
Comment les facteurs comportementaux et organisationnels influencent-ils la mise en Suvre et la dynamique de maintien des stratégies écologiques dans les services hospitaliers du groupe CHC Santé ?

Auteur : BENABOUD, Leila

Promoteur(s) : Pétré, Benoît; Paridans, Marine

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/25450>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

« Étude des facteurs comportementaux et
organisationnels influençant la mise en œuvre et la
dynamique de maintien des stratégies de transition
écologique dans les services hospitaliers du groupe
santé CHC »

Mémoire présenté par **BENABOUD Leila**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique 2025-2026

« Étude des facteurs comportementaux et
organisationnels influençant la mise en œuvre et la
dynamique de maintien des stratégies de transition
écologique dans les services hospitaliers du groupe
santé CHC »

Mémoire présenté par **BENABOUD Leila**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Promoteur : Pétré Benoit

Co-promotrice : Paridans Marine

Année académique 2025-2026

REMERCIEMENTS

Je tenais à remercier mes promoteurs, Monsieur Pétré et Madame Paridans, pour leur accompagnement tout au long de ce mémoire. Leur bienveillance, leurs conseils, leur patience ainsi que leur suivi rigoureux m'ont permis de mener à bien ce travail. Ce mémoire n'aurait pas pu être réalisé sans leur accompagnement.

Je tiens également à remercier Catherine, référente en développement durable, qui m'a encadrée et conseillée tout au long de mes entretiens. Ainsi que Marie-Céline, avec qui j'ai eu l'opportunité de collaborer dans le cadre de la réalisation de ce mémoire.

Merci aux équipes que j'ai pu rencontrer, qui, malgré leurs responsabilités et leur travail quotidien, m'ont accordé du temps pour échanger. Sans leur disponibilité et leur participation, ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour.

Je souhaite aussi remercier tous mes proches qui m'ont aidée, de près ou de loin, par leurs relectures, leurs conseils, mais surtout par leurs encouragements tout au long de ce parcours.

Enfin, merci à mon incroyable mari, qui a été un véritable soutien, une épaule sur laquelle m'appuyer et une source de motivation au quotidien. Merci pour ses relectures, ses encouragements, sa présence et surtout sa patience durant ces deux années d'études.

TABLE DES MATIÈRES

1.	Préambule.....	1
1.	Introduction	2
1.1	La question de recherche.....	6
2.	Matériel et méthodes	7
2.1	Type d'étude	7
2.2	Population étudiée.....	7
2.3	Méthode d'échantillonnage.....	8
2.4	Paramètres étudiés et outils de collecte de données.....	8
2.4.1	Phase d'observation du contexte.....	8
2.4.2	Entretiens semi-directifs	8
2.5	Organisation et planification de la collecte des données	10
2.5.1	Pré-test du guide d'entretien.....	10
2.5.2	Recrutement des participants.....	10
2.6	Traitement des données et méthode d'analyse	11
2.7	Démarches légales et contractuelles	12
2.7.1	Comité d'éthique	12
2.7.2	Convention de collaboration.....	12
2.7.3	Consentement et Protection des données	12
3.	Résultat.....	13
3.1	Présentation de l'échantillon	13
3.2	Présentation de l'arbre thématique	16
3.3	Analyse thématique	17
3.3.1	S'approprier le projet.....	17
3.3.2	Une dynamique collective soutenant l'engagement et l'adaptation des pratiques	19
3.3.3	Des déterminants individuels influençant l'engagement	22
3.3.4	Un environnement organisationnel structurant	23

3.3.5 Une pérennisation dépendante du soutien institutionnel et de la reconnaissance	26
4. Discussion et perspectives	29
4.1 Biais, forces et limites	34
5. Conclusion.....	36
Bibliographie	37
Annexe 1 : Guides d’entretiens.....	42
Annexe 2 : Accord du Comité d’Ethique	51
Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé	53
Annexe 4 : Engagement de non plagiat	56

RÉSUMÉ

Introduction : Face aux enjeux environnementaux actuels, les établissements de santé sont encouragés à intégrer des démarches de transition écologique afin de limiter leur impact environnemental, mais leur mise en œuvre et leur pérennisation restent complexes en raison de facteurs individuels, organisationnels et comportementaux. Cette étude vise à comprendre à partir du point de vue des acteurs de terrains, les éléments influençant la mise en œuvre et le maintien des démarches de transition écologique au sein du groupe santé CHC.

Matériels et méthodes : Cette recherche qualitative compréhensive s'inscrit dans une perspective phénoménologique. Un échantillonnage raisonné a permis d'inclure différents profils professionnels et des unités présentant des niveaux d'engagement variés dans le processus de labellisation. Les données ont été recueillies par entretiens semi-directifs et observations de terrain, les cadres théoriques Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) et Theoretical Domains Framework (TDF) ayant orienté le guide d'entretien, les observations et l'analyse des données.

Résultats : Les résultats montrent que la mise en œuvre des démarches de transition écologique est influencée par des facteurs individuels, organisationnels et environnementaux. La compréhension des objectifs, l'implication des équipes et le soutien organisationnel apparaissent comme des leviers importants, tandis que la charge de travail, certaines contraintes matérielles et la priorité accordée au soin direct peuvent limiter le maintien des pratiques à visées écologiques. Les résultats soulignent aussi le rôle des référents en développement durable et de la reconnaissance institutionnelle dans l'engagement des équipes.

Conclusion : Cette étude montre que la pérennité des démarches de transition écologique dépend de leur adéquation aux réalités du terrain, de la compréhension des objectifs, de l'engagement des équipes, du soutien organisationnel et du contexte institutionnel.

Mots-clés : transition écologique, développement durable, hôpital, implémentation, étude qualitative.

ABSTRACT

Introduction: Faced with current environmental challenges, healthcare facilities are encouraged to integrate ecological transition initiatives to limit their environmental impact, but their implementation and sustainability remain complex due to individual, organizational, and behavioral factors. This study aims to understand the elements influencing the implementation and maintenance of ecological transition initiatives within the CHC Santé group.

Materials and Methods: This comprehensive qualitative research adopts a phenomenological perspective. Purposive sampling allowed for the inclusion of diverse professional profiles and units exhibiting varying levels of commitment to the certification process. Data were collected through semi-structured interviews and field observations, with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) and Theoretical Domains Framework (TDF) guiding the interview guide, observations, and data analysis.

Results: The results show that the implementation of ecological transition initiatives is influenced by individual, organizational, and environmental factors. Understanding the objectives, team involvement, and organizational support appear to be important levers, while workload, certain material constraints, and the priority given to direct care can limit the maintenance of environmentally friendly practices. The results also highlight the role of sustainable development experts and institutional recognition in team engagement.

Conclusion: This study shows that the sustainability of ecological transition initiatives depends on their suitability to the realities on the ground, understanding the objectives, team engagement, organizational support, and the institutional context.

Keywords: ecological transition, sustainable development, hospital, implementation, qualitative study

1. PRÉAMBULE

Vous souvenez-vous de ce que disait Jacques Chirac lors de son discours au Sommet de la Terre de Johannesburg, le 2 septembre 2002 ?

« Notre maison brûle et nous regardons ailleurs. La nature, mutilée, surexploitée, ne parvient plus à se reconstituer, et nous refusons de l'admettre. L'humanité souffre. Elle souffre de mal-développement, au Nord comme au Sud, et nous sommes indifférents. La Terre et l'humanité sont en péril, et nous en sommes tous responsables. » (1)

Ou encore « Nous ne pourrions pas dire que nous ne savions pas ! Prenons garde que le XXI^e siècle ne devienne pas, pour les générations futures, celui d'un crime de l'humanité contre la vie. » (1)

En 2025, les enjeux environnementaux restent particulièrement préoccupants et nécessitent une mobilisation urgente, tant au niveau global que sectoriel. Agir rapidement est devenu indispensable pour préserver des vies, notamment celles des générations futures. Mais pour que cela puisse être efficace, il faut comprendre la situation actuelle ainsi que ses enjeux et ses défis.

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'origine de ce travail. En effet, c'est au détour d'une discussion avec une collègue réalisant son mémoire au CHC que j'ai été amenée à découvrir un projet de labellisation en développement durable actuellement en cours au sein de l'institution. Cette découverte a suscité un intérêt particulier pour cette thématique et m'a conduite à m'interroger sur les modalités concrètes de mise en œuvre de ce type de projet dans les unités.

1. INTRODUCTION

Les gaz à effet de serre (GES¹) jouent un rôle naturel essentiel en retenant une partie de l'énergie renvoyée par la Terre, permettant ainsi de maintenir une température moyenne compatible avec la vie (2). Cependant, l'augmentation de leur concentration perturbe cet équilibre naturel et contribue au réchauffement climatique observé depuis le milieu du XXe siècle (2). Cela engendre une augmentation significative des phénomènes météorologiques extrêmes (vagues de chaleur, des sécheresses prolongées et des précipitations intenses) (2). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2023), les pays les plus vulnérables enregistrent un taux de mortalité jusqu'à 15 fois plus élevé en raison des conséquences liées aux enjeux environnementaux. Le changement climatique pourrait être à l'origine de 250 000 décès par an entre 2030 et 2050, notamment en raison de la malnutrition, des maladies infectieuses et des épisodes de fortes chaleurs (3). Il contribuerait également à l'augmentation des maladies respiratoires et cardiovasculaires, ainsi qu'à une hausse des blessures liées aux catastrophes naturelles (3). En parallèle, 47% de la qualité des écosystèmes ont régressé par rapport à leur point de départ et un quart des espèces animales et végétales sont en danger, impactant directement la biodiversité (4). Cette régression s'explique par la déforestation, la surexploitation des ressources, les effets du changement climatique, la pollution ainsi que l'introduction d'espèces invasives (4). Pourtant, la biodiversité est essentielle à la survie humaine car elle joue un rôle fondamental dans la régulation du climat, la qualité de l'air et de l'eau ainsi que dans le maintien de la santé humaine (4). Ces bouleversements environnementaux fragilisent non seulement les écosystèmes, mais aussi la santé humaine. La pandémie de Covid-19 a d'ailleurs mis en évidence à quel point la santé humaine, animale et environnementale sont étroitement liées (5). Elle a également révélé la vulnérabilité des systèmes de santé face aux grandes crises écologiques mondiales (5).

¹ Substances gazeuses d'origine naturelle ou humaine, qui absorbent et réémettent le rayonnement infrarouge, entraînant une augmentation de la température moyenne de l'atmosphère terrestre.

Le concept de One Health traduit une approche intégrée de la santé en mettant en évidence l'impact des perturbations environnementales, telles que la déforestation, le changement climatique et la perte de biodiversité sur la santé humaine (5).

Le secteur de la santé occupe, aujourd'hui, une position centrale face aux défis environnementaux (6). En effet, les conséquences du changement climatique entraînent une augmentation des besoins de santé liés notamment aux maladies non transmissibles (maladies respiratoires et cardiovasculaires) ainsi qu'aux événements climatiques extrêmes (3). Toutefois, un paradoxe majeur apparaît : bien que celui-ci ait pour mission de protéger et d'améliorer la santé humaine, le système de santé contribue également à la dégradation environnementale (6). Cette contribution s'explique notamment par la forte consommation énergétique des infrastructures hospitalières, mais aussi par l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement du système de santé (7,8). Celle-ci comprend la production, l'achat, l'utilisation et l'élimination des dispositifs médicaux, des médicaments ainsi que des nombreuses ressources indispensables au fonctionnement des soins (7,8). Les données récentes soulignent que les émissions du secteur proviennent majoritairement des activités indirectes liées aux achats, aux produits de santé, au transport et à la logistique, davantage que de la seule gestion des déchets hospitaliers (9,10). Les établissements hospitaliers figurent parmi les infrastructures les plus énergivores en raison du fonctionnement continu des équipements médicaux, des besoins en chauffage, ventilation et climatisation ainsi que des exigences élevées en matière d'hygiène et de sécurité sanitaire (7). Selon Health Care Without Harm (2019), le secteur de la santé représenterait environ 4,4 % des émissions mondiales de GES. À titre de comparaison, si le secteur de la santé constituait un pays, il serait le cinquième plus grand émetteur mondial de GES (8).

En Belgique, les travaux récents du SPF Santé publique réalisés dans le cadre de l'initiative «Opération Zéro» soulignent également l'importance de l'empreinte environnementale du secteur des soins de santé et la nécessité d'accélérer sa décarbonation (9). Les travaux du Shift Project estiment, par ailleurs, que le secteur de la santé représente près de 8 % de l'empreinte carbone nationale en France, principalement en lien avec les médicaments, les dispositifs médicaux, les transports et la consommation énergétique des établissements de soins (10). Ainsi, le système de santé se trouve confronté à une double responsabilité : prendre en charge les conséquences sanitaires de la crise environnementale tout en réduisant son propre impact

écologique. Cette situation met en évidence la nécessité de développer des systèmes de santé plus durables et d'intégrer des pratiques écoresponsables au sein des institutions de soins (6,11). Les établissements hospitaliers sont, dès lors, encouragés à devenir des acteurs de la transition écologique, notamment à travers l'optimisation de la gestion des ressources, de la réduction des déchets ou encore de l'intégration de leader en développement durable (8,11).

Au niveau international, plusieurs initiatives ont été développées afin de favoriser l'intégration de pratiques durables dans les systèmes de santé, notamment les programmes de Health Care Without Harm, le Green NHS au Royaume-Uni ou encore le Global Green and Healthy Hospitals Network. Ces initiatives visent à réduire l'impact environnemental des établissements de soins à travers des actions portant sur la gestion des déchets, l'énergie, les achats responsables ou encore les pratiques cliniques durables (7,11). Malgré les résultats encourageants, leur généralisation demeure limitée par des contraintes organisationnelles, financières et culturelles (12,13).

