-Environnement (42).

3.6 *Et la durabilité dans les hôpitaux belges ?*

Dans la province du Luxembourg, ce futur hôpital du CHR Sambre Sud aura pour projet de rassembler trois hôpitaux sur un seul site. Les objectifs sont très ambitieux : proposer un hôpital de développement durable et de préservation de la biodiversité.

L'objectif de construction est de se rapprocher du « nearly Zero-Energy Building (nZEB)⁶ » . Pour remplir cet objectif, l'apport d'énergie renouvelable sera alimenté par un champ de sonde géothermique et environ 6 000 m² de panneaux solaires. L'énergie nécessaire sera prise en charge par des équipements très performants et un système de récupération de chaleur. De plus, le projet axe sa priorité sur le bien-être des travailleurs ; le but étant d'améliorer la qualité de vie au sein de celui-ci. Pour cela, la direction s'appuie sur la certification « Well » en s'intéressant à la qualité de l'air, de la lumière, de l'acoustique et d'autres paramètres de confort. Leur projet se veut aussi inclusif des parties prenantes pour répondre à un objectif de développement durable au sein de ce nouvel hôpital.

Toujours dans un objectif de développement durable, le projet a pour but de favoriser la biodiversité. Pour atteindre cet objectif, des zones naturelles seront créées autour du bâtiment avec « *implantation de vergers, de zones de maraîchage à destination d'un circuit court qui approvisionnera la cafétéria et de prairies de fauche pour la faune sauvage* » (43). Et pour la première fois en Belgique, une société belge équipera la station d'épuration pour éliminer tous les polluants médicaux présents dans l'eau évacuée.

Une étude est en cours afin d'évaluer l'impact environnemental de l'hôpital sur les alentours. Le projet sera également présenté au public afin d'en obtenir des remarques dont ils pourront tenir compte.

⁶ Bâtiment à énergie zéro

Dans ce même esprit, la Clinique Saint-Pierre à Ottignies a également pour objectif la transition écologique. Elle se définit comme « HET » : hôpital en transition écologique. Elle favorise déjà la biodiversité par l'implantation de trois ruches (comptant plus de 200 000 abeilles) derrière l'hôpital, proposant aussi des « ateliers ruches » pour les membres du personnel (44). Leur projet est notamment soutenu par la plateforme Health Care Without Harm évoquée plus haut. La Clinique Saint-Pierre prévoit également un tout nouveau projet d'ici 2028 : un nouvel hôpital du 21^e siècle « le GREEN HOSPITAL » qui prévoit de nouveaux fondements impliquant la performance énergétique, la construction durable et l'économie circulaire.(44).

3.7 Conclusion

La transition vers un hôpital durable est une thématique complexe reposant sur les trois composantes du développement durable : environnementale, sociale et économique. En effet, le cadre théorique nous a permis de repérer les leviers et les freins à la transition vers un hôpital durable.

La réglementation sur la gestion environnementale des hôpitaux est encore trop peu présente que pour guider les hôpitaux dans cette démarche, mais il existe différents outils permettant d'y accéder.

Il est important de considérer qu'une transition est un processus nécessitant la collaboration de toutes les parties prenantes. L'évolution de la crise climatique aura aussi un impact important sur la santé des populations, ce qui risque d'entraîner un effet direct sur les activités des hôpitaux. *« Le réchauffement climatique a un impact sur l'état de santé de la population à court terme et sur la fonctionnalité des structures d'intervention d'urgence. Les risques accrus associés au changement climatique représentent une menace émergente pour l'état de santé des communautés touchées.*

Bien que la gestion de tels phénomènes ne puisse pas relever de la seule responsabilité des hôpitaux existants et de leurs services d'urgence, les Nations unies (ONU) et l'OMS, ainsi que les organisations nationales, s'appuieront sur les ressources et le personnel de santé disponibles pour répondre aux catastrophes humanitaires. Il est également nécessaire de renforcer le soutien aux hôpitaux et aux établissements de soins de santé dans les pays les moins développés ». (45)

Ceci nous permet de comprendre l'importance de réduire l'empreinte environnementale des hôpitaux : réduire son empreinte carbone, non seulement pour la préservation de l'environnement et de la biodiversité, mais aussi préserver la santé de la population actuelle et des générations à venir.

La crise financière préexistante des hôpitaux aggravée par la crise du Covid-19 nécessite une nouvelle gestion de stratégie des hôpitaux pour en diminuer tant les coûts que les dettes. De plus, comme nous l'avons vu, le secteur hospitalier a une forte dépendance au pétrole, ainsi qu'aux énergies telles que le gaz et l'électricité ; sans oublier d'y intégrer l'inflation actuelle qui majore le coût des matières premières et d'énergie risquant ainsi d'aggraver ainsi la situation financière des hôpitaux.

Une stratégie doit être mise en place pour réduire les déchets, notamment grâce à l'économie circulaire et à l'investissement dans les ressources humaines.

Il existe déjà de nombreux projets de transition écologique dans les hôpitaux démontrant que cette problématique de développement durable devient une réelle préoccupation dans ce secteur. Plusieurs pays comme le Royaume-Uni et les pays nordiques (Suède) sont des modèles avant-gardistes dans le domaine, servant ainsi d'exemple pour les autres pays. La Belgique suit déjà cette tendance avec quelques projets déjà implémentés et de futurs en cours d'élaboration.

4 Partie pratique

4.1 Question de recherche et hypothèses

4.1.1 La question de recherche

A la suite de tous ces constats auxquels nous avons pu accéder nous avons construit notre question de recherche : « ***Quels sont les leviers et les freins à la transition d'un hôpital durable selon les composantes environnementale, sociale et économique dans deux hôpitaux belges*** » ?

4.1.2 Les hypothèses de travail

Hypothèse représentant un levier à la transition vers un hôpital durable

Hypothèse 1 : *L'impact environnemental est un nouvel enjeu auquel les hôpitaux devront faire face dans les années à venir.*

Hypothèse 2 : *Le matériel réutilisable a un impact écologique et financier positif comparé au matériel à usage unique.*

Hypothèse 3 : *Le tri des déchets, la filtration des eaux usées, la mobilité et la pharmacie sont les secteurs internes sur lequel l'hôpital peut agir pour réduire son impact environnemental.*

Hypothèse 4 : *L'implication des travailleurs dans les décisions et la considération du bien-être des travailleurs favorise la durabilité sociale par leur fidélisation*

Hypothèse 5 : *Les hôpitaux ont le pouvoir ensemble de faire pression sur les fournisseurs pour introduire une composante environnementale dans les critères de marché public.*

Hypothèse 6 : *L'hôpital durable a un impact financier positif sur celui-ci.*

Hypothèse 7 : *L'économie circulaire est un concept applicable dans les hôpitaux appliquant un rendement financier et environnemental positif*

Hypothèse 8 : *La mise en œuvre d'aides extérieures telles que des plateformes de conseils aide à la transition vers un hôpital durable*

Hypothèse représentant un frein à la transition vers un hôpital durable

Hypothèse 9 : *Le concept d'hôpital durable selon les composantes environnementale, sociale et économique est méconnu du monde hospitalier*

Hypothèse 10 : *La résistance aux changements est un frein aux changements de pratiques dans l'optique de transiter vers un hôpital durable.*

Hypothèse 11 : *L'investissement écologique n'a d'intérêt que s'il y existe un intérêt financier*

4.2 Méthodologie

Dans cette partie, les différents éléments méthodologiques seront présentés. Ce travail a pour but d'analyser chaque composante du développement durable et le lien avec le contexte hospitalier. Pour commencer, une justification de la méthode utilisée sera réalisée. Ensuite, la méthode de collecte des données ainsi que le choix de l'outil vous seront exposés. Et pour terminer, la méthode d'analyse des données récoltées sera présentée.

4.2.1 Méthode utilisée

La démarche qualitative nous est apparue comme la plus pertinente dans le contexte de ma question de recherche.

« *La recherche qualitative porte sur des questions du type: Quoi ? Comment ? Pourquoi ? Relatives à un phénomène étudié (plutôt que des questions du type : Combien ? Est-ce que... oui ou non ?* » (46)

La question de la durabilité dans le monde hospitalier est une problématique récente et complexe, ce qui justifie également l'utilisation de cette méthode. Par celle-ci, il est possible d'obtenir une meilleure compréhension de la situation problématique par le recueil d'opinions, d'expertises et des perceptions des personnes impliquées dans la gestion d'un hôpital.

Ainsi que de les mettre en relation avec les hypothèses émises sur base de la littérature et, a posteriori, d'en générer de nouvelles. Le but est de révéler la subjectivité des parties prenantes face à cette problématique, ce qui permet donc de mettre en évidence les facteurs influençant la transition vers un hôpital durable. C'est donc pour cette raison que des entretiens semi-directifs seront réalisés permettant ainsi aux participants une liberté de parole au sein d'un cadre prédéfini par un questionnaire.

L'objectif de ce mémoire n'est pas d'obtenir des résultats généralisables avec des données statistiques, mais de faire une recherche contextualisée dans deux hôpitaux belges (CSPO et CHU Brugmann).

L'analyse des données qualitatives a été faite en plusieurs étapes : tout d'abord une synthèse des propos recueillis a été réalisée. Ensuite, nous avons réalisé un découpage des entretiens en unités d'analyse qui correspondent à des unités de sens, de signification qui permettront d'en sortir des thématiques.

4.2.2 Description et choix de l'échantillon

La Belgique compte 103 hôpitaux généraux, dans le cadre de l'étude utilisant une méthode qualitative, il a été décidé d'en choisir deux. Le premier hôpital que nous avons choisi est l'hôpital Brugmann où je travaille depuis 5 ans. Il nous a paru pertinent de choisir cet hôpital par rapport à l'accessibilité du top management qui devait être interrogé. Le second hôpital que nous avons choisi est la clinique Saint-Pierre à Ottignies, car il se définit comme « Hôpital en Transition ». En effet, c'est une dizaine de collaborateurs qui mènent à bien divers projets ayant pour objectif « *de réduire l'impact de l'hôpital sur l'environnement et d'œuvrer à la construction d'un monde socialement juste, équitable et durable* ». (49)

Pour envisager une transition vers un hôpital durable selon les trois composantes, le recueil d'expertise des personnes ayant de l'influence et du pouvoir sur les décisions de l'hôpital semble évident, les caractérisant donc comme parties prenantes. C'est donc pour cette raison qu'il a semblé pertinent de s'intéresser au point de vue du top management de ces deux hôpitaux.

Dans le cadre de cette étude qualitative et dans un contexte de mémoire, le nombre d'entretiens semi-directifs qu'il est possible de réaliser est assez restreint.

La sélection a donc été réfléchi pour intégrer le plus de personnes possible impliquées dans la gestion des hôpitaux. Elles ont été sélectionnées sur base de leur position hiérarchique et de la spécificité de leurs fonctions.

La transition vers un hôpital durable touche toutes les personnes travaillant au sein de l'institution et nécessite l'implication de tous. Cependant, même si les travailleurs ont également une responsabilité nous nous sommes concentrés sur la partie management en interrogeant, le top management ainsi que des cheffes opérationnelles.

Les travailleurs ont été volontairement exclus de la sélection de l'échantillon. Le principal critère de sélection étant la position hiérarchique. L'âge et le sexe n'ont pas été des critères sélectionnés pour cette étude.

4.2.3 Méthode collecte des données

À la suite de la définition des critères, un premier contact a été réalisé par e-mail afin d'obtenir l'accord des participants pour participer à cette étude. Nous avons contacté l'ensemble du top management ainsi que les cheffes opérationnelles, un total d'environ une quarantaine de personnes. Nous n'avons pas reçu toutes des réponses positives, certaines évoquant un emploi du temps trop chargé et proposant un rendez-vous trop tard, certains n'ont pas répondu malgré plusieurs relances. Au total, 12 personnes ont répondu aux entretiens. Parmi celles-ci : une directrice générale, une directrice du département infirmier et paramédical, une directrice des opérations, une attachée de direction (bio-ingénieur), un directeur du département technique, un directeur administratif et financier, un directeur des départements supports, un manager à la direction et hygiéniste et deux cheffes opérationnelles des urgences, une cheffe opérationnelle des soins intensifs et une cheffe opérationnelle du bloc opératoire. En ce qui concerne les cheffes opérationnelles, j'ai délibérément choisi ces services de par leur caractère consommateur en matériels et médicaments ainsi que pour le côté managérial dans des services de médecine critique.

L'ensemble des questions reprises dans le guide d'entretien (Annexe 2) ont été rédigées sur base des hypothèses émises. Les questions ont été formulées de telle sorte à ce que les questions restent ouvertes et laissent une ouverture de paroles aux participants. Cette technique permet de répondre aux hypothèses émises au départ, mais également d'éventuellement en faire émerger de nouvelles.

4.2.4 Déroulement de l'enquête

Le thème a été annoncé lors de la demande d'entretien auprès de tous les participants, il a ensuite été rappelé lors de l'entretien.

Phase test

Le questionnaire élaboré a été testé auprès de deux personnes ne faisant pas partie du CHU Brugmann ni de la CSPO, un ancien adjoint à la direction du département infirmier et une infirmière et ce dans le but de vérifier la cohérence du questionnaire ; leurs remarques pertinentes ont permis la modification de certaines questions. De plus, il m'a été suggéré d'envoyer le questionnaire à l'avance aux participants, certaines questions méritant une réflexion préalable.

Le questionnaire a également été validé par mon promoteur.

Nous avons demandé à tous les participants si l'entretien pouvait être enregistré afin d'en faciliter la retranscription. Il a également été proposé à chaque participant de partager les résultats de l'étude à la fin du mémoire.

Il y a eu 10 entretiens sur les 12 qui se sont déroulés en distanciel et les deux autres dans le bureau des participants en présentiel. La durée des entretiens était en moyenne d'une heure, le top management ayant un planning très chargé, le timing a dû être respecté. Il est important de spécifier que l'un des entretiens (entretien 12) a dû être interrompu pour cause d'un incendie chez les voisins, l'enquête a donc été reprise une semaine après. L'ensemble des entretiens sont confidentiels et anonymes pour permettre une plus grande liberté d'expression.

4.2.5 Méthode d'analyse

Cette partie a débuté par une retranscription des entretiens en les réécoutant, suivi d'un découpage du matériau en faisant un classement par unité de sens et par thème. (50)

Les parties qui nous intéressent pour l'analyse ont été placées dans un tableau classé par thème. La démarche adoptée est de type déductif, les thèmes étant prédéfinis, cependant d'autres thèmes ont été repérés lors de la lecture des entretiens.

4.2.6 Considérations éthiques

Afin de pouvoir réaliser cette étude dans les règles, nous avons contacté Mr Yves Maule, membre du comité d'éthique du CHU Brugmann afin de demander si le questionnaire requérait le consentement du comité d'éthique. Ils nous a informé que comme l'enquête ne concernait pas les patients, nous ne devions pas soumettre de demande (Annexe 3) . Cependant, en ce qui concerne les cheffes opérationnelles, nous devions avoir l'approbation de la personne responsable du département. Nous avons donc contacté la cheffe du département infirmier Marie de Vos qui a donné son accord. (Annexe 3).

Au sein de la CSPO, malgré la demande, il n'y a pas eu de réponse.

