

**ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES
CHRU DE MONTPELLIER**

L'IADE AU COEUR D'UN PROJET ECOLOGIQUE

Sous la direction d'Ana GUERRA

Écrit et présenté par Julie Hervé

PROMOTION 2013-2015

**ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES
CHRU DE MONTPELLIER**

L'IADE AU COEUR D'UN PROJET ECOLOGIQUE

Sous la direction d'Ana GUERRA

Écrit et présenté par Julie Hervé

PROMOTION 2013-2015

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail tant personnel que professionnel. J'ai eu la chance de rencontrer des personnes nouvelles, souvent d'horizons différents qui m'ont apporté bien plus que de simple relation de collègue de travail.

Merci à toutes les personnes qui ont pris de leur temps personnel pour répondre aux questionnaires et aux entretiens. Je n'aurais pas pu mener à bien ce travail sans toutes ces personnes.

Merci à Ana, ma guidante, qui m'a permis de reprendre confiance en moi.

Ma reconnaissance à mon conjoint, à Pascal, à mes amis Florent et Camille qui m'ont apporté un regard nouveau, différent, et combien enrichissant.

SOMMAIRE

Table des illustrations.....	7
Liste des abréviations.....	8
La fable du Colibri.....	9
Introduction.....	10
1 - De la situation d'appel à la problématique.....	13
2 – Naissance de l'écologie.....	14
2.1 - Quelques définitions.....	16
2.2 - Les actions pour la santé.....	18
2.3 - Les outils de Développement Durable.....	18
3 - Cadre Contextuel : introduction de l'écologie dans le secteur sanitaire.....	20
3.1 - Principaux textes réglementaires.....	20
3.2 - Les institutions en France :HAS et C2DS.....	22
Partenariat C2DS et HAS.....	26
3.3 - Les déchets hospitaliers.....	27
3.4 - Le cas du protoxyde d'azote.....	29
Le système antipollution	30
La pollution atmosphérique.....	31
4 - Cadre conceptuel.....	32
4.1 - Concept d'implication.....	32
4.2 - Concept de motivation.....	33

4. 2.1 - Théorie des besoins selon MASLOW.....	34
4.2.2 - Théorie de Deci et Ryan.....	36
5 – Cadre opérationnel.....	38
5.1 – Choix d'une théorie dans l'analyse de situation.....	38
5.2 - La motivation et l'implication dans le milieu professionnel.....	39
6 - Méthodologie de l'enquête.....	41
7 – Résultats de l'enquête.....	44
8 – Analyse des résultats et mise en discussion.....	50
Conclusion.....	54
Bibliographie.....	56
Annexes.....	58

Table des illustrations

Le modèle des trois cercles.....	26
La pyramide de Maslow.....	34

Se trouvent en annexe :

Affiches du C2DS

Tableaux de réponse aux questionnaires

Liste des abréviations

ADEME : Agence De l'Environnement Et de la Maîtrise d'Énergie

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

C2DS : Comité pour le Développement Durable en Santé

CDS : Cadre De Santé

CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers

DAOM : Déchet Assimilable aux Ordures Ménagères

DASRI : Déchet d'Activités de Soins à Risque Infectieux

DOM - TOM : Département Outre Mer – Territoire Outre Mer

HAS : Haute Autorité Sanitaire

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

IBODE : Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'État

IDE : Infirmier Diplômé d'État

INSEE : Institut National de la Statistiques Et des Études

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

SFAR : Société Française d'Anesthésie et Réanimation

SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

La fable du Colibri

La fable dite « du colibri » a pour décor une forêt tropicale, ravagée par un gigantesque incendie. Tous les animaux sont affolés, et dans un brouhaha de cris, de peurs et de lamentations, ils prennent la poudre d'escampette, ou alors se terrent, incapables de réagir à la destruction de leur environnement.

Seul un petit colibri tente d'éteindre le brasier, s'échinant à enchaîner les aller-retours jusqu'à la rivière, d'où il revient une goutte d'eau dans le bec qu'il jette dans les flammes. Un toucan, inerte, l'interpelle : « Tu es fou Colibri ! Toi, si petit, tu n'arriveras jamais à éteindre le feu tout seul ! ».

Et le gracile oiseau lui répond: « je sais, mais je fais ma part ».¹

Une métaphore s'impose entre l'incendie de cette fable et le carrefour de crises que traverse notre société actuelle : le réchauffement climatique, les crises financières, économiques et sociales, le recul de la biodiversité, l'épuisement des ressources naturelles, les différentes pollutions, l'explosion des maladies chroniques ...

La question se pose de savoir quelles réponses peuvent être apportées.

Comme dans la fable du Colibri, il n'y a pas de solution miraculeuse, automatique ou simplement évidente à la détérioration de notre environnement.

Dans mon travail, l'écologie est traitée dans un sens large dès le départ, car ce n'est pas juste un problème environnemental mais aussi économique et social.

Les trois problématiques sont intimement liées.

¹ YAHGULANAAS Michael Nicoll, Le vol du Colibri

Introduction

Avant de prétendre au concours IADE, j'ai exercé pendant quatre années au bloc opératoire faisant fonction IBODE.

Ces quatre années ont été riches, intéressantes et nourries d'un parcours atypique.

En effet, j'ai été durant cette période intérimaire, et étais prédestinée à ne faire que des remplacements ici et là.

Mon aventure m'a mené autant en secteur privé qu'en secteur public jusque dans les DOM-TOM.

Mon premier poste était dans un bloc opératoire d'une clinique privée.

Je me suis très vite aperçue que le personnel était vigilant quant au tri des déchets et à la consommation du matériel, aussi l'équipe m'a rapidement formatée sur leurs principes.

Quelques temps après, lorsque j'ai été amenée à travailler en secteur public, j'ai été surprise par une gestion différente. Le personnel n'était pas sensibilisé de la même manière.

Je me suis alors demandée pourquoi une telle différence de mode de fonctionnement pour une même tâche à effectuer ?

Ces différentes expériences m'ont amené à avoir un autre regard tels que la gestion du consommable, la production de déchets, l'usage prédominant de l'usage unique et bien d'autres choses encore.

En effet, les budgets ne sont pas les mêmes d'un secteur à l'autre, et certains établissements obligent les soignants à être très vigilant sur leur consommation.

Pendant ces quatre années, j'ai observé et analysé les comportements, j'ai posé pléthore de questions afin de comprendre les modes de fonctionnement, jusqu'à parfois déranger dans mes requêtes.

Aujourd'hui je me rends compte que ce que j'ai observé en tant que faisant fonction IBODE, je le retrouve de l'autre côté du champ opératoire.

En effet, le tri sélectif est d'après mes observations des déchets inhérents personne dépendante voir établissement dépendant.

Lorsque nous savons que la grande majorité des déchets de l'IADE sont destinés aux déchets assimilés aux ordures ménagères (DAOM), nous nous demandons pourquoi par endroit, seule la poubelle des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) règne en maître !

J'aimerais en tant que professionnelle et à travers ce travail sensibiliser les personnes à l'écologie, et leur montrer qu'une autre façon de consommer est possible.

De cette façon, nous pourrions adopter une consommation raisonnable et raisonnée ce qui aboutirait à générer des économies et réduire notre empreinte carbone.

Pourquoi aujourd'hui je choisis le thème de l'écologie ?

Tout d'abord, à titre personnel, car je me suis toujours questionnée sur ce sujet et d'autant plus de par mes divers voyages. J'ai eu la chance de passer quelques mois au cœur de la forêt Amazonienne et que je ne peux pas dissocier l'attitude écologique professionnelle, de la préservation de l'environnement.

L'hôpital est plus que jamais un gros consommateur d'énergies toutes confondues et par conséquent un gros pollueur. Il me paraît paradoxal qu'un établissement de santé, où l'on dispense des soins soit un pollueur avéré.

Aujourd'hui tous ces déchets contribuent à détruire notre environnement, ce microcosme fragile dans lequel nous vivons et trouvons l'équilibre essentiel à notre vie.

Sans vouloir pronostiquer un tableau noir de cette situation, si l'hôpital continue à fonctionner ainsi, il semble qu'il finira par soigner demain les pathologies auxquelles il aura contribué pendant des décennies.

Ce que je propose dans mon travail d'étude est d'analyser et comprendre nos actes et notre manière de concevoir nos soins au quotidien.

Je voudrais essayer de donner les pistes d'un projet écologique adapté au système

hospitalier, tout en démontrant que ce n'est pas un dessein utopique.

Je pense que les personnes entreprennent plus facilement de nouveaux projets si nous leur en expliquons les enjeux.

1 - De la situation d'appel à la problématique

Comme j'ai pu l'expliquer précédemment, j'ai observé plusieurs modes de fonctionnement dans plusieurs blocs. En revanche, la récurrence de certaines difficultés sont répandues. J'ai souvent constaté que le personnel a parfois tendance à oublier les lumières, à faire un tri des déchets approximatif, et surtout, à ne pas réellement s'en préoccuper.

Lorsque j'ai commencé mes études d'IADE, je me suis questionnée sur la destination des gaz halogénés et du protoxyde d'azote utilisés au quotidien, mais également sur les restes de produits anesthésiques.

J'ai pu constater que les IADE jettent les restes de produits liquides d'anesthésie (hypnotiques, catécholamines, curares,...) directement dans les DASRI.

De cette dynamique là, nous rejoignons le concept de consommation raisonné et raisonnable.

En effet, si les professionnels prévoient les quantités suffisantes pour leur charge de travail sans se mettre dans une position ni d'inconfort ni d'insécurité on pourrait souvent éviter de jeter des seringues pleines de produits en tout genre.

Au vu de ces interpellations, je suis devant une multitude de questions qui attendent des réponses. Mon mémoire a pour but de faire un état des lieux des pratiques d'aujourd'hui, et proposer des solutions alternatives pour l'avenir.

1. Existe t-il dans la législation des directives obligatoires pour tendre vers un hôpital plus respectueux de l'environnement ?

2. Comment agir concrètement au quotidien ?

3. Est ce que je peux sensibiliser mes collègues en instaurant avec l'aide de la hiérarchie un programme éco responsable au bloc ?

De tous ces questionnements, une question générale se dégage :

" Comment l'IADE peut au quotidien réduire l'empreinte carbone de ses soins tout en garantissant une qualité optimale? ".

2 – Naissance de l'écologie

Pendant de nombreuses décennies, les Français jetaient leurs détritus sur la voie publique ou encore dans les fossés. C'est grâce à ces déchets fossilisés que nous pourrons remonter le temps et savoir de quoi se nourrissait le peuple Français pendant près de 2000 ans.