La littérature scientifique met en évidence plusieurs facteurs influençant la mise en place et le maintien de pratiques durables en milieu hospitalier (13). Parmi les principaux obstacles identifiés figurent la charge de travail, le manque de soutien institutionnel, les contraintes budgétaires, le manque de formation ainsi que les difficultés d'intégration des pratiques écologiques dans les soins quotidiens (12,13,14). À l'inverse, le leadership, l'implication des équipes, la culture organisationnelle et le soutien stratégique des institutions apparaissent comme des leviers importants favorisant la transition écologique (13,15). Au-delà de l'identification de freins et de leviers déjà décrits dans la littérature, l'approche de ce travail cherche à développer une compréhension plus fine des mécanismes, des perceptions et des dynamiques influençant l'adhésion à ces démarches par les professionnels de santé dans leur contexte de travail. Elle permettra également de mieux comprendre comment ces transformations sont vécues et intégrées au quotidien au sein des équipes hospitalières.

Afin d'accompagner l'analyse des démarches de transition écologique en milieu hospitalier, plusieurs outils et cadres théoriques ont été développés pour mieux comprendre les facteurs influençant leur mise en œuvre et leur maintien. Le Clinical Sustainability Assessment Tool (CSAT) permet notamment d'évaluer la capacité d'une organisation à pérenniser des interventions dans le temps, en particulier lorsque celles-ci sont déjà bien établies (16). Dans le cadre de cette recherche, l'intérêt porte, toutefois, davantage sur les dynamiques

d'adhésion, de déploiement et de maintien d'un projet encore en cours d'implémentation. C'est pourquoi cette étude s'appuie sur deux cadres théoriques complémentaires : le Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), qui explore les dimensions organisationnelles et contextuelles telles que le leadership, les ressources ou le climat organisationnel, et le Theoretical Domains Framework (TDF), centré sur les facteurs comportementaux influençant l'engagement des professionnels, comme les croyances, les compétences ou les influences sociales (17,18,19). Cette articulation apparaît particulièrement pertinente dans le cadre de la transition écologique hospitalière où la réussite des initiatives repose à la fois sur la capacité des organisations à soutenir le changement et sur l'adhésion des équipes de terrain. Des études suggèrent également que des facteurs tels que le soutien organisationnel, les ressources disponibles, le leadership et le climat organisationnel influencent la mise en œuvre et la pérennisation des démarches de changement en milieu hospitalier (12,20).

La transition écologique en milieu hospitalier constitue une transformation complexe impliquant des dimensions organisationnelles, professionnelles et culturelles susceptibles d'influencer les pratiques de soins, les dynamiques d'équipe ainsi que le vécu des professionnels de santé (13,15,20). Par conséquent, comprendre comment les acteurs perçoivent, s'approprient et maintiennent ces stratégies dans le temps demeure primordial afin de mieux saisir les conditions favorisant leur intégration durable au sein des institutions hospitalières (15). Dans cette perspective, l'étude d'un projet de labellisation en durabilité développé au sein du groupe santé CHC constitue un terrain pertinent pour analyser ces dynamiques. Bien que cette initiative ait pour objectif d'être progressivement étendue à l'ensemble des unités hospitalières, les dynamiques d'engagement des services restent variables : certaines unités se sont engagées dans la démarche, d'autres sont encore en cours d'implémentation, tandis que certaines ne se sont pas portées volontaires ou ont interrompu le processus en cours de route. Il semble dès lors pertinent de s'intéresser à comment les facteurs comportementaux et organisationnels influencent la mise en œuvre et la dynamique de maintien des stratégies de transition écologique au sein des services hospitaliers. Cette étude pourrait également contribuer à une meilleure compréhension des conditions favorisant l'adoption de pratiques écoresponsables dans d'autres institutions de soins confrontées à des enjeux similaires.

1.1 La question de recherche

« Comment les facteurs comportementaux et organisationnels influencent-ils la mise en œuvre et la dynamique de maintien des stratégies de transition écologique dans les unités hospitalières du groupe santé CHC ? »

L'objectif principal de cette étude vise à mieux comprendre les facteurs comportementaux et organisationnels influençant la mise en œuvre et la dynamique de maintien des stratégies de transition écologique au sein des unités hospitalières, à partir des perceptions et des expériences des professionnels hospitaliers, afin de mettre en évidence les obstacles et les éléments facilitant leur déploiement et leur pérennisation. Ceci va permettre d'atteindre les objectifs secondaires suivants :

- Documenter les stratégies organisationnelles et comportementales mises en place par les équipes hospitalières pour dépasser les freins et mobiliser les leviers favorisant la mise en œuvre de la transition écologique.
- Comprendre les raisons pour lesquelles certaines unités ne se sont pas engagées dans la démarche de labellisation en développement durable ou ont arrêté leur participation en cours de mise en œuvre.
- Proposer des pistes de recommandations concrètes et réalistes pour faciliter l'implémentation.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 Type d'étude

Cette étude s'appuie sur une approche qualitative à visée compréhensive, inscrite dans une perspective phénoménologique. Cette méthodologie semble pertinente puisqu'elle permet de mieux comprendre la manière dont les professionnels de santé perçoivent, vivent et adhèrent à ces démarches dans leur contexte de travail (21). Elle vise également à explorer les dynamiques d'engagement ainsi que les mécanismes influençant la mise en œuvre et le maintien des stratégies de transition écologique au sein des unités hospitalières.

L'étude a été réalisée au sein de différentes unités hospitalières issues de plusieurs hôpitaux du Groupe santé CHC afin de mieux comprendre, à partir des acteurs de terrain, les éléments qui influencent l'adhésion, la mise en œuvre et le maintien des démarches de transition écologique au sein des unités.

2.2 Population étudiée

La population cible de cette étude comprend des professionnels de santé et personnels associés travaillant dans des unités des hôpitaux du groupe santé CHC. Ces unités présentent différents niveaux d'engagement dans la démarche de transition écologique et de labellisation en durabilité : unités engagées, déjà labellisées, ayant interrompu le processus ou ne s'étant pas engagées dans la démarche. Cet échantillon a été choisi à travers des critères mentionnés plus bas dans les critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
• Travailler dans une unité hospitalière du groupe santé CHC concernée directement ou indirectement par la démarche de labellisation en durabilité. • Travailler au moins à mi-temps afin d'être suffisamment impliqué dans le fonctionnement et les dynamiques de l'unité.	• Maîtrise insuffisante de la langue française.

• Être impliqué dans le projet de labellisation depuis sa mise en place ou, au minimum, durant sa phase d'implémentation pour les unités engagées dans la démarche.	
---	--

FIGURE 1: CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

2.3 Méthode d'échantillonnage

Un échantillonnage raisonné a été réalisé afin de diversifier les profils et les contextes organisationnels étudiés. Cette diversification repose sur plusieurs critères : le niveau d'engagement des unités dans le processus de labellisation, le type d'unité concernée ainsi que la fonction occupée par les participants. Cette démarche vise à recueillir des points de vue complémentaires selon la fonction occupée, le niveau de responsabilité et l'implication dans les actions de durabilité.

Les milieux de cette étude ont été sélectionnés parmi les institutions faisant partie du groupe santé CHC.

La taille de l'échantillon n'était pas prédéfinie, étant donné que ce travail était guidé par le principe de saturation des données, considérée comme atteinte lorsqu'aucune nouvelle information pertinente n'est recueillie (22).

2.4 Paramètres étudiés et outils de collecte de données

2.4.1 PHASE D'OBSERVATION DU CONTEXTE

Une phase d'observation non-participante a été réalisée dans les unités hospitalières avant les entretiens afin de mieux comprendre le contexte de mise en œuvre des démarches de transition écologique. Des visites d'unités ont été effectuées avec la référente développement durable de la cellule d'amélioration continue, puis des observations directes ont été menées dans les unités participantes. Celles-ci portaient sur l'organisation des espaces, la gestion du matériel, les pratiques liées aux déchets ainsi que certaines adaptations mises en place dans le cadre des démarches de durabilité. Cette phase exploratoire visait à contextualiser les entretiens et à enrichir le questionnaire par l'émergence de nouvelles pistes de discussion.

2.4.2 ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

La collecte des données a été réalisée au moyen d'entretiens individuels semi-directifs et anonymes. Ces entretiens ont été menés entre janvier et mars 2026, en présentiel, au sein des unités participantes dans un environnement visant à garantir la confidentialité des échanges. Avec l'accord des participants, ils ont été enregistrés à l'aide d'un dispositif audio afin de permettre une retranscription fidèle et une analyse approfondie. La collecte des données a été réalisée jusqu'à saturation des données. La saturation des données est atteinte quand aucune nouvelle information pertinente n'est recueillie (22).

La durée des entretiens variait entre 25 minutes et une heure en fonction de la richesse des échanges et de la disponibilité des participants. Par ailleurs, des interruptions ponctuelles sont survenues en raison du contexte hospitalier, notamment liées à des sollicitations de collègues ou à la prise en charge de patients.

Les entretiens avaient pour objectif d'explorer les perceptions, les expériences et le vécu des professionnels concernant la mise en œuvre des démarches de durabilité au sein de leur unité. Les guides d'entretien (annexe n°1) ont été élaborés à partir de deux cadres théoriques complémentaires : le TDF et le CFIR. Le TDF a été mobilisé afin d'explorer les dimensions comportementales, telles que les connaissances, les croyances, les motivations, les intentions, les compétences, l'identité professionnelle ainsi que les influences sociales. Le CFIR a, quant à lui, permis d'analyser les dimensions organisationnelles et contextuelles, notamment les ressources disponibles, le climat de mise en œuvre, le rôle du leadership ainsi que les processus d'implémentation.

Dans un premier temps, les participants étaient invités à décrire leur parcours professionnel ainsi que le fonctionnement de leur unité, ce qui permettait de favoriser un discours spontané et d'amener progressivement les participants à aborder leur expérience avant d'explorer plus spécifiquement les facteurs influençant la mise en œuvre des démarches de durabilité (23). Les échanges portaient, ensuite, sur la mise en place concrète des démarches de durabilité, les adaptations des pratiques professionnelles ainsi que sur les leviers et les obstacles rencontrés. Cette structure permettait de laisser les participants s'exprimer librement sur leur expérience, sans orienter leurs réponses vers des catégories théoriques prédéfinies. Des questions de relance ont été utilisées afin d'approfondir certains éléments évoqués. Le guide d'entretien a été légèrement adapté en fonction du niveau d'engagement des unités dans la démarche de labellisation (unités labellisées, en cours de labellisation, ayant interrompu le

processus ou non engagées), tout en conservant une structure commune afin de favoriser la comparabilité des données.

Enfin, des données sociodémographiques ont été recueillies, telles que la fonction, l'ancienneté et le niveau d'implication dans la démarche afin de contextualiser les discours recueillis.

2.5 Organisation et planification de la collecte des données

2.5.1 PRÉ-TEST DU GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien a été préalablement testé avant la réalisation des entretiens. Ce pré-test a été réalisé auprès de professionnels de santé, dont certains issus du groupe santé CHC et d'autres extérieurs à celui-ci. Certains participants avaient connaissance des démarches de durabilité, tandis que d'autres n'y étaient pas ou peu exposés. Les données issues du pré-test n'ont pas été intégrées à l'analyse.

Cette diversité de profils a permis de vérifier la compréhension des questions, leur clarté ainsi que leur pertinence, quel que soit le niveau de familiarité avec le projet.

À la suite de ce pré-test, certaines formulations ont été ajustées afin d'améliorer la fluidité des échanges et d'éviter toute ambiguïté.

Par ailleurs, les guides d'entretien (annexe n°1) ont continué à être affinés de manière progressive au cours de la collecte des données, dans une logique itérative, tout en conservant une structure globale commune.

2.5.2 RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

Le recrutement des participants a commencé par une prise de contact orale lors des visites de terrain afin de présenter brièvement le sujet du mémoire ainsi que les objectifs de l'étude. Par la suite, la référente développement durable de la cellule d'amélioration continue a pris contact par mail avec plusieurs chefs d'unités afin de connaître l'intérêt des professionnels pour une participation aux entretiens. Le chercheur a été mis en copie des mails afin de faciliter les échanges avec les chefs d'unités. À la suite de ces échanges, des mails complémentaires ont été envoyés par le chercheur afin de réexpliquer le déroulement des

entretiens. En l'absence de réponse, des mails de relance ont été envoyés. A partir de ce moment, certaines prises de contact par téléphone ont été réalisées afin de vérifier la bonne réception des mails. Certaines personnes n'ont pas répondu aux appels, mais d'autres bien, ce qui a permis de faciliter les échanges.

En revanche, les unités ne s'étant pas lancées dans le processus de labellisation ont été contactées directement par téléphone afin de connaître leur intérêt pour l'étude. A la suite de ces entretiens téléphoniques, des dates de rencontre ont été planifiées avec les interlocuteurs.

2.6 Traitement des données et méthode d'analyse

Les entretiens ont été retranscrits de manière intégrale et littérale à l'aide du logiciel Microsoft Word, afin de garantir la fidélité des propos recueillis. L'analyse des données a ensuite été réalisée manuellement, selon une approche thématique.

Dans un premier temps, une lecture approfondie des retranscriptions a été réalisée afin de se familiariser avec les données. Chaque entretien a ensuite fait l'objet d'un codage individuel permettant d'identifier, de manière inductive, les éléments récurrents, les perceptions, les expériences ainsi que les difficultés évoquées par les participants en lien avec la labellisation.

Dans un second temps, une analyse transversale des entretiens a été menée afin de regrouper les codes similaires, d'identifier les convergences et les divergences entre les participants et de faire émerger des thèmes récurrents. Ces différents thèmes ont ensuite été mis en lien afin de dégager des axes d'analyse plus transversaux et développer une compréhension plus globale des mécanismes d'engagement, d'appropriation et de maintien des démarches de durabilité au sein des unités hospitalières. Cette étape a permis de dépasser une lecture uniquement descriptive des données, pour proposer une compréhension plus globale des mécanismes d'engagement des professionnels dans la démarche de durabilité (24).