4.3 Présentation des résultats et analyse

Dans le tableau 1 ci-dessous est présenté le parcours des managers interviewés (Entretien 1, 2,3,4,5,6,7,12)

Tableau 1 : Caractéristiques des managers

Poste	Ancienneté
Attachée de direction (bio-ingénieur)	5 ans et demi
Responsable planning et performance à la direction des opérations	2 ans
Directeur du département technique	2 ans et demi
Directeur financier et administratif	4 ans
Directrice du département infirmier	8 mois
Directrice générale	1 an
Support manager à la direction et hygiéniste	30 ans
Directeur des départements support	10 ans

Dans le tableau 2 ci-dessous est présenté le parcours des cheffes opérationnelles interviewé (Entretien 8,9, 10,11)

Tableau 2 : Caractéristiques des cheffes opérationnelles

Poste	Ancienneté
Cheffe opérationnelle du bloc opératoire	4 ans
Cheffe opérationnelle des urgences	7 ans
Cheffe opérationnelle des soins intensifs	7 ans
Cheffe opérationnelle des urgences	8 mois, mais 6 ans dans une autre unité

Pour chaque hypothèse émise lors de la partie méthodologique, des extraits d'entretien pertinents ont été sélectionnés pour y répondre. Certaines de ces hypothèses ont été confirmées et d'autres infirmées. Plusieurs éléments nouveaux ont été apportés par les participants, ce qui ouvre à de nouvelles perspectives. Afin d'éviter d'alourdir l'analyse, seuls les extraits illustrant l'analyse ont été exposés.

Hypothèse 1 : L'impact environnemental est un nouvel enjeu auquel les hôpitaux devront faire face dans les années à venir.

L'enjeu environnemental est un élément relevé par la plupart des participants, notamment en termes d'énergie fossile, de consommation d'énergie et de la dépendance aux consommables. Cette réflexion a émergé suite à la hausse des prix de l'énergie et des matériaux due à la crise Covid ainsi qu'à la guerre en Ukraine. Cet enjeu économique pousse les participants à réfléchir aux défis environnementaux futurs.

Ent 3 : Le défi, vraiment c'est toutes nos consommations d'énergie... donc on se rend compte avec la flambée des coûts de l'électricité, du gaz, que là on n'a vraiment pas le choix, il faut qu'on trouve des solutions pour économiser. Parce que ça nous coûte vraiment beaucoup trop cher.

Ent 7 : C'est l'influence Covid, entre autres, la guerre en Ukraine. Mais pour moi c'est l'énergie et ses gaspillages de l'énergie et donc essayer d'éviter de gaspiller et de mettre des choses en place qui sont Carbone Free.

Ent 11 : *Le défi, c'est de survivre déjà à cette guerre énergétique vraiment parce qu'il faut se dire que si les factures des hôpitaux, je ne veux pas dire doublent, mais même augmentent de 30 %, c'est 30 % que tu ne pourras pas investir sur l'aspect plus humain et social de l'hôpital.*

Il y a deux participants qui mettent en exergue le réchauffement climatique ainsi que la dépendance aux énergies fossiles dans les défis futurs des hôpitaux. L'aspect résilience est également souligné, une réflexion doit être menée sur comment soigner les patients dans un moment où les ressources sont de plus en plus limitées.

Ent 1 : *L'aspect résilience au niveau des consommables, de comment organiser mon système de soins, un bon soin à mes patients avec le moins de choses jetables possible aussi finalement. C'est comment on va soigner nos patients dans un monde aux ressources limitées.*

Ent 7 : *Réfléchissons comment on peut faire, maintenant par rapport au réchauffement climatique et comment on peut apporter notre pierre à l'édifice.*

Au-delà de l'aspect économique et social mis en avant par les autres participants dans les enjeux futurs, l'aspect social est avancé par deux des participantes. Dans une ère où la pénurie du personnel est déjà très importante, l'aspect rétention du personnel l'est d'autant plus.

Ent 6 : *Il y a tout ce qui est emploi, on est dans une profession en pénurie, donc il y a tout ce qui est rétention du personnel, faire grandir le personnel dans cette fonction. Si tu sais pas les faire grandir hiérarchiquement tu peux continuer à les faire évoluer au niveau de l'expertise.*

Ent 10 : *C'est la rétention du personnel, ils vont tous partir, surtout ceux qui font un master.*

Une des participantes soulève que pour la survie des hôpitaux les trois composantes du développement durable doivent être intégrées à chaque décision stratégique.

Ent 11 : *Si on ne s'engage pas dans un truc multipolaire : le pôle économique, écologique et l'aspect social et que dans chaque point stratégique ces trois-là ne se regroupent pas ou s'ils ne sont pas envisagés, il va y avoir un problème.*

Un des participants souligne que la prise en charge des patients est aujourd'hui très dépendante des appareils connectés. S'il y a une vraie coupure d'électricité, il sera très difficile de soigner le patient. Les soins donc de plus en plus connectés et donc dépendants de l'énergie.

Ent 12 : *Si un jour on a une vraie coupure électrique, on ne sait plus soigner. Si l'infirmière ou même le médecin ne sait prendre que les paramètres grâce à ce matériel connecté, cela me fait peur et c'est assez interpellant.*

Hypothèse 2 : *Le matériel réutilisable a un impact écologique et financier positif comparé au matériel à usage unique.*

Dans une ère où l'on essaie de réduire les déchets, de privilégier le réutilisable, les participants mettent en avant certaines réflexions intéressantes. Ils ne s'accordent pas sur ce qui coûte plus cher entre le jetable et le réutilisable. Au-delà de l'achat du matériel en lui-même, il faut prendre en compte toute la logistique derrière le réutilisable : lavage (utilisation d'électricité, de produits nettoyants, d'eau) et le personnel d'entretien. Ces facteurs rassemblés font que le matériel à usage unique est plus avantageux financièrement que le matériel réutilisable.

Ent 2 : *Mais ce n'est pas tout à fait réfléchi parce qu'en même temps, l'usage unique coûte cher et donc on a pu démontrer l'année passée que l'usage unique coûtait tellement cher qu'on pouvait avoir 2 personnes à temps plein.*

Ent 4 : *On avait avant du jetable, on a repris les anciennes assiettes en porcelaine, etc. On a dû engager du personnel, au lieu, que ce soit la société qui paye, c'est nous qui prenons ça à notre charge. En sachant que le réutilisable, il faut le laver, donc il y a de l'eau, il y a du produit vaisselle, il y a du personnel qui doit débarrasser qui doit nettoyer, qui doit ranger donc ce n'est pas neutre, ce n'est pas comme si on passait de mauvais à parfait.*

Ent 7 : *À l'achat un set de suture que de payer quelqu'un en stérilisation, de tout nettoyer, puis le mettre dans la stérilisation, puis l'emballer. Donc en fait, il faudrait pousser à faire du réutilisable par le prix.*

Le problème du réutilisable est qu'il faut pouvoir récupérer le matériel, souvent les couverts sont perdus ou volés ce qui a un coût pour l'hôpital.

Ent 3 : *Parce que le problème, c'est que les couverts en métal, si on laisse les gens les emporter, on ne les récupère jamais à la cuisine.*

Ent 4 : *On est revenu aux couverts en métal, il faut savoir qu'on nous les vole.*

Un participant souligne l'aspect commercial qui existe derrière le matériel médical à usage unique, certains instruments de bonne qualité pourraient être réutilisés et restérilisés. Le système commercial pousse à une surconsommation. De plus, l'évolution rapide des normes amène à ce que les appareils doivent être régulièrement changés ne répondant plus à celles-ci.

***Ent 1 :** Mais de nouveau, je pense qu'il faut faire changer le système, parce qu'à l'hôpital on est soumis à tout un tas de normes qu'on doit respecter, qui font que nos équipements sont rapidement obsolètes aussi et se battre un peu là-dessus avec une bonne analyse de risque.*

***Ent 8 :** Parfois on fait des entorses et donc on restérilise le matériel. Donc pourquoi on a mis du jetable simplement parce qu'on veut consommer et que ça participe à la composante commerciale de ce système.*

De plus, une participante relève un point important, l'avantage de l'usage unique est la disponibilité plus rapide en matériel. En effet, dans notre système actuel, nous exigeons d'avoir du matériel en suffisance. Ainsi, le fait d'avoir du matériel jetable répond à cette exigence.

***Ent 11 :** A l'heure actuelle, c'est quand même triste que l'usage unique soit moins cher que toute la chaîne de stérilisation de matériel. On en est là, ça me fend le cœur. Mais en attendant, si je veux avoir du matériel disponible pour le moment, je suis mieux à prendre de l'usage unique.*

***Hypothèse 3 :** Le tri des déchets, la filtration des eaux usées, la mobilité et la pharmacie sont les secteurs internes sur lequel l'hôpital peut agir pour réduire son impact environnemental.*

Le tri des déchets

La gestion du tri des déchets dans les hôpitaux est un aspect complexe mis en avant par les participants. Le tri à la source n'est pas toujours correctement effectué entre le B1 (déchets normaux) et le B2 (déchets contaminés). De plus, l'élimination des déchets est effectuée par une société externe et le prix de l'élimination de ces déchets est très onéreux. Les hôpitaux ont des réflexions en ce sens pour réduire leurs déchets car l'impact positif du financier et de l'environnemental est très important.

Ent 3 : *Après, dans un hôpital, il y a énormément de médicaments dans les poubelles qui sont classées ce qu'on appelle du B2. Et donc, c'est des sociétés extérieures qu'on doit payer, on paye à la tonne de déchets qu'on évacue.*

Ent 5 : *On a encore travail à faire sur la gestion des déchets qui, au-delà d'être très coûteux, bien et très impactant,*

Il existe une volonté des participants d'effectuer une meilleure gestion des déchets, cependant, ils soulèvent certains problèmes : par exemple, le manque de poubelles PMC à proximité, un manque d'informations quant au tri à effectuer entre les déchets B1 et B2 ainsi qu'un problème logistique d'évacuation des différents déchets.

Ent 3 : *Trier le maximum, mais ce n'est pas si simple. Le problème, c'est le fait de reprendre les poubelles séparées à l'intérieur de l'hôpital, c'est les personnes qui doivent aller avec toutes les poubelles séparées, c'est des tournées différentes . En termes de logistique, c'est compliqué.*

Ent 7 : *Mais par contre ici, dans l'institution on ne fait pas assez de tri, au niveau des bureaux, donc au niveau des papiers il n'y a pas de politique de tri spécifique, des containers à piles , tout ce qui est verre donc ça, ce n'est pas encore assez présent.*

Ent 12 : *Et là aussi, je pense qu'il y a vraiment une éducation à faire dans les unités. Parce qu'on met beaucoup de choses dans le B 2 alors qu'on ne devrait pas.*

L'évacuation logistique des déchets est un problème particulièrement important en salle d'opération. Il n'existe à l'heure actuelle aucun tri des déchets, tous les déchets sont éliminés en B2 même s'ils ne sont pas contaminés.

Ent 8: *Nous on fait aucun tri, donc dans les salles d'opération, on jette tout dans les sacs poubelles gris considérés comme du déchet B 2.*

Ent 12 : *Au niveau du quartier opératoire, c'est la même chose, on met tout dans les poubelles jaunes. Entre 2 patients, on change chaque fois la poubelle, ça n'a pas de sens, c'est brûler du vide.*

Un des participants fait ressortir une chose intéressante, c'est qu'au-delà du tri des déchets, il faut également penser à toute la chaîne d'élimination de ceux-ci. Il est important de bien trier mais si derrière ça, la chaîne d'élimination n'assure pas le suivi, il y a une perte de sens.

De plus, il suggère un type d'économie circulaire qui est de récupérer la chaleur produite par l'incinération.

Ent 7 : Il y a le tri des déchets, mais il y a tout le flux et le circuit des déchets, ça doit aller jusqu'à l'incinérateur, récupération d'énergie, filtres sur les cheminées, c'est quelque chose qu'on peut faire individuellement, mais on ne sait pas ce qui se fait par après.

Ent 12 : C'est bien de trier, mais à l'extérieur, quand les poubelles partent, elles sont pas triées. Donc il y a encore beaucoup qui va à l'incinérateur.

Le tri des déchets n'a pas seulement d'impact environnemental que par son incinération, il faut également compter le transport de ces déchets vers les centres d'incinération.

Ent 12 : Il faut se rendre compte que par rapport à la situation à Bruxelles, la ville n'a pas d'incinérateur B2. Donc effectivement tous nos flux sont envoyés soit en Wallonie, soit en Flandre. Il faut se rendre compte pour que pour l'hôpital des enfants et l'hôpital Brugmann, c'est 3 à 4 semi-remorques par semaine.

Une autre problématique est également mis en exergue, c'est que le tri des déchets est régionalisé, cela veut donc dire que d'une région à une autre le tri des déchets peut varier.

Ent 7 : La législation sur les déchets est spécifique aux régions. La législation pour les déchets hospitaliers est différente en Flandre qu'à Bruxelles et qu'en Wallonie.

Un projet pilote est un cours de discussion pour utiliser une autre méthode que l'incinération des déchets B2. Ce projet aurait un réel impact environnemental. De plus, il permettrait des économies financières non négligeables, les déchets seraient éliminés sur place. L'énergie dégagée par ce système pourrait également être renvoyé dans le réseau de chaleur.

Ent 12 : On espère un projet pilote pour donc traiter notre déchets en interne : tout le B 2 devrait être transformé en B1 et ainsi pouvoir récupérer la chaleur de la stérilisation et de la transformation pour la renvoyer dans le réseau de chaleur.

Les consommables

Le secteur carbone qui représente la part la plus importante dans les hôpitaux est « les consommables ». Il doit donc y avoir une vraie réflexion sur ce secteur, ce qui est soulevé par les participants. Ils évoquent des actions tel que la réduction du gaspillage, des emballages, notamment des médicaments ainsi que de l'emballage du matériel. Ils soulignent également le gaspillage au niveau de la pharmacie.

Ent 1 : En 70 % de notre impact carbone il va être lié aux consommables, aux pharmaceutiques et donc à l'utilisation rationnelle de tout ça aussi.

Ent 3 : Le plus gros poste c'était au niveau de tout ce qui était emballage, de ce qu'on achète en fait. Et donc là on n'a pas la main mise non plus complètement..

Ent 4 : Il y a tous les déchets liés aux emballages, le carton, le plastique qui entourent la moindre boîte dans du plastique.

Eaux usées

La gestion des eaux usées est un secteur dans lequel il est également important d'agir pour préserver la biodiversité. A l'heure actuelle, les eaux usées des hôpitaux arrivent aux centrales d'épuration des eaux mais aucune législation n'existe pour imposer la mise en place d'un système de filtration en amont. Au niveau de la CSPO, une étude a été menée au sein de leur hôpital avec un nouveau prototype de station d'épuration des eaux en collaboration avec des universités et l'entreprise de fabrication. Cette étude a démontré de très bons résultats en terme d'élimination des xénobiotiques. Le déversement de ces eaux sans aucune filtration a des conséquences environnementales au niveau des nappes phréatiques et des océans impactant ainsi la santé des populations.

Ent 1 : Il faut savoir que les pharmaceutiques se retrouvent en majorité dans les effluents et que c'est très mal épuré par des stations d'épuration classiques. En fait, donc les micropolluants se retrouvent au final dans les nappes phréatiques, on pollue des masses d'eau pour 400 ans.

Ent 1 : Parce qu'on a un pilote d'épuration des eaux, on épure jusqu'à 90% des xénobiotiques. Ce prototype est commercialisable et les hôpitaux vont pouvoir en bénéficier.

Ent 4 : La SWDE, société wallonne des eaux ne fait absolument rien à ce niveau-là.