Louis XII ordonnera en 1506 le ramassage des ordures et leur évacuation seulement pour la royauté.

En 1799, une ordonnance de la police impose de balayer quotidiennement devant son logis. C'est aussi à ce moment là que Louis Pasteur fait ses découvertes et cela se révélera décisif en terme d'hygiène.

Tout commence en 1884 avec Eugène Poubelle, préfet de Seine qui invente à la fois la poubelle et prévoit une collecte sélective qui concernera les déchets putrescibles, le verre et le papier.

Cependant il faudra un siècle avant que le tri sélectif ne soit réellement installé.

En 1975, la loi confie aux collectivités locales la responsabilité d'organiser la collecte des déchets ainsi que leur traitement ou leur stockage.

En 1992, la loi est modifiée, les collectivités locales doivent s'organiser afin d'exterminer les dépôts sauvages et valoriser les déchets par le recyclage.

L'écueil principal du tri sélectif à ce moment là est qu'il n'est pas obligatoire mais basé sur le postulat du volontariat.

Par conséquent, cela demande aux citoyens de se renseigner sur les consignes de tri afin de ne pas souiller des déchets recyclables.

Nous pouvons noter que les préoccupations liées à l'écologie sont nées suite à des catastrophes industrielles. Qui ne se souvient pas des désastres causés par Tchernobyl et des différentes marées noires ?

Puis, en 1972, les Nations Unies organisent la Conférence sur l'environnement humain qui s'est tenu à Stockholm. L'organisateur Maurice Strong est à l'origine du concept « éco développement » et crée en 1988 le Programme des Nations Unies pour l'environnement.

En 1992, le sommet de Rio propose des actions concrètes sur tous les plans (local à international).

C'est ainsi que naît l'Agenda 21 qui est un plan d'actions pour le XXI^e siècle ayant pour but la mise en place d'un développement durable, qui garantit à chaque être humain, bien-être et dignité, tout en préservant la planète pour les générations futures.

En 2002, se tenait le sommet mondial pour le développement durable à Johannesburg. Une Déclaration politique et un Plan de mise en œuvre de dispositions ont été décidés. Ils portent sur un ensemble d'activités et de mesures à prendre afin d'aboutir à un développement qui tienne compte du respect de l'environnement,

En 2014, la 20ème conférence de L'ONU se tenait à Lima. Le projet adopté porte sur les futurs engagements de réduction des émissions de gaz à effet de serre que prendront chaque pays courant 2015. Ces engagements doivent permettre de diminuer de 40 à 70% des émissions de CO₂ d'ici 2050. En espérant que la Chine et L'Inde (premier et quatrième pollueur planétaire) s'accordent à jouer le jeu car elles avaient clairement annoncé lors de ce sommet que si les démarches étaient trop contraignantes, elles s'y opposeraient.

2.1 - Quelques définitions

Développement durable :

D'après l'INSEE, le développement durable est un « développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. » selon la citation de Mme Gro Harlem Brundtland, Premier Ministre Norvégien 1987 .

D'après le dictionnaire Larousse il correspond à un « mode de développement veillant au respect de l'environnement par une utilisation prudente des ressources naturelles afin de les rendre durables dans le long terme. »

Écologie :

D'après le dictionnaire Larousse ce terme désigne une « science ayant pour objet les relations des êtres vivants (animaux, végétaux, micro-organismes) avec leur environnement, ainsi qu'avec les autres vivants.

Empreinte carbone : correspond à la mesure du volume de dioxyde de carbone (CO2) émis par combustion d'énergies fossiles, par les entreprises ou les êtres vivants. Le calcul de son empreinte carbone aide à définir les stratégies et les solutions les mieux adaptées à chaque secteur d'activité et de participer ainsi plus efficacement à la diminution des émissions de gaz à effet de serre.

Transition écologique :

D'après le Ministère de l'écologie, la transition écologique implique une utilisation rationnelle et efficace vis-à-vis de toutes les ressources, y compris la sollicitation des régulations naturelles et de résilience face aux aléas climatiques pour les territoires, les procédés industriels et agricoles, les biens et les services.

Elle concerne notamment :

- la rénovation thermiques des bâtiments,
- l'adaptation des transports et de l'aménagement des territoires,
- la production, le stockage et les usages de l'énergie,

- la sobriété en eau,
- la préservation et la restauration des écosystèmes,
- l'économie circulaire,
- la moindre dépense en ressources rares.

La transition écologique n'est pas un simple verdissement de notre modèle de société actuel, c'est adopter un nouveau modèle économique et social, un modèle qui renouvelle nos façons de consommer, de produire, de travailler, et de vivre ensemble.

Les principaux leviers sont :

- l'innovation technologique et organisationnelle, la recherche et développement sur tous les procédés permettant d'économiser les ressources naturelles,
- les changements de comportements afin de faire évoluer nos modes de vie et de consommation,
- l'orientation des financements publics et privés avec une évaluation des impacts et de la rentabilité sur le long terme,
- l'aménagement du territoire,
- la préservation des écosystèmes et les infrastructures économies.

L'objectif de la transition écologique est de permettre le développement durable.

Aujourd'hui, nos modèles de croissance ne sont plus possibles au vu des ressources et limites de la planète. Il faut donc passer par une transition écologique pour refonder nos modèles et aboutir à un développement pérenne.

La transition écologique traduit le passage d'une société fondée sur une consommation abondante d'énergies fossiles à une société plus sobre en énergie et faiblement carbonée.

Le développement durable doit s'évaluer dans une triple durabilité .

Pour qu'une politique de développement soit durable, elle doit être économiquement viable, dans un environnement vivable qui respecte les ressources naturelles et préserve la biodiversité, le tout dans une société équitable.

2.2 - Les actions pour la santé

La loi du Grenelle de l'environnement

Le ministère du Développement durable, le Ministère de la Santé et des Sports, la Fédération Hospitalière de France, La Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs et l'Agence De l'Environnement Et de la Maîtrise d'Énergie (ADEME) signent une convention le 27 octobre 2009.

Elle a pour but de proposer des actions à mettre en œuvre en faveur de l'écologie, de l'environnement et de la sauvegarde de la biodiversité.

Elle prévoit la mise en place d'une évaluation des performances grâce à un baromètre de développement durable dans les établissements.

Le Baromètre de développement durable

Il correspond à une étude faite annuellement depuis 2008 auprès de tous les Établissements de Santé Français.

Il permet de mesurer la prise en compte du développement durable et de recenser les actions économiquement et socialement responsables.

Par conséquent, plusieurs volets y sont étudiés tels que l'organisation et le management, la politique d'achat, la construction et la rénovation des bâtiments, la gestion de l'eau et d'électricité, des déchets,

2.3 - Les outils de Développement Durable

La Certification V2010 selon la Haute Autorité Sanitaire (HAS) intègre des critères de développement durable sur plusieurs niveaux. Son objectif est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Le plan Hôpital 2012 s'inscrit dans une logique de projets de construction et de rénovation dans un contexte de développement durable, mais également une recherche de la maîtrise

des coûts².

La Haute Qualité Environnementale permet de faire certifier de manière volontaire les efforts fournis pour produire des bâtiments en diminuant le coût et la consommation d'eau, d'énergies et d'émission en CO2.

² Xavier BERTRAND, Conférence nationale sur l'investissement hospitalier du plan Hôpital 2007-2012.

3 - Cadre Contextuel : introduction de l'écologie dans le secteur sanitaire

3.1 - Principaux textes réglementaires

Loi du 15 juillet 1975 : est relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux, modifiée par la loi du 13 juillet 1992 et par la loi du 2 février 1995 .

Elle définit le déchet et introduit deux principes :

- L'agrément des exploitants des sites d'élimination des déchets par l'administration, qui fixe également les conditions d'exercice et d'activité d'élimination.
- Le principe de pollueur-payeur, le producteur de déchet doit s'assurer que ses produits seront éliminés conformément à la législation. Ainsi, il incombe à tout établissement de santé d'éliminer ses propres déchets, de veiller à ce que les déchets produits soient triés, stockés, collectés, transportés, traités et éliminés correctement. Des sanctions sont prévues pour les producteurs ne respectant pas la législation.

Loi du 19 juillet 1976 : est relative aux installations classées pour la protection de l'environnement, modifiée par le décret du 20 mars 2000. Une autorisation préfectorale est indispensable pour qu'une installation puisse traiter des déchets, que ce soit pour le stockage, comme pour l'incinération.

Décret du 13 juillet 1994 : est relatif aux emballages industriels. Il est précisé que les modes d'élimination des emballages sont la valorisation par réemploi, le recyclage ou tout autre action visant à obtenir des matériaux réutilisables.

L'établissement devra s'assurer de ne pas mélanger des déchets d'emballage avec d'autres déchets sous peine de sanction pénale.

Décret du 18 novembre 1996 : est relatif au Règlement Sanitaire Départemental. Chaque établissement doit respecter les prescriptions contenues dans les plans départementaux ou interdépartementaux d'élimination des déchets ménagers et assimilés.

Le Préfet ou le Maire peut imposer à l'établissement un tri plus complet en d'autres catégories en cas de collecte sélective extérieure.

Dans l'article 74, il est précisé que le mélange des ordures ménagères aux déchets des

activités de soins est interdit.

Décret du 6 novembre 1997: est relatif à l'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux et assimilés, et des pièces anatomiques.

Ce décret donne une définition du DASRI et fixe les conditions de stockage, de conditionnement et d'élimination.

Selon l'article 4, les DASRI doivent être dès leur production, séparés des autres déchets.

Il introduit la notion de tri sélectif. En ce qui concerne leur élimination, deux solutions sont envisagées, le pré traitement ou l'incinération.

3.2 - Les institutions en France :HAS³ et C2DS

En 2005, la France a intégré dans le préambule de sa Constitution les droits et devoirs définis dans la Charte de l'environnement s'engageant ainsi dans la stratégie européenne de développement durable (SEDD).

Le Grenelle de l'environnement marque l'engagement affiché des institutions publiques.

"La qualité des soins, [...], ne doit pas être atteinte aux dépens de l'environnement" - Extrait du discours de la Ministre de la santé et des sports, prononcé le 27 octobre 2009 lors de la signature de la convention portant engagement des établissements de santé dans le cadre du Grenelle de l'environnement.