Cette première phase d'analyse a été réalisée de manière inductive, sans mobiliser directement les cadres théoriques, afin de laisser émerger les éléments à partir des données. Dans un second temps, les résultats ont été confrontés avec les cadres théoriques du TDF et du CFIR, permettant d'interpréter les résultats à la fois sous l'angle des déterminants

individuels (18) et des dimensions organisationnelles et contextuelles (17) influençant la mise en œuvre des démarches de transition écologique.

L'analyse s'est également appuyée sur une triangulation des données issues des entretiens, des observations de terrain ainsi que des échanges analytiques réalisés avec les promoteurs de mémoire. Ces allers-retours ont permis d'aller au-delà d'une lecture uniquement descriptive des données afin de proposer une compréhension plus interprétative des dynamiques observées.

Concernant l'écriture de ce mémoire, un outil d'aide à la rédaction basé sur l'intelligence artificielle a été utilisé ponctuellement pour des reformulations stylistiques et une vérification linguistique.

2.7 Démarches légales et contractuelles

2.7.1 COMITÉ D'ÉTHIQUE

Une demande d'avis éthique relative à la réalisation de cette étude a été introduite auprès du Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège. Ce comité n'a émis aucune objection éthique à la réalisation de l'étude et à sa publication. L'avis a été rendu le 18 novembre 2025 sous la référence de 2025/616. (annexe n°2)

Le comité a par ailleurs précisé que l'étude ne relevait pas du cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, tout en recommandant de veiller au respect des dispositions en matière de protection des données.

2.7.2 CONVENTION DE COLLABORATION

Une convention de collaboration entre les différentes parties prenantes a été signée dans le cadre de ce mémoire.

2.7.3 CONSENTEMENT ET PROTECTION DES DONNÉES

Préalablement à la réalisation des entretiens, une information a été systématiquement fournie aux participants au sein de chaque unité. Celle-ci visait à présenter le sujet de l'étude, ses objectifs ainsi que son déroulement. Ces éléments ont également été communiqués en

amont lors des prises de contact avec les chefs d'unités et les équipes, afin d'assurer une compréhension claire de la démarche et de ses finalités.

Lors de cette étape, les modalités de participation ont été précisées, notamment en ce qui concerne le caractère volontaire de l'implication, la confidentialité des échanges et l'anonymisation des données. Un formulaire de consentement éclairé, élaboré sur la base du modèle proposé par l'Université de Liège (annexe n°3), a été présenté et commenté avant chaque entretien, puis signé par les participants avant leur participation.

Afin de garantir la confidentialité des participants, aucune donnée nominative (nom ou prénom) n'a été collectée. Les entretiens ont été anonymisés à l'aide d'un système de codage. Les données sociodémographiques recueillies (âge, sexe, ancienneté, fonction) ont été consignées sur une fiche distincte des enregistrements audio, afin de limiter les possibilités d'identification directe.

Bien que certaines caractéristiques des unités soient mentionnées dans ce travail afin de contextualiser les résultats, une attention particulière a été portée à la présentation des données et des citations, de manière à préserver la confidentialité des participants. Toutefois, en raison du caractère spécifique de certaines unités, un risque d'identification indirecte ne peut être totalement exclu.

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits de manière anonymisée. Les fichiers audio ont été conservés de manière sécurisée et accessible uniquement au chercheur pour la durée nécessaire à la réalisation et à la validation du mémoire. Ils seront supprimés à l'issue de celui-ci. L'ensemble des données a été conservé de manière sécurisée et uniquement pour la durée strictement nécessaire à la réalisation du mémoire.

3. RÉSULTAT

3.1 Présentation de l'échantillon

L'échantillon comprend 17 professionnels issus de différentes unités du groupe santé CHC présentant des niveaux d'engagement variés dans la démarche de labellisation en durabilité (unités labellisées, en cours de labellisation, ayant interrompu le processus ou non engagées). Les participants occupent différentes fonctions, incluant des chefs d'unité, infirmiers,

techniciens de laboratoire et référents impliqués dans la démarche de durabilité. Le choix de ces profils vise à recueillir des points de vue complémentaires selon la fonction occupée, le niveau de responsabilité et l'implication dans les actions de durabilité.

Au total, 13 entretiens ont été réalisés, dont deux entretiens en binôme à la demande des participants, afin de favoriser leur aisance lors de l'échange.

Initialement, l'étude prévoyait également d'inclure du personnel logistique et des aides-soignantes impliqués dans certaines actions de durabilité. Toutefois, ces professionnels n'ont pas pu être recrutés en raison d'un manque de volontaires. Des médecins avaient également été envisagés dans l'échantillon en raison de leur implication potentielle dans certaines pratiques et décisions liées à la transition écologique en milieu hospitalier. Aucun médecin n'a cependant pu être recruté en raison, une fois de plus, d'un manque de volontaires et de contraintes organisationnelles liées aux disponibilités respectives des participants et du chercheur.

Sujet	Fonction	Sexe	Age	Ancienneté	Unité	Statut de la labellisation
1	Infirmière référente en développement durable	Femme	58 ans	20 ans	A	Unité labellisée
2	Infirmière	Femme	43 ans	4 ans	A	Unité labellisée
3	Chef infirmier	Homme	42 ans	10 ans	B	Unité pas lancée dans la labellisation
4	Infirmière	Femme	60 ans	32 ans	C	Unité labellisée
5	Infirmière	Femme	29 ans	3 ans	C	Unité labellisée
6	Chef infirmière	Femme	38 ans	10 ans	C	Unité labellisée
7	Chef infirmière adjointe	Femme	61 ans	32 ans	C	Unité labellisée
8	Infirmière	Femme	58 ans	32 ans	D	Unité en cours de labellisation
9	Infirmière	Femme	40 ans	14 ans	D	Unité en cours de labellisation
10	Infirmière référente en développement durable	Femme	39 ans	1,5 an	D	Unité en cours de labellisation
11	Infirmière	Femme	32 ans	4 ans	D	Unité en cours de labellisation
12	Chef de laboratoire	Femme	40 ans	5 ans	E	Unité en cours de labellisation
13	Laborantine référente en développement durable	Femme	54 ans	20 ans	E	Unité en cours de labellisation
14	Infirmière référente en développement durable	Femme	31 ans	4 ans	F	Unité lancé puis arrêté au cours du lancement de labellisation
15	Infirmière référente en développement durable	Femme	28 ans	3 ans	F	Unité lancé puis arrêté au cours du lancement de labellisation
16	Chef infirmière	Femme	55 ans	13 ans	G	Unité pas lancée dans la labellisation
17	Laborantine	Femme	28 ans	2 ans et demi	H	Unité en cours de labellisation

FIGURE 2: TABLEAU DE L'ÉCHANTILLON

Moyenne d'années d'ancienneté : 12 ans

Moyenne d'âge : 43 ans

3.2 Présentation de l'arbre thématique

Les perspectives d'analyse suivantes ont été construites à partir de la classification et de la catégorisation des éléments issus des entretiens afin de répondre aux objectifs de la recherche :

- Comprendre les facteurs comportementaux et organisationnels influençant la mise en œuvre et la dynamique de maintien des stratégies de transition écologique au sein des unités hospitalières, à partir des perceptions et des expériences des professionnels hospitaliers, afin de mettre en évidence les obstacles et les éléments facilitant leur déploiement et leur pérennisation
- Documenter les stratégies organisationnelles et comportementales mises en place par les équipes hospitalières ;
- Comprendre les raisons pour lesquelles certaines unités ne se sont pas engagées dans la démarche de labellisation en développement durable ou encore pourquoi elles se sont arrêtées en cours de processus ;
- Proposer des pistes de recommandations concrètes facilitant l'implémentation.

Les résultats sont organisés autour de plusieurs axes thématiques permettant de comprendre les mécanismes d'engagement des professionnels dans le projet de développement durable. L'analyse met en évidence l'articulation entre des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles influençant l'appropriation, la mise en œuvre et la pérennisation des pratiques durables au sein des unités.

La labellisation c'est...

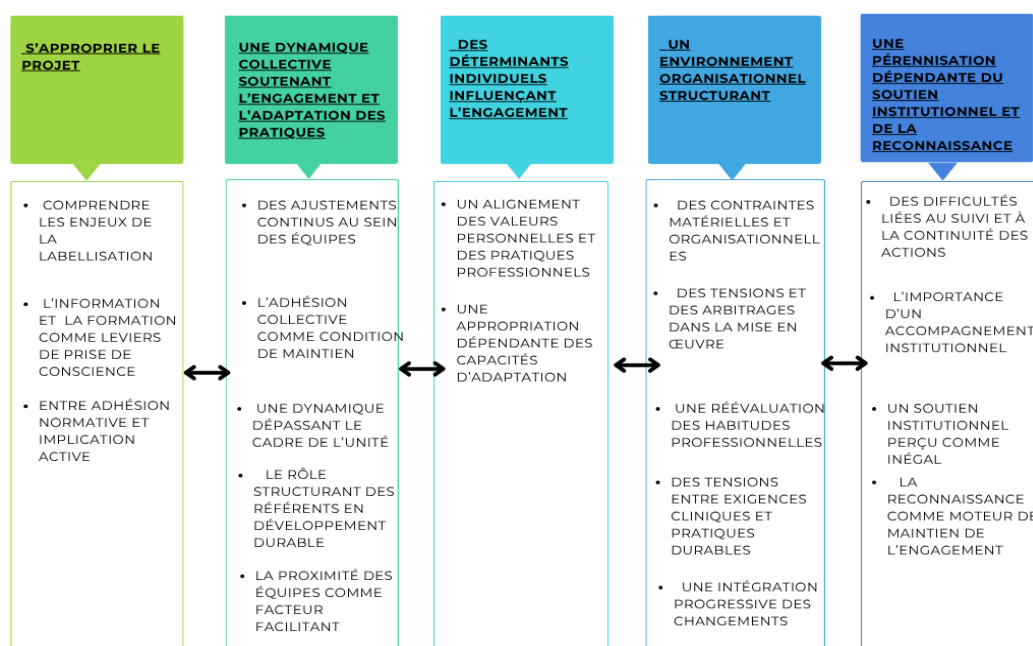


FIGURE 3: ARBRE THÉMATIQUE

3.3 Analyse thématique

3.3.1 S'APPROPRIER LE PROJET

Les données récoltées montrent que les professionnels ne s'engagent pas tous de la même manière dans le projet de développement durable. La compréhension des enjeux, l'accès à l'information ainsi que l'implication dans les décisions semblent influencer la manière dont les professionnels intègrent les pratiques durables dans leur travail quotidien.

COMPRENDRE LES ENJEUX DE LA LABELLISATION

Alors que certains professionnels appliquent principalement les consignes sans réelle implication dans le projet, d'autres semblent davantage s'approprier les actions lorsqu'ils comprennent leur sens et qu'ils sont impliqués dans leur mise en place.

Plusieurs professionnels expriment des difficultés liées à un manque d'informations claires ou à une compréhension insuffisante des gestes à adopter, ce qui peut conduire à des comportements d'évitement ou à un retour aux pratiques habituelles.

« Ça se met bien, je trouve, c'est fluide. Des fois, moi, je dois réfléchir où il faut mettre quelque chose, donc quand je ne sais pas, je mets vite dans la poubelle tout-venant parce

qu'on n'a pas le temps... » (Sujet 3). Ce discours illustre que, face à l'incertitude et au manque de repères, les professionnels privilégient des choix rapides, même s'ils ne sont pas conformes aux pratiques attendues. Le manque de connaissance paraît ainsi agir comme un frein à l'application effective des consignes, révélant une difficulté à transformer les intentions en pratiques lorsque les repères ne sont pas clairement établis.

L'INFORMATION ET LA FORMATION COMME LEVIERS DE PRISE DE CONSCIENCE

Par ailleurs, les données montrent que l'accès à l'information et à la formation constitue un levier important dans l'évolution des pratiques.

« Moi, j'ai vraiment pris conscience de certaines choses lors de la formation de vendredi. Par exemple, le fait que des recherches sur internet produisent du CO₂, je n'y avais jamais pensé... Quand ils ont expliqué ça, ça m'a choquée. Le fait que supprimer trente mails permet d'économiser l'équivalent d'une ampoule allumée pendant vingt-quatre heures, je ne le savais pas... Je ne m'en rendais pas compte avant... » (Sujet 15). Cet extrait met en évidence que la compréhension des enjeux ne va pas de soi, mais qu'elle peut être renforcée par des apports explicites. La prise de conscience apparaît ici comme un élément déclencheur pouvant favoriser l'engagement des professionnels, en permettant de donner du sens aux actions mises en place.

ENTRE ADHÉSION NORMATIVE ET IMPLICATION ACTIVE

Cependant, les résultats montrent également que l'engagement des professionnels repose fréquemment sur une logique normative de type top-down, dans laquelle les pratiques sont principalement transmises sous forme de consignes à appliquer, sans réelle participation aux décisions.

« Personnellement, je n'en discute pas. Ce n'est pas trop un sujet de discussion spontanée. On explique quand il faut expliquer, et elles suivent. » (Sujet 14). Ce discours met en évidence une adhésion fondée sur le suivi des consignes, où les pratiques sont appliquées sans faire l'objet d'une appropriation ou d'une réflexion collective. L'engagement apparaît ici davantage guidé par une logique normative que par une implication active des professionnels.

« Je n'ai pas trop suivi comment le projet s'est mis en place parce que moi je suis plutôt exécutante donc on a chacun notre rôle. Donc comment ça a été mis en place ça je ne saurais pas te dire ... » (Sujet 2). Cet extrait illustre une posture d'exécution assumée, dans laquelle

le professionnel se positionne comme acteur secondaire du projet. Cette répartition implicite des rôles peut limiter l'implication individuelle et renforcer une forme de dépendance vis-à-vis des acteurs moteurs du projet.