Au CHU Brugmann, la composition des eaux usées n'est pas très bien connue des participants. Au sein de l'hôpital, aucune étude d'analyse des eaux n'est réalisée, mais il existe des analyses faites par la société des eaux Viva Aqua auxquels les hôpitaux peuvent avoir accès. Un projet en collaboration avec la commune est en cours sur la gestion de l'eau.

***Ent 7 :** Je suppose que ça part à la centrale d'épuration à Neder Overenbeek et que c'est traité là. Je m'imagine qu'il doit y avoir des métaux lourds. Il doit avoir aussi la radioactivité, des polluants chimiques, biologiques, bactériologiques. Il doit y avoir des virus là-dedans aussi. Et tout ce qui est organique, selles, urines et sang.*

Mais tu vois ça, pratiquement, je ne pourrais pas te répondre, c'est pour ça que je dis, là, le traitement de nos eaux usées, ça peut faire lieu à un exposé.

***Ent 5 :** On a un projet avec la ville, la commune de Laeken et de Jette sur la gestion des eaux donc il y a des choses qui sont en cours.*

***Ent 12 :** On a toutes les études puisque deux fois par an, Viva Aqua analyse dans les différents endroits où on rejette l'eau usée. On a quasiment rien comme produit toxique tel que le mercure. Mais oui, on retrouve malheureusement un peu de tout, du plastique...*

Mobilité

La mobilité est un secteur évoqué par tous les participants, il existe déjà beaucoup de projets et d'incitation à la mobilité douce, c'est un secteur déjà très développé au sein des hôpitaux.

***Ent 5 :** La mobilité aussi, il y a quand même dans les projets en cours. Donc il faut savoir qu'on ne sera jamais avoir une mobilité douce à 100 % dans l'hôpital. Mais par contre on peut mettre des alternatives en place, favoriser l'utilisation du train, du vélo. On est un des hôpitaux qui s'en sort quand même bien.*

***Ent 7 :** Il y a le covoiturage si tu as les mêmes heures, ça va, mais si tu n'as pas les mêmes heures, c'est un peu embêtant. Ce serait intéressant de créer une plateforme en fait pour que les gens puissent se retrouver pour partir ensemble.*

Les participants ne s'accordent pas sur le secteur de la mobilité quant à son impact sur l'empreinte carbone. L'un appuie son argument par le bilan carbone qui a été réalisé au sein de son hôpital qui était un secteur qui représentait très peu d'empreinte carbone.

Mais il souligne un autre intérêt d'agir sur la mobilité, cela à d'autres effets collatéraux comme le bien-être des travailleurs s'ils viennent en vélo et ça crée un phénomène d'engouement autour de la mobilité douce.

Ent 1 : Par exemple nous, on a fait le choix de travailler sur la mobilité, or la mobilité à Ottignies au niveau du bilan carbone, je crois qu'on n'est pas à 3 %. Mais c'est important aussi de promouvoir les déplacements de mobilité douce, parce que ça participe au bien-être, parce que ça crée des communautés dans l'hôpital, parce que ça donne un effet d'engouement, etc.

Ent 12 : En fait, ça a l'air ridicule, mais si on fait ça sur toute la masse, je me dis si sur les 4000 personnes qui sont à Brugmann et qu'ils viennent au moins un jour par semaine en mobilité douce, cela a un impact.

Alimentation

Un autre secteur qui est également évoqué par les participants est le secteur de l'alimentation, qui représente un gros secteur de l'émission carbone. Plusieurs participants suggèrent de travailler avec des produits locaux. De plus, la mauvaise qualité nutritionnelle des aliments est dénoncée.

Ent 1 : On a fait un comparatif de l'assiette du patient avec l'assiette recommandée par les 37 scientifiques « The lancet »⁷ et donc on a vu que c'était juste dramatique. Mais cette assiette-là, elle est divisée par 10 pour la consommation de viande, , elle est multipliée par 50 pour les légumineuses.

Ent 2 : Il faudrait vraiment revoir la partie vraiment alimentation, donc la qualité des produits aller vers plus de produits locaux. On a tendance à aller vers les mêmes fournisseurs, qui sont des fournisseurs de surgelés.

⁷ The Lancet est une revue scientifique médicale hebdomadaire britannique, propriété du groupe d'édition scientifique Elsevier

Hypothèse 4 : L'implication des travailleurs dans les décisions et la considération du bien-être des travailleurs favorise la durabilité sociale par leur fidélisation

Bien être du personnel

Les participants s'accordent sur l'importance d'investir dans le bien-être des travailleurs. De plus en plus, des semaines bien-être sont organisées au sein de l'institution. Cependant, les CO mettent en avant que ces activités ne sont pas toujours adaptées aux horaires des soignants. Il n'est pas toujours possible pour le personnel de libérer du temps pour se rendre à ces activités. Il est également difficile d'avoir un moment de bien-être lors des pauses, celles-ci sont trop courtes. Il est supposé que le personnel ne serait pas prêt à allonger son temps de pause, ce qui lui ferait terminer sa journée plus tard. Une des CO s'organise pour intégrer des cours de yoga durant les heures de travail, ce qui est très apprécié par son équipe.

Ent 7 : Alors il faut rester cohérent trente minutes de pause, tu récupères pas ; il faut mettre des pauses d'une heure et ça je ne crois pas que les gens sont prêts à le faire.

Ent 9 : C'est super la semaine du bien-être, mais il n'y a pas une personne de mon service qui est allée parce qu'on n'a pas le temps d'y aller, c'est pas possible.

Ent 10 : C'est des cours de yoga juste pour les soins intensifs. On a eu 10 cours, c'était magnifique. On sent que les gens sont enthousiastes. Je leur rajoute une demi-heure, ça fait partie de leurs heures de travail.

Participation des travailleurs aux décisions

La participation des travailleurs aux décisions est évoquée spontanément par les participants. En effet, les managers réalisent que pour faire accepter une décision, il faut y impliquer son personnel.

Ent 1 : Et puis la composante « people » avec l'aspect participation des gens, si on veut une approche pérenne. Et s'il n'y a pas cette approche participative et que les gens n'ont pas finalement eux-mêmes participé à la stratégie, ça vient plus comme quelque chose qui abîme la démocratie.

Ent 12 : De se dire d'essayer d'amener les gens, d'avoir cette synergie avec les gens et c'est comme ça qu'on va y arriver. Donc c'est, de plus, impliquer effectivement les gens.

Malgré une approche participative, la résistance au changement est toujours présente mais moins importante.

Ent 2 : Souvent on essaie d'en discuter avec eux avant, mais en général, la résistance au changement est bien là. Il y a des réticences mais dans l'ensemble, on a quand même pas mal de gens qui adhèrent, mais on a vraiment mis beaucoup de notre énergie à les écouter et à les faire participer.

Il est également soulevé qu'impliquer le personnel dans les décisions favorise la responsabilisation, l'implication et l'émergence de nouvelles idées. Cependant, il est nécessaire d'avoir une personne qui structure les idées et les opinions.

Ent 4 : Je pense que quand on déresponsabilise, les gens s'en foutent. Ici, c'est toujours la même chose aussi, dès qu'on les fait participer un peu, ils se sentent impliqués.

Ent 5 : Tout ce qui est « hôpitaux magnétiques » et qui implique l'autonomie, la décision et l'action : c'est vraiment quelque chose vers quoi j'aimerais qu'on tende.

Ent 11 : Il faut les faire participer aux discussions, il faut l'impliquer. Il aura des trucs hyper intéressants à faire remonter à l'équipe stratégique et qui va avoir un impact au niveau social. S'ils se sentent impliqués dans leur institution, ça les fidélise totalement.

La participation des travailleurs aux décisions est en cours d'évolution, mais encore peu développée selon l'un des managers. Au-delà de faire participer les travailleurs aux décisions, il relève une chose essentielle : il vaut mieux partir sur des petits projets que d'avoir une ambition trop grande et ainsi créer de la frustration et de la décrédibilisation.

Ent 12 : L'implication des travailleurs dans la prise de décision n'est pas énorme,. Après, il faut que ce soit bien coordonné, il ne faut pas vendre du rêve. Parce que faire rêver les gens, je pense qu'on est discrédité 400 fois plus et alors là c'est mort, donc il faut mieux faire des petites choses qui se cumulent et qu'on se dise : « tiens, ça se fait, ça bouge ».

Les personnes viennent régulièrement avec beaucoup d'idées mais la difficulté est la réalisation de ce projet. Le travailleur a sa part de responsabilité lorsqu'il émet l'idée d'un projet, il doit pouvoir porter son projet jusqu'au bout et c'est parfois la difficulté pour arriver à l'aboutissement de celui-ci.

***Ent 5 :** Ils sont responsables dans la décision, ils doivent aller jusqu'au bout c'est ça et assumer si les choses fonctionnent ou fonctionnent pas.*

***Ent 12 :** On avait fait un groupe avec les utilisateurs il y a 15-20 ans pour faire des économies d'énergie, les gens sont venus avec plein d'idées. Ils venaient avec des idées, mais il les portaient pas, ils étaient pas des ambassadeurs, ils disaient Ok mais c'est à vous à le faire.*

L'enjeu est également de rediriger adéquatement les idées non pertinentes ou non réalisables dans le but de ne pas créer de la frustration et de la démotivation auprès des travailleurs. Il faut alors viser des petites actions, mais qui soient plus réalisables afin de garder les personnes motivées.

***Ent 1 :** Alors ça, c'est un truc un peu bateau, mais on l'a fait chez nous et ça a bien marché c'est vraiment la boîte à idées. Il faut bien communiquer après, sur comment est-ce qu'on priorise et pourquoi on ne choisit pas toutes les idées. Il faut quelqu'un qui coordonne un peu.*

***Ent 12 :** Et donc je pense que c'est important à un moment donné quand on rentre dans un schéma d'action, vaut mieux faire moins d'actions et essayer d'avoir une réalisation avec les personnes qui sont positives. Mais si on crée de la frustration alors là, vous perdez.*

Deux participantes expliquent un exemple intéressant, afin d'obtenir l'avis de tous les travailleurs, il est judicieux de le faire via des quizz ou des enquêtes, ce qui permet à tout le monde de s'exprimer.

***Ent 2 :** Au début, on a passé d'abord du temps à écouter le management et puis à écouter le personnel, mais sous forme de quiz pour ne pas les mettre dans une salle et écouter des personnes, pour que tout le monde puisse s'exprimer.*

***Ent 6 :** Pour l'instant, je réfléchis justement aux pistes de fidélisation. Donc on a prévu effectivement d'abord une enquête au niveau du personnel, on communiquera ça bientôt.*

Un autre aspect qui a été très fort mis en avant pour la fidélisation et le bien être des travailleurs est le management humain et participatif. Le fait que le manager ou le CO soit à l'écoute et disponible pour ses travailleurs est un élément qui est particulièrement apprécié par les participants.

***Ent 4 :** À mon niveau, c'est financier, c'est d'être à l'écoute des équipes, enthousiaste, et d'essayer de négocier avec le Big Boss.*

***Ent 11 :** Si les gens savent qu'on a relayé l'info et on conscience que celle-ci a bien été relayée, qu'ils participent de près ou de loin, ils s'en fichent.*

***Ent 12 :** Je prends le temps d'aller sur le terrain, d'aller voir mes équipes, de prendre le temps de discuter. Ca fait partie de mon rôle.*

Le management participatif implique également de la part des CO d'avoir un rôle d'observateur au sein de ses équipes et d'y repérer les personnes qui pourraient être intéressées par certains projets au sein de l'unité. Cela participe également à l'évolution du travailleur et à l'implication dans son travail.

***Ent 11 :** Et après c'est au chef de faire des campagnes au lancement du projet. Il y a une réunion sur la gestion des déchets, ça t'intéresse pas d'y aller ?*

***Ent 10 :** J'essaie de responsabiliser aussi tout le monde. En observant chaque personne, je peux dire qui aurait des compétences pour être « ICANE » ou qui aurait des compétences pour la gestion du matériel.*

Le diplôme qui donne accès à la fonction de managers ne donne pas nécessairement accès à l'exercice d'un management humain.

***Ent 12 :** Et je pense qu'il y a de bons infirmiers mais qui ne sont pas de bons managers, ni de bons chefs ; je le crois plus particulièrement au niveau de la DDIP. Je pense que ça, c'est en train de changer parce que je pense qu'aujourd'hui les gens le disent, c'est pas parce que vous faites Solvay, les cadres, enfin que vous êtes bombardés de diplôme que vous êtes un bon chef ou un bon manager.*

Une des participants affirme qu'obtenir de l'aide d'un coach externe a été essentiel dans l'exercice de son management.

Elle suggère que cela puisse être mis en place pour tous les managers au début de leur carrière. Elle relève également, qu'il n'y a pas que les formations et l'expérience de terrain qui feront des chefs de bons managements, il y a également une grande part de personnalité.

***Ent 11 :** Mais les expériences difficiles te forment un peu, c'est une expérience. J'ai demandé un coach externe et donc j'ai eu des séances avec lui, c'était 1h30 à chaque fois, mais c'était très bien. Pour un début de parcours, ça été magnifique.*

***Ent 11 :** Je crois que ça, ça fait partie de ta personnalité, ça c'est la première chose, c'est la base, on pourra jamais changer ça.*

Le lien humain que doit développer un manager avec son équipe est très important pour fidéliser son personnel. Il est avancé par un des participants que le CO au fil des années est de plus en plus éloigné de son équipe, ce qui réduit la proximité avec l'équipe et donc le lien humain entre les CO et les équipes.

***Ent 12 :** L'erreur la plus fondamentale pour moi c'est d'avoir procurer des bureaux pour les chefs opérationnels dans l'unité. Avant pour les chefs opérationnels, il n'y avait pas de bureau, celui-ci était dans le desk infirmier.*

Le nombre de fois que je passe dans les unités, la chef opérationnelle est dans le bureau et la porte est fermée. Quand j'ai commencé, les chefs opérationnelles étaient là, elles travaillaient avec leur équipe

La participation des travailleurs aux décisions a également un autre impact positif. En laissant l'opportunité aux travailleurs de donner leurs avis, cela donne aussi la chance à plusieurs professions différentes de donner leurs opinions. De plus, le fait que les travailleurs aient pu participer aux projets impliquerait une plus grande durabilité du projet.

***Ent 12 :** Je pense que d'être à plusieurs métiers permet finalement d'avoir chacun sa vision et de trouver un point commun. La convergence permettra en fait de travailler par rapport à un projet qui va rester durable à long terme.*

***Ent 12 :** D'essayer d'amener les gens, d'avoir cette synergie avec les gens et c'est comme ça qu'on va y arriver. Et de se dire, on n'est pas la science infuse, tout le monde a quelque chose à apporter.*

Hypothèse 5 : Les hôpitaux ont le pouvoir ensemble de faire pression sur les fournisseurs pour introduire une composante environnementale dans les critères de marché public.

Les participants affirment qu'il n'existe pas de composante environnementale des cahiers de charges. C'est un aspect sur lequel ils ne se renseignent pas encore, c'est la performance qui compte. Lors de l'élaboration des marchés publics, des pourcentages sont accordés à certains critères comme le prix, mais il n'existe pas de critères sur la composante environnementale qui n'est pas incluse dans les cahiers de charges. Il est avancé qu'il serait judicieux d'utiliser la même stratégie que pour les centrales d'achats afin d'en diminuer le prix. Dans le cas présent, il s'agirait de s'unir pour faire pression sur les fournisseurs afin d'y inclure une composante environnementale.