Il est devenu une composante essentielle de la stratégie des entreprises. Le monde de la santé n'y échappe pas. À travers le respect des normes, la recherche de la sécurité sanitaire dans toutes ses composantes (l'eau, les déchets hospitaliers, le risque infectieux...) et la gestion des risques, une réflexion est déjà engagée.

Le développement durable en santé permet de réconcilier les démarches qualitatives déjà existantes en posant de nouvelles questions et en affinant le raisonnement sur :

- les valeurs, missions, activités d'un établissement de santé et ses notions de responsabilité sociale et environnementale,
- la démarche d'amélioration continue de la qualité dans une perspective de continuité et de durabilité,
- la gestion des risques avec les risques environnementaux, sociaux et économiques,
- un système de soins respectueux de l'homme et de son environnement.

Pourquoi inscrire le développement durable dans la certification ?

La certification des établissements de santé menée par la Haute Autorité de Santé a pour vocation d'améliorer la prise en charge des patients en portant notamment son regard sur la conduite des démarches de qualité et de sécurité.

Le développement durable quant à lui enrichit logiquement la notion de qualité et de sécurité des soins.

³ www.has.fr

Le souci permanent de la sécurité doit intégrer les risques liés aux 3 piliers du développement durable (environnemental, social/sociétal, économique).



Le modèle des trois cercles

Il existe d'autres points de convergence :

- le diagnostic du développement durable : porte sur les processus déjà identifiés par les démarches de qualité et de gestion des risques, avec souvent les mêmes acteurs ;
- les objectifs à atteindre sont communs et visent un souci d'efficience, de qualité, de prévention, de sécurité et de progrès continu.

Une convention cadre grenelle de l'environnement⁴

Elle a été cosignée par les ministères de l'Environnement, de la Santé et des Sports, le secrétariat d'État à l'écologie, l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe) et les différentes fédérations le 27 octobre 2009.

⁴ www.legrenelle-environnement.fr

Le baromètre du développement durable en santé est l'outil de mesure des critères de progrès inscrits dans la convention d'engagement.

Il permet également de faire un état des lieux des actions et projets dans le domaine de l'éco responsabilité, de faire son propre bilan, d'évaluer ses progrès d'une année sur l'autre et de se situer par rapport aux autres établissements.

Le C2DS : Comité pour le développement durable en santé⁵

Le C2DS est une association à but non lucratif, créée en 2006, par des professionnels de santé mobilisés par le développement durable.

L'objectif de cette association est de sensibiliser les acteurs de santé aux avantages des bonnes pratiques du développement durable afin de mieux maîtriser les répercussions sur l'impact humain, environnemental et économique de leurs activités.

Le C2DS interpelle par des campagnes d'informations les professionnels de santé, les décideurs de santé, les industriels, les pouvoirs publics, les associations et les médias sur ce qui est de nature à menacer la santé des patients, celle des soignants, des salariés, comme du personnel de santé et des fournisseurs.

Le C2DS propose des items sur lesquels les établissements hospitaliers peuvent agir, tels que⁶ :

– Réduire les déchets d'emballage :

Comment ?

L'établissement de santé met en œuvre une politique d'achats qui réduit en amont la quantité de déchets, notamment ceux d'emballages.

Le cahier des charges des différents achats comporte dans ce sens des critères de limitation des déchets d'emballages. La consultation des stocks est imposée avant toute commande.

L'établissement ajuste au mieux la taille et l'épaisseur des emballages des dispositifs médicaux.

Pourquoi ?

Un établissement de santé génère en moyenne 50 tonnes de déchets de carton par an, des emballages qui ne servent qu'une seule fois.

⁵ www.c2ds.eu

⁶ Affiche en annexe

- Réduire à la source la production de déchets dangereux :

Comment ?

L'établissement de santé introduit dans les cahiers des charges des équipements et des critères spécifiques. Tout est fonction de la nature des dangers qu'ils présentent, de la quantité de déchets qu'ils produisent et des risques qui en découlent pour les utilisateurs.

Toutes ces caractéristiques amènent des critères qui font partie des choix d'achats.

Parallèlement, l'établissement de santé applique une politique de substitution pour les produits et consommables les plus dangereux et ceux utilisés en quantité.

Ils proposent de les remplacer par un équivalent moins ou non dangereux qui est ensuite évalué à performance égale.

L'établissement de santé met en place des mesures et protocoles qui permettent de maîtriser la production de DASRI et fixe des objectifs annuels de réduction.

Pourquoi ?

La mise en place d'une politique d'achat prenant en compte ces deux problématiques permet une diminution de la production des déchets dangereux par un établissement.

Ces mesures ont des conséquences immédiates en matière d'amélioration de la sécurité des biens et des personnes, et, une diminution des coûts liés au traitement des déchets dangereux.

La prévention de l'exposition aux substances chimiquement dangereuses est par ailleurs une obligation inscrite dans le code du travail.

La priorité est donnée aujourd'hui à la réduction à la source, car ne pas produire de DASRI reste le meilleur moyen de ne pas en avoir à traiter par la suite.

- Séparer et trier les déchets dangereux et les déchets non dangereux :

Comment ?

Les déchets chimiquement dangereux et non chimiquement dangereux sont préalablement identifiés, classés et quantifiés.

L'établissement de santé trie à la source les déchets dangereux produits par l'ensemble de ses services. Il dispose de procédures et protocoles précis en matière de classification des déchets, de méthodologie de tri et de logistique nécessaire à leur entreposage et leur traitement.

Ces procédures sont diffusées et connues des professionnels, en particulier à travers des actions régulières de formation continue et d'information.

Pourquoi ?

La production de déchets dangereux des établissements de santé ne se limite pas aux activités de soins et de laboratoire : les déchets dangereux sont omniprésents en milieu hospitalier.

Seul un tri méticuleux au moment de leur production garantit le caractère non toxique des déchets (par mise en décharge ou par incinération).

La règle d'or en matière de traitement de déchets consiste à traiter chaque déchet en fonction de sa nature et de ses caractéristiques physico-chimiques.

- Séparer les restes de médicaments, notamment liquides, non utilisés :

Comment ?

L'établissement de santé élimine les restes de médicaments non utilisés (MNU), fin de flacons, d'ampoules, de poches, avec les déchets dangereux, en vue d'éviter tout rejet de MNU vers l'égout.

Pourquoi ?

Le rejet des médicaments périmés ou non utilisés dans l'égout représente une infraction à la législation et déplace le problème vers la qualité de l'eau en aval des stations d'épuration avec la production de boues chargées en molécules médicamenteuses.

Partenariat C2DS et HAS

En mars 2009, un partenariat a été signé entre la Haute Autorité de Santé et le Comité pour le Développement Durable en Santé avec pour objectif, la promotion du développement durable dans les établissements de santé, à travers, notamment la certification.

Ce partenariat a pris fin en mars 2011.

3.3 - Les déchets hospitaliers

Les déchets d'activités de soins sont « des déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire, ainsi que ceux des activités de thanatopraxie, de recherche et d'enseignement médical ou vétérinaire qui représentent les mêmes caractéristiques. »

Les déchets hospitaliers se répartissent en deux catégories :

- les déchets d'activités de soins assimilables aux déchets ménagers (DAOM)
- les déchets d'activités de soins à risques (DASRI) :
 - déchets d'activité à risques infectieux
 - déchets d'activité de soins à risques chimiques et toxiques
 - déchets d'activités de soin à risques radioactifs
 - pièces anatomiques.

L'élimination des déchets hospitaliers est un ensemble de collecte de transport, de stockage, de tri et de traitement (loi n°75-633 du 15 juillet 1975 modifiée).

La responsabilité de l'élimination des déchets hospitaliers incombe :

- à l'établissement producteur,
- à la personne morale pour le compte de laquelle un professionnel de santé exerce l'activité productrice de déchets,
- à la personne physique qui exerce l'activité productrice de déchets, dans tous les cas.

« Ce n'est qu'en 1988, avec l'édition du guide sur le traitement des déchets hospitaliers, puis le début de la réflexion sur les schémas régionaux d'élimination que les responsables hospitaliers ont pris en compte la réglementation en matière d'élimination des déchets ». ⁷

C'est l'hôpital de Bordeaux puis les Hôpitaux de Paris qui élaboreront les premiers des filières d'élimination des déchets conformes à la législation.

⁷ LEFRAND, MARCELIN. Gérer les déchets hospitaliers

Mais dans les années 90, l'opinion publique se soulève vis à vis des facteurs de contamination du SIDA, et le mouvement est accéléré.

Les établissements de santé ont alors mis en œuvre une procédure d'élimination des DASRI.

Aujourd'hui, tous les établissements hospitaliers prennent en compte le risque infectieux, et élimine les déchets d'activité de soins au seul moyen de la filière d'élimination DASRI.

Déchets d'activités de soins à risques - Comment les éliminer ?⁸

La définition d'un DASRI est indiquée dans le code de la santé publique article 1335-1.

De manière générale, tout article de soins et tout objet souillé (ou contenant) du sang ou un autre liquide biologique (liquide pleural, péritonéal, péricardique, amniotique, synovial...) soit :

- les déchets anatomiques humains, correspondant à des fragments humains non aisément identifiables par un non spécialiste ;
- certains déchets de laboratoire (milieux de culture, prélèvements) ;
- indépendamment de la notion de risques infectieux, tout petit matériel de soins fortement évocateur d'une activité de soins et pouvant avoir un impact psychoémotionnel : seringue, tubulure, sonde, canule, drain, gant...

Certains déchets d'activités de soins nécessitent une évaluation au cas par cas pour décider de la filière par laquelle ils seront éliminés :

- soit la filière des déchets d'activités de soins à risques infectieux,
- soit la filière des déchets ménagers et assimilés.

Cette décision repose sur la mise en œuvre ou non de mesures d'hygiène spécifiques pour un patient donné, ou un groupe de patients, en fonction d'un statut infectieux avéré ou possible. Ces dispositions font partie des précautions particulières (notamment d'isolement septique, contact, gouttelettes, air) définies dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales (infections associées aux soins en établissement de santé). Elles font l'objet d'une validation par le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) dans les établissements de santé.

⁸ www.sante.gouv.fr

3.4 - Le cas du protoxyde d'azote

Le protoxyde d'azote (N₂O) est un gaz qui a été synthétisé au XVIIe siècle par un Anglais nommé Mayo. En 1799, un certain Davy se l'administre et décrit des effets analgésiques et dysphoriques du gaz.