À l'inverse, certaines données mettent en évidence une logique participative de type bottom-up, dans laquelle les professionnels sont impliqués dans les processus décisionnels et l'adaptation des actions. Cette implication semble favoriser une appropriation plus active et durable des pratiques.

« ... Quand on explique le but, où on veut aller, l'importance de leur rôle, ça change tout. Si on dit juste : "vous n'avez pas le choix, c'est comme ça", ça ne marche pas. Elles le feront peut-être, mais elles ne seront pas investies. Par contre, si on les implique, si on leur demande leur avis, si on adapte avec elles, elles tiennent mieux le projet dans le temps ... » (Sujet 3). Ce participant évoque l'importance d'expliquer les objectifs poursuivis et d'impliquer les équipes dans les décisions liées au projet.

« Tu vois c'est un travail vraiment d'équipe. Les verres on dit ben oui mais il faut tout le temps se baisser pour aller dans les verres. On l'a mis sur un chariot à roulettes à hauteur. Voilà... On réfléchit toujours ensemble à qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer. » (Sujet 9). Cet extrait met en évidence l'importance du travail d'équipe. De fait, il semble important que la réflexion soit collective afin de discuter des différentes difficultés rencontrées et adaptées les actions pour l'ensemble de l'équipe. Cette co-construction semble faciliter les adaptations des nouvelles pratiques.

Les résultats montrent ainsi que l'appropriation du projet peut dépendre à la fois de la compréhension des enjeux et des modalités d'engagement proposées aux professionnels. Lorsque les pratiques sont principalement transmises sous forme de consignes, sans réelle compréhension ni participation aux décisions, l'engagement repose davantage sur une logique normative et d'exécution. À l'inverse, lorsque les professionnels comprennent le sens des actions et sont impliqués dans les réflexions et les adaptations du projet, les pratiques semblent faire l'objet d'une appropriation plus active et plus durable.

3.3.2 UNE DYNAMIQUE COLLECTIVE SOUTENANT L'ENGAGEMENT ET L'ADAPTATION DES PRATIQUES

Les données mettent en évidence que la mise en œuvre des pratiques durables repose fortement sur des dynamiques collectives, apparaissant comme des éléments centraux dans l'intégration et le maintien des actions au sein des services. Les pratiques ne sont pas uniquement appliquées individuellement, mais font l'objet d'ajustements, de réflexions et d'un accompagnement collectif permettant leur adaptation aux réalités du terrain. Les échanges entre professionnels, l'implication des équipes, le rôle des référents ainsi que certaines configurations organisationnelles semblent ainsi soutenir l'engagement des professionnels dans le projet.

DES AJUSTEMENTS CONTINUS AU SEIN DES ÉQUIPES

Les données montrent que les pratiques durables font l'objet d'ajustements continus au sein des équipes afin de les rendre compatibles avec les réalités du terrain.

« Tu vois c'est un travail vraiment d'équipe... On réfléchit toujours ensemble à qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer. » (Sujet 9). Ce discours illustre la manière dont la dynamique collective permet de faire le lien entre les objectifs du projet et les réalités du terrain. Les ajustements réalisés en équipe semblent faciliter l'adaptation des pratiques aux contraintes rencontrées dans le fonctionnement quotidien du service.

L'ADHÉSION COLLECTIVE COMME CONDITION DE MAINTIEN

Par ailleurs, l'adhésion collective apparaît comme une condition essentielle à la pérennité du projet.

« Il faut que tout le monde soit d'accord. Il faut que ce soit un commun accord, sinon ça ne sert à rien. »(Sujet 9). Ce discours souligne que l'absence de consensus peut freiner l'intégration des pratiques, en limitant leur adoption par l'ensemble de l'équipe.

UNE DYNAMIQUE DÉPASSANT LE CADRE DE L'UNITÉ

La dynamique collective ne semble toutefois pas se limiter au fonctionnement interne d'une seule équipe, mais implique également des collaborations plus larges avec d'autres professionnels et services de l'institution.

« Il faut pas hésiter à interpeller des personnes externes au service, la cuisine, la salle d'op. Et que en fait ça va faire bouger les choses, et les gens sont pas si contraires que ça en fait... » (Sujet 10). Ce discours souligne que la dynamique collective dépasse le cadre d'une

seule équipe et peut s'étendre à d'autres unités. Les échanges avec d'autres services apparaissent comme une ressource dans la mise en œuvre du projet, selon ce discours.

LE RÔLE STRUCTURANT DES RÉFÉRENTS EN DÉVELOPPEMENT DURABLE

En outre, les référents en développement durable occupent un rôle structurant dans cette dynamique collective, apparaissant comme des acteurs centraux dans l'impulsion, l'accompagnement et l'adaptation des pratiques. Ils ne se limitent pas à un rôle d'information, mais soutiennent activement les équipes dans l'intégration des nouvelles actions.

« ... Notre « C » nous a bien formé, nous a bien stimulé pour qu'on le fasse au début, c'est vrai qu'on était un peu réticent... Mais voilà, elle a tellement mis l'énergie et tout ça que quand on lui disait quelque chose ça, ça va pas, elle arrivait à le résoudre. Et elle arrivait à trouver une solution donc ça s'est fait comme ça. Je pense que elle nous a bien motivé. » (Sujet 4). Cet extrait met en évidence que les référents jouent un rôle à la fois moteur et facilitateur. Leur capacité à mobiliser les équipes, à répondre aux difficultés rencontrées et à proposer des solutions concrètes semble favoriser la levée des résistances initiales et de soutenir l'engagement des professionnels dans la durée.

LA PROXIMITÉ DES ÉQUIPES COMME FACTEUR FACILITANT

Par ailleurs, certains professionnels soulignent que la proximité au sein des équipes peut également favoriser l'implication dans le projet.

« On est une petite équipe, c'est plus familial. On a plus envie de se donner pour son hôpital. La distance entre l'hôpital et le monde réel est plus courte que dans une grande structure. » (Sujet 5). Cet extrait met en évidence que certaines configurations organisationnelles, telles que la taille réduite des équipes ou la proximité entre les professionnels, semblent renforcer la cohésion et favoriser l'engagement dans le projet. Le sentiment de proximité avec l'institution apparaît ici comme un élément facilitant l'implication collective des professionnels.

Ainsi, la dynamique collective apparaît comme un élément central dans l'articulation des différents niveaux d'engagement. Les données suggèrent notamment que certaines configurations organisationnelles, comme la proximité entre les professionnels au sein de petites équipes, peuvent favoriser la cohésion, l'implication collective et l'appropriation des pratiques. Les échanges entre professionnels, les ajustements collectifs et le rôle des référents

permettent alors de traduire les objectifs institutionnels en actions concrètement applicables sur le terrain.

3.3.3 DES DÉTERMINANTS INDIVIDUELS INFLUENÇANT L'ENGAGEMENT

Les données suggèrent que l'engagement des professionnels dans le projet de développement durable est influencé par plusieurs facteurs individuels, notamment les valeurs personnelles, les capacités d'adaptation ainsi que l'expérience professionnelle. Ces éléments semblent conditionner la manière dont les professionnels s'approprient les nouvelles pratiques et les intègrent dans leur quotidien de travail.

UN ALIGNEMENT DES VALEURS PERSONNELLES ET DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Les données montrent que l'intégration des pratiques semble plus naturelle lorsque les professionnels se reconnaissent personnellement dans les valeurs portées par le projet.

« ... J'ai l'impression de travailler plus avec mes valeurs, du fait que j'essaie de faire attention chez moi. Et donc travailler ici et tout jeter dans la même poubelle, le fait qu'on fasse le tri et tout. En tout cas moi je me sens mieux dans ce genre d'institution quoi... » (Sujet 10). Ce discours illustre que la cohérence entre les pratiques personnelles et professionnelles favorise une appropriation plus spontanée des actions. Les professionnels ne semblent pas percevoir ces changements comme une contrainte supplémentaire, mais comme une continuité de leurs comportements quotidiens, ce qui paraît également renforcer leur sentiment de bien-être et d'appartenance à l'institution.

« Ça ne change rien de spécial dans mon quotidien, dans ma vie. Donc je pense le faire au quotidien... Si on fait un pansement, on ne doit pas prendre dix pansements. Dix compresses. On doit faire attention à nos déchets... J'étais déjà comme ça. » (Sujet 2). Ce verbatim illustre que certaines pratiques sont déjà intégrées dans le quotidien des professionnels, ce qui réduit l'effort d'adaptation nécessaire dans le contexte professionnel. L'intégration des actions apparaît dès lors comme immédiate et peu coûteuse en termes d'investissement personnel.

UNE APPROPRIATION DÉPENDANTE DES CAPACITÉS D'ADAPTATION

Par ailleurs, l'appropriation des pratiques durables apparaît hétérogène selon les entretiens, dépendant à la fois des capacités individuelles des professionnels et du contexte dans lequel

ils évoluent. L'intégration des nouvelles pratiques ne s'effectue pas de manière uniforme au sein des équipes, certains professionnels s'adaptant plus rapidement que d'autres en fonction de leur expérience, de leur aisance et de leurs habitudes de travail.

« *Moi non... J'ai pas vraiment de situation où j'ai dû m'adapter. Non.... Moi je suis vraiment plastique adaptable. Donc avec le domicile je fais tout pour moi il n'y a rien qui est compliqué quoi....* » (Sujet 9). Cet extrait met en évidence que certains professionnels disposent d'une capacité d'adaptation plus élevée, notamment lorsqu'ils ont été confrontés à des contextes de travail variés. Cette expérience semble favoriser une plus grande flexibilité dans l'intégration de nouvelles pratiques.

« *Quand j'ai recommencé j'ai pas fait trop de développement durable au début. J'ai d'abord essayé de me remettre en phase avec le boulot. Puis une fois que j'ai commencé à être un peu plus à l'aise en salle, alors là oui on a plus le temps de trier...* » (Sujet 5). Cet extrait souligne que la capacité d'intégrer de nouvelles pratiques dépend également du niveau d'aisance dans le service. Les professionnels semblent prioriser la maîtrise de leurs tâches quotidiennes avant d'investir de nouvelles actions, ce qui peut retarder l'intégration du projet.

Ces éléments suggèrent que les valeurs individuelles et les capacités d'adaptation relèvent d'une même logique de déterminants individuels de l'engagement. Ils influencent directement la manière dont les professionnels s'approprient les pratiques et expliquent les variations observées au sein des équipes.

3.3.4 UN ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL STRUCTURANT

DES CONTRAINTES MATÉRIELLES ET ORGANISATIONNELLES

Les comportements des professionnels sont fortement conditionnés par leur environnement de travail, qui peut soit faciliter, soit contraindre la mise en œuvre des pratiques durables. Malgré la volonté des équipes, certaines contraintes matérielles et organisationnelles limitent concrètement leur capacité à adapter leurs pratiques.

« *C'est pas une question de ne pas vouloir, on pas la place, on est un peu coincé...* » (Sujet 16)

« *Malheureusement, on ne sait pas pousser les murs.* » (Sujet 16)

Ces discours mettent en évidence que les contraintes structurelles, telles que le manque d'espace ou l'organisation des locaux, peuvent constituer un frein majeur à la mise en œuvre des actions. Les professionnels apparaissent ici dépendants de leur environnement, certaines adaptations ne pouvant être réalisées faute de conditions matérielles adéquates.

L'environnement apparaît ainsi principalement à travers des dimensions matérielles et organisationnelles, agissant comme un cadre structurant des pratiques. Ces éléments relèvent davantage de conditions concrètes d'exercice, parfois "architecturales", qui facilitent ou contraignent directement l'action.

DES TENSIONS ET DES ARBITRAGES DANS LA MISE EN ŒUVRE

Les données montrent que la mise en œuvre du projet entraîne une évolution des pratiques professionnelles, mais révèle également différentes contraintes liées aux réalités du terrain. Les professionnels sont amenés à réévaluer certaines habitudes, à arbitrer entre plusieurs priorités et à introduire les nouvelles pratiques de manière progressive afin d'éviter une surcharge de changements dans le fonctionnement quotidien des unités.

UNE RÉÉVALUATION DES HABITUDES PROFESSIONNELLES

Les entretiens montrent notamment que certaines pratiques auparavant intégrées dans le quotidien font désormais l'objet d'une réévaluation.

« On mettait un cathéter avec une perf qui coulait... en fait maintenant il n'y a plus de perf, il n'y a plus besoin. » (Sujet 10). Cet extrait illustre que certaines pratiques étaient maintenues sans réelle réflexion sur leur utilité. La mise en œuvre du projet paraît favoriser ici une réflexion permettant de faire évoluer les pratiques vers des actions plus adaptées.

« Avant, on la mettait... Pourquoi ? Je ne sais pas... Maintenant, on ne la met plus. » (Sujet 1). Ce discours met en évidence que certaines pratiques étaient intégrées de manière automatique, sans être réévaluées dans le contexte réel. Le projet semble ainsi favoriser une réévaluation des habitudes professionnelles.

DES TENSIONS ENTRE EXIGENCES CLINIQUES ET PRATIQUES DURABLES

Par ailleurs, les données mettent en évidence que la mise en œuvre du projet a généré une tension entre les exigences cliniques et la mise en œuvre des pratiques durables .

Malgré une volonté d'engagement de la part des professionnels, la réalité du terrain, marquée par des contraintes organisationnelles et une charge de travail élevée, limite leur capacité à intégrer pleinement les actions proposées.

« Vu que j'en ai entendu parler en n'étant pas au travail, je trouvais ça très bien. Quand j'ai recommencé à travailler je me suis dit que je comprenais mes collègues un peu plus réticentes parce que ça prend du temps, ça fait du bruit. Séparer plastique et papier, les poubelles prennent beaucoup de place dans la salle. On n'a pas les plus grandes salles d'opération ici... » (Sujet 5). Cet extrait illustre le décalage entre l'adhésion au projet et sa mise en œuvre concrète. Les contraintes liées au temps, à l'espace et à l'organisation du travail paraissent rendre certaines pratiques difficiles à appliquer, malgré une perception positive des enjeux.

« Moi j'ai toujours été dans le principe où on a toujours dit aux équipes que c'est toujours le patient d'abord. Donc si l'intervention est compliquée et si on se met en insécurité, on ne trie pas. Donc j'ai toujours dit ça aux équipes... » (Sujet 7). Les professionnels semblent hiérarchiser les priorités en fonction des situations rencontrées. Lorsque les contraintes cliniques deviennent trop importantes, les impératifs de sécurité et de qualité des soins semblent primer sur les objectifs environnementaux.

« La charge de travail... Mais quand la charge est trop importante, on va à la facilité. Quand on fait nos IV, il y a du plastique partout. Il faut séparer papier, plastique, et parfois, on n'a pas le temps. On jette tout et on continue, parce qu'on a plein de choses à faire en même temps. Et sur les chariots, on n'a pas tout ce qu'il faut pour trier. On a juste deux bacs, donc on ne va pas courir avec les déchets pour aller les mettre dans la bonne poubelle. On fait comme on peut avec le temps qu'on a... » (Sujet 15). Ce verbatim met en évidence que les arbitrages réalisés concernent également la gestion du temps et l'efficacité du travail. Sous pression, les professionnels pourraient privilégier des actions perçues comme plus rapides et compatibles avec les exigences immédiates du soin, même si cela implique de réduire l'application des pratiques durables.

Les résultats mettent ainsi en évidence différents arbitrages opérés par les professionnels entre les exigences cliniques, les contraintes organisationnelles et les objectifs de durabilité.

La mise en œuvre des pratiques durables apparaît conditionnée par leur compatibilité avec les réalités concrètes du travail quotidien.

UNE INTÉGRATION PROGRESSIVE DES CHANGEMENTS

Par ailleurs, la mise en œuvre concrète du projet semble avoir mis en évidence la nécessité d'introduire les changements de manière progressive afin de faciliter leur intégration dans les pratiques professionnelles.

« Commencer petit. Quand une chose est vraiment en place, elle roule. Et quand tu mets une deuxième chose trop vite, tu t'éparpilles. » (Sujet 1). L'introduction simultanée de plusieurs changements peut générer une dispersion des efforts et freiner l'intégration des pratiques. À l'inverse, une approche progressive permettrait de stabiliser chaque action avant d'en introduire de nouvelles.

Les résultats montrent ainsi que la mise en œuvre concrète du projet a eu pour effet d'amener les professionnels à réévaluer certaines habitudes de travail, mais également de révéler les tensions et les arbitrages nécessaires à l'intégration des pratiques durables dans les réalités du terrain. Les équipes sont conduites à adapter, prioriser ou introduire progressivement certaines actions afin de les rendre compatibles avec les exigences cliniques, les contraintes organisationnelles et le fonctionnement quotidien des services.

3.3.5 UNE PÉRENNISATION DÉPENDANTE DU SOUTIEN INSTITUTIONNEL ET DE LA RECONNAISSANCE

Les résultats mettent en évidence que le maintien des pratiques durables dans le temps dépend de plusieurs conditions institutionnelles et relationnelles. Le soutien apporté aux équipes, la continuité de l'accompagnement ainsi que la reconnaissance du travail réalisé semblent influencer l'engagement des professionnels et la pérennisation des actions mises en place.

DES DIFFICULTÉS LIÉES AU SUIVI ET À LA CONTINUITÉ DES ACTIONS

Les professionnels décrivent également des difficultés liées au suivi et à la continuité de certaines initiatives mises en place dans les services.

« ...Et puis, en fait, on n'est pas très suivies. On avait mis en place un système de gourdes et de fontaine à eau... Et puis elles ont disparu, les gourdes... Je ne sais pas pourquoi... La

fontaine à eau n'existe plus non plus dans le service... » (Sujet 1). Ce verbatim met en évidence une difficulté à maintenir certaines actions dans la durée. L'introduction puis l'abandon de dispositifs, sans explication claire, peut générer une incompréhension chez les professionnels et fragiliser l'intégration durable des pratiques. Cette fragilité semble notamment influencée par un soutien institutionnel perçu comme variable selon les niveaux hiérarchiques.

L'IMPORTANCE D'UN ACCOMPAGNEMENT INSTITUTIONNEL

Les professionnels soulignent l'importance de bénéficier d'un accompagnement concret et d'un environnement favorable à la mise en œuvre des initiatives.

« ... C'est que quand on interpelle quelqu'un pour un truc pour changer. Et en fait au niveau institutionnel c'est déjà un peu ancré. Donc quand je vais demander à quelqu'un il est déjà lui aussi dans une démarche durable. Enfin moi je n'ai pas ressenti ça dans les autres hôpitaux. Quand je disais tiens est-ce qu'on ne passerait pas les plateaux carton par des plateaux métalliques. On nous prend pour des fous. Alors qu'ici bah oui en fait pourquoi pas... Enfin ça c'est quand même hyper agréable. » (Sujet 10). Ce discours montre que le fait d'évoluer dans un environnement institutionnel déjà sensibilisé aux enjeux durables facilite l'acceptation des initiatives et soutient l'engagement des professionnels dans le projet.

UN SOUTIEN INSTITUTIONNEL PERÇU COMME INÉGAL

Cependant, les entretiens mettent également en évidence que ce soutien institutionnel apparaît parfois plus visible à certains niveaux de l'organisation qu'à d'autres.

« ...le soutien vient surtout de ma part... La direction ne les rencontre pas très souvent. Donc c'est moi qui fais le lien entre la direction et le terrain... » (Sujet 3). Cet extrait souligne une inégalité dans la perception du soutien institutionnel. Si celui-ci est présent au niveau des chefs d'unité, il apparaît moins visible au niveau de la direction. Les cadres intermédiaires semblent jouer ainsi un rôle de relais entre la direction et les équipes, compensant en partie ce manque de soutien perçu.

LA RECONNAISSANCE COMME MOTEUR DE MAINTIEN DE L'ENGAGEMENT

Par ailleurs, les professionnels évoquent également un besoin de reconnaissance de leur implication dans le projet. Cette reconnaissance ne renvoie pas uniquement à un soutien organisationnel, mais également à la valorisation du travail réalisé par les équipes.

« ...peut-être que la direction pourrait envoyer plus régulièrement des petits mots pour valoriser le travail qui a été fait. » (Sujet 3). Ce discours met en évidence l'importance des formes de valorisation symbolique dans le maintien de la motivation et de l'engagement des professionnels dans la durée.

« Non, pas vraiment. Ça ne change pas grand-chose dans la pratique. Je pense même qu'il y a une certaine fierté dans l'équipe d'avoir obtenu la labellisation développement durable. C'est peut-être une petite goutte dans l'océan, mais c'est notre petite contribution. » (Sujet 12). Cet extrait met en évidence que la reconnaissance institutionnelle, notamment à travers la labellisation, génère un sentiment de fierté chez les professionnels. Cette valorisation paraît donner du sens aux actions réalisées et renforce leur engagement dans le projet.

« Donc on a mis en place les bacs de tri en dessous des chariots et dans le même temps le CHC a fait un concours de développement durable, auquel on s'est inscrit...Qu'on a gagné d'ailleurs, pour faire valoriser notre projet de bacs. Et puis maintenant « L » a pris le relais et on essaye d'être labellisé développement durable. » (Sujet 11). Ce verbatim illustre que la reconnaissance des efforts fournis, notamment à travers des initiatives institutionnelles, agit comme un facteur de motivation. Celle-ci semble encourager les équipes à poursuivre leurs actions et à maintenir leur implication dans le temps.

Les résultats montrent ainsi que la pérennisation des pratiques durables ne dépend pas uniquement de leur mise en place initiale, mais également du soutien institutionnel et des formes de reconnaissance accordées aux professionnels. L'accompagnement des équipes, la continuité des actions et la valorisation des initiatives apparaissent comme des éléments importants pour maintenir l'engagement des professionnels dans le temps.

4. DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Cette étude avait pour objectif d'explorer les facteurs comportementaux et organisationnels influençant la mise en œuvre et le maintien des démarches de transition écologique en milieu hospitalier, ainsi que de mieux comprendre les éléments favorisant ou limitant leur intégration durable dans les pratiques professionnelles.

L'INFORMATION COMME MOTEUR D'APPROPRIATION DU CHANGEMENT

Le résultat central de cette étude est l'information. D'une part, l'information, au-delà d'être un outil de transmission de connaissance, semble constituer un mécanisme central d'appropriation du changement pour les professionnels. Ces résultats suggèrent que l'adhésion aux démarches de transition écologique ne repose pas uniquement sur la transmission d'informations, mais également sur la capacité des professionnels à attribuer du sens aux changements proposés. Lorsque les pratiques sont comprises et perçues comme cohérentes avec les réalités du terrain, elles semblent davantage susceptibles d'être intégrées durablement dans les routines professionnelles. Une meilleure compréhension des liens entre changement climatique, santé humaine et pratiques professionnelles pourrait contribuer à renforcer la pertinence perçue des changements proposés (6, 7) et pourrait favoriser une remise en question systématique des pratiques routinières. Cette dynamique pourrait s'expliquer par le fait que la compréhension des enjeux permet aux professionnels d'attribuer du sens aux nouvelles actions proposées, facilitant ainsi leur intégration dans les routines. Cela semble rejoindre la dimension des connaissances du TDF (18). À contrario, lorsque la compréhension des démarches et de leurs impacts est limitée, l'intégration de changements dans la pratique quotidienne est elle aussi limitée. Les résultats indiquent qu'une compréhension partielle ou mauvaise des informations mène à un retour vers les anciennes pratiques. Ces résultats concordent avec la littérature qui indique qu'une meilleure compréhension du changement permet de mieux le valoriser et de lui attribuer un sens, amenant à un accroissement de l'engagement pour le changement (25). Une autre étude relève le besoin du personnel à percevoir des avantages aux innovations afin d'être motivé à les intégrer à la pratique, rejoignant également les résultats de cette étude (26). Ainsi, la circulation de l'information au sein des structures semble influencer la capacité des professionnels à attribuer du sens aux changements proposés, représentant une condition

essentielle à leur intégration durable dans les pratiques quotidiennes et plus largement au maintien des démarches de transition écologique en milieu hospitalier. Toutefois, ces résultats soulèvent également la question des limites d'une approche centrée uniquement sur la transmission d'information.

ADAPTER LA COMMUNICATION POUR FAVORISER L'ADHÉSION DES ÉQUIPES

Par ailleurs, il semble essentiel que la manière dont l'information est communiquée soit adaptée à son public afin que les pratiques soient plus facilement comprises et intégrées (15,20,27). Les professionnels hospitaliers évoluant dans des environnements caractérisés par une charge de travail importante, une multiplicité d'informations et des contraintes temporelles importantes, une communication insuffisamment adaptée pourrait ainsi limiter la capacité des équipes à hiérarchiser les priorités. Cette recherche met en évidence que l'implication du personnel dans la mise en œuvre du projet plutôt qu'une imposition semble favoriser une meilleure intégration et pérennisation des changements. Un constat relevé est le risque élevé d'abandon des actions lorsque les pratiques sont appliquées par obligation. Cela soulève le questionnement quant au rôle des dynamiques infrastructurelles dans l'adhésion du personnel aux changements. En ce sens, la communication et son contenu au sein des institutions de santé doivent être adaptés au personnel (28) et explicites quant aux enjeux et à l'intérêt de ces nouvelles pratiques, dépassant la simple sensibilisation des professionnels.

FORMER POUR AGIR : LA PLACE DES ENJEUX DE DURABILITÉ DANS LES PARCOURS PROFESSIONNELS

Cette recherche a mis en évidence une tendance à la passivité des équipes face au projet de labellisation, pouvant être liée, en partie, à un manque d'information et de compréhension des enjeux associés. Dans l'idée qu'une meilleure compréhension des objectifs et des liens entre durabilité et santé semble favoriser le passage d'une posture d'exécutant à celle d'acteur du changement, ces résultats interrogent plus largement la place accordée aux enjeux de durabilité dans la formation des futurs professionnels de santé. Dans une perspective de santé publique, l'intégration de ces thématiques pourrait dépasser les initiatives propres à chaque établissement de formation et s'inscrire dans des orientations politiques ou réglementaires plus larges, afin de garantir un apprentissage systématique, uniforme et équitable des liens entre santé, durabilité et impact environnemental auprès de l'ensemble des professionnels de santé en devenir. Une telle approche pourrait contribuer à

renforcer la capacité future des systèmes de santé à répondre simultanément aux enjeux environnementaux et sanitaires.

LA MOBILISATION COLLECTIVE COMME LEVIER D'IMPLÉMENTATION DURABLE

D'autre part, les résultats montrent que l'échange d'information entre professionnels autour de la labellisation repose sur sa co-construction reposant sur des dynamiques d'équipes mobilisant différents acteurs autour d'un projet commun. En effet, selon la littérature, la mise en œuvre d'un projet est souvent un travail collectif (25, 29). Cela se reflète dans les entretiens lorsque les professionnels insistent sur le besoin d'adapter et de réfléchir aux actions collectivement, soulignant un potentiel besoin pour chaque individu d'être informé un minimum sur le sujet. Ces résultats suggèrent qu'une asymétrie d'information entre professionnels pourrait contribuer à une répartition inégale de la charge de travail et de l'investissement individuel, limitant la mobilisation collective autour des démarches de transition écologique. Ainsi, la quantité et la qualité des interactions entre professionnels semblent tout aussi essentielles à la bonne implémentation d'un projet. Rejoignant la littérature qui souligne l'importance des interactions, du travail collectif dans l'intégration des actions (15, 25, 30, 31) ainsi que leur adéquation aux réalités de terrain (27, 28). Dans ce contexte, un consensus au sein des équipes est un élément nécessaire à la bonne mise en œuvre des pratiques. Ainsi, les institutions de soins de santé pourraient tendre à être des environnements de travail valorisant davantage l'implication et l'interaction des professionnels dans la mise en place des actions au sein des unités.

LE RÉFÉRENT DURABLE : ENTRE LEADERSHIP, ACCOMPAGNEMENT ET PÉRENNISATION DES PRATIQUES

Cependant, la compréhension, la connaissance et l'implication des équipes ne semblent pas suffire en elles-mêmes au maintien des pratiques et nécessite l'encadrement d'une personne ressource. Les résultats montrent que les référents en développement durable occupent un rôle majeur dans la mise en œuvre et la pérennisation des actions. Selon les résultats, le référent a des fonctions dépassant la simple transmission d'informations : c'est un réel chef d'orchestre dont la disponibilité, la capacité à accompagner les équipes, ainsi qu'à répondre aux difficultés rencontrées permet de soutenir la mise en place des changements au sein des unités et de l'adapter aux besoins. De plus, le rôle d'intermédiaire que jouent les référents avec la hiérarchie permet de transmettre l'information pertinente aux équipes menant à une meilleure compréhension des enjeux. Ces rôles correspondent aux rôles décrits dans la

littérature (13, 27, 32, 33). Cependant, ainsi qu'observé dans les entretiens, certains référents durables ont tendance à ne pas assez impliquer les équipes ou ne pas assez discuter de ces sujets, menant généralement à un abandon du projet. Ce comportement pourrait être lié à une description peu claire des fonctions du référent en développement durable. Ce constat rejoint la littérature qui souligne le besoin d'apporter une définition claire des rôles (12). Cette différence de comportement pourrait également être due à des différences de la capacité individuelle des référents à mobiliser et/ou valoriser leurs compétences en leadership (18). Ce qui rejoint partiellement les travaux d'autres auteurs (33, 34, 35) qui insistent sur le besoin des infirmiers à développer davantage leur capacité de leadership et de s'imposer comme expert dans les prises de décision. De plus, les charges de travail supplémentaires assumées en majorité par les référents ne sont pas supportées par une compensation qu'elle soit financière ou en temps (par exemple : jours de congés). Ainsi, il semble essentiel que les institutions de soins clarifient le rôle du référent durable et valorisent l'engagement en temps et énergie des référents via un système de compensation. En parallèle, il est important qu'à chaque niveau d'apprentissage des professionnels, ceux-ci soient encouragés à développer et cultiver leur leadership (34, 35), particulièrement pour leur implication des équipes.

LE SOUTIEN HIÉRARCHIQUE COMME CONDITION DE LÉGITIMATION DU CHANGEMENT

Les résultats montrent que dans les situations où le référent se positionne comme leader impliquant les professionnels dans les processus, il nécessite néanmoins le soutien du chef d'unité afin légitimer son rôle au sein de l'équipe. En effet, l'observation des équipes met en évidence qu'un profil de chef d'unité encourageant, innovateur et à l'écoute de son équipe constitue un levier favorisant la mise en œuvre des démarches. Cette observation est supportée par la littérature qui insiste sur l'importance du soutien hiérarchique dans la mise en œuvre de projet (29, 32). Ces résultats pourraient suggérer que la capacité des référents à mobiliser durablement les équipes ne dépend pas uniquement de leurs compétences individuelles, mais également de la reconnaissance institutionnelle de leur rôle au sein des unités (17). Les résultats suggèrent qu'une clarification des rôles de chacun pourrait d'une part, permettre de légitimer le rôle des référents et, d'autre part, d'inciter les chefs d'unité à s'impliquer tout au long de la mise en œuvre.

Un résultat étonnant de cette recherche concerne l'environnement de travail direct des professionnels. En effet, les discours suggèrent que l'impact de la taille de l'institution impliquerait une proximité accrue des équipes, favorisant les relations et communications professionnelles, formant un environnement source de motivation et d'implication dans les projets. L'importance de l'environnement professionnel est également soulignée par la littérature (17, 25, 36). Ces résultats soulèvent la question d'une possible influence de la taille institutionnelle sur certaines dynamiques d'engagement des professionnels. Il pourrait dès lors être pertinent d'explorer davantage si certaines caractéristiques institutionnelles, telles que la taille des infrastructures, influencent la manière dont les professionnels s'engagent dans les démarches mises en œuvre.

LES CONTRAINTES STRUCTURELLES COMME LIMITES À LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE HOSPITALIÈRE

De plus, les résultats indiquent que les unités sont limitées par des contraintes structurelles, matérielles et d'effectifs. Ces limitations tendent à freiner, voire bloquer, les équipes dans le lancement, la mise en place ou le maintien de la labellisation malgré la motivation des équipes. Les difficultés rencontrées ne semblent pas nécessairement traduire une opposition aux objectifs poursuivis ou à la démarche de labellisation, mais semblent davantage refléter certaines contraintes liées au contexte de travail. La littérature ajoute qu'inconsciemment, lors de l'implémentation, les équipes remettent en question la faisabilité du projet considérant les contraintes auxquelles elles font face (25). Les professionnels interrogés semblent davantage questionner les conditions nécessaires à la mise en œuvre du projet, notamment en raison de ressources humaines et matérielles limitées, d'infrastructures parfois peu adaptées ou encore d'un contexte organisationnel perçu comme peu propice. Les discours sont alignés avec la littérature quant à l'importance primordiale des facteurs contextuels (17, 37), supérieure même aux déterminants de comportements individuels (13, 18). Bien qu'il semble compliqué de modifier la structure même des institutions ou d'augmenter les effectifs, des changements au niveau des choix matériels pourraient constituer une piste de démarche en durabilité réalisable pour les équipes. L'intégration de matériel éco-responsable pourrait, notamment, constituer une approche permettant de soutenir certaines évolutions de pratiques sans nécessairement demander des tâches supplémentaires aux professionnels dans des contextes parfois marqués par une charge de

travail importante ou de ressources limitées (25). Le choix de matériel éco-responsable pourrait se faire en collaboration avec les équipes afin que celui-ci soit adapté à leur pratique. Dans ce contexte, les stratégies modifiant directement l'environnement matériel pourraient limiter le besoin de solliciter des ressources cognitives ou organisationnelles supplémentaires auprès des équipes, faisant écho à la théorie de « nudging » de la littérature (36, 38). Par ailleurs, les notions écologiques et de durabilité doivent être replacées au centre de la réflexion lors de futures constructions d'infrastructures de soins. Des réglementations pourraient également être mises en place pour favoriser le choix de matériaux davantage éco-responsables (8) dans le but de soutenir la transition écologique du secteur de la santé.

4.1 Biais, forces et limites

Cette étude a été réalisée au sein de différentes structures d'un même groupe hospitalier présentant certaines caractéristiques organisationnelles et institutionnelles communes. Bien que les unités étudiées présentent des réalités variées, certaines dynamiques mises en évidence pourraient être influencées par le fonctionnement propre à ce groupe hospitalier. Cette diversité a permis de recueillir des expériences issues de différents contextes ainsi que de différentes étapes d'avancement des démarches étudiées. Toutefois, cette hétérogénéité est à prendre en considération lors de la transférabilité des résultats vers d'autres établissements pouvant présenter des contextes organisationnels différents.

L'échantillonnage raisonné a permis de diversifier les profils rencontrés. Certains profils initialement envisagés, notamment issus des fonctions logistiques, aides-soignantes et médicales n'ont cependant pas participé à l'étude, faute de participation. Cette absence constitue une limite dans la diversité des expériences recueillies. Par ailleurs, avec un échantillon de 17 participants, selon la théorie de Hagamann et al. (2017), il constitue une base robuste pour une étude qualitative.

De plus, deux entretiens ont été réalisés en binôme, ce qui pourrait avoir influencé la liberté d'expression des participants et potentiellement limité l'émergence de certaines perceptions individuelles.

Cette recherche est soumise au biais du chercheur et la subjectivité dans l'interprétation des données. Bien qu'un cadre analytique structuré ait été mobilisé, cette subjectivité reste à prendre en compte lors de l'interprétation des résultats.

Des observations de terrain ont été réalisées afin de mieux comprendre le contexte étudié. Cependant, ces éléments observés n'ayant pas émergé de manière récurrente dans les entretiens, ils n'ont pas été présentés comme résultats à part entière.

5. CONCLUSION

Cette étude visait à mieux comprendre les mécanismes influençant la mise en œuvre et le maintien des démarches de transition écologique en milieu hospitalier. Les résultats montrent que leur intégration repose sur une interaction complexe entre facteurs individuels, organisationnels et contextuels, plutôt que sur un déterminant unique (40). La compréhension des enjeux, la circulation de l'information, le leadership, l'implication collective, mais également les contraintes structurelles, matérielles et organisationnelles apparaissent comme des éléments influençant la mise en œuvre et la pérennisation des pratiques.

Les résultats mettent également en évidence que les difficultés rencontrées par les équipes ne traduisent pas nécessairement une opposition ou un manque d'intérêt pour les objectifs poursuivis, mais reflètent souvent les contraintes propres au contexte hospitalier. Ces constats soulignent l'importance de développer des stratégies organisationnelles, comportementales et institutionnelles adaptées aux réalités du terrain afin de soutenir durablement les démarches de transition écologique.

Dans un contexte où les conséquences du changement climatique représentent un défi croissant pour la santé publique, cette recherche renforce également la nécessité de dépasser une vision cloisonnée entre santé humaine, santé environnementale et enjeux climatiques (4, 5, 6, 7, 8). Ces dimensions apparaissent étroitement liées et nécessitent des approches intégrées au sein des institutions de soins, mais également dans les réflexions organisationnelles, réglementaires et de santé publique entourant les systèmes de soins de demain.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chirac J. Déclaration de M. Jacques Chirac, Président de la République, sur le développement durable, Johannesburg, 2 septembre 2002 [Internet]. Paris: Présidence de la République française; 2002 [cited 2026 May 15]. Available from: <https://www.elysee.fr/front/pdf/elysee-module-10034-fr.pdf>
2. Institut Royal Météorologique de Belgique. Rapport climatique 2020 : de l'information aux services climatiques [Internet]. Bruxelles: IRM; 2021 [cited 2026 May 15]. Available from: https://www.meteo.be/resources/misc/climate_report/RapportClimatiqueBref-2020.pdf
3. World Health Organization. Climate change and health [Internet]. Geneva (Switzerland): WHO; 2023 [cited 2026 May 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
4. Berquin A, Grimaldi D, Hosten E, Modrie P, Scholtes F, Wieërs G. Défi environnemental et soins de santé : une introduction. *Louvain Med.* 2024;143(1):2-13. Available from: <https://research.dial.uclouvain.be/entities/publication/ab4eedf0-eada-4c06-a145-46cbc88c7e05>
5. Sironi VA, Inglese S, Lavazza A. The “One Health” approach in the face of Covid-19: how radical should it be? *Philos Ethics Humanit Med.* 2022;17(1):3. doi: 10.1186/s13010-022-00116-2. PMID: 35220966.
6. Romanello M, Di Napoli C, Drummond P, et al. The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. *Lancet.* 2022;400(10363):1619-1654. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01540-9. PMID: 36306815.
7. World Bank Group, Health Care Without Harm. Climate-smart healthcare: low-carbon and resilience strategies for the health sector [Internet]. Washington (DC): World Bank; 2017. Available from: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/322251495434571418/pdf/113572-WP-PUBLIC-FINAL-WBG-Climate-smart-Healthcare-002.pdf>
8. Health Care Without Harm, Arup. L'empreinte climatique du secteur de la santé : comment le secteur de la santé contribue à la crise climatique mondiale et les

- opportunités d'action [Internet]. Reston (VA): Health Care Without Harm; 2019. Available from: https://healthcareclimateaction.org/sites/default/files/2021-11/French_HealthCaresClimateFootprint_091619_web.pdf
9. Service public fédéral Santé publique, S  curit   de la chaîne alimentaire et Environnement. Opération Z  ro [Internet]. Bruxelles: SPF Santé publique; 2025 [cited 2026 May 15]. Available from: <https://www.health.belgium.be/fr/actualites/2025-2-operation-zero>
 10. The Shift Project. D  carboner la santé pour soigner durablement : résumé aux d  cideurs [Internet]. Paris (France): The Shift Project; 2023. Available from: https://theshiftproject.org/app/uploads/2025/01/180423-TSP-PTEF-Synthese-Sante_v2.pdf
 11. Piubello Orsini L, Landi S, Leardini C, Veronesi G. Towards greener hospitals: the effect of green organisational practices on climate change mitigation performance. *J Clean Prod.* 2024;462:142720. doi: 10.1016/j.jclepro.2024.142720.
 12. Cowie J, Nicoll A, Dimova ED, Campbell P, Duncan EA. The barriers and facilitators influencing the sustainability of hospital-based interventions: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):588. doi: 10.1186/s12913-020-05434-9. PMID: 32594912.
 13. Aboueid S, Beyene M, Nur T. Barriers and enablers to implementing environmentally sustainable practices in healthcare: a scoping review and proposed roadmap. *Healthc Manage Forum.* 2023;36(6):405-413. doi: 10.1177/08404704231183601. PMID: 37357691; PMCID: PMC10604425.
 14. Al Fannah J, Al Naabi H, Al Harthi T, Al Habsi S, Al Fahdi F, Al Awaidy S. Clinical sustainability assessment of sepsis care bundle: a cross-sectional study. *IJQHC Commun.* 2025;5(1):lyaf003. doi: 10.1093/ijcoms/lyaf003.
 15. Claessens F, Castro EM, Seys D, Brouwers J, Van Wilder A, Jans A, et al. Sustainable quality management in hospitals: the experiences of healthcare quality managers. *Health Serv Manage Res.* 2025;38(1):26-35. doi: 10.1177/09514848231218631. PMID: 38001556.
 16. Malone S, Prewitt K, Hackett R, Lin JC, McKay V, Walsh-Bailey C, et al. The Clinical Sustainability Assessment Tool: measuring organizational capacity to promote

- sustainability in healthcare. *Implement Sci Commun.* 2021;2(1):77. doi: 10.1186/s43058-021-00181-2. PMID: 34274004; PMCID: PMC8285819.
17. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implement Sci.* 2022;17(1):75. doi: 10.1186/s13012-022-01245-0. PMID: 36309746; PMCID: PMC9617234.
 18. Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci.* 2017;12(1):77. doi: 10.1186/s13012-017-0605-9. PMID: 28637486; PMCID: PMC5480145.
 19. Varsi C, Ekstedt M, Gammon D, Ruland CM. Using the Consolidated Framework for Implementation Research to identify barriers and facilitators for the implementation of an Internet-based patient-provider communication service in five settings: a qualitative study. *J Med Internet Res.* 2015;17(11):e262. doi: 10.2196/jmir.5091. PMID: 26582138; PMCID: PMC4704938.
 20. Wierda JJ, van Nassau F, Djojosoeparto SK, Poelman MP. Which factors influence the transition towards a healthy and sustainable food environment in Dutch hospitals? A qualitative view from stakeholders. *BMC Med.* 2025;23(1):45. doi: 10.1186/s12916-025-03872-y. PMID: 39871337; PMCID: PMC11773854
 21. Ntebutse JG, Croyere N. Intérêt et valeur du récit phénoménologique : une logique de découverte. *Rech Soins Infirm.* 2016 Mar;(124):28-38. doi:10.3917/rsi.124.0028. PMID: 27311261.
 22. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Data saturation: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant.* 2018 Dec;52(4):1893-1907. doi:10.1007/s11135-017-0574-8. PMID: 29937585; PMCID: PMC5993836.
 23. Castillo-Montoya M. Preparing for Interview Research: The Interview Protocol Refinement Framework. *Qual Rep.* 2016;21(5):811-831. Available from: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol21/iss5/2/>

24. Marquet J, Van Campenhoudt L, Quivy R. Manuel de Recherche En Sciences Sociales. 6e éd. Paris (France) : Colin A; 2022. 336p.
25. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci.* 2009;4:67. doi:10.1186/1748-5908-4-67. PMID: 19840381; PMCID: PMC2770024.
26. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 2004;82(4):581-629. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x. PMID: 15595944; PMCID: PMC2690184.
27. Urquhart R, Kendell C, Folkes A, Reiman T, Grunfeld E, Porter GA. Making it happen: middle managers' roles in innovation implementation in health care. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2018;15(6):414-423. doi:10.1111/wvn.12324. PMID: 30291739; PMCID: PMC6518932.
28. Huang A, Monro Cooke S, Garsden C, Behne C, Borkoles E. Transitioning to sustainable, climate-resilient healthcare: insights from a health service staff survey in Australia. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):475. doi: 10.1186/s12913-024-10882-8.
29. Engle RL, Lopez ER, Gormley KE, Chan JA, Charns MP, Lukas CV. What roles do middle managers play in implementation of innovative practices? *Health Care Manage Rev.* 2017;42(1):14-27. doi:10.1097/HMR.0000000000000090. PMID: 26488239; PMCID: PMC5131695.
30. Moon SEJ, Hogden A, Eljiz K. Sustaining improvement of hospital-wide initiative for patient safety and quality: a systematic scoping review. *BMJ Open Qual.* 2022;11(4):e002057. doi:10.1136/bmjoc-2022-002057. PMID: 36549751; PMCID: PMC9791458.
31. May CR, Cummings A, Girling M, Bracher M, Mair FS, May CM, et al. Using Normalization Process Theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions: a systematic review. *Implement Sci.* 2018;13:80. doi:10.1186/s13012-018-0758-1. PMID: 29879986; PMCID: PMC5992634.
32. Aarons GA, Ehrhart MG, Farahnak LR. The implementation leadership scale (ILS): development of a brief measure of unit level implementation leadership. *Implement Sci.* 2014;9:45. doi:10.1186/1748-5908-9-45. PMID: 24731295; PMCID: PMC4022333

33. Birken SA, Lee SYD, Weiner BJ. Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation. *Implement Sci.* 2012;7:28. doi:10.1186/1748-5908-7-28. PMID: 22472001; PMCID: PMC3368395
34. Rodríguez-Pérez M, Mena-Navarro F, Domínguez-Pichardo A, Teresa-Morales C. Current social perception of and value attached to nursing professionals' competences: an integrative review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(3):1817. doi:10.3390/ijerph19031817. PMID: 35162838; PMCID: PMC8834898.
35. Joseph ML, Godsey JA, Hayes T, Bagomolny J, Beaudry S, Biangone M, et al. A framework for transforming the professional identity and brand image of All Nurses as Leaders. *Nurs Outlook.* 2023;71(6):102051. doi:10.1016/j.outlook.2023.102051. PMID: 37804575.
36. Mertens S, Herberz M, Hahnel UJJ, Brosch T. The effectiveness of nudging: a meta-analysis of choice architecture interventions across behavioral domains. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2022;119(1):e2107346118. doi: 10.1073/pnas.2107346118. PMID: 34983836; PMCID: PMC8740439.
37. Lin AL, Doll ME, Pryor RJ, Monsees EA, Nori P, Bearman GM. Healthcare workers' attitudes and practices around environmental sustainability in infection prevention. *Antimicrob Steward Healthc Epidemiol.* 2025;5:e94. doi:10.1017/ash.2025.68.
38. Marteau TM, Fletcher PC, Munafò MR, Hollands GJ. Beyond choice architecture: advancing the science of changing behaviour at scale. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1531. doi:10.1186/s12889-021-11382-8. PMID: 34376159; PMCID: PMC8356415.
39. Hagaman AK, Wutich A. How Many Interviews Are Enough to Identify Metathemes in Multisited and Cross-cultural Research? Another Perspective on Guest, Bunce, and Johnson's (2006) Landmark Study. *Field Methods.* févr 2017;29(1):23-41. doi:10.1177/1525822X16640447
40. Nilsen P, Bernhardsson S. Context matters in implementation science: a scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):189. doi:10.1186/s12913-019-4015-3. PMID: 30909897; PMCID: PMC6432749.

Annexes

Annexe 1 : Guides d'entretiens

Introduction

Bonjour, et merci d'avoir accepté cet entretien.

Comme je vous l'avais indiqué, je suis Leila Benaboud et je réalise, actuellement, un mémoire en sciences de la santé publique à l'Université de Liège.

Je m'intéresse à la manière dont les démarches de transition écologique sont perçues au sein de votre unité. L'objectif est de comprendre comment ces enjeux sont vécus sur le terrain, les éléments qui favorisent ou limitent l'engagement dans ce type de démarche, ainsi que ce que cela représente dans votre pratique quotidienne.

Ce qui m'intéresse, ce sont votre expérience, vos perceptions et votre point de vue.

Tout d'abord, avez-vous bien pris connaissance de la feuille de consentement que je vous ai envoyée ? Avez-vous des questions concernant certains points ?

Comme explicité dans le document de consentement, l'entretien est confidentiel et vos propos seront anonymisés.

Avec votre accord, je prendrai des notes et enregistrerai l'échange afin de ne rien perdre des éléments que vous souhaitez partager.

Guide d'entretien (pour unité labellisée et unité en cours de labellisation)

(Parcours de l'interviewé et premières impressions)

« Pour commencer, pouvez-vous me parler brièvement de votre parcours et de votre rôle actuel dans l'unité ? » *(CFIR : contexte interne / TDF : rôle professionnel)*

« Pouvez-vous me raconter comment le projet de labellisation en durabilité a commencé dans votre unité ? » *(CFIR : processus de mise en œuvre)*

« Qu'est-ce qui vous a donné envie de vous impliquer dans cette démarche ? » *(TDF : motivation ; intentions)*

« Quelles ont été vos premières impressions ou réactions face à ce projet ? » *(TDF : croyances sur les conséquences)*

« Comment avez-vous entendu parler du projet de labellisation en durabilité ? » (CFIR : processus ; engagement) (à poser si pas de réponses données lors de la Q2)

« Qu'est-ce que le projet représentait pour vous au départ ? » (TDF : croyances sur les conséquences ; intentions)

« Comment l'équipe a-t-elle réagi au début ? » (TDF : influences sociales / CFIR : climat de mise en œuvre)

(Adaptation des pratiques)

« Pouvez-vous me raconter comment la démarche s'est mise en place concrètement dans votre unité ? » (CFIR : processus de mise en œuvre)

« Avez-vous observé des changements dans votre manière de travailler depuis le lancement du projet ? » (et dans l'équipe ?) (TDF : régulation du comportement, CFIR : contexte interne)

« Pouvez-vous me décrire une situation concrète où vous avez dû adapter vos pratiques à cause du projet ? » (TDF : compétences ; régulation du comportement / CFIR : adaptabilité)

(Identification des freins/leviers)

« Qu'est-ce qui vous a le plus aidé à avancer dans ce projet ? (qu'est-ce qui a été le plus compliqué ?) » (TDF : renforcement / CFIR : ressources disponibles)

« Quels obstacles rencontrez-vous dans votre quotidien par rapport à cette démarche ? » (TDF : contraintes environnementales / CFIR : ressources disponibles)

« Pouvez-vous me raconter un moment clé, dans la mise en œuvre ? (positif ou négatif) » (CFIR : étapes du processus)

« Est-ce que certaines choses qui étaient des freins au départ se sont transformés en leviers ? » (TDF : réévaluation des croyances ; apprentissage)

(Environnement + organisation)

« Comment décririez-vous la dynamique dans votre unité autour de cette démarche ? » (CFIR : culture organisationnelle)

« De quelle manière l'ambiance, les habitudes ou la culture du service ont influencé le projet ? » (CFIR : culture ; climat de mise en œuvre)

« Comment percevez-vous le rôle du management ou de la direction ? » (CFIR : leadership engagé)

« Y-a-t-il des personnes qui jouent un rôle de moteur dans votre unité ? (ou une personne extérieur à l'unité) » (TDF : influences sociales ; CFIR : processus ; engagement des acteurs)

« Votre manière de voir la durabilité, la santé ou votre travail a-t-elle évolué ? » (TDF : identité professionnelle ; croyances)

(Mise en perspective)

« Si vous deviez donner un conseil à une autre unité qui souhaiterait se lancer dans ce type de démarche, lequel serait-il ? » (CFIR : réflexion ; évaluation)

« Qu'est-ce qui pourrait améliorer concrètement la démarche de labellisation dans votre unité ? » (CFIR : ressources disponibles, climat de mise en œuvre)

« Y a-t-il quelque chose d'important dont nous n'avons pas parlé et que vous souhaiteriez ajouter ? »

Remerciement

Idées de relance :

Vous pouvez m'en dire un peu plus ?

Auriez-vous un exemple ?

Comment l'avez-vous vécu personnellement ?

Qu'est-ce que cela change concrètement pour vous ?

Clôture

Remerciement

- Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

- Âge :

- Fonction :

- Ancienneté dans l'unité :

- Ancienneté dans le groupe CHC Santé :

- Rôle dans la démarche : ☐ Référent écologique ☐ Membre actif ☐ Soutien ponctuel ☐
Autre :

- Unité :

- Statut de labellisation : ☐ Labellisée ☐ En cours de labellisation

Guide d'entretien (unité lancé puis arrêté en cours de labellisation)

(Parcours de l'interviewé et premières impressions)

« Pour commencer, pouvez-vous me parler brièvement de votre parcours et de votre rôle actuel dans l'unité ? » (CFIR : contexte interne / TDF : rôle professionnel)

« Pouvez-vous me raconter comment le projet de labellisation en durabilité a commencé dans votre unité ? »

« Pouvez-vous m'expliquer comment la démarche a évolué au fil du temps dans votre unité ? » (CFIR : processus / maintien)

« À quel moment la démarche s'est-elle ralentie ou arrêtée, selon vous ? »

« Qu'est-ce qui vous avait donné envie de vous impliquer dans cette démarche ? » (TDF : motivation ; intentions)

« Quelles ont été vos premières impressions ou réactions face à ce projet ? » (TDF : croyances sur les conséquences)

« Comment avez-vous entendu parler du projet de labellisation en durabilité ? » (CFIR : processus ; engagement) (à poser si pas de réponses donnée lors de la Q2)

« Qu'est-ce que le projet représentait pour vous au départ ? » (TDF : croyances sur les conséquences ; intentions)

« comment l'équipe a-t-elle réagi au début ? » (TDF : influences sociales / CFIR : climat de mise en œuvre)

(Adaptation des pratiques)

« Pouvez-vous me raconter comment la démarche s'est mise en place concrètement dans votre unité ? » (CFIR : processus de mise en œuvre)

« Avez-vous observé des changements dans votre manière de travailler ou dans le fonctionnement de l'équipe, même temporaires ? » (TDF : régulation du comportement, CFIR : contexte interne)

« Pouvez-vous me décrire une situation concrète où vous avez dû adapter vos pratiques à cause du projet ? » (TDF : compétences ; régulation du comportement / CFIR : adaptabilité)

(Identification des freins/leviers)

« Qu'est-ce qui a facilité ou au contraire freiné la poursuite de cette démarche ? » (TDF : renforcement / CFIR : ressources disponibles)

« Quels éléments ont rendu difficile la poursuite ou le maintien de cette démarche dans le temps ? » (TDF : contraintes environnementales / CFIR : ressources disponibles)

« Pouvez-vous me raconter un moment qui a particulièrement influencé la poursuite ou l'évolution du projet (positivement ou négativement) ? » (*CFIR : étapes du processus*)

« Est-ce que certains éléments qui constituaient des freins au départ se sont transformés en leviers au fil du temps ? » (*TDF : réévaluation des croyances ; apprentissage*)

(Environnement + organisation)

« Comment décririez-vous la dynamique dans votre unité autour de cette démarche ? » (*CFIR : culture organisationnelle*)

« De quelle manière l'ambiance, les habitudes ou la culture du service ont influencé le projet ? » (*CFIR : culture ; climat de mise en œuvre*)

« Comment percevez-vous le rôle du management ou de la direction ? » (*CFIR : leadership engagé*)

« Y-a-t-il des personnes qui jouent un rôle de moteur dans votre unité ? (ou une personne extérieure à l'unité) » (*TDF : influences sociales ; CFIR : processus ; engagement des acteurs*)

« Votre manière de voir la durabilité, la santé ou votre travail a-t-elle évolué ? » (*TDF : identité professionnelle ; croyances*)

« Selon vous, pourquoi certaines initiatives se maintiennent-elles dans le temps alors que d'autres s'arrêtent ? » (*CFIR : sustainability / contexte interne*)

(Mise en perspective)

« Si vous deviez donner un conseil à une autre unité qui souhaiterait se lancer dans ce type de démarche, lequel serait-il ? » (*CFIR : réflexion ; évaluation*)

« Qu'est-ce qui aurait pu permettre de mieux soutenir ou maintenir la démarche dans votre unité ? » (*CFIR : ressources disponibles, climat de mise en œuvre*)

« Y a-t-il quelque chose d'important dont nous n'avons pas parlé et que vous souhaiteriez ajouter ? »

Remerciement

Idées de relance :

Vous pouvez m'en dire un peu plus ?

Auriez-vous un exemple ?

Comment l'avez-vous vécu personnellement ?

Qu'est-ce que cela change concrètement pour vous ?

Clôture

Remerciement

- Sexe : ☐ Femme ☐ Homme
- Âge :
- Fonction :
- Ancienneté dans l'unité :
- Ancienneté dans le groupe CHC Santé :
- Rôle dans la démarche : ☐ Référent écologique ☐ Membre actif ☐ Soutien ponctuel ☐
Autre :
- Unité :
- Statut de labellisation : unité lancé puis arrêté dans le processus de labellisation

Guide d'entretien (pour les unités ne s'étant pas lancé dans le projet de labéllisation)

(Parcours de l'interviewé et premières impressions)

(TDF : Identité professionnelle / Connaissances)

« Pouvez-vous me parler brièvement de votre parcours professionnel et de votre rôle actuel dans l'unité ? »

« Comment avez-vous entendu parler des démarches de transition écologique ou de labellisation en durabilité au sein du groupe CHC Santé ? »

« Que signifie pour vous la notion de « durabilité » ou de « transition écologique » en milieu hospitalier ? »

« Avez-vous reçu des informations ou des formations concernant les enjeux de durabilité ou les pratiques écologiques à l'hôpital ? »

- Si oui, comment les avez-vous perçues ?

- Si non, qu'est-ce qui vous a manqué selon vous ?

(Premières perceptions et implication personnelle)

CFIR : Processus d'implémentation / Climat organisationnel

« À votre connaissance, des démarches ou initiatives liées à la transition écologique ont-elles déjà été évoquées dans votre unité ? Si oui, comment ont-elles été présentées ? »

« Comment ces enjeux ou démarches sont-ils perçus par l'équipe, selon vous ? »

« Selon vous, comment la direction, les chefs d'unité ou les équipes pourraient-ils soutenir ou organiser ce type de démarche ? »

« Vous êtes-vous senti concerné ou impliqué par ces enjeux dans votre pratique quotidienne ? Pourquoi ? »

TDF : Émotions / Motivation / Intentions

« Qu'avez-vous ressenti lorsque vous avez entendu parler de ces démarches ou projets de transition écologique ? »

(Motivation et engagement)

« Qu'est-ce qui pourrait vous motiver à vous impliquer davantage dans ce type de démarche ? »

« « Selon vous, qu'est-ce qui favorise l'engagement des professionnels dans la transition écologique ? »

« À l'inverse, qu'est-ce qui freine ou décourage l'engagement dans ce type de démarche ? »

(Organisation, leadership et soutien institutionnel)

CFIR : Leadership / Soutien organisationnel

« Quel rôle jouent, selon vous, les chefs d'unité et la direction dans le soutien aux démarches de transition écologique ? »

« Comment percevez-vous leur implication ou leur soutien ? »

« À votre connaissance, des moyens concrets ont-ils été mis à disposition pour soutenir ces démarches (temps, matériel, reconnaissance, accompagnement) ? »

(Ressources, contraintes et adaptation des pratiques)

TDF / CFIR : Ressources / Contraintes environnementales / Capacités

« Selon vous, les ressources disponibles dans votre service sont-elles suffisantes pour mettre en place des pratiques durables ? »

« Quelles sont les principales contraintes rencontrées dans le travail quotidien qui peuvent freiner la transition écologique ? »

« Comment ces contraintes sont-elles, ou pourraient-elles être, prises en compte ou dépassées ? »

(Culture d'équipe et influences sociales)

TDF / CFIR : Influences sociales / Dynamique collective / Culture

« Comment décririez-vous la culture et la dynamique d'équipe face aux enjeux environnementaux dans votre service ? »

« Comment vos collègues perçoivent-ils ou réagissent-ils à ces questions de durabilité ? »

« Y a-t-il, selon vous, des personnes plus motrices, inspirantes ou au contraire plus réticentes ? »

« Comment les échanges autour de ces enjeux ont-ils évolué au fil du temps, s'il y a eu une évolution ? »

(Expériences vécues et apprentissages)

TDF / CFIR : Apprentissage / Expériences / Étapes du processus

« Avez-vous vécu ou observé une situation marquante liée aux enjeux environnementaux ou aux pratiques durables dans votre travail quotidien ? »

« Avez-vous observé certaines pratiques ou initiatives liées à la durabilité dans votre service, même limitées ? »

« Qu'est-ce que ces expériences vous ont appris, personnellement ou collectivement ? »

CFIR : Pérennisation / Processus de maintien

« Selon vous, des démarches de transition écologique peuvent-elles s'inscrire durablement dans le fonctionnement de votre service ? »

« Qu'est-ce qui pourrait renforcer leur continuité dans le temps ? »

« Qu'est-ce qui pourrait, au contraire, fragiliser leur mise en œuvre ou leur maintien ? »

(Mise en perspective et sens donné à la démarche)

TDF : Réévaluation des croyances / Sens donné à l'action

« Avec le recul, quel sens donnez-vous aujourd’hui aux démarches de transition écologique en milieu hospitalier ? »

« Votre manière de voir la durabilité, la santé ou votre travail a-t-elle évolué ? »

« Si une autre unité envisageait de se lancer dans une démarche de transition écologique, quels conseils lui donneriez-vous ? »

Idées de relance :

Vous pouvez m’en dire un peu plus ?

Auriez-vous un exemple ?

Comment l’avez-vous vécu personnellement ?

Qu’est-ce que cela change concrètement pour vous ?

Clôture

Remerciement

- Sexe : ☐ Femme ☐ Homme
- Âge :
- Fonction :
- Ancienneté dans l’unité :
- Ancienneté dans le groupe CHC Santé :
- Unité :
- Statut de labellisation : unité pas lancée dans le processus de labellisation

Annexe 2 : Accord du Comité d’Ethique

Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 18/11/2025

Madame le **Prof. A-F. DONNEAU**
Madame **L. BENABOUD**
Service des **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**

Concerne: Votre demande d’avis au Comité d’Ethique
Notre réf: 2025/616

"Comment les facteurs comportementaux et organisationnels influencent-ils la mise en oeuvre et la dynamique de maintien des stratégies de transition écologique dans les services hospitaliers du groupe CHC Santé ? "
Protocole :

Cher Collègue,

Le Comité d’Ethique constate que votre étude n’entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n’émet pas d’objection éthique à la réalisation de cette étude et sa publication. Il vous recommande toutefois de prendre contact avec le Délégué à la protection des données de l’ULiège, Monsieur P-F. PIRLET (dpo@uliege.be), afin de vous assurer du respect de la réglementation en matière de protection des données.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d’Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l’expression de mes sentiments les meilleurs.

Dr E. BAUDOUX
Vice-Président du Comité d’Ethique

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l’Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif : 04/323.21.58
Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur Didier LEDOUX Intensiviste, CHU	Président
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	Vice-Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU	
Madame Viviane DESSOUROUX / Monsieur Pascal GRILLI (suppléant) Représentant (e) des patients, membres extérieurs au CHU	
Madame Régine HARDY / Madame la Professeure Adélaïde BLAVIER (suppléante) Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU	
Madame Céline KEMPENEERS Pédiatre, CHU	
Madame Sophie KESSELER Infirmière, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame la Docteure Marie-Paule LECART Rhumato-gériatre, membre extérieure au CHU	
Madame Marie LIEBEN Philosophe, membre extérieure au CHU	
Monsieur Jacques LOMBET Pédiatre, Citadelle	
Madame Patricia MODANESE Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure Anne-Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur Stéphane ROBIDA Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle ROLAND Pharmacienne, CHU	
Madame la Docteure Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieure au CHU	
Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieure au CHU	

Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé

Formulaire de consentement éclairé

Titre de l'étude : Comment les facteurs comportementaux et organisationnels influencent-ils la mise en œuvre et la dynamique de maintien des stratégies de transition écologique dans les services hospitaliers du groupe CHC Santé ?

Promoteur de l'étude : Département des sciences de la santé publique de l'Université de Liège ; Avenue de l'hôpital, 1, 4000 Liège.

Comité d'Éthique Médicale : Comité d'éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège

Investigatrice principale et personne de référence : Leila Benaboud Étudiante en Master en Sciences de la Santé Publique (ULiège) Mail : Leila.benaboud@student.uliege.be

Information essentielle à votre décision de participer

Vous êtes invité(e) à participer à une étude qualitative qui vise à comprendre les leviers et obstacles rencontrés par les professionnels de santé et personnels associés dans la mise en place de pratiques durables au sein des établissements du groupe CHC Santé. Avant que vous n'acceptiez de participer à cette étude, nous vous invitons à prendre connaissance de ses implications en termes d'organisation, avantages et risques éventuels, afin que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause.

Déroulement de l'étude

L'étude sera menée par Leila Benaboud dans le cadre de son mémoire de master en Sciences de la Santé Publique. Le recrutement des participants se fera sur base volontaire, au sein de cinq services hospitaliers du groupe CHC Santé, notamment la salle d'opération d'Heusy et de l'unité de révalidation de Waremme qui sont tout deux déjà labellisés. Ainsi que l'unité d'endoscopie d'Hermalle, l'hôpital de jour de Waremme et le laboratoire d'Hermalle récemment engagés dans une démarche de labellisation durable. L'unité de pédiatrie (845) du MontLégia n'ayant pas participé au projet de labellisation ainsi que l'unité de pédiatrie (640) du MontLégia ayant initié la démarche de labellisation mais l'ayant interrompue en cours de processus.

Les participants seront contactés soit directement par l'investigatrice, soit par l'intermédiaire des chefs d'unité, via une invitation écrite ou orale expliquant les objectifs de l'étude.

L'étude inclura donc à la fois :

- Des unités déjà labellisées
- Des unités récemment engagés dans le projet de labélisation « unité durable »
- Une unité n'ayant pas pris part à la démarche

- Une unité ayant interrompu sa participation en cours de projet.

La recherche se déroulera en **deux phases complémentaires** :

- *Phase 1 : Observation non participante* : l'investigatrice sera présente dans les unités pour observer, sans intervenir, les pratiques écologiques, les interactions entre professionnels et le fonctionnement général du service. Aucune donnée nominative ne sera recueillie durant cette phase.
- *Phase 2 : Entretiens semi-structurés* : un entretien individuel, d'une durée d'environ 45 à 60 minutes, sera réalisé en langue française avec les professionnels volontaires. L'entretien portera sur leurs expériences, perceptions et pratiques relatives à la mise en œuvre de démarches écologiques.

L'ensemble des données recueillies (notes d'observation et enregistrements d'entretiens) sera anonymisé et utilisé uniquement à des fins de recherche académique dans le cadre de ce mémoire.

Description des risques et bénéfices

Aucun risque n'est attendu pour votre santé suite à votre participation. Le principal inconvénient réside dans le temps consacré à l'entretien. Votre participation contribuera à améliorer la compréhension des conditions nécessaires pour réussir la transition écologique en milieu hospitalier.

Confidentialité et traitement des données

Toutes les informations collectées (notes d'observations, enregistrements et transcriptions) seront anonymisées dès leur collecte. Seule Leila Benaboud et ses promoteurs académiques y auront accès. Les fichiers audio seront conservés sur un ordinateur personnel protégé par un mot de passe. Ceux-ci seront supprimés au plus tard en septembre 2026, après la soutenance du mémoire. Les données anonymisées seront uniquement à des fins académique et ne seront partagés à aucune autre personne.

Participation volontaire

Votre participation est volontaire et libre de toute contrainte. Vous pouvez retirer votre accord à tout moment, sans justification.

Communication des résultats

Une synthèse des résultats de ce travail seront transmise à l'ensemble des participants à la fin du mémoire.

Contact

Pour toute information complémentaire ou question, vous pouvez contacter : Leila Benaboud
Mail : Leila.benaboud@student.uliege.be

Consentement éclairé

Participant :

Je déclare que j'ai été informé(e) sur la nature de l'étude, son but, sa durée et ce que l'on attend de moi. J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions nécessaires et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.

Je consens à participer à cette étude et accepte que mes données personnelles soient traitées de manière confidentielle et anonymisée, uniquement dans le cadre de ce mémoire.

Signature du participant : _____ Date : __/__/____

Signature de l'investigatrice (Leila Benaboud) :



Annexe 4 : Engagement de non plagiat



Engagement de non plagiat.

Je soussigné(e) NOM Prénom... BENABOUD Leila.....

Matricule étudiant : S173314.....

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement conscient(e) que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le ...23/05/2025

Signature

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Leila Benaboud', written over a light blue rectangular background.