Ent 1 : Le levier qu'on a, c'est dans nos cahiers des charges, on a des critères et des points qui sont liés aux achats et je crois que de nouveau il faut faire bouger tous les hôpitaux parce qu'il faut que les fournisseurs comprennent.

Ent 1 : Moi, je suis assez convaincue qu' il faudrait travailler aussi au niveau de la Fédération des hôpitaux, donc il y a l'unessa, qui est la fédération des hôpitaux de Wallonie..

Ent 2 : Ils ne se renseignent pas vraiment dans les marchés publics, c'est la performance du matériel, plutôt que l'aspect durable.

Les hôpitaux peuvent s'unir pour faire pression sur les fournisseurs mais la difficulté est d'obtenir un consensus sur le poids de la composante environnementale dans le cahier de charge. De plus la question se posera également autour de la balance entre le critère de qualité du produit et le critère de prix.

Ent 6 : Ça pourrait par exemple faire partie de critères dans des appels d'offres. Par contre, ce qui est plus compliqué, c'est que les appels d'offres, on ne les fait pas tout seul et donc il faut un alignement de tous les hôpitaux ou tous les consommateurs ou tous les intéressés. Par rapport à ça, c'est beaucoup plus compliqué parce que tout le monde n'a pas les mêmes priorités là-dessus.

Ent 4 : Peut-être pour inclure une clause, mais avec quel poids dans le marché, c'est peut-être pas suffisant pour finalement sélectionner celui qui était le plus vert.

La responsabilité de trouver des alternatives ne doit pas incomber aux hôpitaux, c'est aux fournisseurs à trouver les solutions pour élaborer des produits plus durables.

Ent 1 : C'est aussi faire ce travail où les hôpitaux lèvent leur drapeau et disent aux pharmaceutiques et aux producteurs de consommables, qu'ils ne sont plus d'accord et que c'est à eux aussi de trouver des solutions parce que finalement, chacun sa mission, chacun sa responsabilité.

Ent. 8 : Tout à fait, mais c'est vrai qu'effectivement, la composante écologique est de plus en plus mise en avant dans les marchés publics. Mais c'est vrai que malheureusement l'industrie ne nous aide pas là-dedans.

Une autre chose intéressante qui est mise en avant, est qu'il n'existe pas encore de système d'information sur la consommation énergétique des appareils médicaux comme sur les appareils électroménagers avec les A+ ; ce type d'informations pourrait influencer la décision d'achats des appareils médicaux à performance égale.

Ent 5 : Mais on pourrait exiger des firmes dans le cahier de charges des niveaux de consommation d'énergie comme on a les mêmes systèmes pour les consommations des frigos ou des A+++ les machines s'ils ne font pas ça, on ne le sélectionne pas dans les cahiers de charges.

Ent 11 : Aller comme quand tu achètes ton frigo, tu as du A, tu as du B, du C.

La pression que pourrait exercer les hôpitaux sur les fournisseurs n'est pas suffisante. L'implémentation d'une législation en ce sens est primordiale pour obliger les firmes à réfléchir à d'autres solutions. De nouvelles réglementations sur l'élimination et le triage des déchets sont en cours de réflexion, mais la pression est de nouveau exercée sur les hôpitaux.

Ent 12 : Je ne comprends pas comment on ne contraint pas toutes ces sociétés de matériel médical à fabriquer des produits qui sont moins énergivores. Tant qu'on aura pas cette législation qui va contraindre les fabricants, ils ne le feront pas. Parce que nos fournisseurs, eux, s'en foutent, c'est leur chiffre d'affaire qui compte.

Ent 12 : Si on oblige l'hôpital à traiter finalement les déchets des entreprises pharmaceutiques et autres (parce que ça va arriver en 2023), on remet la pression de nouveau sur les hôpitaux et pas sur le monde industriel ni pharmaceutique. Ils doivent les forcer à réfléchir autrement.

Hypothèse 6 : L'hôpital durable a un impact financier positif sur celui-ci.

Au vue de l'augmentation des prix de l'énergie auxquels nous sommes confrontés, le secteur hospitalier étant très énergivore, il doit réfléchir à des stratégies pour assurer leur pérennité financière. Plusieurs participants affirment qu'investir dans des énergies vertes a un impact financier non négligeable.

Ent 3 : On se rend compte qu' économiquement parlant c'est très avantageux d'investir dans un projet durable. On connaît la conjoncture actuelle, c'est clairement une solution durable écologique, mais moi j'ai pu le justifier avec ce qu'on a pu épargner. Je reviens un peu sur le financier, mais c'est ça qui est le driver en fait.

Ent 1 : Il faut rester logique, il faut arrêter d'aller pleurer sur des investissements de développement durable, sachant que de toute façon à long terme ça sera intéressant.

Ent 12 : L'énergie, normalement, elle nous coûte un peu plus de 4 millions d'euros en 2021 : l'eau, le gaz et l'électricité. Mais par contre voilà en termes de recette par rapport à notre auto-production et les certificats verts, on a gagné 1,4 million d'euros .

Une des participantes avance qu'il est nécessaire de sortir de cette logique économique. Si un hôpital se trouve réticent à l'investissement de projet durable, il est possible de se lancer sans financement et de réfléchir à d'autres façons d'amener de réaliser un projet. La maturité de l'institution dans la durabilité amènera ensuite à plus d'investissements financiers.

Ent 1 : Nous honnêtement à la CSPO, on a lancé le projet de développement durable sans avoir aucun financement. Alors je crois que maintenant, l'organisation est suffisamment mature pour commencer à faire des investissements dans ce sens-là, mais qu'il faut sortir de cette logique économique parce que sinon on n'y arrivera pas.

Ent 1 : Et donc moi je savais qu'on n'allait pas dégager des budgets et ainsi pouvoir investir comme ça. Je me suis dit, on va réfléchir vraiment différemment, essayer d'amener le projet autrement pour après évidemment amener à des investissements qui coulent de source.

Il est également dit par un des participants qu'il ne faut pas toujours vouloir faire de grandes économies. Mais qu'au-delà de ça, il faut pouvoir soutenir les petits efforts et venir présenter les résultats des efforts fournis.

Ent 12 : *Je pense qu'il ne faut parfois pas vouloir faire des grandes économies. Il faut prendre des petites choses au quotidien et aussi les mesurer parce que c'est important que les gens se disent qu'on a fait un effort.*

Autre fait intéressant, investir dans des projets durables tels que la construction de bâtiments passifs permet d'avoir également d'avoir un avantage à la revente des bâtiments qui auront plus de valeur que des bâtiments classiques.

Ent 4 : *Le bâtiment dans lequel je suis , c'est un bâtiment passif, on l'a construit il y a 4 ans. Si on parle de durabilité, un tel bâtiment dans le futur aura plus de valeur qu'un bâtiment classique c'est un coût au départ parce que c'est plus cher, mais on va pouvoir le revendre aussi plus cher.*

Selon un participant, la rétention du personnel a un intérêt financier important, le turn over du personnel soignant coûtant très cher à l'hôpital. Il y a donc tout intérêt à également investir dans la fidélisation du personnel.

Ent 4 : *La rétention du personnel, le bien être du personnel est très important, aussi pour les finances. Le personnel qui tourne trop, qui s'en va, c'est très embêtant. Donc on doit jouer là-dessus et notamment via l'aspect durable et l'aspect bien être. C'est compliqué à mesurer souvent, il faut des objectifs, les KPI⁸ (key performance indicator).*

Le triage optimal des déchets a des effets sur la réduction de l'impact environnemental, mais permet également une économie financière importante.

Ent 12 : *Mais je pense qu'aujourd'hui là où l'hôpital peut gagner énormément en termes de triage, c'est entre le B1 et B 2. Le B2 coûte 5 fois plus. Il faut se rendre compte que pour l'hôpital des enfants et l'hôpital Brugmann c'est 3 à 4 semi-remorques par semaine de déchets.*

Ent 12 : *Et donc quand on voit que les déchets, c'est plus d'un million euros pour l'hôpital.*

⁸ Un indicateur clé de performance – KPI en anglais – est un indicateur utilisé pour l'aide à la décision dans les organisations. Les ICP sont utilisés particulièrement en gestion de la performance organisationnelle.

Plusieurs projets durables ont vu le jour grâce à des aides financières externes. Si l'hôpital ne devait pas investir qu'à partir de ses fonds propres, il y aurait plus de chances que les projets soient acceptés.

Ent 12 : En fait, il y a un parking vélo sécurisé qui nous a été financé par la Fondation Roi Baudouin.

Ent 12 : On a mis 2000 panneaux, il y avait des gens de l'Europe puisque c'était financé en partie par le Fond européen (FEDER).

Lorsque les hôpitaux étudient un projet durable, c'est le retour sur investissement qui est principalement pris en compte. Par cette stratégie, cela permet de justifier qu'un projet durable est plus avantageux qu'un projet classique.

Ent 1 : Le retour sur investissement est intéressant parce que ça nous permet après de justifier de futurs investissements.

Ent 5 : Je pense qu'il y a plein d'intérêts, au-delà de celui pour notre petite planète dont l'intérêt économique car ce sont des investissements qui rapportent et qui sont bénéfiques sur le long terme.

Certains participants relèvent que lorsque le côté économique dans l'institution prime, les choix écologiques sont faits plus rapidement.

Ent 9 : Donc nous, on est drillé à ce que ça coûte le moins cher possible. L'un dans l'autre on va faire attention donc même si c'est souvent le côté économique qui compte. Après ça se couple avec le côté plus écologique et on va y faire attention.

Ent 11 : Même si mon expérience est plus grande dans le public, dans le privé, le côté, économique primant, ils ont fait des choix écologiques plus rapides pour avoir une rentabilité économique ou en tout cas un retour sur investissement très rapide

Hypothèse 7 : L'économie circulaire est un concept applicable dans les hôpitaux appliquant un rendement financier et environnemental positif

Le terme économie circulaire n'est pas toujours connu des participants. Cependant plusieurs participants ont évoqué des pratiques qui y faisaient référence tels que des projets qui se basent sur le recyclage des déchets, la récupération et la réduction du gaspillage.

Ent 1 : *Il y a déjà eu des suggestions de certains projets comme la récupération, la revalorisation de certains déchets qui pourraient être utilisés localement, pareillement au niveau du compostage.*

Ent 1 : *C'est comment on va étendre la durée de vie de nos équipements, que ce soient les solutions de leasing ou de garanties très prolongées, ou de la possibilité de réparer en fonction de la disponibilité en pièces de réparation.*

Ent 8 : *On a été contacté par une société, une société qui récupère les tuyaux de perfusion, les tuyaux de masques à oxygène, les masques à oxygène. Donc eux nous fournissent des containers jaunes et ils s'occupent alors de venir chercher ce matériel et de le recycler.*

Il existe plusieurs projets de recyclage des déchets, cependant, il existe un frein important. Le transport des déchets par les entreprises intéressées n'est pas toujours assuré, ce qui bloque les hôpitaux dans cette démarche.

Ent 2 : *Que les vêtements de travail soient repris pour en faire quelque chose pour retourner dans le cycle du tissu, pas spécialement du vêtement parce que ça peut être refait en coussins, en tabliers ou autres. J'ai contacté une société qui broie les tissus pour en faire des briques isolantes, mais c'est à Paris et donc il faut transporter les vêtements, ça coûte et de nouveau, je suis arrêté.*

Un des participants évoque une idée intéressante : une législation pourrait être implémentée obligeant les fournisseurs à récupérer leurs déchets (surplus d'emballages, cartons). Cela aurait comme conséquence d'obliger les firmes à trouver des solutions pour réduire leurs suremballages.

Ent 7 : *S'ils disent « on récupère les déchets », chose qui pourrait influencer l'économie circulaire, ils nous livrent et puis ils récupèrent les déchets.*

Des répondants évoquent que lors de la rénovation des services, le matériel était très souvent jeté. Aujourd'hui, c'est une autre dynamique, le matériel est stocké et réutilisé pour un autre service.

Ent 7 : Il y a un changement, il est beaucoup moins question de jeter lors des rénovations des services. Les matériaux sont récupérés et réutilisés alors qu'avant ils étaient jetés.

Ent 11 : Par exemple le service achats, quand tu fais une demande ils ont un fichier avec tout ce qui a été déclassé ailleurs, non utilisé.

Un des participants suggère une réflexion intéressante, dans nos hôpitaux, nous avons tendance à surconsommer par rapport à l'activité pratiquée. C'est inscrit dans les mentalités qu'il faut avoir des stocks plus qu'en suffisance, toujours avec des appareils branchés au cas où on en a besoin.

Ent 12 : Je sais que parfois je fais pas des heureux sur le terrain, mais je voudrais vraiment initier un groupe de travail pour que la consommation soit en adéquation avec l'activité réelle. Avoir une programmation cohérente permet d'avoir un impact environnemental important mais certainement aussi financier.

La responsabilité incombe également aux unités de soins d'apprendre à avoir une bonne gestion de son matériel en fonction de l'activité qu'il y a dans le service.

Ent 12 : Mais je pense qu'il y a dans les unités un problème de gestion des stocks.

On est autour de 2 patients pour l'instant aux soins intensifs, comment ça se fait qu'on commande plus ou moins la même chose que quand il y avait 6 ou 7 patients? Il faut aussi responsabiliser les gens au niveau des unités de soins. Mais quand on voit dans l'hôpital le nombre de périmés, on en aurait quand même des palpitations.

Un des participants évoque une autre façon d'éliminer les déchets B2 qui permet d'éviter l'incinération de ceux-ci. C'est un système qui broie et stérilise les déchets, la chaleur ainsi libérée pour stériliser peut être récupérée et renvoyée dans le système de chauffage. En finalité les déchets sont considérés comme déchets B1.

Ent 12 : *Le leader mondial dans le traitement des déchets se trouve en Belgique, à Mons. En fait, ils ont des systèmes de « broyeurs-stérilisateurs » qui permettent de décomposer les fluides, les métaux et les plastiques et on récupère la chaleur engendrée que l'on renvoie dans notre système de chauffage.*

Cependant, il met en avant que cela fait 8 ans qu'ils sont en négociation avec la région. La mise en place de ce projet dans les hôpitaux aurait un impact sur le chiffre d'affaire des régions qui gèrent ces centres d'incinération. C'est donc une question politique et de lobbying qui freine la mise en place de ce projet.

Ent 12 : *On est en train de discuter, ça fait 8 ans qu'on discute avec la région, on va y arriver.*

Ent 12 : *C'est beaucoup de changements et beaucoup de lobbying, pourquoi? Parce que les intercommunales c'est un chiffre d'affaire. Pour qui ? C'est pour les régions, c'est de l'emploi et donc évidemment, c'est sacré. Alors Bruxelles, comme il n'y a pas d'incinérateur est très intéressé évidemment par ce nouveau système.*

Hypothèse 8 : La mise en œuvre d'aides extérieures telles que des plateformes de conseils aide à la transition vers un hôpital durable

Les plateformes de conseils en transition ne sont pas connues des participants du CHU Brugmann.

La plateforme Health Without Harm est bien connue des managers du CSPO, car ils ont signé une collaboration avec eux. Cette plateforme a un intérêt en termes d'accès aux ressources pour la transition vers un hôpital durable, elle permet également le partage de publications. De plus, cette plateforme permet d'échanger avec d'autres hôpitaux, de faire valoir les problématiques qui sont importantes pour eux. Ce type de plateforme est intéressant de par son caractère international, elle permet de voir ce qui se fait ailleurs.