A cette époque le Dr Wells, dentiste de profession, se fait arracher une dent sous protoxyde d'azote. Il sera satisfait de ce produit et l'utilisera pour ses patients. Il arriva en France en 1867.

Le protoxyde d'azote devint alors apprécié non seulement comme adjuvant de l'anesthésie générale, mais aussi pour ses propriétés analgésiques. Il ne recevra son autorisation de mise sur le marché en France qu'en 2001.

Il s'agit un gaz anesthésique utilisé de manière quasi systématique en anesthésie, mais depuis quelques années les professionnels revoient son utilisation du fait de ses effets indésirables.

Certains se questionnent sur le bien fondé de cette utilisation courante.

Les avantages du protoxyde d'azote :

- cinétique courte
- action et élimination rapide
- action analgésique dose dépendante
- permet de réduire la concentration d'autres agents par un effet potentialisateur et secondairement, permet de faire des économies d'halogénés.

Les inconvénients du protoxyde d'azote :

- cardio-vasculaire avec une dépression myocardique,
- respiratoire par hypoxie de diffusion,
- neurologique en augmentant la pression intracrânienne,
- hématologique, en inactivant la vitamine B12 et en provoquant des leuconeutropénies,
- effet émétisant,
- diffuse dans les cavités naturelles en augmentant le volume et la pression des cavités aériennes,
- environnemental car il réchauffe l'atmosphère par son caractère de gaz à effet de

- serre et contribue à la destruction de la couche d'ozone,
- sur le personnel hospitaliers, il est responsable d'avortements spontanés, de stérilité et de troubles neurologiques chez les soignants exposés de manière répétée à l'inhalation de ce gaz.

Pour quelles raisons utilisons-nous encore le protoxyde d'azote ?

Ses qualités de cinétique courte, de propriété analgésiante, de potentialisateur sont intéressantes mais peuvent être solutionnées avec d'autres produits d'anesthésie.

Le confort d'utilisation, les habitudes d'emploi régulière et la méconnaissance des effets secondaires de ce produit, engendrent un emploi de cet agent inhalatoire souvent évitable.

Le système antipollution

Par circulaire ministérielle il est demandé que les salles où se réalisent les anesthésies, y compris l'induction et le réveil, soient équipées de dispositifs assurant l'évacuation des gaz et vapeurs anesthésiques de façon à limiter leurs concentrations dans l'air ambiant.

La Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR) recommande l'utilisation dans les sites d'anesthésie de systèmes antipollution évacuant à l'extérieur du bâtiment le protoxyde d'azote et les vapeurs halogénées sortant de la valve d'échappement du système anesthésique et du ventilateur.

Les cartouches absorbantes retiennent les vapeurs halogénées mais pas le protoxyde d'azote.

Compte tenu de la difficulté d'installer des dispositifs d'évacuation dans certains sites existants, cette recommandation s'applique essentiellement aux sites à venir et à ceux devant subir des transformations, à condition que les sites actuels bénéficient d'une ventilation conforme aux normes, c'est-à-dire un apport en air neuf d'au moins 15 volumes par heure selon la SFAR⁹.

⁹ Recommandations concernant l'équipement d'un site ou d'un ensemble de sites d'anesthésie. Paris : Sfar, 1995.

La pollution atmosphérique¹⁰

La biotransformation et biodégradation du protoxyde d'azote sont très lentes, et la demi-vie du gaz dans l'atmosphère est évaluée entre 100 et 150 ans. Il détruit la couche d'ozone qui nous protège des radiations ultraviolettes du soleil.

Également, il favorise l'effet de serre, les pluies acides au même titre que le CO₂ entraîne le réchauffement climatique.

Les rayons ultraviolets émis par le soleil pénètrent les trous de la couche d'ozone et dégradent le protoxyde d'azote présent en deux composés toxiques qui, à leur tour, attaquent la couche d'ozone et la détériore.

Le protoxyde d'azote d'origine médicale représente environ 10 % de la pollution atmosphérique.

Nous disposons actuellement de moyens en anesthésie permettant de limiter la pollution atmosphérique en limitant la quantité de gaz rejetée. Les nouveaux matériels de ventilation permettent un faible débit de gaz frais réduisant au minimum la quantité de protoxyde rejetée.

Par cette action, ils réduisent également le coût des agents inhalés qu'ils potentialisent.

Si l'argument écologique peut dissuader certains de l'utilisation du protoxyde d'azote, cet argument devient moins prédominant lorsqu'une situation d'anesthésie nécessite son utilisation.

En d'autres termes, l'argument écologique n'est en aucun cas l'élément décideur en anesthésie.

La sécurité du patient en anesthésie prévaut toujours avant l'argument écologique.

10 www.sfar.fr

4 - Cadre conceptuel

4.1 - Concept d'implication

D'après le dictionnaire le Larousse, le verbe impliquer signifie « attribuer à quelqu'un une part de responsabilité dans une affaire ». De ce fait, et d'après la même source, « l'implication est l'état de quelqu'un qui est impliqué dans une affaire. »

Maurice Thévenet nous donne une définition de l'investissement personnel au travail, d'après lui¹¹: « [...] l'efficacité ne se résume pas à une question d'effort, elle exige d'un individu un investissement personnel fort pour que la qualité de la prestation soit assurée. Il doit mobiliser ses émotions, sa bonne volonté et son empathie. C'est alors le sens qu'il porte à son travail qui conditionne son attitude... et son efficacité. [...] l'attitude de la personne est la clé de la réussite ».

L'implication ne se décrète pas.

« Pour comprendre les ressorts de son implication, il faut s'intéresser à ce qu'elle met d'elle-même dans son travail : ses compétences et ses connaissances, mais aussi sa volonté et ses ressources humaines, au-delà des référentiels classiques. Il est également nécessaire de prendre en compte la façon dont l'organisation et le groupe de travail auxquels elles appartiennent contribuent à son identification en terme de valeur et de reconnaissance.[...] L'implication ne se décrète donc pas. Au management, par contre, de s'assurer que les conditions qui la favorisent sont remplies : cohérence, réciprocité, appropriation. [...] »

Quelle analyse pouvons-nous faire de ces deux articles ?

Tout d'abord, nous remarquons que l'implication est "personne dépendante".

Par conséquent, nous rencontrerons toujours des personnes moins impliquées dans le respect des nouvelles directives.

Nous comprenons également que la hiérarchie doit jouer un rôle. En effet, comme le stipule l'auteur, le management doit conditionner les acteurs en leur apportant toutes les conditions nécessaires et propices aux bonnes exécutions.

Le cadre du bloc opératoire ou une personne nommée référente a, un rôle prépondérant.

¹¹ M. Thévenet « L'implication éternelle question » article issu du numéro 12 Des grands dossiers des Sciences Humaines : intitulé « Malaise au travail ».

Sa mission est de donner les tenants et les aboutissants d'un projet écologique et motiver son équipe par des informations claires, par une organisation adaptée, et en les encourageant par les résultats des efforts fournis.

Il me paraît difficile d'impliquer au long terme des acteurs de santé, quels qu'ils soient, s'ils n'ont aucun retour positif suite aux efforts produits.

Comment influer sur l'implication ?

Comme nous l'avons vu précédemment, l'implication ne se décrète pas et c'est ce qui rend la tâche compliquée. La part personnelle de chaque employé est prépondérante et imputable.

En conséquent, il faut développer au niveau de l'institution des outils pour donner toutes les conditions nécessaires aux professionnels afin que ceux ci se sentent impliqués et motivés par un nouveau projet.

Cela passe par trois conditions¹²:

- la cohérence : il est nécessaire que l'institution montre l'exemple et soit un modèle à suivre,
- la réciprocité : l'entreprise doit donner les moyens à ses employés pour parvenir à la réussite du projet,
- l'appropriation : l'information et la formation sont incontournables.

4.2 - Concept de motivation

D'après Angel Egido dans « l'ABC de la VAE¹³ » :

« Concept psychologique polymorphe, la motivation renvoie simultanément à une prédisposition subjective consciente de faire ou de vouloir faire quelque chose, à un souci d'homéostasie du sujet en relation avec son environnement par cessation ou recherche de stimulation, à une attitude sociale tributaire de la culture ambiante porteuse d'attentes et d'expectations. »

12THEVENET, M,Le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes,Éditions d'Organisation, mai 2001 p 196

13 Egido Angel, « Motivation, un concept polymorphe », *L'ABC de la VAE* , Éditions ERES, 2009, P.165

La motivation, est propre à l'humain, et se transforme en « théorie de responsabilité personnelle. »

Par conséquent, la manière de considérer et de vivre cette responsabilité influence la façon d'interpréter la motivation de chaque individu.

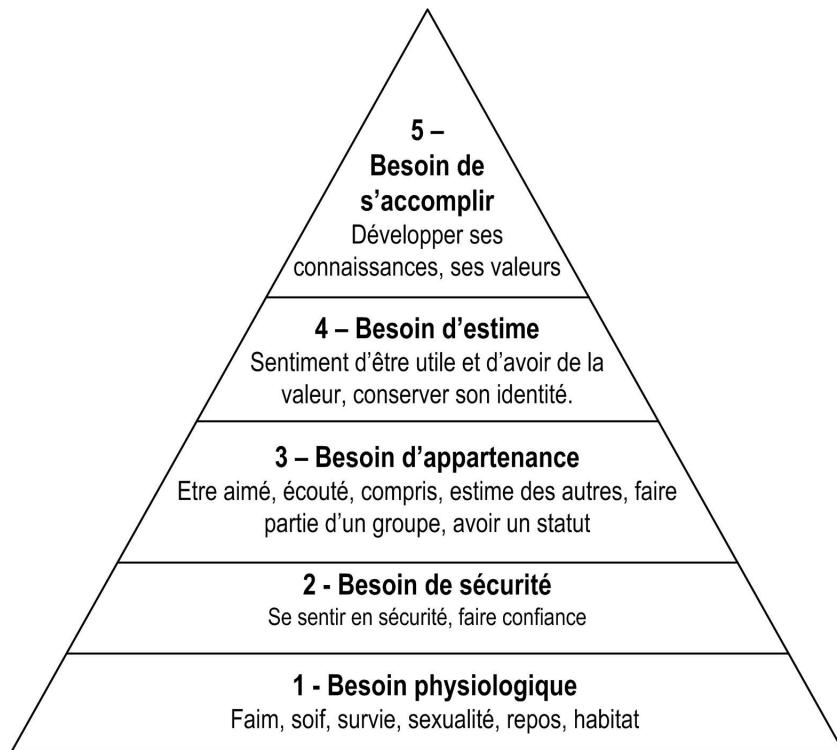
Pour aider à comprendre d'où vient la motivation, je propose trois théories, toutes différentes les unes des autres.

De toutes ces théories, je propose une analyse succincte mais surtout une base sur laquelle nous pouvons réfléchir pour ensuite agir concrètement.

Commençons par A. Maslow, connu pour avoir hiérarchisé les besoins, souvent représentés par une pyramide qui porte son nom.

4. 2.1 - Théorie des besoins selon MASLOW

La pyramide de Maslow



La hiérarchie des besoins selon la pyramide de Maslow

A.MASLOW est un psychologue américain qui dévoile en 1970 sa théorie complète de la motivation : la hiérarchie des besoins.

Il recherche ce qui se cache derrière ces motivations, et met à jour cinq groupes de besoins fondamentaux :

les besoins physiologiques, les besoins de sécurité, les besoins d'appartenance et d'amour, les besoins d'estime et le besoin d'accomplissement de soi.

En effet, le caractère particulier d'une motivation a pour origine les nombreux facteurs tels que la culture, le milieu social ou encore l'éducation reçue.

Une personne peut satisfaire son estime en étant reconnue par ses pairs et/ou en possédant un pouvoir.

Il conclut son étude en affirmant que derrière chaque motivation ou chaque désir se cache un besoin fondamental.

Il inscrira ces besoins dans une pyramide, qu'il classera par ordre croissant de nécessité.

Besoin physiologique : sont des besoins de survie liés à la nature humaine comme respirer, se nourrir, dormir, se loger

Besoin de sécurité : correspond aux mesures mises en place pour garantir sa survie. C'est la recherche de la sécurité physique, mais aussi morale et psychologique.

Besoin d'appartenance : correspond au fait de savoir que l'on compte pour les autres. C'est donc un besoin social, le sujet cherche à communiquer avec les autres afin de créer du lien social.

Besoin d'estime : est la recherche de la valorisation au travers d'un emploi, de loisirs. C'est être indépendant, reconnu pour ce que l'on est, et, être estimé.

Besoin de réalisation de soi : est affirmer de manière personnelle son caractère unique.

Besoin de découverte et d'accomplissement personnel.

Les limites de MASLOW :

Suivant sa culture, son éducation, son mode de vie, ses motivations, la hiérarchisation des besoins peut être sensiblement différente.

D'après MASLOW, la motivation serait suscitée par la volonté de satisfaire des besoins selon une priorité croissante.

Satisfaire un besoin inférieur avant le besoin supérieur n'est pas systématique.

De plus, dans cette théorie, je n'ai pas trouvé de place pour l'amotivation donc d'après MASLOW, toute personne est un tant soit peu motivée.

Dans un autre registre, voici une autre théorie qui nous apporte une certaine complémentarité à celle proposée par Maslow.

4.2.2 - Théorie de Deci et Ryan.

Cette théorie, initialement présentée par Richard Deci en 1975 et enrichie par Ryan (1985, 2002), présente l'originalité de distinguer deux types de motivation suivant qu'elle est "imposée" ou non.

La motivation intrinsèque : correspond à l'action conduite uniquement par l'intérêt et le plaisir que l'individu trouve dans l'action, sans attente de récompense externe.

La motivation extrinsèque : est l'action provoquée par une circonstance extérieure à l'individu (punition, récompense, pression sociale, obtention de l'approbation d'une personne tierce...).

Ces deux types de motivations sont complétés par un troisième état : l'amotivation où l'individu a le sentiment d'être soumis à des facteurs hors de tout contrôle. L'amotivation se distingue de la motivation extrinsèque par l'absence de motivation liée au sentiment de ne plus être capable de prévoir les conséquences de ses actions.

Une deuxième originalité de cette théorie est d'organiser ces motivations entre elles suivant une échelle continue de régulation (ou d'auto-détermination) :

Absence de régulation : est l'absence complète de motivation.

Régulation externe : où le comportement de l'individu est régulé par des sources de contrôle extérieures à la personne, telles des récompenses matérielles ou des contraintes

imposées par une autre personne.

Régulation introjectée : l'individu commence à intérieuriser les contraintes externes en se culpabilisant notamment. L'action n'est pas encore librement choisie puisque l'individu agit pour éviter une conséquence désagréable qu'il s'impose en se culpabilisant.

Régulation identifiée : même si l'activité au final est réalisée à des fins externes, elle devient valorisée et importante pour l'individu qui s'identifie alors à cette activité.

Régulation intégrée : l'activité est cohérente avec le concept de soi de la personne, qui peut alors s'approprier l'action et trouver des sources d'auto-motivation complémentaires à la source externe à l'origine de l'action.

Régulation intrinsèque : ici l'action est conduite uniquement par l'intérêt et le plaisir que l'individu trouve à l'action, sans attente de récompense externe.

Les limites de DECI et RYAN :

Cette théorie est complète mais peut se montrer complexe. En effet mon travail d'enquête s'adresse à une population et pas à un individu. On sait que chaque individu dans un groupe montre une motivation qui lui est propre, que l'on peut positionner en terme de régulation selon Deci et Ryan. La difficulté de cette théorie à travers son utilisation dans mon travail réside dans le fait qu'il faut synthétiser les résultats d'un questionnaire de groupe par le biais d'un outil individualiste. Néanmoins, cela reste une théorie très élaborée avec beaucoup de nuances, qui me permettrait d'approfondir davantage mon investigation.

5 – Cadre opérationnel

5.1 – Choix d'une théorie dans l'analyse de situation

Maintenant que les deux théories ont été expliquées, je propose l'analyse de chacune. Ceci permettra de mieux situer les conditions qui nous entourent et de trouver peut-être la clé de la motivation.

En ce qui concerne Maslow, l'humain hiérarchise ses besoins de façon inconsciente.

De cette fait, dans la situation de motivation d'une équipe de soins au développement durable, on peut supposer que l'on se situe dans le besoin de réalisation de soi.

Je peux également me permettre de penser que c'est le besoin d'estime qui est renforcé.

En effet, le sujet se démarque par des connaissances sur le sujet, et en ayant une attitude écologiquement responsable. Le besoin de reconnaissance est satisfait par un partage de connaissances avec l'ensemble de l'équipe.

En ce qui concerne la théorie de Deci et Ryan, elle est beaucoup plus étayée que les deux autres et nous permet d'affiner plus en profondeur les caractères des personnes rencontrées.

La motivation intrinsèque permet d'expliquer que quoiqu'il se passe, la personne prend plaisir à faire ce qu'elle fait, et, est convaincue que ses idées sont bonnes. C'est une conviction personnelle et n'attend aucune récompense.

La motivation extrinsèque est répartie en plusieurs niveaux, où nous retrouvons un désir d'engagement différent.

- La régulation intégrée : dans ce cas de figure, l'IADE est d'accord avec la conception d'un programme de développement durable au quotidien dans les soins. Il trouve que l'idée est cohérente et trouve également d'autres motivations que celles abordées.
- La régulation identifiée : l'IADE s'identifie à l'activité, à l'effort de l'équipe de travail, la valorise mais ne le fait pas pour ses propres convictions. Il est coopérant mais il a besoin d'une reconnaissance professionnelle.

- La régulation introjectée : ici l'IADE aura l'impression de subir une contrainte professionnelle. Les actions à mettre en œuvre pour le développement durable seront réalisées pour éviter des conséquences professionnelles.
- La régulation externe : l'intérêt dans ce cas là pour l'IADE est d'avoir soit une reconnaissance de ses pairs, soit une augmentation de salaire.

Selon la théorie de l'autodétermination, les individus parvenant à satisfaire leur besoin d'autonomie agissent par motivation intrinsèque et par régulation identifiée.

À l'opposé, ceux qui ne parviennent pas à satisfaire ce besoin d'autonomie agissent dans leurs activités selon une motivation par régulation introjectée, par régulation externe ou encore sont amotivés.

Selon la théorie de l'autodétermination, le contexte et les facteurs (déterminants) sociaux et environnementaux peuvent faciliter ou nuire à la motivation autodéterminée.

5.2 - La motivation et l'implication dans le milieu professionnel

Ces concepts nous expliquent que dès lors l'humain est au centre d'un projet imposé, une partie du programme sera difficilement appliquée car on a peu d'emprise sur lui.

Le cadre de santé doit s'engager avec son équipe dans l'élaboration de nouveau projet.

La tâche devient complexe du moment où le cadre n'est lui même ni motivé, ni impliqué par un tel sujet, ou encore lorsque sa hiérarchie ne le soutient pas.

Pour établir un état des lieux écologique du secteur sanitaire, il est nécessaire en premier lieu de connaître la dynamique de l'établissement, de se tourner ensuite vers les cadres de santé, pour enfin se diriger vers les IADE.

A travers l'approche théorique, on explique mieux les comportements. On distingue les degrés de motivation des professionnels, qu'ils soient intrinsèquement motivés ou engagés dans différentes régulations de motivation.

La théorie de Deci et Ryan permet de mieux cerner les différents degrés de motivation de l'IADE et permettra d'adopter l'attitude en lien avec leur état d'esprit. Elle nous permet de dévoiler les caractères de chacun, les traits de personnalité en terme de motivation.

De ce fait, il me paraît logique, d'utiliser cette méthode pour analyser les résultats d'enquête de ce travail .

6 - Méthodologie de l'enquête

Pour la réalisation de mon investigation, une demande d'autorisation d'enquête a d'abord été adressée aux directeurs des soins ainsi qu'aux cadres de santé des services ciblés.

Objectifs et choix de la population :

J'ai choisis de rédiger un questionnaire destiné à la population IADE pour faire un état des lieux des connaissances sur le développement durable et de l'écologie hospitalière.

J'ai sélectionné la population IADE car c'est ce poste qui m'intéresse. J'ai remarqué au cours de mon expérience professionnelle et lors de mes stages, que les IBODE paraissent plus sensibilisées au tri des déchets que ne le sont les IADE.

Les IADE produisent peu de déchets de manière générale, et la plupart de ce qu'elles emploient se jette avec les ordures ménagères (sac noir), par conséquent, j'estime que l'information sur le tri sera aisée et rapide.

Le questionnaire comporte 9 questions semi ouvertes, à réponse multiples.

Les questions ont été rédigées de façon claire, distincte facilitant les réponses.

Le choix de questions semi-ouvertes à réponses multiples est simple, je souhaite faire un état des lieux des connaissances des IADE, par conséquent cela ne nécessite pas de réponse rédigée.

D'autres part, lorsqu'un questionnaire à questions ouvertes est distribué, on s'expose à avoir plus de pertes car le questionnaire devient plus fastidieux, long et interprété comme potentiellement difficile à compléter.

Autre raison et non des moindres, la facilité lors de l'exploitation des résultats, qui sont ensuite retranscrit dans un tableur Excell.

J'ai fait ces choix là, car je pense qu'il est plus facile d'intéresser des personnes sur un sujet en amenant un support simple à remplir.

J'ai choisi de distribuer 62 questionnaires, sur 3 établissements différents de la région du Languedoc Roussillon :

- 25 dans un Hôpital public type CHU
- 25 dans un Hôpital public type CHU
- 12 dans un Hôpital public de périphérie

A ce jour, j'ai recueilli 47 exemplaires, soit 25 % pertes.

J'ai voulu faire mes enquêtes dans plusieurs établissements pour pouvoir comparer le fonctionnement d'un CHU et d'un Centre Hospitalier de proximité.

Toutefois, je suis consciente que 62 exemplaires de questionnaire distribués ne sont pas représentatifs de ce qui se passe dans ces établissements.

En revanche, cela permet de donner une tendance, ce qui est le but de cette recherche.

Par la suite, j'ai rencontré trois cadres de santé en entretien semi-directif pour faire une analyse plus détaillée des enjeux inhérents au sujet.

L'intérêt de rencontrer ces personnes est d'estimer leur sensibilisation et d'apprécier leur motivation et implication.

Ma grille d'entretien comporte 4 grandes questions avec des sous questions pour recentrer si besoin l'échange.

L'entretien semi directif :

L'entretien a été réalisé dans une pièce calme, à l'écart, téléphone en veille afin d'éviter toutes interruptions. La personne a été informée de la durée de l'entretien, ainsi que de son enregistrement afin de restituer avec fidélité ses dires.

Afin de mettre le soignant en confiance, le respect de l'anonymat est annoncé dès le début de l'entretien.

La durée moyenne de ces entrevues est de 20 minutes en moyenne.

Les questions posées en entretien sont différentes de celles du questionnaire même si certaines se recoupent.

L'entretien me permet contrairement au questionnaire, d'aller plus dans le détails.

Le but est de savoir si l'établissement en question s'inscrit dans un système de développement durable, et comment il implique et motive son personnel hospitalier.

Il me paraît important de rencontrer des cadres de santé car ce sont ces personnes qui donnent l'impulsion pour de nouveaux projets dans un bloc opératoire.

Pourquoi des questionnaires et des entretiens ?

Je me suis aperçue en travaillant que si je voulais réellement que mon travail soit représentatif il fallait interroger deux types de population pour avoir une vue globale de la situation.

Comprendre comment les IADE fonctionnent est très intéressant mais comprendre les enjeux qu'il y a en amont est essentiel. C'est pourquoi, j'ai décidé de m'entretenir avec des cadres de santé pour essayer de saisir quels sont leurs enjeux et si ils s'inscrivent dans une démarche d'écologie hospitalière et de développement durable.

J'ai compris avec les concepts d'implication et de motivation, que l'on ne peut pas ni impliquer ni motiver une personne qui ne le souhaite pas, mais on peut l'amener vers un meilleur mode de fonctionnement en lui donnant les bons outils.

Les limites de l'enquête :

Trois entretiens et 47 questionnaires remplis ne représentent pas une situation générale pour la région Languedoc Roussillon. Je suis consciente de ses limites, mais cela laisse aussi une ouverture pour enrichir cette étude. Il serait intéressant de comparer les Hôpitaux publics et privés.

Également, j'ai rencontré des difficultés à recueillir mes questionnaires. Je suis restée sur place dans le dernier établissement afin que les questionnaires soient remplis et retournés au plus vite. Je pense que si j'avais adopté la même méthode avec les deux autres structures, j'aurai peut être eu moins de pertes.

7 – Résultats de l'enquête

J'ai distribué dans l'Hôpital de proximité 12 exemplaires de questionnaires, pour en récupérer 11.

Puis 50 questionnaires sont distribués sur 2 blocs opératoire du CHRU, pour en récupérer 36 exemplaires. Au final, sur les trois structures, j'ai une perte de 28 % des questionnaires.

Je ne peux donc pas me permettre de qualifier cette étude comme quantitative mais plutôt comme qualitative à caractère quantitatif.

Les points positifs des questionnaires :

- 95 % des IADE ont conscience que la santé pollue,
- 70 % connaissent les caractéristiques et l'élimination des gaz d'anesthésie,
- 95 % pensent que l'hôpital devrait faire des efforts pour préserver les énergies fossiles,
- 97 % pensent que le mauvais tri est synonyme de pollution et de dépenses supplémentaires,
- 59 % des IADE sont prêt à utiliser un nouveau dispositif moins polluant pour recueillir les fins d'ampoules et fin de seringues,
- 68 % font le tri sélectif à leurs domicile.

Les points à améliorer sont :

- 57 % des personnes interrogés n'ont pas reçus d'informations sur le tri des déchets,
- 83 % souhaitent recevoir des informations.

Par conséquent, malgré leurs bonnes volontés, les erreurs de tri les plus rencontrés sont :

- les compresses bétadinées (50 %)
- couvertures chauffantes (36 %)
- plateau intubation (23 %)
- poche de perfusion pleine (15 %)

Je peux émettre un doute sur la perception des professionnels vis à vis des propositions de réponses. Les suggestions comprenaient des produits non souillées, sauf cas contraire.

Il existe un flou dans les textes légiférant les DASRI, demandant que tout déchet révélateur d'activité hospitalière soit, même s'il n'est pas souillé, éliminé par la filière DASRI.

Une autre idée reçue perdure dans l'état d'esprit des professionnels qui, consiste à jeter tous le matériel qui a été en contact avec le patient même si celui-ci n'est pas contagieux.

De ce fait, je ne pense pas que les résultats obtenus soient révélateurs.

Dans le doute, les professionnels de santé préfèrent éliminer les déchets par la filière DASRI que DAOM par mesure de sécurité.

Il me semble, en revanche, que les autres résultats sont beaucoup plus pertinents car moins subjectifs.

- Les raisons pour lesquelles le tri n'est pas optimisé sont :
 - par manque d'information à 42 %,
 - par manque de dispositifs à 33 %, et de moyens mis à disposition à 19 %.
- Les raisons pour lesquelles les professionnels de santé sont peu sensibles au tri :
 - données contradictoires dans 13 % des cas,
 - par manque d'informations dans 13 % des cas,
 - parce que c'est perçu comme compliqué dans 6 % des cas.

En ce qui concerne les entretiens :

Au sujet du tri :

Les 3 cadres sont en adéquation sur le fait que le tri n'est pas optimisé dans leur bloc, et que il n'y a pas assez, voire pas du tout d'informations données à ce sujet.

Le cadre n°1 dit "Par contre optimiser, moi c'est pas le mot que j'emploierai parce que je pense qu'on ne le fait pas de manière optimal¹⁴.

Le cadre n°2 dit " [...] je leur commande les poubelles dont ils ont besoin, etc, etc, les poubelles pour les tranchants mais je ne suis pas sûre qu'aujourd'hui je les sensibilise

14 Verbatim. Page 5 – question 1 – paragraphe 1

beaucoup dessus". Puis, elle affirme que "On a un service qualité qui est extrêmement bien monté avec un service d'hygiène, c'est vrai qu'aujourd'hui on ne peut pas dire qu'ils nous sensibilise dessus¹⁵".

Le cadre n°3 se souvient " [...] j'ai aussi sollicité les IADE, pour qu'elles améliorent le tri de leurs déchets DASRI et normaux, et notamment leur demander de mieux trier leurs déchets puisque dans leurs pratiques dans ce bloc du côté IADE, il n'y a qu'un sac DASRI¹⁶".

Il n'y a que le bloc de périphérie où des informations sur le tri sont données aux nouveaux arrivants.

En revanche, dans les trois blocs, je retrouve un tri carton optimal, en revanche le tri papier pourrait être perfectionné mais par mesure de confidentialité, la tâche est plus délicate.

En ce qui concerne le tri du verre, c'est un projet à améliorer.

Seul le bloc de proximité est en train de mettre une solution d'affichage dans les salles de bloc pour rappeler les bonnes pratiques, en revanche dans les deux autres blocs, on ne retrouve pas ce genre de dispositifs.

Il ressort des deux établissements type CHU un manque d'engagement de la part de la hiérarchie.

Les trois cadres s'accordent à dire que le tri est l'affaire de chacun, et que l'on ne peut pas ni motiver, ni impliquer des professionnels qui n'ont pas envie de participer à un nouveau projet.

Des solutions dites alternatives :

En ce qui concerne le bloc de périphérie, les locaux étant neuf, des systèmes ont été pensés dès sa conception. Il est donc bien pourvus en équipements, détecteurs de présence et scialytiques à LED.

Le cadre n°1 affirme " [...] tous les scialytiques sont à LED, ensuite sur tout ce qui est circulation ça fonctionne par radar, ce sont donc des éclairages qui s'allument et s'éteignent

15 Verbatim. Page7 – question 1 – paragraphe 1

16 Verbatim. Page 22 – paragraphe 3

automatiquement¹⁷".

Il en va de même pour les détecteurs de présence, le bloc n°2 où de récents travaux ont été effectués, en est pourvu.

Le cadre n°2 "Oui, les détecteurs de présence oui, scialytiques à LED oui [...] oui, on a quelques petits moyens, je dirai que c'est pas pas représentatif¹⁸".

En revanche le bloc n°3 qui est vétuste n'est équipé que de scialytiques à LED et l'établissement ne prévoit pas d'autres installations de solutions dites alternatives.

Le cadre n°3 : " [...] les scialytiques à LED oui puisque ça c'est en fonction de la restructuration des blocs¹⁹".

La question de la politique d'achats responsable trouve peu de réponses car les cadres ne sont pas concernés. La cadre du bloc n°2 évoque un système de distributeur de tenues par badge qui permettrait de gaspiller moins de tenues professionnelles.

Ils ont également commandé dans ce bloc des sur-blouses pour le personnel afin que des tenues chirurgicales cessent d'être consommées.

La question de l'usage unique n'a pas été abordée, je ne peux cependant ni conclure, que c'est une priorité de l'établissement, ni du contraire.

Comment motiver et impliquer :

Le service qualité de l'Hôpital de périphérie a étudié sa production de déchets, et a décelé qu'environ 50 % des DASRI étaient en fait des DAOM. L'économie estimée est de 70 000 Euros par an. Ce même établissement sensibilise les nouveaux arrivants au bon tri, et une affiche récapitulative va être mise en place dans chaque salle opératoire. Par conséquent, je peux affirmer que cet établissement a une hiérarchie qui est motivée et impliquée.

Malheureusement, je n'ai pas le même type d'enquête pour ce qui est des deux autres structures puisqu'elles ne sont pas dans la même dynamique.

17 Verbatim. Page 9 – Question 2 – Paragraphe 1

18 Verbatim . Page 10 – Question 2 – Paragraphe 1 et 2

19 Verbatim. Page 23 – Paragraphe 3

Le cadre n°1 parle d'initiative globale, de personnels référents, d'informations, de supports visuels, de formations professionnelles et de sensibilisation du sujet.

D'après lui, " [...] les directions de l'établissement peuvent impulser une dynamique de gestion des déchets²⁰".

Il affirme aussi, que pour que l'application perdure, il faut continuer à encourager l'équipe surtout au début, par entre autres les résultats de leurs efforts produits. Si l'administration tarde à donner les résultats, cela pourrait endommager l'inertie du programme.

La cadre n°2 met l'accent sur plus de pédagogie et d'accompagnement.

D'après elle, " [...] ça va passer par beaucoup de pédagogie, premièrement, il va falloir former l'équipe, l'informer dans un premier temps, sensibiliser, et puis peut être après avoir des référent qui eux même vont faire des rappels réguliers²¹".

Elle est persuadée de l'utilité du professionnel référent et pense que n'importe quelle catégorie de professionnel peut en être capable du moment qu'il utilise les outils adaptés, la pédagogie et les arguments en lien avec les nouvelles volontés.

La cadre n°3 dit ressentir le poids et la contrainte de la hiérarchie qui ne s'inscrit visiblement pas dans une politique durable.

Également, elle est contre le principe de contraindre les professionnels à faire des actes dont ils n'ont absolument pas envie, car le risque de déviance est important et risqué, surtout vis à vis des déchets hospitaliers.

D'après elle, " [...] ça doit être une dynamique collective de l'équipe et des cadres²²", le cadre de santé doit donc tenir une politique d'implication pour motiver son personnel soignant. Il est au final question de redynamiser une équipe qui s'est peut être entérinée dans des modes de fonctionnements défaillants.

Le protoxyde d'azote :

Le cadre n°1, quant à lui, connaît le produit et ses répercussions sur la santé et l'environnement. D'ailleurs le chef de pôle d'anesthésie a réuni tous les MAR et IADE pour justement débattre de l'utilisation du protoxyde d'azote vis à vis des soins et des répercussions autant sanitaires qu'environnementales, " On a eu ce message par le Chef de pôle et Médecin Anesthésiste, en réunion d'équipe IADE, le consensus, non il n'y ai pas car

20 Verbatim. Page 12 – question 3 – Paragraphe 1

21 Verbatim. Page 15 – Question 3 – Paragraphe 1

22 Verbatim. Page 24– Paragraphe 3

chaque anesthésiste décide quand même de sa pratique et peut donc utiliser du protoxyde d'azote²³".

Un consensus anesthésique n'a cependant pas été pris pour le moment, cependant, il affirme que "[...]ce que la plupart des IADE se disent ici , c'est qu'on est pas obligés d'utiliser un produit qui a peut être des risques sur la santé et l'environnement, alors qu'on à d'autres solutions à disposition.".

Le cadre n°2, paraît être plus effacé vis à vis de ce problème même s'il connaît ses effets secondaires. Il a conscience des répercussions et propose " [...] il faut d'abord sensibiliser la population médicale à ce genre de choses car c'est eux qui consomment aussi²⁴".

Il n'a pas connaissance de réunion d'information, ni de consensus d'emploi vis à vis du produit.

La troisième cadre interrogée n'a pas pu répondre à cette question du fait de son statut puisqu'elle est cadre IBODE.

23 Verbatim. Page 17 – Question 4 – Paragraphe 2

24 Verbatim. Page 20 – Question 4 – Paragraphe 2

8 – Analyse des résultats et mise en discussion

Je retrouve certains mots clés du concept d'implication lors de mes entretiens tels que "hiérarchie", "cohérence", ainsi qu'"attitude réciproque". En parallèle, de nouveaux termes apparaissent tels que, "volonté", "investissement" et "dynamisme", qui sont des termes plus employés par les cadres lors des entrevues, je considère donc que le développement du concept d'implication était un choix approprié.

Nous avons vu précédemment que l'on ne peut pas décréter l'implication des personnes. En revanche, l'institution doit donner les moyens à son personnel pour qu'il s'investisse dans un nouveau projet. De manière récurrente, je retrouve un manque d'engagement de l'institution vis à vis d'un projet écologique.

Nous avons un parfait contre exemple sur l'hôpital de proximité où la hiérarchie est dans une attitude responsable et où le tri est mieux exécuté que sur les deux autres sites.

Les nouveaux arrivants reçoivent des informations sur la bonne gestion du tri des déchets, la dynamique de l'établissement, ainsi que des informations sur l'utilisation du protoxyde d'azote.

C'est dans ce CH que la hiérarchie est les plus impliquée et motivée.

Sur les trois établissements, c'est le seul à avoir fait une étude sur leur production de déchets, pour établir un projet de meilleur tri à la base, pour à la fois diminuer la quantité de déchets et faire des économies.

Alors que la motivation est liée au professionnel qui cherche à satisfaire ses besoins, l'implication concerne l'investissement du professionnel dans son entreprise.

Elle traduit l'adhésion du professionnel aux valeurs de celle-ci. Le professionnel impliqué a une conception des tâches à effectuer qui est différente de celui qui ne l'est pas, il fait souvent plus que ce qu'on attend de lui.

La motivation et l'implication des salariés doivent intéresser l'entreprise car elles peuvent être des facteurs de performance (ex : personnel référent de projet écologique).

Le concept de motivation a été bien élaboré, dans la théorie de Deci et Ryan, les termes "satisfaction", "plaisir", "intérêt", ainsi que "besoin" se retrouvent lors de mes entretiens.

D'autres synonymes se rajoutent à ces premiers lors des échanges avec les cadres, par conséquent, je peux déduire que le choix de ce concept était cohérent avec la problématique.

Je pense que suivant notre degré de motivation, notre niveau d'implication peut être différent.

Il est intéressant d'observer que l'on peut donc être motivé sans être impliqué.

Il est probable que lorsqu'un projet écologique sera mis en place, on rencontrera 2 types de population :

- ceux qui seront motivés et impliqués par le projet et qui auront une certaine satisfaction à suivre le programme et qui trouveront une valorisation à travers cette nouvelle activité,
- ceux qui seront juste motivés par nécessité, par responsabilité parce que la hiérarchie le leur demande, mais ils éprouveront peu, voire pas de satisfaction.

En exploitant les résultats, je peux déduire que la majeure partie des IADE ont une motivation extrinsèque qu'elle soit intégrée ou identifiée, puisqu'ils sont en demande de formation et prêts à changer certaines habitudes. Je pense qu'une faible proportion des IADE ont une motivation intrinsèque et par conséquent une bonne implication dans un tel projet, ce sont peut être ces personnes là qui peuvent être référent en écologie hospitalière. Je pense que l'amotivation et la motivation de régulation introjectée ou encore externe concernent une faible population soignante et n'est pas réellement significative.

De part mes observations, j'ai pu me rendre compte de certaines disparités.

En effet, dans l'instauration de nouveaux projets, on rencontre inévitablement des difficultés.

La taille de l'hôpital peut être un critère de difficulté pour installer de nouvelles initiatives. Il est possible qu'amener un nouveau mode de fonctionnement est plus aisé dans une structure de taille moyenne, que dans une grosse structure. L'intérêt de mettre en place un personnel référent est peut être d'autant plus important que l'établissement est étendu.

La deuxième inégalité concerne la différence entre bloc neuf et ancien. Les nouveaux locaux sont conçus avec des normes précises pour les économies d'énergies, tandis que les

plus anciens doivent s'adapter avec parfois des travaux de restructuration difficile à mettre en œuvre.

Le dernier bloc est ancien et la cadre n°3 interrogée se plaint de cette situation " [...] il n'est prévu aucun travaux de restructuration même dans les structures vieillissantes".

Elle déplore le fait que rien ne soit envisagé, que ce soit par l'installation de poubelle DAOM côté IADE aux détecteurs de présence, car l'objectif à long terme est de fusionner tous les établissements en un unique, mais d'ici 15 à 20 ans.

Autre problématique d'actualité, les restrictions budgétaires rendent de plus en plus complexe l'élaboration de nouveaux projets.

La mise en place de certaines choses telle que des scialytiques à LED, des détecteurs de présence, des réducteurs de débit d'eau ou encore des distributeurs de tenues ; cela engendre un investissement financier parfois important.

En revanche, mieux définir l'usage du protoxyde d'azote et trier mieux les déchets hospitaliers ne nécessitent ni un grand investissement financier, ni une implication professionnelle démesurée.

C'est entre autre une des raisons pour laquelle les économies générées par le bon tri doivent servir à financer d'autres projets écologiques.

Concrètement, il résulte de mes entretiens que l'administration a un rôle prépondérant dans l'instauration de nouveaux projets, et doit montrer l'exemple.

Le cas échéant cela pourrait être un frein à la pérennisation du projet.

Les cadres de santé ont besoin de se sentir épaulés et suivis, que ce soit au travers des services qualité, hygiène ou encore par leurs supérieurs.

Pour ce qui est de la transmission d'information, les trois cadres s'accordent à dire que la communication de pair à pair est plus légitime et à plus de probabilité d'être entendue.

Par conséquent la désignation de personnel référent paraît donc justifiée.

Après cet état des lieux, je peux émettre quelques idées alternatives qui pourraient peut-être solutionner quelques difficultés rencontrées.

- Dans un premier temps, il semble intéressant de faire des réunions d'informations à chaque nouvel arrivant, ainsi qu'une fois par an pour tous les professionnels, toutes catégories confondues.
- Mettre à disposition deux types de poubelles (DASRI/DAOM)
- Une clarification de la classification des déchets hospitaliers a été un écueil souvent rencontré, par conséquent, il semble judicieux de ré-expliquer les catégories de détritus et leur destination.
- Nommer des professionnels référents du projet écologique permet d'avoir une personne dédiée à ce sujet qui tiendra informé ses collègues des résultats des efforts fournis. Cette personne de proximité permet un échange entre professionnels plus libre du fait que l'information véhicule de pair à pair.
- La personne "référente en écologie" pourra créer avec l'aide du cadre de santé et/ou du service d'hygiène une affiche de tri pour rappeler les règles de bonnes conduites.
- Demander aux laboratoires médicaux d'élaborer deux pictogrammes de tri (DAOM/DASRI) pour savoir en cas de doute où jeter le produit après son utilisation.

Conclusion

Aujourd'hui les erreurs de tri rencontrés peuvent être diminuées considérablement par la mise en place de nouveaux dispositifs, une formation professionnelle, une solution d'affichage et par la désignation d'une personne référente.

Toutes ces propositions semblent être des projets faciles à mettre en œuvre, qui peuvent trouver leur place dans toutes les structures qu'elles soient petites, grandes, récente ou encore vétuste. Ce sont des solutions alternatives, rentables, qu'il faut saisir pour réduire à la fois notre l'empreinte carbone mais aussi amorcer une transition écologique hospitalière.

En revanche, la subjectivité des déchets psycho-émotionnel est un biais difficilement contournable si la classification des détritus n'est pas revue et simplifiée.

Cette ambiguïté là est souvent apparue lors d'échanges avec les professionnels qui ne savent pas où le produit est destiné, car au delà du contexte écologique, l'objectif économique est non négligeable quand on sait qu'une tonne de DASRI est en moyenne 7 fois plus chère qu'une tonne de déchets ménagers.

La hiérarchie doit s'impliquer en donnant aux cadres de santé des moyens et méthodes pour que les IADE et autres professionnels puissent accomplir cet acte citoyen qu'est le tri et le respect de l'environnement.

Toutefois, les outils ne servent à rien s'ils ne sont pas soutenus par une politique et une culture d'entreprise. Si les employés sentent qu'un nouveau programme n'est pas pris au sérieux par la hiérarchie, il deviendra rapidement infructueux.

Avec les nouvelles directives de l'HAS, on peut ainsi espérer que les hôpitaux se dirigent petit à petit vers des projets écologiques, et que chacun puisse faire sa part, comme l'illustre parfaitement la fable du Colibri.

Comme le décrit Maurice Thévenet, professeur au CNAM, dans son livre "Le plaisir de

travailler" : « La personne s'implique dans une activité parce qu'elle s'y reconnaît. Elle s'implique parce que cette activité lui permet de mieux réconcilier la réalité à l'idéal qu'elle a d'elle-même²⁵.»

Ce que je retiens des toutes mes investigations, est que la motivation est l'unique axe de progression au sein d'une structure, et que seule la modification collective de nos comportements individuels est susceptible de faire changer les choses.

25THEVENET, M,

Le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes, Éditions d'Organisation, mai 2001 p14

Bibliographie

Revues :

ALEXANDRE D, DRIGNY O (2001), « Le protoxyde d'azote est il indispensable pour réaliser une anesthésie ? », Oxymag N°60, p.24-25
Consulté en février 2015.

LAM A, LABORIE H(2010), « Organisation de la gestion des déchets », ANAP.
Consulté en février 2015.

M. Thévenet « L'implication éternelle question » article issu du numéro 12 Des grands dossiers des Sciences Humaines : intitulé « Malaise au travail ».
Consulté en janvier et février 2015.

Ouvrages :

BALIZIER R, (2011), « Le travail, le grand oublié du développement durable », Éditions Le cavalier bleu.
Consulté en octobre 2014.

YAHGULANAAS M, (2010), « Le vol du Colibri ». Édition Boréal.
Consulté en septembre 2014.

LEFRAND, MARCELIN, (2004), « Gérer les déchets hospitaliers », Éditions ESF.
Consulté en décembre 2014.

ANGEL EGIDO, (2009), ABC de la VAE Egido Angel, « Motivation, un concept polymorphe »,
Éditions ERES, P.165. Consulté en décembre 2014.

Sites internet consultés

www.has.fr

www.c2ds.eu

www.legrenelle-environnement.fr

www.sfar.fr

www.ademe.fr

Annexes

Questionnaire destiné aux IADE

L'objectif est d'établir un état des lieux et faire des statistiques sur les comportements écologiquement responsables à partir de vos réponses.

Il n'est en aucun cas discriminatoire et est anonyme.

Il permettra à court, moyen ou long terme la mise en place de nouvelles initiatives pour le bien de tous.

1) D'après vous est ce que la santé pollue ?

OUI NON NE SAIS PAS

Les gaz d'anesthésie (N2O, Halogénés) sont :

Recyclés Stockés Évacués à l'extérieur de l'Hôpital

Non polluants Polluants Ont peu d'impact sur la santé

A effet de serre Détruisent la couche d'ozone

Stockés dans la chaux sodée Ne sais pas

2) L'Hôpital devrait il faire plus d'efforts en ce qui concerne la préservation des énergies fossiles ?

OUI NON

3) Que mettez vous dans les poubelles jaunes dites DASRI ?

1. Plateau intubation
2. Ampoules vides
3. Seringues non souillées
4. Couverture chauffante
5. Emballage sonde intubation
6. Compresses bétadinées
7. Chaux sodée
8. Poche de perfusion pleine

4) Est que le mauvais tri des déchets est synonyme de pollution pour vous ?

OUI NON

- 5) Vous ne faites pas le tri des déchets au travail par :
1. manque de temps
 2. manque de moyens
 3. manque d'informations sur le sujet
 4. manque de dispositifs (ex : pas de poubelle noire)
 5. par paresse
 6. parce que l'écologie ça ne vous parle pas
 7. parce que personne ne le fait

Vous êtes peu sensibles au tri des déchets :

- 1 . par manque d'intérêt
- 2 . par manque d'informations
- 3 . car ça vous paraît abstrait
- 4 . car c'est compliqué
- 5 . car trop d'informations se contredisent
- 6 . car ça ne sert à rien

- 6) Avez vous reçu des informations sur le tri des déchets ?
OUI NON

Ressentez vous le besoin de recevoir d'autres informations à ce sujet ?
OUI NON

- 7) Est ce que le tri est synonyme d'économies ?
OUI NON

- 8) Jetteriez vous les restes de vos seringues dans un conteneur dédié à cet effet si l'Hôpital en mettait un à disposition dans chaque salle ? (ex : reste d'hypnotique, curare).
OUI NON PAS D'INTERET NE SAIS PAS

- 9) Faites vous le tri des déchets chez vous ?
OUI NON

Julie Hervé Étudiante IADE 2013 -2015
Les résultats de cette enquête vous seront remis dès l'exploitation des résultats.
Merci de votre participation.
Ne pas jeter sur la voie publique.

Grille d'entretien pour les cadres

Question 1 : Pensez vous optimiser le tri des déchets dans votre bloc opératoire ?

- Avez vous donné des informations sur le tri ?
- A quelle fréquence ces recommandations sont elles données ?
- Avez vous mis en œuvre des mesures pour faciliter le tri ?
- Quel rôle a le service qualité vis à vis du tri des déchets ?
- Vous donnent on les moyens et le matériel adapté ?

Question 2 : Votre bloc est il équipé de solutions dites alternatives pour diminuer sa consommation énergétique ?

- DéTECTEUR de présence dans les lieux de passage ?
- Y a t il des scialytiques à LED ?
- Politique d'achats responsable ?

Question 3 : D'après vous, comment peut on faire évoluer les comportements ?

- Avez vous eu une formation vis à vis de ce sujet ?
- Que pensez vous de nommer une personne référente ?
- Comment peut on sensibiliser le public ?
- Quels sont vos moyens ?

Question 4 : Que pensez vous de l'utilisation du protoxyde d'azote ?

- Avez vous reçu des informations sur l'impact de la santé et de l'environnement ?
- Y a t-il un consensus entre MAR et/ou IADE ?

Affiche du C2DS

A l'occasion de la SEMAINE EUROPÉENNE DE LA RÉDUCTION DES DÉCHETS du 16 au 24 novembre 2013

HARO SUR LES DÉCHETS HOSPITALIERS !

NOS ACTIONS

- Impliquer les professionnels
- Mettre à contribution les prestataires et fournisseurs
- Impliquer les patients et les familles
- Recourir à un usage unique pertinent
- Anticiper les dates de péremption
- Renouveler le matériel intelligemment
- Donner ce qui est encore en bon état

c2ds comité
développement
durable
santé

Tableaux des questionnaires

Voici les réponses au questionnaire présenté sous forme de tableaux.

La première ligne correspond aux réponses de l'hôpital de proximité, tandis que la seconde correspond à celles des deux établissements de type CHRU.

Questions	oui	non	ne sais pas
1	11	0	0
1	34	0	1

Questions	Recyclés	Stockés	Evacués à l'extérieur	Non polluants	Polluants
1 BIS	2	0	10	0	11
1 BIS	2	1	33	0	24
	Peu d'impact	Effet serre	Détruisent c. Ozone	Stockés ch. Sodée	Ne sais pas
	0	1	5	2	0
	0	15	22	6	1

Questions	oui	non	ne sais pas
2	11	0	0
2	34	2	0

Questions	Plateau IOT	Ampoules vides	Seringues non souillées	C.chauffante
3	1	2	5	4
3	11	4	9	17
	Emballage sonde IOT	Compresses bétadinées	Chaux sodée	Poche perf. Pleine
	0	7	7	3
	4	24	28	4

Questions	oui	non	ne sais pas
4	11	0	0
4	35	1	0

Questions	Manque de temps	Manque de moyens	Manque infos	Manque dispositifs
5	2	0	6	2
5	1	9	14	14
	Paresse	Ecologie ?	Personne le fait	
	1	0	0	
	1	1	1	

Questions	Manque intérêt	Manque info	Abstrait	Compliqué	Trop d'infos contraires	Sert à rien
5 bis	0	1	0	0	3	1
5 bis	1	6	1	3	3	0

Questions	oui	non	ne sais pas
6	5	6	0
6	15	21	0
Questions	oui	non	ne sais pas
6 BIS	10	1	0
6 BIS	29	7	0

Questions	oui	non	ne sais pas
7	9	2	0
7	33	3	0

Questions	oui	non	ne sais pas	Pas d'intérêt
8	9	0	0	2
8	26	0	5	2

Questions	oui	non
9	10	1
9	32	3