Ent 1 : *C'est pour ça qu'Health Care Without Harm est pas mal parce que eux ils font vraiment du lobbying au niveau de la Commission européenne. Parce que eux, ils mettent à disposition toutes les ressources. Je pense que ça ne sera pas un super frein le fait d'avoir accès aux bonnes ressources.*

Ent 3 : Moi je n'ai pas participé à ça, mais ils nous ont aidé par rapport à notre bilan carbone, et cetera. Après, ils font beaucoup de publications, c'est mondial, l'avantage c'est qu'on peut aussi se comparer par rapport à d'autres hôpitaux en Europe.

Les participants avouent peu se renseigner sur les plateformes car la plupart sont anglaises, ce qui freine l'accessibilité aux ressources. Il est suggéré qu'il serait judicieux d'engager une personne qui occuperait un poste spécifique pour piloter les projets de développement durable (financements, ressources). De plus, cette personne pourrait travailler au sein de tout le réseau hospitalier.

Ent 7 : Alors, les plateformes nordiques, ce que je regrette, c'est que toute cette littérature, je trouve très peu en français chez nous.

Ent 1 : Moi j'initie le mouvement et le poste de conseiller en développement durable au CHU UCL Namur. C'est un poste qui a été créé pour moi, suite à une journée des cadres que j'ai animée chez eux.

Ent 6 : Je serais plutôt pour une personne dans les hôpitaux qui est plus spécialisée dans ces matières-là. Je crois que c'est des choses qui peuvent même être faites sur le réseau hospitalier.

Il est affirmé par un des participants que si on l'on veut obtenir un réel changement dans ce domaine, il est nécessaire d'avoir un poste bien positionné hiérarchiquement pour y donner plus de légitimité.

Ent 1 : Quelqu'un qui soit suffisamment bien positionné au niveau hiérarchique pour justement avoir les bons leviers et faire bouger les choses. Il faut qu'il ait la légitimité dans un comité de direction.

Les participants soulèvent l'importance de partager et d'échanger les bonnes pratiques, au sein de l'hôpital, mais également au niveau national et international. Il est constaté que cela se fait encore trop peu même au sein de l'hôpital.

Ent 1 : Il fallait que quelqu'un se lance et je crois que cela a donné l'idée à d'autres hôpitaux car ils ont engagé des chefs de projet pour ça.

Ent. 6 : *Ce que je constate c'est qu'on ne fait pas spécialement tache d'encre, c'est-à-dire quand quelqu'un fait quelque chose de bien, je ne vois pas que ça se répand chez les autres et donc là on doit évoluer.*

Dans cet optique, un participant explique le projet d'un plan climat rassemblant plusieurs hôpitaux bruxellois permettant ainsi de réfléchir à la question de la durabilité.

Ent 12 : *Donc en fait, c'est plusieurs hôpitaux qui se rassemblent pour réfléchir à la question de la durabilité et donc il y avait tout ce qui était énergie, donc ça on a déjà pas mal avancé, mais là il nous semblait que la gestion des déchets était quelque chose d'important.*

Mais le partage des pratiques n'est pas suffisant s'il n'existe pas une bonne communication, c'est ce que relève les participants. Pour transiter vers un hôpital durable cela doit être inscrit dans une culture d'entreprise et elle doit être visible au sein de l'institution mais aussi à l'extérieur, elle doit s'inscrire dans les axes stratégiques de l'hôpital. Cette culture d'entreprise doit être portée par la direction mais également par les travailleurs. De plus, l'objectif de devenir un hôpital durable permet de servir la mission de l'hôpital qui est de soigner.

Ent 1 : *Il faut vraiment garder la mission première de l'hôpital qui est de soigner des gens. Je pense que c'est plutôt dire « comment » on va soigner ces gens qui est l'objectif stratégique et relève dès lors de la culture d'entreprise. Donc au final « devenir un hôpital durable » est en fait au service de cette mission.*

Ent 5 : *Je pense que si c'est vraiment une priorité, ça doit être porté par la stratégie de l'hôpital, donc on doit le mettre dans les axes stratégiques. Ça doit être clairement communiqué, porté par le directeur général et puis par et avec l'ensemble du comité de direction*

Enfin, un participant évoque également une part de responsabilité du personnel. Celui-ci doit également se montrer curieux de ce qui se passe au sein de l'institution.

Ent 6 : *Je crois qu'il faut communiquer sur ce qu'on fait. Parce qu'il y a pas mal de choses qui sont réalisées et notre personnel n'en est pas assez informé, mais peut-être qu'il ne veut pas toujours s'informer aussi.*

Ent 9 : *En fait, si on parle des projets d'un hôpital, il y a parfois un manque de communication du haut vers le bas parce qu'on ne sait pas toujours ce qui se passe. Et moi je trouve aussi qu'il y a un manque de curiosité, d'investissement aussi de la part des gens qui travaillent sur ce qui se passe dans leur hôpital*

Hypothèse 9 : *Le concept d'hôpital durable selon les composantes environnementale, sociale et économique est méconnu du monde hospitalier*

Les participants associent l'hôpital durable à la composante environnementale en y intégrant les facteurs influençant l'empreinte carbone tels que les déchets, l'énergie, le consommable, la mobilité.

Ent 2 : *Il y a plein d'aspects qui constituent une grosse partie de l'hôpital durable: l'énergie, les achats, l'alimentation, les déchets.*

Ent 6 : *C'est un hôpital qui fait attention à sa consommation énergétique, qui essaye d'avoir ses propres sources de production et qui fait attention à ses achats de matériels durables, ainsi qu'aux déchets qu'ils produisent. L'énergie d'une part, et d'autre part la gestion des achats et des déchets.*

Ent 9 : *L'hôpital durable, c'est plus la fonction de l'écologie. Le mot « durable » pour moi fait plutôt penser à l'écologie plus qu'à autre chose en fait.*

Les participants soulignent une véritable question éthique, notamment par rapport à l'impact de l'environnement sur la santé. Il existe de plus en plus de réflexions sur l'aspect sociétal et la responsabilité des hôpitaux dans les émissions de GES.

Ent 1 : *Ça a été d'abord une vraie question éthique. Est-ce qu'on peut réellement avoir des gens en bonne santé sur une planète malade? Mon collègue de médecine interne voyait en finalité les impacts de la santé environnementale sur ses propres patients.*

Ent 12 : *C'est quand même un paradoxe relativement important, on vous dit « Welcome » on va vous soigner et finalement on pollue encore parce que notre activité est polluante.*

Un participant souligne qu'il observe très peu dans les mentalités médicales une conscientisation sur le lien entre l'activité de l'hôpital et la santé des populations.

Ent 2 : *C'est encore très peu dans les mentalités, ça commence. Effectivement, la conscientisation du lien se fait chez certaines personnes, chez certains médecins, mais il y en a très peu, je peux seulement en citer deux.*

Le mot durabilité évoque aux participants la durabilité dans le temps. En effet, aujourd'hui, lorsqu'il s'agit d'investir dans de nouveaux projets, la réflexion est de savoir comment répondre aux défis actuels et futurs afin de ne pas devoir réinvestir quelques années plus tard.

Ent 3 : *Il y a quand même toujours un aspect économique, donc choisir des matériaux ou des solutions durables, c'est aussi éviter de faire les choses 5 ans plus tard parce qu'on l'a mal réfléchi au départ.*

Ent 11 : *C'est développer une organisation ou un fonctionnement de l'hôpital qui correspond autant aux besoins de la société actuelle qu'aux besoins des soins de santé et de budgétisation.*

Ent 12 : *Alors pour moi, un hôpital durable, c'est un hôpital qui est capable de se transformer avec une vision à long terme.*

Un des participants évoque que la durabilité ne s'attarde pas seulement à la durée dans le temps du produit ou d'un projet, mais c'est également de réfléchir à quels sont les impacts environnementaux depuis sa conception jusqu'à son élimination.

Ent 12 : *Et donc je pense que la durabilité d'un projet, c'est du début jusqu'à la fin. Donc c'est important en tout cas de travailler le projet de A jusqu'à Z. Si tu dis là on va faire une super économie, mais en fait on pollue où la durabilité n'est prise en compte, votre projet finalement, c'est du faux positif.*

Avoir une vision plus large que seulement l'activité en elle-même des hôpitaux permet d'avoir une vision globale de la santé et de réfléchir aussi à l'impact de l'activité.

Ent 12 : *C'est la santé à tout prix et puis on ne réfléchit plus. Nous sommes le 5ème pollueur et d'un autre côté tout le monde dit, « mais c'est pour la qualité des soins ». On est des hyper pollueurs donc je pense qu'on doit faire attention.*

L'aspect social de la durabilité est amené par les participants plutôt dans un second temps, notamment auprès du top management. Au niveau des CO, il est évoqué prioritairement.

Ent 2 : Il me semble qu'on est moins sur l'aspect social, l'engagement du personnel, le travail.

Ent 4 : Mais je l'ai déjà dit tout à l'heure, je pense qu'il y a le côté « bien-être du personnel »

Ent 10 : Moi, je pense à l'équipe, c'est le point qui vient comme ça, la rétention du personnel

Les avis divergent quant à la priorisation des composantes entre elles. Selon le directeur financier c'est plutôt l'aspect économique qui prime ; quant aux autres managers, ils insistent plus sur l'aspect social notamment en termes de fidélisation, d'impact de la crise Covid sur le personnel.

Ent 4 : La composante financière entre en compte, mais on la met en balance avec les autres aspects, « social et environnemental ». C'est quand même prioritaire l'économique, mais si je n'avais pas de contraintes financières ce ne serait pas la priorité.

Ent 9 : C'est clair que pour moi, c'est la pénurie de personnel qui est la plus importante.

Ent 11 : Les 3 vont de pair, maintenant selon où en est ton hôpital, je trouve qu'une des priorités pour le moment c'est la composante sociale car on est dans une période où tout l'hôpital a bien souffert avec le Covid.

Selon un des participants, les trois composantes doivent arriver à un point d'équilibre. Cependant, même s'il faut prendre en considération ces trois composantes, l'investissement dans la composante économique peut se révéler être un levier pour atteindre l'équilibre avec les deux autres. En d'autres termes, avec plus de moyens financiers, il sera plus facile d'investir dans les autres composantes.

Ent 12 : On doit, je pense, trouver un point d'équilibre au niveau des 3 composantes, en sachant que de toute façon, au départ, nous, on s'est axé sur l'économique, pourquoi? Pour avoir un levier.

En ce qui concerne le concept de responsabilité sociale des entreprises, celui-ci est très peu connu voir pas du tout des participants. Pour ceux qui le connaissent, celui-ci a plutôt un intérêt marketing. Au sein de l'hôpital, il est plutôt question de parler d'éthique que de RSE.

Ent 1 : *Je pense que la responsabilité sociale des entreprises dans un hôpital se traduit au travers du code de déontologie et de l'éthique. Je pense que ça serait dommage d'aller vers ça parce que là on va tomber très vite dans le « greenwashing ».*

Ent 3 : *J'en ai entendu parler mais je ne connais pas, enfin c'est plus par rapport au maintien du personnel, et cetera.*

Ent 4 : *C'est parfois plus un peu « marketing ». Ce n'est pas la priorité de l'hôpital.*

Un des participants évoque que grâce à un groupe de travail sur le plan climat, ceci a permis de découvrir plusieurs entreprises locales avec lequel l'hôpital peut s'associer. Il évoque un monde économique qui existe autour de l'hôpital et dont il n'a pas conscience.

Ent 12 : *Dans le cadre du plan climat, c'est pour ça que c'était très intéressant, j'ai rencontré plein de petites entreprises autour de l'hôpital. On a parfois un monde économique autour de l'hôpital et on n'en a parfois pas conscience.*

Hypothèse 10 : *La résistance aux changements est un frein aux changements de pratiques dans l'optique de transiter vers un hôpital durable.*

Les participants soulèvent que certaines habitudes sont tellement ancrées qu'on ne se questionne plus si cela a encore du sens aujourd'hui.

Ent 6 : *Est-ce que les draps des patients, il faut les changer tout le temps, tous les jours ?*

Ent 12 : *Mais tiens, pourquoi on fait ça comme ça depuis 10 ans, 20 ans ?*

Mais à un moment donné, de se dire, ... de se poser les bonnes questions. Tiens, on met une alèse, 2 alèses, 3 alèses, et est ce qu'il faut 3 alèses?

Il est relevé par les participants que c'est souvent dans les habitudes de vouloir anticiper et de prévoir un surplus en matériels dans les chambres des patients, ou lors des interventions chirurgicales : le matériel est déjà déballé « au cas où ... ».

Les répondants expriment qu'il existe souvent des préférences de matériels propre à chaque médecin. Chaque intervention est donc personnalisée en fonction du médecin qui la pratique. Les hôpitaux doivent donc commander différents matériaux médicaux en fonction des desideratas de chaque médecin, ce qui mène à des péremptions de matériel et du gaspillage.

Ent 8 : *On est assez parcimonieux dans le matériel qu'on donne et on donne que si vraiment le chirurgien le demande, donc on n'est pas du style à « jeter » tout le matériel sur un champ.*

Ent 11 : *Donc il y a d'abord je pense, un travail de toutes les disciplines entre elles pour se mettre d'accord sur un matériel commun pour tous les chirurgiens concernant le même type d'intervention.*

Le changement des habitudes implique également le changement des mentalités. Dans les hôpitaux, les mentalités sont souvent bien ancrées ; il existe une sorte de culture médicale où il faut répondre aux exigences des médecins. En fait le personnel a souvent certaines habitudes avec un type de matériel et le changement pour un appareil moins énergivore ayant la même fonction mais avec des options légèrement différentes bloque le personnel.

Ent 6 : *Oui, puis je crois qu'il faut changer aussi les mentalités en interne, un médecin A veut ça, un médecin B veut ça et un médecin C veut ça.*

Ent 8 : *On peut attirer les autres professions dans la démarche comme les anesthésistes. On va devoir vraiment les sensibiliser, mais idéalement il faudrait que le changement de mentalités vienne d'eux-mêmes.*

Ent 12 : *Si moi je viens avec un monitoring écologique qui consomme nettement moins mais que l'image est plus petite, on va se faire larguer.*

Les participants supposent qu'il y a une influence générationnelle. Les mentalités sont en train de changer, mais il existe encore des résistances aux changements, notamment de la part des personnes des générations plus anciennes et il serait nécessaire d'avoir une contrainte externe pour favoriser ces changements. Cette contrainte viendrait probablement de l'influence des jeunes qui se sentent plus concernés par cette problématique. La ligne hiérarchique est encore très implémentée, il est parfois difficile de faire changer les mentalités.

Ent 1 : *Le problème, c'est que dans les conseils d'administration et les directions des hôpitaux c'est des gens qui sont de cette génération « d'avant ».*

Ent 5 : *On va avoir des générations qui vont arriver et qui sont hyper sensibles à ça et ça va devenir un facteur différenciant de lieu de travail ou de lieu de soin. Donc je pense que si on ne prend pas ce train-là on va perdre en attractivité.*

Ent 12 : *On doit avoir un autre rapport avec l'entreprise. Et on doit aussi changer nos manières de travailler. Je pense qu'on doit aussi être capable d'essayer de penser autrement ou de réagir autrement.*

Il est également observé par un des participants que les travailleurs n'ont pas les mêmes comportements au travail que ceux qu'ils appliquent chez eux.

Ent 12 : *J'ai parfois l'impression que quand les gens passent la barrière de l'hôpital, ils changent du statut de personne « privée » à « professionnelle » et abandonnent les bons principes qu'ils réalisent à la maison.*

Les participants font émerger d'autres facteurs d'influence de changements des comportements et pratiques des travailleurs. En effet, ils pensent qu'il doit y avoir un véritable travail de sensibilisation et de conscientisation de l'enjeu environnemental auprès des travailleurs, mais également auprès des firmes. Cet objectif passerait par une meilleure communication en organisant des symposiums ou des groupes de travail sur le thème de l'hôpital durable et qui permettrait également des échanges.

Ent 6 : *Après, pour l'empreinte carbone, je crois qu'il y a du personnel qu'on doit sensibiliser.*

Ent 7 : *Ce qui manquait peut-être c'est une bonne information. Mais je crois qu'il serait bien de faire des sensibilisations pour tous les métiers de l'hôpital par rapport à l'hôpital durable, par exemples des séminaires d'une heure ou un symposium.*

Hypothèse 11 : *L'investissement écologique n'a d'intérêt que s'il y existe un intérêt financier.*

Les répondants insistent fortement sur le fait que la composante financière est un vrai frein aux projets écologiques. De plus, il y a peu d'incitants (lois ou aides financières externes) qui obligent les hôpitaux à être plus verts.

Ent 4 : *On n'a aujourd'hui aucun incitant financier à être plus vert, on n'a aucune aide financière, en tout cas fédérale ou régionale.*

Les participants soulignent tous que ce qui fera pencher la balance vers un projet écologique est la composante financière. Il est nécessaire que l'investissement soit moins cher qu'un projet classique ou que le retour sur investissement y soit plus important. De plus, en cas d'absence de financement externe, l'avance de fonds propres des hôpitaux représente un frein.

Ent 3 : Donc aujourd'hui l'incitant pour partir sur une solution plus durable par rapport à une solution classique, c'est un peu triste à dire mais c'est la partie économique qui légitimera le projet.

Ent 4 : Il y a certaines contraintes financières aussi qui interviennent malgré tout, c'est pas sans réflexion budgétaire qu'on peut-on envisager un hôpital durable.

Un participant expose l'exemple du projet de la station d'épuration d'eau qui a un impact écologique très fort mais aucun impact économique. En effet, il n'existe aucune réglementation quant à l'épuration des eaux, ni de taxes, ni de primes. L'hôpital n'ayant pas d'aides financières n'a pas d'intérêt à investir dans ce domaine. Au vue de la situation financière actuelle des hôpitaux, ceux-ci ne peuvent investir dans ce type de projet par simple conscience écologique.

Ent 3 : J'ai un exemple par rapport à ça qui est très d'actualité, c'est qu'on a un projet de partenariat pour une étude avec la société Cockerill de Liège qui a installé une unité pilote de décontamination pour traiter les eaux usées, ce qui a clairement un énorme intérêt écologique. On n'a aucun incitant de primes à l'installation ni non plus de taxes si on ne traite pas nos micropolluants : donc aujourd'hui, on n'a aucun intérêt à rentrer dans le projet mis à part l'aspect écologique.

Ent 12 : On n'a pas de station d'épuration et on pourrait donc faire mieux. Mais franchement, quand je vois le coût d'une station d'épuration, sauf si un jour cela se démocratise, aujourd'hui les finances de l'hôpital ne permettent pas d'initier ce projet.

Au contraire, s'il existe un incitant financier ou une aide extérieure, les hôpitaux investissent dans des projets de durabilité écologique.

Ent 12 : on a placé 2000 panneaux photovoltaïques financés en partie par le Fond européen, FEDER.

Ent 12 : On a un parking vélo sécurisé financé par la Fondation Roi Baudouin.

Un participant relève que lors de l'étude d'un projet, il ne faut pas seulement évaluer le coût d'achat mais également d'autres facteurs tels que : le coût d'installation, la maintenance, la consommation en énergie et la durée de vie. Les projets sont de plus en plus réfléchis dans ce sens. Il faut donc que l'ensemble de ces facteurs soient plus rentables pour pencher vers des installations vertes.

Ent 3 : Et nouveauté, la géothermie : l'investissement de départ était très important, mais on voyait qu'on avait un retour sur investissement concernant le chauffage, la production d'eau chaude et la climatisation. Au niveau de l'hôpital, comment on fonctionne ? C'est que tous nos choix technologiques sont décidés en fonction de ce qu'on appelle un TCO, c'est un Total Cost of Ownership : c'est le coût total d'une installation en tenant compte de la maintenance qui est projetée souvent sur 25 ans.

Un participant souligne également qu'un des freins auquel il est confronté lorsqu'il veut convaincre d'investir dans des projets durables par exemple au niveau social est la difficulté de pouvoir chiffrer ce type de projet à long terme.

Ent 4 : Je pense à mon Big Boss qui n'est pas très ouvert à ça et, en tant que médecin à l'esprit très rationnel, dès qu'il n'est pas possible de « mesurer », cela l'embête très fort. Parce qu'il ne voit que le coût immédiat et ne voit pas l'impact à long terme qui n'est pas chiffrable aujourd'hui.

4.4 Synthèse des résultats

Ci-dessous, est repris un tableau résumant les principales idées relevées lors de l'analyse des entretiens. Celles-ci sont classées selon chaque composante.

Tableau 3 : Synthèse des résultats d'analyse par composantes

Composante environnementale	Composante sociale	Composante économique
<p>Défi pour les années à venir : Autoproduction d'énergie, la rétention du personnel, l'équilibre financier.</p> <p>Vision de la durabilité : Décisions réfléchies pour durer dans le temps et ce en fonction des contraintes actuelles et futures.</p> <p>Priorisation des composantes : Composante sociale principalement mise en avant, secondairement économique étant considéré notamment comme un levier permettant d'investir dans les deux autres.</p> <p>Réutilisable : Avis divergeant sur l'utilisation du réutilisable : vol et coût du réutilisable plus important, disponibilité en matériel à UU. Système commercial qui pousse à l'utilisation du jetable.</p> <p>Tri des déchets : Informer et sensibiliser au tri des déchets entre le B1 et B2. La logistique est un frein à un triage plus sélectif. Réflexion autour du flux d'élimination des déchets, de nouveaux projets pilotes comme l'hydroclave sont en cours de négociation.</p>	<p>Enjeux éthiques : Impact sur la santé des populations par l'activité des hôpitaux. Mission première d'un hôpital est de soigner : paradoxe.</p> <p>Bien être : Volonté d'investir dans des activités bien-être. Activités ponctuelles (une semaine bien-être) et pas toujours adaptées aux horaires du personnel soignant.</p> <p>Participation des travailleurs aux décisions : Conscientisation de l'importance de replacer le personnel au centre des décisions. Participation du travailleur aux décisions : acceptation de celles-ci, réduction de la résistance aux changements, responsabilisation et émergence de nouvelles idées, de différentes opinions. Nécessité d'avoir un responsable qui centralise et structure l'émergence de nouvelles idées afin d'éviter la frustration des travailleurs. Fidélisation du personnel.</p> <p>Management humain et participatif : Écoute des travailleurs, lien humain entre le CO et l'équipe. Formation indispensable pour l'exercice du management.</p>	<p>Financement externe : Trop peu présent, aide l'implémentation de projets durables.</p> <p>Investissement financier : Reste au cœur des préoccupations. Envisager des projets à petits investissements.</p> <p>Retour sur investissement : Favorise l'acceptation des projets durables si le retour sur investissement est positif.</p> <p>Turn over : Coût financier important, importance d'investir dans la fidélisation du personnel</p> <p>Gestion des déchets : Triage optimal permettant des économies financières importantes.</p> <p>Économie circulaire : Concept appliqué au sein des hôpitaux : projets de recyclages et empêchement de la surconsommation (gestion des stocks, gaspillage).</p>

<p>Consommable : Représente le plus gros impact carbone des hôpitaux (pharmacies, matériels UU, emballages), faire pression pour modifier les conditionnements.</p> <p>Eaux usées : Aucune filtration au niveau des stations d'épuration L'investissement dans un système de filtration est trop onéreux pour les hôpitaux sans financements externes.</p> <p>Mobilité : Secteur déjà bien développé dans les hôpitaux pour inciter à une mobilité douce.</p> <p>Pression sur les fournisseurs : Rassemblement des hôpitaux pour face aux fournisseurs : inclure une clause écologique dans les marchés publics. Nécessité d'instaurer une nouvelle législation de réduction des déchets auprès des fournisseurs.</p> <p>Plateformes de conseils : Collaboration du CSPO avec HCWH : lobbying, échanges sur des thématiques durables conseils). Accessibilité réduite par la langue (anglais). Proposition d'engagement d'un responsable durable au niveau du réseau avec une position hiérarchique importante.</p>	<p>Résistance aux changements : Observée chez les anciennes générations, influence de la nouvelle génération sur celles-ci. Conscientisation d'un changement de mentalités qui participe à l'attractivité.</p> <p>Échanges de bonnes pratiques : Partage et diffusion des projets intra hospitaliers. Instauration d'une meilleure communication au sein de l'hôpital, diffusion visible de projets au sein de l'institution. Curiosité du personnel souhaitée par les managers.</p> <p>Culture d'entreprise : Instauration d'une culture d'entreprise durable qui doit s'inscrire dans les axes stratégiques.</p> <p>RSE : Aspect marketing plutôt réservé aux entreprises. Privilégier l'éthique et la déontologie.</p>	
--	---	--

5 Discussion

Ce travail nous a permis de mettre en lumière les facteurs influençant la transition vers un hôpital durable dans deux hôpitaux belges. L'objectif de cette recherche était d'identifier les leviers et les freins à un hôpital durable selon les composantes environnementales, sociales et économiques. L'enquête qualitative a aidé à les mettre en évidence auprès du top management ainsi que des CO. En effet, les descriptions théoriques ne sont pas suffisantes que pour comprendre la complexité du sujet, la réalité de terrain est bien plus compliquée.

En ce qui concerne la vision des trois composantes du développement durable, la composante sociale n'était pas évoquée spontanément par tous les participants. La vision du développement durable reste plutôt principalement axée sur la composante environnementale qui est mise en corrélation avec la composante économique.

Si la littérature évoque la durabilité comme étant un équilibre entre les différentes composantes, les participants se positionnent alors différemment et priorisent la composante sociale. En effet, leurs priorités reposent sur la situation actuelle : la pénurie des soignants est accentuée par la crise covid. La composante économique est elle aussi vue comme prioritaire mais celle-ci peut être considérée comme un levier pour atteindre l'équilibre entre les trois composantes. Il peut s'avérer judicieux de faire des économies financières pour investir dans les composantes sociale et environnementale tout en s'assurant que cela ne soit pas au détriment des autres. C'est là où réside l'enjeu de cet équilibre.

La question du réutilisable a été abordée. Si, dans la littérature, il est avancé que cela est rentable, les participants ont émis quelques nuances quant à son utilisation. En effet, lorsqu'il s'agit de choisir entre du jetable ou du réutilisable, plusieurs facteurs sont à prendre en compte : l'utilisation de l'énergie, la stérilisation, l'utilisation d'eau et des produits ainsi que la main-d'œuvre et la maintenance des machines sans compter les vols et la perte de matériels. Autant de facteurs qui font qu'aujourd'hui, l'usage unique reste plus avantageux financièrement que le matériel réutilisable. Les participants sont unanimes sur l'utilisation du réutilisable en ce qui concerne le matériel de cuisine et la literie par contre, pour le matériel médical, la question fait débat. En terme de disponibilité de matériel et d'aspect pratique, certains expriment le souhait de ne pas vouloir revenir en arrière et de privilégier l'usage unique. Ces réflexions ont amené les participants à parler du principe d'économie circulaire. Même si tous ne connaissaient pas le terme, chaque hôpital a développé des actions en ce sens : recyclage de certains déchets, réutilisation du matériel et récupération du mobilier d'anciennes unités de soins.

En ce qui concerne les déchets, une attention particulière est accordée au triage des déchets et à la réduction de ceux-ci. Les participants à l'enquête insiste pour améliorer le tri entre le B1 et le B2, ce qui nécessite une meilleure communication et information sur le sujet. L'élimination des déchets B2 est très onéreuse, mais la question de l'impact environnemental causée par l'incinération de ceux-ci a été mentionnée par très peu de répondants. Il existe aujourd'hui une autre méthode exposé dans la littérature tel que l'hydroclave qui permet d'éliminer ce type de déchets tout en réduisant l'impact environnemental.

Au CHU Brugmann, ils sont en cours de négociation pour intégrer ce type de projet pilote. Celui-ci pourrait être implémenté au sein d'autres hôpitaux et aurait un impact non seulement sur le transport des déchets mais également sur la récupération de chaleur par ce système. Une autre option de réduction des déchets, est l'obligation pour les différentes firmes de récupérer leurs déchets, cependant, en terme de logistique cela semble compliqué à mettre en place.

Il est possible de faire pression sur les fournisseurs par l'intégration d'une composante écologique dans les cahiers de charges si les hôpitaux s'unissent pour la faire adopter.

La priorité pour les hôpitaux reste la qualité du produit, mais qu'à qualité égale, une composante environnementale pourrait faire pencher la balance vers des produits plus « verts ».

Il faut garder à l'idée que les hôpitaux ont un pouvoir d'influence sur les fournisseurs, mais que ce n'est pas toujours à eux de trouver des solutions les plus durables. Le manque de législation européenne n'implique aucune pression écologique auprès des fabricants, ce qui n'avantage pas les hôpitaux.

Cependant, le problème subsiste de par le nombre important d'hôpitaux qui pourraient prendre part pour se mettent d'accord quant à leur priorité sur la composante écologique. Il existe donc un dilemme entre être un grand groupe d'hôpitaux et trouver un consensus et être un petit groupe, mais avoir un pouvoir d'influence moins impactant.

L'étude sur la station de pilotage d'épuration des eaux au sein du CSPO a pu démontrer, comme l'étude sur les eaux usées dans la littérature, qu'il y a présence d'antibiotiques et de germes de résistants dans les eaux usées des hôpitaux. Les résultats de cette étude étaient très concluants : élimination de 90% des xénobiotiques. Cependant, l'impact de cette station d'épuration n'étant que de nature écologique et sans impact intéressant financièrement (pas de réduction de taxe), le prototype ne sera donc pas installé dans le nouvel hôpital en construction. De plus, le manque de financement externe bloque l'implémentation du projet alors qu'il aurait eu un impact environnemental non négligeable.

Un autre défi auquel les hôpitaux devront faire face, dans les années à venir, est la pénurie du personnel soignant, notamment causée par le burn-out du personnel et les mauvaises conditions de travail.

Au travers des différents entretiens, nous percevons la nécessité de remettre le travailleur au centre de l'hôpital et d'avoir une attention particulière pour son bien-être. Plusieurs actions sont entreprises en ce sens. En effet, des études ont montré l'importance du sport et des activités de bien-être sur les travailleurs. Les deux hôpitaux qui ont organisé des semaines du bien-être pour leur personnel ont observé un réel engouement pour les activités proposées.

Cependant, celles-ci ne sont que ponctuelles, il est donc nécessaire d'envisager des activités plus régulières. De plus les contraintes associées aux horaires de travail des soignants ne permettent pas toujours à ceux-ci de se libérer pour participer. Une cheffe opérationnelle a pu organiser au sein de son service des cours de yoga inclus dans les heures de travail, ceci représente une solution possible pour le personnel soignant, mais encore faut-il que ce soit appliqué à chaque service. Nous remarquons que l'organisation de ces actions pourrait favoriser la fidélisation du personnel si de plus elles sont incluses dans les heures de travail.

En ce qui concerne la participation des travailleurs, qui fait écho au concept de démocratisation de l'entreprise, les participants sont unanimes : pour faire accepter un changement, il est essentiel d'impliquer le travailleur. De cette façon, les managers reconnaissent une certaine légitimité du travailleur dans les prises de décision, ce qui favorise l'accomplissement du personnel, mais également l'émergence de nouvelles idées. Il a été évoqué dans plusieurs entretiens que le fait d'avoir demandé l'avis au personnel a facilité l'implémentation de projets ainsi que de nouvelles idées auxquelles la direction n'avait pas pensé. De plus, impliquer le personnel dans les décisions permet d'attirer les personnes les plus intéressées et les plus motivées.

Un concept qui n'a pas été développé dans la partie théorique est le management humain et participatif. C'est plus particulièrement le rôle du CO qui a été défini comme déterminant pour fidéliser le personnel soignant. Concrètement, c'est le manque de formations en management humain qui est visé. Même si le management nécessite un apprentissage sur le terrain, le partage de pratiques entre managers ainsi que la formation personnalisée sont des éléments à développer pour exercer ce type de management. Le coaching par un professionnel externe est une des pistes de solution, celles-ci se complètent par l'échange de bonnes pratiques entre professionnels. De plus, il est également relevé que la création du lien humain entre l'équipe et son CO est primordiale et qu'elle est favorisée par la présence du chef au sein de l'équipe.

En ce qui concerne la responsabilité sociale des entreprises, dans la littérature, ce concept fait appel aux respects de la législation et des conventions. Ce concept assez méconnu est vu comme un intérêt de marketing. Dans une entreprise tel l'hôpital où l'on soigne des patients, il est plus important pour les participants de parler de responsabilité éthique et déontologique que de RSE. Mais cette dernière, fait également appel aux préoccupations sociales, environnementales et éthiques. Il n'est pas nécessaire de se reconnaître comme « entreprise RSE », il faut cependant s'inspirer de ce concept pourrait créer une culture d'entreprise, encore trop peu développée, partagée par tous les travailleurs pour être un hôpital socialement responsable

Il existe encore à l'heure actuelle une certaine résistance aux changements, notamment de la part des « anciennes générations ». Cependant, un mouvement intergénérationnel est observé ce qui est favorable aux changements de mentalités et à la réflexion des bonnes pratiques. De plus, il est nécessaire de sensibiliser le personnel sur l'hôpital durable pour vers évoluer les choses.

En ce qui concerne la composante financière, en théorie, le retour sur investissement doit être profitable aux projets durables et écologiques. Cependant, la réalité de terrain n'est pas si simple.

Tout d'abord, l'investissement financier dans des systèmes durables doit être plus rentable économiquement qu'un système classique et doit être chiffrable pour convaincre la direction d'investir.

De plus, les pressions économiques auxquelles les hôpitaux sont confrontés, le manque de financement externe, l'absence de législation pèsent sur l'investissement dans des projets durables.

Toutefois, plusieurs actions impliquant des économies financières sont envisageables : l'application de l'économie circulaire et la gestion optimale du tri des déchets.

La réflexion autour de l'hôpital durable est en évolution et au cœur des préoccupations des managers. Au vu de la crise environnementale, économique et de la pénurie du personnel soignant, les dirigeants des hôpitaux sont bien conscients de la problématique.

Afin d'évoluer vers des changements durables, les hôpitaux ont besoin d'être orientés et conseillés. Les participants s'accordent en ce sens pour dire que le recours aux plateformes sur l'hôpital durable est très peu exploité. Il est envisagé d'engager un chargé de projet en développement durable afin de chapoter l'ensemble du réseau dans cette mission.

L'intérêt éthique de transiter vers un hôpital durable est particulièrement souligné par les participants. La mission principale de l'hôpital est de soigner, mais il s'agit également de respecter le principe de « ne pas nuire ». L'objectif de transiter vers un hôpital durable serait donc un moyen d'accomplir cette mission en réduisant l'impact sur les populations.

Au terme de ce travail, le constat est plutôt positif. En effet, la direction des deux hôpitaux étudiés ont conscience des enjeux actuels et futurs pour la pérennité des hôpitaux. En effet, il existe de plus en plus de réflexion autour de l'hôpital durable et de ses trois composantes.

6 Recommandations

Cette étude nous amène à proposer quelques recommandations :

Au niveau environnemental :

- Informer sur le tri des déchets entre B1 et B2
- Sensibiliser sur l'impact environnemental : gestion du matériel (périmé), réduire le gaspillage en appliquant le principe d'économie circulaire
- S'unir entre hôpitaux pour influencer les fournisseurs
- Réviser les pratiques trouvant l'équilibre entre qualité de soins et impact environnemental

Au niveau social :

- Appliquer un management humain participatif : être à l'écoute des travailleurs, accueillir les nouvelles idées, faire participer les travailleurs, repérer les personnes motivées, déceler les habilités des soignants à certaines fonctions
- Dégager du temps durant les heures de travail pour des activités bien-être
- Définir une culture d'entreprise par l'établissement de valeurs communes et d'objectifs communs à l'hôpital
- Sensibiliser le personnel par des « symposiums » sur l'hôpital durable tout en instaurant des moments d'échanges d'idées et de pratiques sur le sujet
- Définir un manager en développement durable au sein du réseau hospitalier pour conseiller les hôpitaux dans leur démarche

Au niveau économique :

- Garder à l'esprit qu'instaurer des actions durables ne demande pas forcément un investissement financier (tri des déchets).
- Penser aux principes d'économie circulaire

7 Limites de l'étude et perspectives

Le sujet choisi est extrêmement vaste, chaque composante environnementale, sociale et économique aurait pu faire l'objet d'une étude. C'est pour cette raison que la revue de la littérature réalisée dans la première partie théorique n'est pas exhaustive. De par la largesse du sujet, il a fallu choisir certains concepts à développer.

Cependant, lors des entretiens, les questions étaient ouvertes, laissant une grande liberté de paroles aux participants. Cela a permis également de mettre en avant d'autres concepts qui n'avaient pas été envisagés au départ.

Les entretiens étaient fournis en termes de contenu. Nous avons donc dû cibler les parties qui répondaient au mieux à notre question de recherche.

Ayant choisi une étude qualitative, il est important de garder à l'esprit que l'étude a été menée sur deux hôpitaux belges et n'est donc pas transposable à d'autres établissements. Les conclusions ne sont donc pas généralisables.

Afin d'augmenter la validité des résultats, une recherche quantitative aurait pu être ajoutée à l'étude qualitative. Une triangulation des résultats aurait ainsi permis la combinaison de plusieurs perspectives ajoutant de la validité aux résultats. Cela n'a pas été envisagé dans le mémoire par contrainte de temps, nous avons préféré nous concentrer sur les entretiens qualitatifs.

En ce qui concerne le choix de l'échantillon, nous avons contacté le top management des deux hôpitaux, cependant nous n'avons pas pu interroger la direction médicale ce qui aurait été un point de vue intéressant à obtenir.

Nous avons recueilli plus d'entretiens du côté du top management (8 entretiens) que des CO (4 entretiens), ce qui fait pencher les perspectives vers le côté du top management.

Il est important de prendre en considération qu'en dehors du top management, les CO font partie du département infirmier, ce qui exclut donc les perspectives des chefs de cliniques médicales, du personnel paramédical, d'entretien, de cuisine, etc.

L'étude s'est plutôt adressée aux gestionnaires du personnel soignant. Donc, elle ne reprend pas du tout les opinions des travailleurs. Les points de vue du patient n'ont pas non plus été étudiés. Il serait intéressant d'explorer ces différents avis dans une autre étude complémentaire.

Le choix des CO au sein du département de médecine critique (urgences, soins intensifs, salle d'opération) a été fait volontairement d'une part, pour analyser la gestion managériale tel que ceux-là et d'autres part parce que nous en travaillons ce secteur (soins intensifs).

C'était une première expérience en tant que chercheuse. Lors des entretiens, il était difficile de rebondir directement sur les bonnes questions de relance ou de réagir ainsi que d'approfondir certains aspects qui aurait pu être mieux cernés.

8 Conclusion

Depuis quelques années maintenant, les hôpitaux se préoccupent des aspects environnementaux, sociaux et économiques définis par le concept de développement durable.

Aujourd'hui, les hôpitaux sont confrontés à différentes crises telles que la crise économique, la crise environnementale et la pénurie des soignants. La pandémie Covid et la guerre en Ukraine sont venues exacerber cette situation. Les dirigeants des hôpitaux se retrouvent donc confrontés à des difficultés comme jamais vues auparavant.

L'objectif de cette étude était d'identifier et comprendre les leviers et les freins à un hôpital durable selon les composantes économique, sociale et environnementale. L'équilibre entre ces composantes doit être considéré de cette façon : il peut être nécessaire d'investir plus dans l'une d'entre elles, mais pour viser la durabilité il ne faut pas que ce soit au détriment des autres.

La transition vers un hôpital durable doit être le moyen de rejoindre la mission de l'hôpital qui est de « soigner » et de « ne pas nuire ». Pour cela, il faut tout d'abord sensibiliser et convaincre le personnel de l'intérêt de la démarche. L'implication du personnel dans la prise de décision est primordiale, et elle sera également déterminante pour sa fidélisation.

La transition vers un hôpital durable démarre au départ d'une conviction individuelle qui doit s'étendre à la sphère institutionnelle, entraînant ainsi une culture d'entreprise.

L'investissement dans le management humain et participatif constitue l'élément prioritaire sur lequel il faut investir pour la rétention du personnel.

L'information et l'échange de bonnes pratiques au sein de l'hôpital, mais également au niveau national et international sont de réels atouts pour progresser plus vite vers cette transition.

C'est sans compter sur l'influence générationnelle et sociétale qui a un vrai impact sur les changements de mentalités.

Il existe plusieurs secteurs sur lesquels l'hôpital peut agir en terme environnemental, notamment la gestion des déchets et il est important d'en prendre conscience. C'est le point de commencement de la transition vers l'hôpital durable. Il faut également garder à l'idée qu'ensemble, les hôpitaux ont un pouvoir d'influence notamment sur le secteur des consommables.

Le manque de connaissances sur le développement durable au sein du milieu hospitalier freine l'avancée vers l'hôpital durable. Il est donc capital de consacrer un poste de manager de développement durable au sein du comité de direction afin d'y apporter non seulement l'expertise, mais également le pouvoir hiérarchique et d'influence.

La composante financière est au cœur des préoccupations et reste un frein prédominant des projets écologiques pouvant réduire l'impact environnemental des hôpitaux, surtout en cas de non retour sur investissements et l'absence d'aides financières externes.

Pour conclure, la transition vers un hôpital durable n'est pas sans difficultés pour les raisons évoquées ci-dessus. Cependant, l'analyse réalisée a pu mettre en évidence la conscientisation des parties prenantes vis-à-vis de cette problématique. Ces constatations nous laissent présager que « **l'hôpital durable** » sera présent et indispensable dans la gestion de la plupart de nos hôpitaux belges.

Bibliographie

(1) Le Monde avec AFP. (2019, 23 septembre). Greta Thunberg à l'ONU devant les dirigeants de la planète : « Comment osez-vous regarder ailleurs ? » Le Monde.fr. Consulté le 10 février 2022, à l'adresse https://www.lemonde.fr/planete/article/2019/09/23/ouverture-du-sommet-de-l-onu-sur-l-urgence-climatique_6012719_3244.html

(2) Marhold, H., Meimeth, M. & Lallemand, X. (2009). Les discours du développement durable dans les pays européens: Introduction. *L'Europe en Formation*, 352, 3-21. <https://doi.org/10.3917/eufor.352.0003>

(3) Service Changements climatiques. (2021). Rapports du GIEC. *Klimaat | Climat*. Consulté le 1 octobre 2021, à l'adresse <https://climat.be/changements-climatiques/changements-observees/rapports-du-giec>

(4) Service Changements climatique. (2020). Émissions par secteur. *Klimaat | Climat*. Consulté le 7 janvier 2022, à l'adresse <https://climat.be/en-belgique/climat-et-emissions/emissions-des-gaz-a-effet-de-serre/emissions-par-secteur>

(5) Bruyneel, A. (2020, 14 mai). Coronavirus : plus de sept infirmiers sur dix risquent l'épuisement professionnel selon une étude réalisée sur 4500 infirmiers francophones. *Siz Nursing*. Consulté le février 2022, à l'adresse <https://www.siznursing.be/coronavirus-plus-de-six-infirmiers-sur-dix-risquent-lepuisement-professionnel-selon-une-etude/>

(6) Pereno, A., & Eriksson, D. (2020). A multi-stakeholder perspective on sustainable healthcare : From 2030 onwards. *Futures*, 122, 102605. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2020.102605>

(7) Soins de santé et environnement : quels défis pour le futur ? | Etopia. (2021, 29 décembre). Anne Berquin. Consulté le 10 janvier 2022, à l'adresse <https://etopia.be/transition-et-soins-de-sante-quels-defis-pour-le-futur-2/>

- (8) Accord de Paris. (2015). Climate Action. Consulter le 1er octobre 2021, à l'adresse https://ec.europa.eu/clima/eu-action/international-action-climate-change/climate-negotiations/paris-agreement_fr
- (9) Soins de santé et environnement : quels défis pour le futur ? | Etopia. (2021, 29 décembre). Anne Berquin. Consulté le 10 janvier 2022, à l'adresse <https://etopia.be/transition-et-soins-de-sante-quels-defis-pour-le-futur-2/>
- (10) Statistiques électricité. (2020). FEBEG Fédération Belge des Entreprises Électriques et Gazières. Consulté le 10 janvier 2022, à l'adresse <https://www.febeg.be/fr/statistiques-electricite>
- (11) Service Changements climatique. (2020b). Émissions par secteur. Klimaat | Climat. Consulter le février 2022, à l'adresse <https://climat.be/en-belgique/climat-et-emissions/emissions-des-gaz-a-effet-de-serre/emissions-par-secteur>.
- (12) Peoc'h, N., Lopez, G. & Castes, N. (2007). Représentations et douleur induite : repère, mémoire, discours... Vers les prémisses d'une compréhension. *Recherche en soins infirmiers*, 88, 84-93. <https://doi.org/10.3917/rsi.088.0084>
- (13) NHS. (2020, octobre). Delivering a 'Net Zero' National Health Service (N° PAR133). NHS England and NHS Improvement. <https://www.england.nhs.uk/greenernhs/wp-content/uploads/sites/51/2020/10/delivering-a-net-zero-national-health-service.pdf>
- (14) Das, A. K., Islam, M. N., Billah, M. M., & Sarker, A. (2021). COVID-19 pandemic and healthcare solid waste management strategy - A mini-review. *The Science of the total environment*, 778, 146220. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2021.146220>
- (15) Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement : Conseil Supérieur d'hygiène. (2005, mars). Recommandations en matière de gestion des déchets de soins de santé (D/2005/7795/6). [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/4388397/Recommandations%20en%20mati%C3%A8re%20de%20gestion%20des%20d%C3%A9chets%20de%20soins%20de%20sant%C3%A9%20\(mars%202005\)%20\(CSH%205109\).pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/4388397/Recommandations%20en%20mati%C3%A8re%20de%20gestion%20des%20d%C3%A9chets%20de%20soins%20de%20sant%C3%A9%20(mars%202005)%20(CSH%205109).pdf)

- (16) Pichler P-P, Jaccard IS, Weisz U, Weisz H. International comparison of health care carbon footprints. *Environ Res Lett.* 2019;14(6):064004. doi:10.1088/1748-9326/ab19e1
- (17) Sharma, R., Sharma, M., Sharma, R., & Sharma, V. (2013). The impact of incinerators on human health and environment. *Reviews on environmental health*, 28(1), 67–72. <https://doi.org/10.1515/reveh-2012-0035>
- (18) Measuring and reducing plastics in the healthcare sector. (2021, 28 octobre). *Health Care Without Harm*. <https://noharm-europe.org/documents/measuring-and-reducing-plastics-healthcare-sector>
- (19) Paulus, G. K., Hornstra, L. M., Alygizakis, N., Slobodnik, J., Thomaidis, N., & Medema, G. (2019b). The impact of on-site hospital wastewater treatment on the downstream communal wastewater system in terms of antibiotics and antibiotic resistance genes. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 222(4), 635-644. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2019.01.004>
- (20) CMI Balteau : MEDIX®, solution dédiée au traitement des micropolluants pour les établissements de Santé | Architecture Hospitalière – Belgique. (2018). *Architecture hospitaliere*. <https://www.architecture-hospitaliere.be/1500/cmi-balteau-medix-solution-dedee-au-traitement-des-micropolluants-pour-les-etablissements-de-sante/>
- (21) Mikolajczak, M. (2021). Notes de cours LBIR2050 : Enjeux du développement durable et de la transition. Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.
- (22) Bruyneel, A. (2020, 14 mai). Coronavirus : plus de sept infirmiers sur dix risquent l'épuisement professionnel selon une étude réalisée sur 4500 infirmiers francophones. *Siz Nursing*. Consulter le février 2022, à l'adresse <https://www.siznursing.be/coronavirus-plus-de-six-infirmiers-sur-dix-risquent-lepuisement-professionnel-selon-une-etude/>
- (23) Mullenbach, A. (2007). L'apport de la théorie des parties prenantes à la modélisation de la responsabilité sociétale des entreprises. *La Revue des Sciences de Gestion*, 223, 109-120. <https://doi.org/10.3917/rsg.223.0109>

- (24) Battilana, J., Ferreras, I., & Méda, D. (2020). *Le Manifeste Travail. Démocratiser, démarchandiser, dépolluer*. SEUIL
- (25) Chenven, L., & Copeland, D. (2013). Front-line worker engagement: greening health care, improving worker and patient health, and building better jobs. *New solutions: a journal of environmental and occupational health policy*: NS, 23(2), 327–345. <https://doi.org/10.2190/NS.23.2.h>
- (26) Di Fabio, A., Palazzeschi, L., & Duradoni, M. (2019). Intrapreneurial Self-Capital Mediates the Connectedness to Nature Effect on Well-Being at Work. *International journal of environmental research and public health*, 16(22), 4359. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224359>
- (27) Pierre, J. & Barth, I. (2010). Un esprit sain dans un corps sain : promouvoir le sport au travail. *Gestion*, 35, 86-94. <https://doi.org/10.3917/riges.353.0086>
- (28) Duchaine, L. P. B. E. P. (2020, 19 février). WELLTM, la certification qui se soucie du bien-être des occupants. *Écohabitation*. <https://www.ecohabitation.com/guides/3478/well-une-certification-qui-se-soucie-du-bien-etre-de-ses-occupants/>
- (29) Thunus S. (2020). Notes de cours WESP1007 : Introduction aux théories des organisations. Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.
- (30) Tubeuf, S. (2021). Notes de cours LBIR2050 : Enjeux du développement durable et de la transition. Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.
- (31) Goossens V., & Dessoy A. (2020, novembre). ANALYSE MAHA 2020 et impact de la crise Covid-19. <https://research.belfius.be/wp-content/uploads/2020/11/MAHA-presentatie-persconferentie-FR.pdf>
- (32) Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 - OCDE. (2021). OCDE. Consulté le janvier 2022, à l'adresse <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/base-donnees-sante.htm>

(33) V. Aurez et L. Georgeault, Economie circulaire : Système économique et finitude des ressources, 2^e édition, De Boeck, 2019, p. 85

(34) Lebéé-Thomas, E. (2021b, novembre 3). L'hôpital belge Joseph Bracops : durable et circulaire. Santé-achat.info. Consulté le mars 2022, à l'adresse <https://sante-achat.info/durable/lhopital-belge-joseph-bracops-durable-et-circulaire/>

(35) Le traitement des déchets organiques : une réalité pour les établissements hospitaliers | Architecture Hospitalière – Belgique. (2013). Fabrice Mezzomo. Consulté le mars 2022, à l'adresse <https://www.architecture-hospitaliere.be/74/le-traitement-des-dechets-organiques-une-realite-pour-les-etablissements-hospitaliers/>

(36) Nordic center for Sustainable Healthcare. (2022). Nordic center for Sustainable Healthcare. <https://nordicshc.org/>

(37) Center for Sustainable Healthcare. (2022). Center for Sustainable Healthcare. <https://sustainablehealthcare.org.uk/>

(38) Carbon Footprinting and Triple Bottom Line Analysis. (2022, 5 janvier). Centre for Sustainable Healthcare. <https://sustainablehealthcare.org.uk/what-we-do/carbon-footprinting-and-triple-bottom-line-analysis>

(39) Nascimento G., Araujo CA, Alves LA, Pratiques de durabilité d'entreprise dans les hôpitaux brésiliens accrédités : une évaluation du degré de maturité de la dimension environnementale. *Rév. Adm.* 2017 ; 52 : 26-35

(40) Swaen, V. (2021). Notes de cours LBIR2050 : Enjeux du développement durable et de la transition. Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.

(41) Accréditation platine pour les Cliniques universitaires Saint-Luc. (2019). Cliniques universitaires Saint-Luc. Consulter le janvier 2022, à l'adresse <https://www.saintluc.be/fr/accr%C3%A9ditation-platine>

(42) Environnement. (2012). Cliniques universitaires Saint-Luc. Consulter le janvier 2022, à l'adresse <https://www.saintluc.be/fr/environnement>

(43) Roquiny R. (2021). Le nouveau CHR Centre-Sud : co-construction d'un modèle hospitalier durable. Construction & Environnement. Consulter le mars 2022, à l'adresse https://be.architecture-hospitaliere.fr/wp-content/uploads/sites/2/2020/09/AHBe19_CONSTRUCTION-ENVIRONNEMENT-archipelago-2.pdf

(44) Hopital en Transition. (2021, 1 juillet). Clinique Saint-Pierre Ottignies. Consulter le mars 2022, à l'adresse <https://www.cspo.be/content/hopital-en-transition>

(45) Ghazali AD, Guericolas M, Thys F, Sarasin F, Arcos González P, Casalino E. International Journal of Environmental Research and Public Health 2018, 15, 1379 (1-13).

(46) Aujoulat, I. (2020). Notes de cours WFSP2106 : Introduction aux méthodes qualitatives. Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.

(47) Josh Karliner, Scott Slotterback, Richard Boyd, Ben Ashby, Kristian Steele. (2019, septembre). HEALTH CARE'S CLIMATE FOOTPRINT - HOW THE HEALTH SECTOR CONTRIBUTES TO THE GLOBAL CLIMATE CRISIS AND OPPORTUNITIES FOR ACTION. Readkong. <https://www.readkong.com/page/health-care-s-climate-footprint-how-the-health-sector-2541186>

Annexes

Annexe 1 : Fonctionnement de l'hydroclave

Annexe 2 : Guide d'entretien

Annexe 3 : Considération éthique

Annexe 1 : Fonctionnement de l'hydroclave : technologie d'autoclave avancée (48)

- Atteint une stérilisation totale
- Traite tous les déchets infectieux
- Déshydrater complètement les déchets
- Réduisez les déchets en poids et en volume.

Comment fonctionne le processus de traitement.

Première étape - Chargement

L'Hydroclave peut traiter :

- Déchets ensachés, dans des sacs ordinaires.
- Conteneurs pour objets tranchants.
- Récipients liquides.
- Récipients en carton.
- Objets métalliques.
- Déchets pathologiques.

Deuxième étape - Stérilisation

- De puissants rotateurs mélangent les déchets et les cassent en petits morceaux.
- La vapeur remplit la double paroi (enveloppe) du récipient et chauffe l'intérieur du récipient.
- Le liquide contenu dans les déchets se transforme en vapeur.
- Après 20 minutes, les déchets et les liquides sont stériles.

Troisième étape – Déshydratation

- L'évent est ouvert, le récipient se dépressurise via un condenseur et le liquide stérile est évacué dans les égouts sanitaires.
- La chaleur à la vapeur et le mélange continuent jusqu'à ce que tous les liquides soient évaporés et que les déchets soient secs.
- Stérilité garantie de toutes les particules de déchets !
- Aucun prébroyage des déchets infectieux nécessaire !
- Aucun sac à déchets spéciaux ou produits chimiques requis !

Quatrième étape - Déchargement

- La porte de déchargement est ouverte.
- Le mélangeur tourne maintenant dans le sens opposé, de sorte que les lames inclinées du mélangeur peuvent pousser les déchets par la porte de déchargement.
- Les déchets stériles secs peuvent être broyés plus finement ou déposés dans une poubelle

Les déchets sont maintenant prêts à être éliminés en toute sécurité !

Annexe 2 : Guide d'entretien

Questionnaire pour les managers

♣ Quelle fonction exercez-vous et depuis combien de temps ?

♣ Que vous évoque la notion d'hôpital durable ? (à préciser si n'est pas compris par l'interlocuteur)

♣ Lorsque la littérature évoque, la notion de durabilité, les trois composantes : environnementales, sociales et économiques sont évoquées. Selon vous, quelle doit être la répartition entre ces trois composantes pour transiter vers un hôpital durable ? L'une d'elle doit-elle être prioritaire sur les autres ?

♣ Quelles sont les composantes dans lesquelles il faut investir afin d'assurer la pérennité de votre institution ?

♣ Selon vous, quels sont les facteurs internes qui influencent la transition vers un hôpital durable ?

♣ Quels sont les secteurs dans lesquels l'hôpital peut agir pour réduire son empreinte carbone ?

♣ Selon vous, quels sont les défis auxquels devront faire face les hôpitaux dans les années à venir sur le plan environnemental ?

♣ Quel rôle pouvez-vous jouer dans la transition vers un hôpital plus durable dans la fonction que vous exercez ?

♣ Pourriez-vous expliquer l'importance que représente le tri des déchets dans votre institution ?

- Qu'est-il mis en place par rapport aux tris des déchets dans votre institution ?
- Qu'est-il mis en place par rapport aux eaux usées de votre institution ?
- Que savez-vous par rapport aux déchets présents dans ces eaux usées ?

♣ La littérature met en avant la problématique de la dépendance au pétrole dans les soins de santé notamment dans les secteurs du transport, des médicaments et des articles à usages uniques. Quelles alternatives peuvent être mises en place dans ces trois domaines ?

♣ Comment le personnel peut-il se sentir impliqué dans un objectif de réduction de l'empreinte carbone ?

- Que pensez-vous de l'implication des travailleurs dans la prise de décision les concernant ?

♣ Comment fidélisez-vous le personnel à votre institution ?

- Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être mis de plus en place pour le fidéliser ?

♣ Selon l'étude Maha de 2018 par Belfius, les hôpitaux belges sont en déficit, de plus la crise covid n'a fait que croître ce déficit. Que pourriez-vous mettre en place dans votre institution afin de réduire les coûts tout en préservant l'environnement ?

- Que vous évoque la notion d'économie circulaire ? (Expliquer s'ils connaissent pas)
- Comment pensez-vous pouvoir appliquer ce concept dans votre service/ institution ?

♣ Quel type d'investissement fait votre institution sur le plan environnemental (long ou court terme) ?

- Qu'est-ce qui justifie ce choix ?

♣Selon vous, quels sont les facteurs externes à la transition vers hôpital durable ?

- Que pensez-vous de collaborer avec les fournisseurs afin d'élaborer des stratégies pour réduire l'impact environnemental des fournitures médicales (emballages, composés du produit)?
- Quelle type d'aide externe à l'hôpital souhaiteriez-vous pour transiter vers un hôpital durable ?
- Plusieurs plateformes existent tel que : « Nordic center for Sustainable Healthcare », « Center for Sustainable Healthcare », « Health care without harm » afin de guider les hôpitaux dans leur transition écologique. Que cela vous évoque-t-il ?

♣Selon vous quel peut être l'intérêt pour l'hôpital d'adopter la stratégie : « Devenir un hôpital durable »?

- Quels sont les facteurs favorisant la priorisation de cet objectif ?
- Selon vous, doit-il être prioritaire ?

♣Que pensez-vous de la mise en œuvre de ce type de projet dans le contexte actuel de votre institution ?

♣Que vous évoque le concept de « Responsabilité sociale des entreprises » ?

- Qu'est-ce que cela peut apporter à votre institution ?

Annexe 3 : Considération éthique

Maule Yves (membre du comité d'éthique)

MAULE, Yves (CHU-Brugmann)

mer. 20-04-22 10:39

Boîte de réception

À :

DUPONT, Valentine (CHU-Brugmann);

Vous avez répondu le 21-04-22 10:32.

Pour les membres du personnel il n'y a besoin du CE, il n'intervient que si tu t'adresses à des patients par contre tu as besoin d'une validation de la DIP

De Vos Marie (Directrice du département infirmier et paramédical)

Bonjour Madame De Vos,

Dans le cadre de mon mémoire sur l'hôpital durable j'aimerais interroger quelques chefs opérationnels. Yves Maule m'a dit que je devais vous faire valider le questionnaire avant de leur faire la demande d'entretien.

C'est le même questionnaire que je vous ai fait passer. Pourriez-vous me dire si c'est ok pour vous ?

Merci d'avance pour votre réponse,

Bonne journée,

Bien à vous,

Valentine Dupont

Infirmière U10 soins intensifs

CHU Brugmann site HORTA

DE VOS, Marie (CHU-Brugmann)

jeu. 19-05-22 18:08

Boîte de réception

À :

DUPONT, Valentine (CHU-Brugmann);

Vous avez répondu le 20-05-22 11:49.

Oui, c'est ok pour moi.

Comité d'éthique CSPO (sans réponse)



Valentine Dupont

À : ethique@cspo.be; bruno.pirenne@cspo.be



Jeu 14-04-22 22:28

Bonjour,

Je suis étudiante à la faculté de santé publique de l'UClouvain et dans le cadre de ma formation soutenue par le CHU Brugmann je réalise un mémoire de master sur le thème de l'hôpital durable. Dans ce cadre, je m'intéresse notamment aux leviers et aux freins à la transition vers un hôpital durable selon les composantes environnementales, sociales et économiques. Je m'intéresse notamment à l'avis du top management et à ceux des employés à ce propos.

Je vous contacte quant à la nécessité de savoir s'il est nécessaire de faire analyser mon questionnaire par le comité éthique sachant que je n'interrogerais aucun patient. Mes entretiens se dirigent que sur des membres du personnel (top management et quelques employés). Je vous met ici en annexe le questionnaire dont il est question. Il en existe 1 pour le manager et 1 pour les employés.

Merci pour votre réponse,

Cordialement,

Valentine Dupont
Infirmière U10 soins intensifs
CHU Brugmann site HORTA

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp