

---

**Directeur d'hôpital**

Promotion : **2021-2022**

Date du Jury : **Octobre 2022**

---

**ENTRE SURCÔÛTS ET CONTRAINTES  
ORGANISATIONNELLES, LE DEVELOPPEMENT DURABLE  
PEUT-IL AMELIORER L'ATTRACTIVITE D'UN ETABLISSEMENT  
DE SANTE ?**

**L'exemple de la restauration durable au sein du GHU Nord de l'AP-HP**

*Pour les estomacs tendres, il faut des ordonnances  
contraintes et artificielles. Les bons estomacs  
suivent simplement les prescriptions de leur naturel  
appétit. Ainsi font nos médecins, qui mangent le  
melon et boivent le vin frais, cependant qu'ils  
tiennent leur patient obligé au sirop et à la panade.*

*Montaigne, Les essais, livre III, Chapitre 9*

**Maillane Peretti**

Sous la supervision de Monsieur Frédéric Kletz, chercheur à l'école des Mines

---

## Remerciements

---

Dans l'aide qu'ils m'ont apportée pour la structuration de ce travail, je remercie tout d'abord Monsieur Frédéric Kletz, chercheur à l'École des mines, pour ses précieux conseils prodigués à chacune de nos rencontres toujours très riches et stimulantes, ainsi que Madame Paula Cristofalo, pour son accompagnement méthodologique.

J'exprime également toute ma gratitude envers Monsieur Nicolas Sirven pour sa gentillesse et l'inspiration économique qu'il m'a convaincue de conserver dans ce travail. Je remercie de même Monsieur Richard Rouxel, Monsieur Romain Duvernois et Madame Mathilde Maguis, qui m'ont rassurée sur le choix du thème de ce mémoire, de même que tous mes collègues qui m'exprimaient leur enthousiasme sur le sujet choisi. Je remercie aussi Monsieur Olivier Gerolimon et Madame Anne-Laure Schardt-Riquet, qui ont mis à disposition de ce travail leur expertise en matière de développement durable et de qualité de vie au travail, en me donnant de précieux conseils.

À la croisée de ces différentes inspirations et appuis, les riches et lumineux échanges que j'ai eus avec Monsieur Rudy Chouel ont été très déterminants dans le choix du sujet comme dans la démarche. Je tiens en cela à lui exprimer toute ma gratitude, et à le remercier de sa grande gentillesse.

Bien-sûr, ce travail n'aurait pu aboutir sans l'appui de toutes les personnes qui m'ont aidée dans la collecte de matériau, au premier rang desquelles Monsieur Romain Duvernois, Madame Mathilde Maguis et Monsieur Anthony Lee, mais aussi Monsieur Jérôme Charmeux et Monsieur Julien Fabbro, ainsi que tous mes collègues élèves directeurs, qui m'ont aidée dans la prise de contact ou ont partagé avec moi leurs expériences de stage : mon amie Angélique Debernard, mais aussi Héloïse Baux, Nicolas Riffet-Vidal, Ingrid Bergasa, Marion Bougarel et Jules Litvine, mes chers collègues, je vous suis ainsi très reconnaissante.

Je tiens en outre à exprimer toute ma gratitude envers Madame Bénédicte Isabey pour son accompagnement constant durant mon stage de direction, qui m'a permis d'y trouver tout ce que j'y cherchais, y compris du soutien quand j'en avais besoin.

Je suis enfin très reconnaissante envers ma tendre et grande amie Barbara, pour sa disponibilité à toute épreuve, et ses conseils toujours d'une grande utilité. Je remercie également mon ami Bachir pour les critiques pertinentes qu'il a pu faire sur ce travail, qui m'ont permis de prendre du recul sur ce que j'écrivais. Je ne saurais enfin conclure sans remercier ma famille, et, bien-sûr, mon cher Nizar, pour leur soutien et conseils précieux, et leur disponibilité sans faille.

---

# Sommaire

---

## Table des matières

Introduction .....	8
<i>Problématique</i> .....	10
<i>Revue de littérature</i> .....	11
<i>La restauration durable au sein du GHU Nord : un terrain privilégié pour étudier les enjeux qui entourent le développement durable et répondre à cette problématique</i> .....	12
<i>Parti pris méthodologique : une approche de terrain reposant sur une méthodologie avant tout qualitative déployée dans plusieurs hôpitaux, et en particulier au sein du GHU Nord de l'AP-HP</i> .....	13
<i>Résultats et annonce du plan</i> .....	15
<b>1. Etat des lieux : alors que l'intégration du développement durable dans les enjeux hospitaliers est pour le moment peu approfondie, l'hôpital ne pourra échapper durablement à une dynamique qui l'embarque déjà</b> .....	<b>17</b>
1.1 Le développement durable : une préoccupation croissante dans la société qui pénètre pourtant difficilement les murs de l'hôpital public.....	17
1.1.1 Une préoccupation croissante dans la société, mais aussi à l'hôpital .....	17
1.1.2 Néanmoins, si cette préoccupation croît, elle n'a pour le moment que peu pénétré les murs de l'hôpital public .....	19
1.2 Le retard pris par l'hôpital public en matière de développement durable peut être expliqué par le caractère apparemment non prioritaire, contraignant et non nécessaire du développement durable .....	21
1.2.1 Confronté à d'importantes difficultés conjoncturelles, la mise en œuvre d'une politique de développement durable structurée et ambitieuse n'est pas la priorité pour l'hôpital .....	21
1.2.2 De plus, les difficultés structurelles de l'hôpital public le conduisent également à délaissé ce qui n'est pas son cœur de métier, et d'autant plus quand cela est coûteux ou compliqué .....	23
1.2.3 Enfin, le manque d'incitation et d'articulation entre les différentes politiques de développement durable explique le retard pris par l'hôpital en la matière .....	23
<b>2. Pourtant, malgré ces coûts et contraintes non négligeables, les hôpitaux ont intérêt à se saisir de la problématique du développement durable au regard du coût de l'inaction dans le domaine</b> ..	<b>25</b>
2.1 Le coût de l'inaction pour la société .....	25
2.1.1 Le secteur de la santé et les hôpitaux sont de gros pollueurs .....	25

2.1.2	Si l'impact de l'activité hospitalière sur l'environnement résulte avant tout des achats hospitaliers.....	25
2.1.3	...la restauration soulève également d'important enjeux environnementaux .....	26
2.2	Le coût symbolique pour l'institution : par leur taille, cumulée, ou, dans certains cas, individuelle, les hôpitaux mettent en danger leur raison d'être s'ils ne se préoccupent pas du développement durable .....	29
2.2.1	En effet, la responsabilité sociétale des hôpitaux fait partie intégrante de leur mission de service public... ..	29
2.2.2	Par leur forte responsabilité sociétale, il semble donc normal que les hôpitaux soient exemplaires dans le domaine du développement durable .....	29
2.3	Une fenêtre d'opportunité à ne pas manquer : un cadre réglementaire évolutif, toujours plus strict et nécessitant d'importants efforts d'adaptation .....	30
2.3.1	L'hôpital, toujours plus contraint de s'engager par la réglementation relative au développement durable .....	30
2.3.2	Dans le domaine de la restauration, de rapides évolutions et un calendrier ambitieux .....	32
2.3.3	Une nécessité de répondre rapidement à ces exigences pour ne pas subir des coûts organisationnels et financiers tendanciellement croissants et donc de moins en moins soutenables pour les établissements .....	32
<b>3.</b>	<b>En fait, le développement durable apparaît même comme une réelle opportunité pour les établissements publics de santé au regard des nombreuses retombées positives qui peuvent en découler : exemple de la restauration durable .....</b>	<b>36</b>
3.1	La prise en compte des enjeux de développement durable par un établissement de santé est de nature à améliorer la prise en charge des patients et répond à des objectifs de santé publique .....	36
3.1.1	Santé environnementale et approche <i>one health</i> .....	36
3.1.2	Qualité de la prise en charge et attractivité pour les patients .....	37
3.2	Quand l'alimentation est un soin : de la prise en compte des apports nutritionnels au plaisir de manger, de nouvelles approches de l'alimentation à l'hôpital permises par la restauration durable .....	38
3.2.1	La quantité et l'équilibre nutritionnel : éviter la dénutrition .....	38
3.2.2	L'alimentation : plaisir de manger et respect de l'identité du patient, deux dimensions que favorise la restauration durable .....	39
3.3	Le développement durable peut également être un facteur de qualité de vie au travail : exemple de la restauration durable .....	40
3.3.1	Recréer du sens, fédérer les équipes et améliorer la qualité de vie au travail (QVT).....	41
3.3.2	Améliorer le recrutement et l'attractivité .....	42
3.4	Un levier de transformation économique : quand le développement durable invite à penser la logique économique différemment .....	43
3.4.1	Un nouveau modèle économique pour la restauration : la fin des économies sur la	

fonction restauration ? .....	43
3.4.2 Finalement, l'exemple de la restauration durable montre que la structuration d'une politique de développement durable est avant toute chose une stratégie de différenciation pour un hôpital à même de renforcer son attractivité .....	47
<b>4. Comment le directeur d'hôpital peut-il tirer profit d'une dynamique sociétale dont l'hôpital, n'étant pas imperméable, ne peut se soustraire, et faire ainsi du développement durable un levier d'attractivité ? .....</b>	<b>49</b>
4.1 Comment développer une offre de restauration durable en minimisant les coûts et en maximisant les bénéfices ? L'exemple du GHU Nord.....	49
4.1.1 L'exemple de l'hôpital Lariboisière-Fernand-Widal : de très bons résultats en matière d'intégration de produits vertueux dans l'offre de restauration .....	49
4.1.2 Une approche par petit pas, structurée et impulsée en local, mais aussi par la centrale d'achat de l'AP-HP .....	53
4.1.3 Quand le développement durable permet de monter en gamme, deux approches innovantes pour valoriser les efforts faits : les « repas toqués » et les « repas comme à la maison ».....	54
4.1.4 Au sein du GHU Nord, des aspects demeurent néanmoins inexplorés, en particulier lorsqu'ils sont trop compliqués à mettre en œuvre ou trop coûteux .....	56
4.2 L'insertion des problématiques de développement durable à l'hôpital, par choix ou par contrainte nécessite-t-elle de penser autrement les modes d'organisation à l'hôpital ?.....	58
4.2.1 Le management du développement durable doit suivre un principe de globalité pour rechercher l'engagement de tous les acteurs et la prise en compte de ces enjeux dans tous les projets hospitaliers.....	58
4.2.2 Pour qu'il devienne un management horizontal source de sens pour le personnel, le management du développement durable doit, de plus, respecter un principe de subsidiarité.....	58
4.2.3 La cohérence et la crédibilité de la démarche sont, de plus, des aspects managériaux indispensables à la réussite d'une politique de développement durable .....	59
4.2.4 Pour permettre la coordination horizontale des acteurs, le management du développement durable doit être porté par une logique d'évaluation et d'amélioration continue .....	59
4.2.5 L'expérience de la restauration durable atteste de la nécessité d'accompagner et de valoriser toute politique de développement durable .....	60
4.3 L'hôpital sur son territoire : la mise en place d'un cercle vertueux.....	61
4.3.1 La nécessité de structurer une nouvelle chaîne de partenaires en amont et en aval...61	61

4.3.2	Quand la structuration de la demande crée l'offre : à l'AP-HP, les premiers résultats sont déjà visibles, même si les efforts doivent être poursuivis .....	62
	Conclusion.....	64
	Bibliographie .....	66
	Liste des annexes .....	70

---

## Liste des sigles utilisés

---

ADEME : Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

AOC/AOP : Appellation d'Origine Contrôlée / Appellation d'Origine Protégée

AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

COFIL : Comité de Pilotage

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNEH : Centre National de l'Expertise Hospitalière

DASEL : Direction des Approvisionnements et des Services Economiques et Logistiques

DIM : Direction de l'Investissement et de la Maintenance

EGalim (loi) : loi du 2 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous  
ESAT : Etablissements et Services d'Aide par le Travail

ESG (critères) : économiques, sociaux, et relatifs à la gouvernance

FHF : Fédération Hospitalière de France

FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée

FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs

GHU : Groupement Hospitalo-Universitaire

HVE : Haute Valeur Environnementale

IGP : Indication Géographique Protégée

PHARE : programme pour la Performance Hospitalière pour des Achats Responsables

QVT : Qualité de Vie au Travail

RESPADD : Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des ADDictions

ROI : Return On Investment, soit en français, retour sur investissement

RSE : Responsabilité Sociétale des Entreprises

RSO : Responsabilité Sociétale des Organisations

SIQO : Signes officiels d'Identification de la Qualité et de l'Origine

STG : Spécialité Traditionnelle Garantie

# Introduction

Après la Révolution Française, l'hôtel Scipion, hôtel particulier situé dans le cinquième arrondissement de Paris devenait la boulangerie des hôpitaux de Paris. Il garda cette fonction jusqu'en 1974, produisant et approvisionnant en pains l'ensemble des hôpitaux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) pendant près de deux cent ans. En effet, comme le rappelle Jean de Kervasoué dans son ouvrage *L'hôpital*, il appartenait à l'époque aux hôpitaux d'organiser la chaîne de production de biens alimentaires distribués aux patients et personnels. Ainsi, si certains hôpitaux disposaient de leur propre moulin à blé, d'autres élevaient les cochons qui étaient ensuite transformés en viande au sein de la boucherie de l'hôpital.

Cette logique d'internalisation des activités de production des biens distribués dans la restauration hospitalière est très différente de ce qui existe aujourd'hui. En effet, la fonction restauration a été progressivement externalisée, en particulier depuis les années 1980 et le développement du *New Public Management* selon lequel l'Etat et les établissements publics doivent obéir à une logique d'efficience économique, et se désengager des domaines dans lesquels des acteurs privés peuvent prendre le relais. En cause, le développement d'« un certain consensus (...) au début des années 1980 sur le constat d'inefficacité, sinon d'échec, de l'Etat et ses administrations à remplir les mandats qui leur ont été délégués, et à contrôler leurs coûts » [Rozario et Pesqueux, 2018]. Dans son ouvrage *l'Etat en France de 1789 à nos jours*, l'historien Pierre Rosanvallon caractérise ainsi cette transition d'un Etat providence, très interventionniste, à un Etat simplement régulateur, puis qualifié de régalien, car recentré sur ses missions essentielles.

D'un point de vue économique, la santé n'est pas un bien comme un autre, car elle génère notamment des externalités positives -la bonne santé de la population augmente son employabilité, sa productivité, sans que cela soit directement perceptible par l'individu qui investit dans sa santé...- ou encore, car la gestion marchande de la santé ne permet pas de « garanti[r] à tous, notamment à l'enfant, à la mère et au vieux travailleur la protection de la santé », droit constitutionnellement garanti par le préambule de la constitution de 1946 en son onzième alinéa. Par là même, le rôle des hôpitaux peut apparaître nécessaire dans la production d'une offre de soins, ce qui n'est indéniablement pas le cas de la production d'une offre de restauration en interne, activité qui peut être confiée à un acteur privé.

Par restauration, on peut entendre au sens large l'ensemble des activités qui permettent *in fine* la distribution de repas à l'hôpital. En amont, il s'agit donc de la production des biens alimentaires ou de leur acquisition, conformément à un menu établi en commission des menus en lien avec un service diététique. La production peut être effectuée en interne, à partir de matières premières acquises, ou de produits à assembler, ou être entièrement externalisée, via un contrat de concession. Un modèle mixte de production est également possible, dans le cas où les produits acquis sont assemblés sur place par le service de la restauration de l'hôpital. En aval, il s'agit de leur distribution auprès des patients dans des services de soin, ou auprès du personnel, au self, ou dans des salles de garde.

Une brève revue de littérature permet de comprendre la transition d'un mode de production en interne de l'alimentation hospitalière, dont l'objectif principal était de garantir la sécurité alimentaire [Rousseau, 2001] vers une tendance à l'externalisation, pour limiter les charges de titre I (salaires, formations...) et les contraintes organisationnelles, en cas d'absence de membres du personnel, par exemple [Tlahig, 2009]. En sous-jacent, la justification de cette transition était aussi que la restauration n'étant pas le cœur de métier de l'hôpital, ni des hospitaliers, mais une simple fonction support [Pauget, Cabrol, Lartigau ; 2019]. En cela, il apparaissait pertinent de concentrer sur



ce secteur les potentielles économies, dans un contexte de ressources humaines et financières contraintes.

Précisément, le développement durable à l'hôpital semble souffrir du même mal : il n'est pas considéré comme une priorité car il n'est pas au cœur de la fonction de soins, il ne concerne pas directement les soignants et leurs conditions de travail, et la mise en œuvre d'une réelle politique de développement durable engendrerait des coûts humains et financiers que ne peuvent supporter les hôpitaux aux finances affaiblies. C'est pourquoi, aujourd'hui, le développement durable semble souvent être le parent pauvre de l'hôpital : alors même que la société civile s'engage toujours plus dans une dynamique de développement durable [Aspe, Jacqué ; 2012], il est rare qu'il y ait des ressources dédiées au développement durable à l'hôpital, et la structuration des politiques de développement durable accuse en général un important retard.

La notion de développement durable a été définie pour la première fois par la *Commission mondiale sur l'environnement et le développement de l'Organisation des Nations Unies*, présidée par la Norvégienne Gro Harlem Brundtland, en 1989, comme « un mode de développement qui répond aux besoins des générations présentes, sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs ». Par la suite, l'adoption de l'agenda 21 au sommet de la Terre de Rio de Janeiro en 1992 a conduit à structurer le développement durable en trois piliers qu'illustre le graphique ci-dessous :

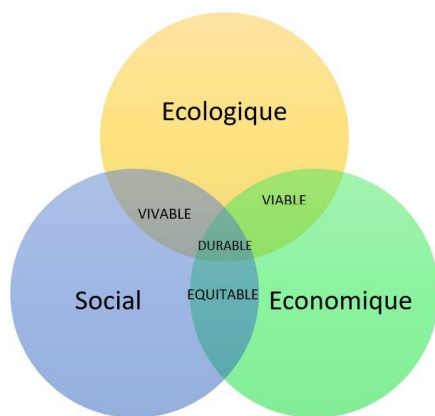


Figure 1: les trois piliers du développement durable et leurs intersections

Ainsi, le développement durable est un développement économique qui est respectueux de l'environnement et est en cela viable, soit pérenne sur le long terme. C'est aussi un développement économique qui promeut certaines dimensions sociales, comme l'intégration et le lien social, l'aide aux plus démunis, ou encore, qui récompense le travail : c'est en cela un développement équitable. Enfin, l'articulation entre un développement respectueux de l'environnement et de la société en fait un développement à même d'améliorer la qualité de vie de la population, que l'on peut donc qualifier de développement « viable ».

Proche de la notion de développement durable, la notion de Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE) en est, d'une certaine manière, la traduction opérationnelle pour une entité économique ou administrative. En effet, définie par la Commission Européenne comme l'intégration volontaire par les entreprises de préoccupations sociales et environnementales à leurs activités économiques et à leurs relations avec des parties prenantes, la RSE désigne bien la contribution des entreprises aux enjeux du développement durable. Ainsi, une entreprise qui s'inscrit dans une démarche de RSE exprime son souhait d'avoir un impact positif sur la société, tout en étant économiquement viable.

Les entreprises qui s'engagent dans une démarche de RSE travaillent donc en général sur la valorisation de leur raison d'être, en particulier lorsqu'elles veulent basculer vers une entreprise à mission [Frimousse, Peretti ; 2019]. Or, l'hôpital a déjà une raison d'être et une responsabilité sociétale bien établie, qui est inscrite dans sa mission de service public : définie à l'article L6112-1 du Code de la santé publique, on peut ainsi résumer la raison d'être de l'hôpital par le fait de proposer une offre de soins de qualité, de garantir la sécurité sanitaire sur un territoire donné, de contribuer à la promotion de la santé publique et de développer une logique de prévention, et enfin d'assurer des missions d'enseignement et de recherche. Dans ce contexte, l'engagement dans une démarche RSE et, plus largement, le développement durable, ne constituent pas une évidence pour l'hôpital car ils ne répondent pas au même besoin que celui d'un acteur privé et n'apparaît donc pas comme une priorité pour l'hôpital. Au regard des nombreuses contraintes que cela peut engendrer (surcoûts, temps humain, modifications organisationnelles...), il apparaît même légitime de se demander si l'hôpital a un intérêt à s'engager dans une démarche de développement durable.

D'un point de vue structurel, c'est en effet avant tout la pérennité de l'offre de soins proposée et des activités de l'hôpital citées ci-dessus qui importe, et par là même la soutenabilité économique et humaine (en matière organisationnelle, mais aussi en matière de moyens humains présents en quantité suffisante) de l'institution, ou, plus spécifiquement, de la structure étudiée. Or, cela semble d'autant plus compliqué à affirmer dans un contexte de demande de soins croissante, en raison notamment du vieillissement de la population, de la progression des affections longues durées, ou encore, de l'émergence de nouvelles pathologies pour la prise en charge desquelles l'hôpital semble le chaînon le plus adapté.

De façon plus conjoncturelle, la crise sanitaire liée au Covid-19, mais aussi la pénurie de personnel concomitante [Lartigau, 2022], et la perte de sens dont souffre le métier de soignant [Broucke, 2022] mettent en exergue des problématiques indéniablement plus urgentes que le déploiement d'une politique de développement durable à l'hôpital.

### *Problématique*

Pourtant, le retard de des établissements de santé en matière de développement durable pourrait affecter la capacité de l'hôpital à répondre à ces enjeux conjoncturels et structurels.

La soutenabilité, terme économique très utilisé en finances publiques et notamment pour qualifier la dette publique, désigne le fait qu'une entité économique peut faire face aux charges de remboursement de ses dettes. En d'autres termes, cela signifie que l'activité d'aujourd'hui et ses sous-jacents, notamment son mode de financement, ne compromettent pas l'activité de demain et donc la pérennité du système. En cela, la soutenabilité de l'hôpital, sa viabilité ou encore la pérennité de ses activités sont des concepts complémentaires et cohérents avec le concept de développement durable.

De façon analogue, pourquoi considérer l'engagement d'un hôpital dans une démarche de développement durable comme un frein ou handicap qui retarderait la résolution des difficultés conjoncturelles de l'hôpital, telle que la perte de sens des hospitaliers et les difficultés de recrutement ou de fidélisation du personnel qui en résultent ? Loin d'être incompatibles, l'absence de réponse forte face à une problématique à l'importance croissante dans la société<sup>1</sup> pourrait à l'inverse fragiliser davantage l'image de l'hôpital, et donc le sens du métier pour les hospitaliers<sup>2</sup>, en renforçant les représentations déjà prégnantes dans l'imaginaire collectif d'un hôpital public en retard, sans moyen, par rapport aux établissements de santé privés par exemple. A l'AP-HP, comme

---

<sup>1</sup> Baromètre du développement durable Odoxa-SAP, décembre 2020 et Baromètre « Les Français et leur empreinte carbone », Odoxa, juillet 2021

<sup>2</sup> DREES, *Etudes et Résultats*, numéro 1215, novembre 2021

dans de nombreux autres établissements de santé, la quasi-absence de tri des déchets plastiques à l'heure d'écrire ce mémoire interroge, car elle exprime un décalage avec des pratiques élémentaires de développement durable toujours plus répandues dans la société civile. Néanmoins, un nombre croissant d'acteurs hospitaliers s'engagent en faveur du développement durable, de même que la gouvernance hospitalière de certains hôpitaux, comme les Hospices Civiles de Lyon, le Centre Hospitalier de Moulins, ou, sur le volet restauration durable, le Centre Hospitalier de Niort, et bien-sûr, l'AP-HP dont son GHU Nord ici étudié, dans des contextes pourtant conjoncturellement et structurellement difficiles. L'enthousiasme de ces acteurs laisse ainsi penser que, loin d'être un frein aux « véritables » enjeux de l'hôpital, comme le fait de proposer une offre de soins de qualité aux patients, les conditions de travail du personnel, ou encore l'équilibre financier de la structure, d'importantes retombées positives pourraient être attendues de la structuration d'une politique du développement durable.

Stratégie de marketing hospitalier via la valorisation de l'image de l'établissement et de sa marque employeur, levier d'innovation, ou encore réflexion sur le management hospitalier et sur le périmètre de l'action hospitalière, le développement durable est ainsi bien à la croisée des enjeux organisationnels, techniques, financiers, et environnementaux qui concernent l'hôpital et ses directeurs. Finalement, par son caractère en apparence non prioritaire, par les coûts organisationnels et financiers inhérents à la structuration d'une politique de développement durable ambitieuse, mais aussi par le coût de l'inaction en matière de développement durable, et enfin, par les potentielles retombées positives que l'on peut en espérer en matière de ressources humaines, de stratégie économique, de mutations organisationnelles et managériales, et de qualité des soins, le développement durable apparaît bien comme un enjeu central pour l'hôpital, dont doivent se saisir les directeurs. Puisque de plus en plus d'établissements s'engagent dans une démarche de développement durable et qu'il y a une demande émanant du personnel, il importe donc de déterminer à quelles conditions la structuration d'une politique de développement durable peut devenir une réelle opportunité pour les établissements et quelles seraient alors les retombées positives. Pour cela, il convient de réfléchir aux leviers permettant de minimiser et rendre acceptables les coûts et contraintes organisationnelles non négligeables qui demeurent et sont inhérents à la structuration d'une politique de développement durable.

Pour résumer ces enjeux, les étudier et dans une tentative d'y apporter des éléments de réponses, ce mémoire se propose ainsi de répondre à la question suivante :

Face aux difficultés structurelles et conjoncturelles auxquelles l'hôpital public est confronté, le développement durable, est-il source de contraintes et de coûts supplémentaires, ce qui permettrait d'expliquer le retard pris par l'hôpital dans le domaine, ou bien une opportunité à créer, selon certaines conditions pour en faire un facteur d'attractivité ?

### *Revue de littérature*

Dans la construction de ce mémoire, l'analyse de la littérature, spécialisée ou plus généraliste, a été précieuse, notamment pour construire les trames d'entretiens et les orienter vers des dimensions moins explorées ou moins consensuelles, quant à l'importance stratégique et l'impact positif ou négatif, à court terme ou à long terme du développement durable à l'hôpital dans le contexte qui est le sien.

En effet, si la littérature permet de constater que le développement durable émerge bien à l'hôpital, elle fait aussi état d'un retard conséquent [Perreau, Pauchard, Hafiani, 2021], et de son manque de structuration [Poitou, 2020]. Le développement durable est souvent vu comme une contrainte, à l'origine d'importants surcoûts [Ouellette-Plante, 2013]. Dans ce contexte, alors que les budgets

hospitaliers sont toujours très contraints, il est difficile de faire du développement durable une priorité [Acosta, Acquier, Carbone ; 2014].

Pourtant, les professionnels de santé sont désireux de voir l'hôpital s'engager dans le domaine du développement durable [CNEH, 2021], et le coût global de la mise en œuvre d'une politique de développement durable est parfois surestimé [Chouvel, 2019], car il est difficile à évaluer. C'est pourquoi ce mémoire se propose non pas de recenser une énième fois les initiatives qui existent à l'hôpital en matière de développement durable, pour les comparer à la réglementation et en conclure un manque d'ambition et de structuration des politiques de développement durable à l'hôpital, mais plutôt de faire un focus sur la restauration durable : politique de développement durable bien engagée, elle offre la possibilité d'estimer plus précisément les coûts et contraintes du développement durable, afin d'en tirer certains éléments transposables à d'autres politiques de développement durable.

### *La restauration durable au sein du GHU Nord : un terrain privilégié pour étudier les enjeux qui entourent le développement durable et répondre à cette problématique*

En vigueur depuis le 30 octobre 2018, la loi n° 2018-938 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous, dite loi EGalim, offre l'opportunité de réfléchir à cette question, puisque la loi exige des établissements de santé qu'ils aient atteint depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 un taux de 50% de produits de qualité satisfaisante et durables dans leur offre de restauration, dont au moins 20% de produits biologiques, taux calculés sur une année en prenant en compte la valeur d'acquisition hors taxe des produits employés, boissons comprises<sup>3</sup>. S'inscrivant dans la continuité des Etats généraux de l'alimentation, lancés en juin 2017 par le gouvernement français, la loi EGalim rappelle ainsi que l'alimentation est au centre de nombreux enjeux actuels : politique, écologique, nutritionnel, sanitaire ou encore religieux. Dans ce contexte, la loi EGalim ouvre donc une fenêtre d'opportunité pour tous les établissements de santé dans la mise en œuvre d'une politique de développement durable, sous le prisme de la restauration durable, entendue comme l'ensemble des initiatives qui visent à renforcer le caractère durable de l'offre de restauration d'un hôpital, à tous les maillons de la chaîne.

Le GHU Nord de l'AP-HP où j'ai réalisé mon stage de direction est, à ce titre, un terrain d'études à la fois riche et intéressant. Comme les autres groupements de l'AP-HP, le GHU est en effet engagé dans une démarche de développement durable, qui, malgré les efforts de structuration des référents développement durable au sein du GHU, reste toutefois à un stade peu avancé à l'heure d'écrire ce mémoire. Pourtant, dans le domaine de la restauration, le GHU Nord se démarque au sein de l'AP-HP, mais aussi par rapport à la majorité des hôpitaux de France, avec de bons résultats en matière de mise en œuvre de la loi EGalim, alors même que le GHU Nord est tout autant que les autres groupements de l'AP-HP, sinon plus, soumis aux difficultés financières (déficit budgétaire) et organisationnelles (difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel soignant) de l'AP-HP. Ce qui m'a semblé plus intéressant encore est le fait que le GHU Nord saisisse l'opportunité de la loi EGalim pour initier, développer et structurer davantage sa « transition vers le développement durable entamée dans le cadre de la loi EGalim » selon les termes d'une directrice d'hôpital.

L'implication d'une direction fonctionnelle transversale, la direction des achats et de la logistique (DASEL), dans le développement d'une offre de restauration durable, et, plus largement dans la promotion du développement durable, sur des sites aux sensibilités variables sur le sujet,

---

<sup>3</sup> Cf. décret du 24 avril 2019 d'application de la loi EGalim

offre par ailleurs la possibilité d'étudier le rôle des différents acteurs et leur importance stratégique dans la structuration d'une politique de développement durable.

En outre, la taille de l'établissement, son appartenance à l'AP-HP et par là même ses interactions avec une « centrale d'achat » de grande taille qui passe des marchés alimentaires d'une durée de deux à quatre ans pour l'ensemble des sites de l'AP-HP (hors sites où la restauration est concédée) invitent à réfléchir au degré d'autonomie nécessaire pour s'engager dans le développement durable. Au sein des seuls hôpitaux Saint-Louis, Lariboisière et Fernand-Widal du GHU Nord, environ mille repas sont ainsi distribués chaque jour aux restaurants du personnel, et mille-trois-cent-cinquante repas sont distribués auprès des patients. En cela, l'apparition d'effets d'échelle et d'entraînement pouvant avoir un impact positif ou négatif dans la démarche, en jouant un rôle de catalyseur ou au contraire de frein, est également un enjeu que le GHU Nord de l'AP-HP permet d'investiguer.

Enfin, la coexistence de plusieurs modèles de production alimentaire au sein du groupement (production en propre, restauration concédée ou modèle mixte) permet, en comparant ces modèles entre eux, d'identifier certains leviers ou freins au développement d'une offre de restauration durable, et invite plus largement à réfléchir au degré d'autonomie nécessaire pour mettre en œuvre une démarche de développement durable sans susciter des surcoûts ou contraintes démesurés.

Par ces différentes dimensions, le GHU Nord m'a ainsi paru être un terrain d'études privilégié, original et adapté, à partir duquel un précieux matériau a pu être recueilli comme fondement de ce mémoire. Toutefois, c'est aussi en élargissant la réflexion à d'autres établissements, au sein de l'AP-HP, mais aussi dans le reste de la France, qu'il a été possible de mettre en perspective les pratiques du GHU Nord avec les modalités de développement d'une restauration durable au sein d'autres hôpitaux. Cette approche comparative a permis d'éclairer les difficultés rencontrées au sein du GHU, afin qu'*in fine* ce mémoire offre également des pistes de réflexion pour y répondre.

### *Parti pris méthodologique : une approche de terrain reposant sur une méthodologie avant tout qualitative déployée dans plusieurs hôpitaux, et en particulier au sein du GHU Nord de l'AP-HP*

Sur le terrain d'études, une méthodologie principalement qualitative a été déployée, via la réalisation d'entretiens semi-directifs<sup>4</sup> visant à explorer un certain nombre de dimensions du sujet. Il s'agissait notamment d'interroger le degré de maturité de la politique de développement durable dans les différentes structures étudiées, sa structuration, mais aussi des éléments plus concrets, sur la mise en œuvre de la loi EGalim, les difficultés rencontrées et les solutions trouvées en interne pour y répondre.

Outre des directeurs d'hôpital, des ingénieurs restauration et des responsables achats ont pris part aux entretiens. En sus des éléments récoltés auprès d'autres établissements, comme le Centre Hospitalier de Versailles-Plaisir, ou le CHU de Nancy, un précieux matériau a été récolté auprès du Pôle d'Intérêts Communs *Achats*, en charge de passer des marchés publics pour l'ensemble des sites et structures de l'AP-HP. Par ailleurs, des entretiens avec d'autres acteurs impliqués dans des politiques de développement durable ont également été conduits, auprès de la Direction de l'Investissement et de la Maintenance du GHU Nord, notamment, mais aussi auprès de représentants de la maternité de l'hôpital Lariboisière, impliquée dans un projet d'éco-maternité. De façon complémentaire, ma participation mensuelle aux Comités de Pilotage autour de la Qualité de Vie au Travail (QVT) m'a amenée à échanger avec des membres du personnel impliqués dans des projets en lien avec le développement durable, dans le cadre de fonds spécifiquement dédiés au soutien de nouvelles démarches de QVT dans la période suivant la crise sanitaire (fonds APRES). Enfin, pour appréhender la structuration de la politique de développement durable au sein de l'AP-HP, des

---

<sup>4</sup> Cf. annexes N° 6 et 7

échanges ont été organisés avec la direction de site de l'hôpital Lariboisière, ainsi qu'avec la direction du développement durable de l'AP-HP.

En complément de ces entretiens, la participation à des colloques et formations m'a été d'une précieuse aide, pour récolter du matériau à partir des retours d'expérience d'autres acteurs hospitaliers (autres établissements de santé de France, représentés en général par des directeurs ou des ingénieurs, prestataires privés comme SODEXO dans le domaine de la restauration, ou encore Veolia dans le domaine du recyclage des déchets...). Organisés par la Fédération Hospitalière de France, le Réseau des Acheteurs Hospitaliers (RESAH), le Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH), ou encore l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) en partenariat avec l'Association des Directeurs d'Hôpitaux (ADH), ces colloques et formations m'ont aussi permis d'appréhender le positionnement de ces acteurs institutionnels vis-à-vis du développement durable et de son importance stratégique dans le milieu hospitalier. Enfin, ma participation aux webinaires organisés par la direction du développement durable de l'AP-HP m'a permis de confronter ces éléments à leur concrétisation dans mon établissement et groupement de stage.

Dernière catégorie d'outils de cette méthodologie qualitative, mon stage de direction m'a permis de réaliser un certain nombre d'observations, qui ont aussi contribué à enrichir le matériau collecté. D'abord, mes expériences d'usagère des restaurants du personnel des différents sites hospitaliers du GHU m'ont amenée à aborder la restauration durable du point de vue du convive, en termes d'impact gustatif des évolutions mises en œuvre pour proposer une offre de restauration plus durable, mais aussi à interroger la valorisation qui en était faite. Par ailleurs, ma participation aux groupes de travail mis en place par la direction des achats et de la logistique du secteur Est du GHU m'a permis de comprendre comment, en pratique, les équipes de la restauration mettaient en œuvre la loi EGalim en adaptant les solutions proposées aux problèmes rencontrés, et d'appréhender le rôle et le positionnement des différents acteurs impliqués dans la démarche.

Au final, c'est donc surtout des entretiens conduits dans une approche compréhensive, mais aussi des échanges informels ou s'inscrivant dans le cadre de colloques et séminaires, et enfin des observations qui ont constitué mon socle méthodologique. Néanmoins, c'est à partir de la confrontation du matériau ainsi collecté et analysé à des données quantitatives qu'a germé ce mémoire. Parmi les données quantitatives mobilisées, les données d'émissions de gaz à effet de serre et d'impact environnemental produites par l'Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie (ADEME) ont été très utiles. Plus précieuses encore, les données du sondage réalisé par le CNEH en avril-mai 2021 auprès de mille répondants m'a permis d'accéder à des éléments quant aux représentations que se font les acteurs hospitaliers du développement durable, de son importance stratégique à l'hôpital, et des freins et leviers qui l'entourent. Enfin, la possibilité de récupérer en interne des données au sein du GHU et plus largement de l'AP-HP, et notamment des données financières (achats, nombre de repas distribués et coût d'un repas, surcoût associé à l'utilisation de produits durables...), organisationnelles, ou de satisfaction en lien avec le développement d'une offre de restauration durable a été une grande opportunité pour ce travail.

Si la confrontation de ces données quantitatives aux données qualitatives récoltées sur le terrain vise à renforcer le caractère scientifique de ce mémoire, il reste que ce travail a été réalisé sur un intervalle de temps réduit et auprès d'acteurs ciblés. En cela, malgré les précautions méthodologiques prises, des biais de sélection<sup>5</sup> subsistent nécessairement. Par conséquent, il

---

<sup>5</sup> On désigne par biais de sélection l'impact qu'ont, sur un objet d'étude, les caractéristiques du terrain ou des individus étudiés. En cela, le biais de sélection limite la possibilité de raisonner toutes choses égales par ailleurs et donc de tirer une conclusion générale à partir d'une étude de cas.

importe de rappeler que ce mémoire ne vise ni l'exhaustivité ni la représentativité, mais doit être abordé comme un travail de compréhension de mutations à l'œuvre à l'hôpital, de leur impact et de leur importance pour l'hôpital et son directeur.

### *Résultats et annonce du plan*

Grâce au travail de recueil de matériau, son analyse et sa mise en perspective avec la littérature, les conclusions suivantes découlent de ce mémoire :

Malgré son retard en matière de développement durable, avant tout dû à des freins organisationnels et financiers, et à des difficultés conjoncturelles, l'hôpital est bel et bien engagé dans la dynamique du développement durable (1).

Ce mémoire invite à poursuivre et à renforcer l'engagement des hôpitaux dans le développement durable. D'abord, car l'inaction en matière de développement durable est coûteuse pour la société, car les hôpitaux sont des gros pollueurs, et car par leur taille, l'engagement des établissements de santé en matière de développement durable est en capacité de susciter d'importants effets d'entraînement et de réseaux. En outre, pour l'hôpital, ne pas se préoccuper des enjeux du développement durable par manque d'incitation financière, ou car cela n'est pas la priorité du moment, peut sembler contraire aux valeurs qu'il représente et incarne, et compromettre ainsi sa raison d'être, déjà fragilisée dans l'imaginaire collectif par l'instauration d'une logique d'activité renforcée par la tarification à l'activité. Enfin, en ne s'engageant pas aujourd'hui dans le développement durable, l'hôpital s'abstient de s'inscrire dans une fenêtre d'opportunité bien marquée (cadre juridique toujours plus strict, exigence de la certification par la Haute Autorité de Santé (HAS)...), et s'expose à d'importants surcoûts et à une potentielle inertie à plus long terme (2).

Pourtant, malgré des coûts et contraintes non négligeables, le développement durable pourrait bien être une opportunité pour les établissements publics de santé. En effet, ce mémoire postule et cherche à démontrer qu'au-delà du coût de l'inaction, l'engagement en matière de développement durable est de nature à générer d'importantes externalités positives dont pourra tirer profit l'hôpital : en matière de santé publique et de qualité des soins en développant une approche de santé environnementale, par exemple, en matière de qualité de la prise en charge et d'attractivité pour les patients, ou, dans le cas de la restauration durable, en adoptant un regard différent sur ce qui contribue au soin. Pour le personnel, le développement durable peut également être un facteur de qualité de vie au travail, permettant de recréer du sens et de fédérer les équipes autour d'un projet qui les intéresse, précieux levier dans un contexte où le sens du travail pour les soignants a parfois été mis à mal par la logique économique hospitalière et par la crise sanitaire. Enfin, en tant qu'investissement risqué, et souvent novateur, le développement durable peut être un levier de transformation économique, et inscrire l'hôpital dans une stratégie de différenciation sur son territoire, permettant peut-être de lui faire gagner des parts de marché en le dotant d'un avantage comparatif, à même de dynamiser son activité. En effet, s'engager dans une démarche de développement durable, c'est articuler différemment le temps long et le temps court, mais aussi valoriser des dimensions non financières : finalement, s'engager dans une dynamique de développement durable conduit inexorablement à aborder différemment la logique économique hospitalière (3).

Dès lors, dans ce contexte, que doit faire le directeur d'hôpital pour tirer profit de cette dynamique, en répondant aux obligations réglementaires en matière de développement durable tout en minimisant les surcoûts et en maximisant les bénéfices qu'il peut retirer d'une politique du développement durable ? L'exemple de la mise en œuvre de la loi EGalim au sein du GHU Nord, mais aussi dans d'autres hôpitaux permet d'y répondre au moins partiellement : le GHU Nord a en effet obtenu de très bons résultats en la matière, en mettant en œuvre une approche par petits pas, permettant des ajustements qualitatifs et quantitatifs pour compenser notamment les surcoûts

financiers. Le rôle moteur de la centrale d'achat a également été déterminant, de même que le degré d'autonomie des cuisines des différents sites, et des approches innovantes ont permis de valoriser la démarche et les efforts effectués. Des aspects demeurent néanmoins inexplorés, en particulier quand ils sont trop compliqués à mettre en œuvre ou trop coûteux, mais le partage d'expériences permet d'apporter des éléments de réponse à ces difficultés. Ces expériences permettent également d'identifier un certain nombre de clés à respecter pour faire du développement durable un levier vers un management plus horizontal et source de sens pour le personnel : il s'agit ainsi de porter une démarche clairement affirmée par la gouvernance, avec des objectifs clairs, dans une logique de subsidiarité, de globalité, et dans une temporalité permettant d'articuler le temps long et le temps court. La valorisation des initiatives de terrain, leur évaluation via le déploiement de tableaux de bord *ad hoc* devraient par ailleurs permettre d'instaurer une dynamique d'amélioration continue, et d'accompagner le changement de façon efficace. A terme, c'est toutefois tout une chaîne de partenaires que l'hôpital devra structurer sur son territoire, pour pérenniser sa démarche de développement durable et en maximiser l'impact (4).



# **1. Etat des lieux : alors que l'intégration du développement durable dans les enjeux hospitaliers est pour le moment peu approfondie, l'hôpital ne pourra échapper durablement à une dynamique qui l'embarque déjà**

1.1 Le développement durable : une préoccupation croissante dans la société qui pénètre pourtant difficilement les murs de l'hôpital public

## 1.1.1 Une préoccupation croissante dans la société, mais aussi à l'hôpital

Depuis les années 1980, la société française est en effet marquée par ce que les sociologues qualifient de nouveaux mouvements sociaux [Touraine, 1984] qui traitent d'enjeux sociétaux, tels que l'égalité des genres, mais aussi, et surtout, pour ce qui intéresse ce mémoire, de la protection de l'environnement, ou des conséquences de sa dégradation. Ainsi, dans le domaine de l'alimentation « les comportements alimentaires intègrent (...) de nouvelles normes sociales », ce qui se traduit par une « diminution de consommation de viande (87,5kg/hab./an en 2018 contre 94 en 1983), la hausse tendancielle de la consommation des produits issus de l'agriculture biologique (69% des personnes interrogées déclarant en consommer régulièrement), le développement de circuits courts et la montée en puissance dans le débat public des enjeux de lutte contre le gaspillage alimentaire » [France Stratégie, 2021].

Si l'intérêt croissant de la société pour le développement durable suit une tendance structurelle, cette dernière semble avoir été renforcée par des facteurs plus conjoncturels, comme les vagues de chaleur caniculaire qui ont traversé la France au cours des dernières années, ou encore la pandémie de covid-19 qui aurait renforcé cette transition vers une « société plus responsable » [Trespeuch, Robinot, Botti, Bousquet, Corne, De Ferran, Peypoch ; 2021].

Dans le domaine du développement durable, ces préoccupations structurelles et conjoncturelles se répercutent sur le plan juridique : tout d'abord, l'adoption des objectifs du développement durable en septembre 2015 par les 193 états membres de l'ONU a inscrit dans un cadre juridique ces préoccupations, et a fixé un horizon, l'année 2030, pour y répondre. A titre d'illustration, et pour ne pas énumérer la totalité des références juridiques dans le domaine, dans la sphère alimentaire, les objectifs du développement durable invitent à renforcer la lutte contre la faim, l'accès à l'eau salubre et à l'assainissement, la consommation responsable, et la réduction des inégalités [République française, n° 2015-1229].

Sur le sol français, ces objectifs mondiaux ont été traduits en droit par plusieurs lois, telle la loi relative à la lutte contre le gaspillage alimentaire en 2016, qui oblige les professionnels des restaurants collectifs qui préparent plus de trois mille repas par jour à redistribuer les invendus sous forme de dons à des associations [République française, n° 2016-138]. En 2018, la loi EGalim a durci le cadre juridique propice au déploiement d'une restauration durable en incitant à renforcer le caractère durable des produits distribués dans la restauration collective, et cela afin de contribuer à l'émergence d'une agro-industrie alimentaire française elle-même plus durable. Issue des Etats Généraux de l'alimentation, et encadrée par le Conseil National de la Restauration Collective (CNRC), la loi EGalim prévoit ainsi l'approvisionnement de la restauration collective, publique comme privée, en produits agricoles de saison ou en produits sous signes officiels de la qualité et de l'origine (SIQO), notamment issus de l'agriculture biologique. La loi EGalim propose par ailleurs l'expérimentation d'un menu végétarien hebdomadaire dans les cantines scolaires et la mise en place de plans pluriannuels de diversification des sources de protéines pour la restauration collective publique. En complément, la loi AGECE, adoptée le 10 février 2020, a créé un label anti-gaspillage alimentaire.

Loin d'être imperméable aux tendances sociétales, à l'hôpital, l'intérêt des hospitaliers pour le développement durable est de plus en plus tangible. Attestant de cet intérêt, la structuration des professionnels de santé en association – le Comité pour le développement durable en santé (C2DS) – à la suite de la publication de la loi Grenelle 1 (2009) leur a ainsi permis de travailler à une mutualisation des bonnes pratiques dans le domaine du développement durable. Si cet intérêt n'est donc pas récent, il est d'autant plus marqué aujourd'hui. Exprimant son point de vue sur l'expérience de suppression des bouteilles d'eau au CHU de Nancy, l'ingénieur restauration interrogé considère ainsi qu'« il y a cinq-six ans, ça aurait été un tollé, mais c'est plutôt rentré dans l'ère du temps, ça passe plus facilement ». L'enquête menée par le CNEH en avril-mai 2021, auprès de mille personnes travaillant dans des établissements publics de santé confirme cette évolution : pour 84% des répondants, la transformation écologique est, ou devrait être, une priorité à l'hôpital. Près des deux tiers ont déjà entrepris des initiatives et 80% estiment que la transformation écologique aura un impact positif dans les hôpitaux dans les cinq prochaines années.

A l'AP-HP, les projets proposés par les professionnels dans le cadre du fond APRES<sup>6</sup> sont révélateurs de cet engouement pour le développement durable, puisque 334 projets sur le thème du développement durable ont été proposés sur un total de 749 projets, relevant de 22 thèmes différents, soit presque un projet sur deux (45%).

A une échelle plus fine encore, le dispositif de projet d'engagement collectif mis en œuvre à l'hôpital Lariboisière Fernand-Widal confirme cette tendance, bien qu'un peu moins marquée que dans le cadre du fonds APRES (ce qui s'explique avant toute chose par le caractère plus contraignant et engageant du projet d'engagement collectif), puisqu'un tiers des projets choisis par les services de l'hôpital (services de soins, administratifs, logistiques, techniques, de direction...) traitent de développement durable.

Outre la sensibilité grandissante du personnel hospitalier vis-à-vis des enjeux de développement durable, la volonté des régulateurs ou acteurs institutionnels qui travaillent pour et avec l'hôpital public d'inscrire la dynamique du développement durable à l'hôpital est de plus en plus marquée. Les efforts que fait l'ANAP pour proposer un appui de terrain opérationnel et sur mesure pour impulser ou renforcer les démarches de RSE des établissements de santé exprime la volonté de l'agence de faire du développement durable un axe de la performance hospitalière. Le thème des journées de l'Association des Directeurs d'Hôpital de l'année 2021, ou encore la place conséquente qu'accorde l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique au développement durable à travers le séminaire CHANCES (CHANagement Climatique, transitions Et Santé) et le travail sur la fresque du climat qu'elle propose aux futurs dirigeants du monde de la santé sont tout aussi révélateurs du souhait de ces acteurs institutionnels de faire du développement durable un axe de transformation de l'hôpital public, dont les dirigeants hospitaliers doivent se saisir, ce que confirme l'organisation de webinaires réguliers sur le thème du développement durable par la Fédération Hospitalière de France (FHF) depuis le début de l'année 2022.

En effet, le déploiement d'une politique de développement durable nécessite des outils, ainsi que des moyens. A cet égard, les fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP, UNICANCER) ont été à l'initiative de la création d'un baromètre du développement durable mis en place en 2013, afin de permettre aux établissements de pouvoir comparer leurs avancées, pour crédibiliser leur démarche auprès des acteurs hospitaliers et de la gouvernance. De façon complémentaire, l'ANAP a élaboré un observatoire du développement durable en 2017. Plus récemment, le ministère des Solidarités et de

---

<sup>6</sup> Fonds d'Appui aux Projets pour le Renforcement du Sens, mis en place par l'AP-HP depuis la mi-2020, afin de financer des actions visant à améliorer le quotidien des professionnels et la prise en charge des patients, incarnés dans des projets de toute taille et de toute nature portés par des professionnels de l'AP-HP

la Santé a proposé l'appui de terrain de conseillers en transition énergétique, via un appel à manifestation d'intérêt auquel ont répondu quatre-vingt-dix établissements publics de santé. Ainsi, l'invitation des institutionnels à s'intéresser aux enjeux du développement durable, les efforts pour y former les futurs dirigeants hospitaliers comme la mise à disposition d'outils *ad hoc* attestent bien de l'intérêt croissant des institutionnels pour les enjeux du développement durable.

C'est donc naturellement que l'AP-HP et son GHU Nord sont également révélateurs de cette tendance, comme l'illustre notamment l'existence d'une rubrique développement durable sur le « Sept jours à l'AP-HP », journal hebdomadaire du CHU francilien, qui vise à mettre en exergue les actions entreprises dans le domaine du développement durable. Depuis deux ans, pour valoriser les initiatives de terrain, l'AP-HP et le GHU Nord offrent en outre la possibilité à tous les services de l'hôpital de construire leur projet d'engagement collectif autour du développement durable<sup>7</sup>. Enfin, l'existence d'une sous-direction du développement durable au siège de l'AP-HP, et d'une commission du développement durable au sein de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) de l'AP-HP, révèlent la volonté de la gouvernance de structurer la politique de développement durable, y compris lorsque les initiatives viennent du « terrain ».

Jouant le rôle de relais au sein des groupements, des référents « développement durable » ont ainsi été identifiés dans chaque GHU et ont pour mission d'animer des Comité de Pilotage (COPI) Développement Durable pluri-professionnels. Enfin, certaines directions, tout particulièrement concernées par les enjeux de développement durable, comme la Direction de l'Investissement et de la Maintenance (DIM) pour les enjeux énergétiques, ou la Direction des Approvisionnements et des Services Economiques et Logistiques (DASEL), pour le recyclage des déchets ou encore les achats, impulsent également une dynamique de développement durable. Ainsi, au sein du GHU Nord, le COPI Développement durable est piloté par ces deux directions, ainsi que par la direction de la communication.

Ces exemples illustrent bien l'intérêt croissant des hospitaliers pour le développement durable, tant du point de vue des professionnels « de terrain » que de la gouvernance ou des acteurs institutionnels. Toutefois, l'expérience de l'AP-HP et du GHU Nord n'est peut-être pas représentative de l'ensemble des établissements de santé, par leur taille et leur localisation parisienne. De plus, l'étude des projets d'engagement collectif de l'hôpital Lariboisière, ou encore les taux de participation aux COPI développement durable dans les différents sites du GHU Nord montrent un intérêt variable des professionnels de santé d'un service à l'autre : en particulier, les données recueillies indiquent que l'intérêt pour le développement durable concerne surtout les professionnels de la maternité, de gériatrie ou des blocs opératoire. Ces éléments de nuance peuvent ainsi expliquer pourquoi aujourd'hui l'hôpital public se caractérise toujours par un important retard en matière de développement durable.

1.1.2 Néanmoins, si cette préoccupation croît, elle n'a pour le moment que peu pénétré les murs de l'hôpital public ...

Illustrant le retard des hôpitaux dans la structuration des politiques de développement durable, les directions du développement durable restent très rares, et l'élargissement du portefeuille déjà chargé d'un directeur s'y substitue la plupart du temps. Les éléments de parangonnage récoltés auprès de collègues Elèves Directeurs d'Hôpital permettent en outre de constater qu'il n'est pas rare non plus que la structuration d'une politique de développement durable soit confiée à un élève directeur, révélant ainsi le souhait de la direction de se saisir de la question sans avoir réellement la

---

<sup>7</sup> En effet, le projet d'engagement collectif au sein du GHU Nord devait être structuré autour d'un des deux thèmes proposés en 2021, autour d'un des trois thèmes proposés en 2022, parmi lesquels on retrouvait systématiquement le développement durable.

possibilité de s'en donner les moyens à court terme. En effet, à quelques exceptions près, aucun moyen spécifique, humain comme financier n'est alloué au développement durable, qui s'affirme donc comme un enjeu supplémentaire auquel doivent répondre les établissements à moyens constants.

En conséquence, les hôpitaux accusent globalement un important retard en matière de développement durable, en particulier dans certaines thématiques comme le tri des déchets, l'utilisation de la voiture particulière ou la distribution gratuite de bouteilles d'eau en plastique. A titre illustratif, l'AP-HP consomme six millions de petites bouteilles d'eau plate par an, un million de grandes bouteilles d'eau, un million de petites bouteilles d'eau gazeuse, trois-cent-mille d'autres eaux. Selon le Pôle d'Intérêt Commun *Achats*, ces volumes sont orientés à la hausse depuis quatre ans. Dans le seul GHU Nord, environ 1,5 millions de bouteilles d'eau sont ainsi distribués par an. Toujours en matière d'achats publics, les données de l'observatoire du développement durable de l'ANAP confirment que ce retard ne concerne pas la seule AP-HP, puisque seuls 38% des établissements déclarent intégrer un critère de développement durable (social ou environnemental) parmi les critères d'examen des offres pour les marchés publics (données 2019).

### 1.1.3 ...Malgré des initiatives dont le caractère innovant atteste du décalage entre les attentes du terrain et les moyens communément déployés

La mise en parallèle de l'intérêt croissant des hospitaliers comme de la société pour les enjeux du développement durable avec la faiblesse de la structuration des politiques de développement durable au sein des établissements de santé fait apparaître un décalage entre les attentes de terrain et les réponses institutionnelles. Pourtant, la mise en place d'une stratégie de transition écologique claire est primordiale et est considérée comme une priorité par 52% des répondants au sondage du CNEH. Expriment ce décalage, les propos de l'ingénieur restauration du CHU de Nancy interrogé sont révélateurs de ce décalage entre les attentes de terrain et les moyens effectivement déployés par les établissements pour structurer une politique de développement durable : « On a été rattrapé par la réglementation avec joie (...). On avait initié des démarches depuis 2013-2014, sur le développement de filières locales avec des chartes de bonnes pratiques d'élevage, de mieux-être animal ». Le CHU de Nancy n'est à ce titre pas le seul concerné, puisque de nombreuses structures avaient entrepris des actions conformes à la loi EGalim bien avant sa publication [Rousseau, 2021], comme l'AP-HP, dont la centrale d'achat intègre régulièrement depuis plus de dix ans des produits biologiques et labellisés aux marchés alimentaires « en doublons avec les produits conventionnels mais n'en vendait pas du tout, car ils étaient plus chers », selon les propos d'un responsable de la centrale d'achats de l'AP-HP.

A la maternité de l'hôpital Lariboisière, les initiatives fleurissent également dans le domaine du développement durable, avec un projet d'éco-maternité mis en œuvre dans quatre maternités pilotes de l'AP-HP depuis 2019 et désormais déployé dans les cinq maternités du GHU Nord. Ce projet vise à promouvoir la santé environnementale, en adoptant des pratiques plus conformes au développement durable ou motrices dans les domaines de la formation, des travaux de rénovation, du bio-nettoyage (via un nettoyage vapeur notamment), du recyclage et du traitement des déchets. Constituant le projet d'engagement collectif du service, l'éco-maternité n'est pas une exception, puisque d'autres projets ont également été proposés par les services de Soins de Suite et de Réadaptation, d'addictologie et de psychiatrie, afin de transformer les bio-déchets en compost, ou encore de créer et d'entretenir un potager et un jardin thérapeutique sur le site de l'hôpital Fernand-Widal.

En ce qui concerne le tri et le recyclage des déchets, le groupe de travail de la CME de l'AP-HP chargé de travailler sur les déchets a constaté qu'il existait de nombreuses initiatives de tri des

déchets dans les blocs opératoires des différents hôpitaux, éparpillés et souvent méconnus. L'audit déchet que j'ai réalisé au sein du GHU Nord a confirmé cela : le personnel des blocs opératoires (dont le bloc obstétrical) est dans sa grande majorité sensible au recyclage des outils métalliques à usage unique ou cassés/détériorés et apprécie les réponses apportées par la gouvernance (DASEL en l'occurrence) pour rendre ce recyclage effectif. En effet, en matière de recyclage des déchets, sans relais au niveau de la gouvernance, ni structuration de la démarche via la création d'un marché public *ad hoc*, ou la mise en place de partenariat, il demeure impossible de recycler les déchets. C'est le cas par exemple du plastique, non recyclé dans de nombreux hôpitaux et notamment à l'AP-HP, ce qui surprend de nombreux professionnels avec qui j'ai pu m'entretenir, et est révélateur de cet écart entre initiatives de terrain et politique d'établissement. Bien qu'innovantes et dynamiques, les personnes qui portent ces initiatives et en sont à l'origine sont ainsi contraintes de s'appuyer sur ce qui existe, tels les projets d'engagement collectif, le fond APRES ou des appels à projet plus spécifiques pour trouver un appui et des moyens de structurer leur démarche.

1.2 Le retard pris par l'hôpital public en matière de développement durable peut être expliqué par le caractère apparemment non prioritaire, contraignant et non nécessaire du développement durable

1.2.1 Confronté à d'importantes difficultés conjoncturelles, la mise en œuvre d'une politique de développement durable structurée et ambitieuse n'est pas la priorité pour l'hôpital

L'hôpital public est confronté à d'importantes difficultés conjoncturelles marquées par la crise sanitaire, dont l'impact pour les hôpitaux semble à l'heure de rédiger ces lignes s'atténuer, et par des difficultés pour recruter et fidéliser le personnel soignant [Lartigau, 2022]. Or, la mise en œuvre quotidienne et effective d'une politique de développement durable peut générer une charge de travail supplémentaire pour le personnel, ou complexifier les organisations en vigueur dans les services. Ainsi, selon l'enquête menée par le CNEH, 58% des établissements citent les freins organisationnels (en particulier, le fait d'avoir une action supplémentaire à réaliser et le manque de temps pour cela) comme principaux obstacles à la mise en œuvre d'une politique de développement durable.

Au sein du GHU Nord, le frein organisationnel semble réel : l'acceptabilité d'une généralisation du tri des déchets (plastiques, papiers, cartons etc.) est ainsi incertaine pour la gouvernance. De façon plus notable encore, les projets de suppression des bouteilles d'eau (hors cas exceptionnels : canicule, conditions de travail particulières etc.) nécessiteraient que les professionnels de santé remplissent des carafes d'eau, les réfrigèrent, distribuent des verres d'eau aux patients, et qu'ils nettoient régulièrement les carafes d'eau, autant de tâches supplémentaires dont ils sont dispensés en continuant à distribuer des bouteilles d'eau qui une fois vides sont jetées avec les autres ordures ménagères. Dans un contexte de dialogue social parfois compliqué, et alors que les conditions de travail et notamment la charge de travail sont régulièrement évoquées comme motifs principaux des difficultés de recrutement et de fidélisation des soignants, on comprend bien que le développement durable ne soit pas considéré comme une priorité actuellement, ce que confirment les propos du responsable de la centrale d'achat de l'AP-HP interrogé : « beaucoup de sites attendent [l'interdiction totale] pour supprimer les bouteilles. La difficulté est sociale en générale ». De façon analogue, il apparaît difficile de ne plus distribuer de contenants à usage unique au restaurant du personnel, alors que la vente à emporter est particulièrement répandue au sein du GHU (avec une proportion variant de 22% et 30% selon la saison), et d'autant plus depuis la crise sanitaire, et que le

repas du midi est parfois le seul repas complet ou équilibré dont bénéficient certains professionnels, selon les propos de représentants syndicaux.

Outre le risque de générer une charge de travail non acceptable socialement, la promotion d'une politique de développement durable ambitieuse peut, de plus, envoyer un « effet signal » négatif aux professionnels de l'hôpital : la théorie économique parle d'effet signal lorsque l'action d'un agent économique a pour effet de modifier les représentations des autres agents à son égard. En d'autres termes, en investissant fortement la problématique du développement durable, le risque serait que les agents hospitaliers considèrent que ces enjeux importent plus à la gouvernance que leurs conditions de travail, ou que la prise en charge des patients, ou, *a minima*, que ces deux dimensions pèsent moins qu'auparavant dans les priorités de la gouvernance. Un parallèle peut ici être effectué avec les critiques parfois émises envers les politiques visant à promouvoir la qualité de vie au travail des hospitaliers : dans le guide de la qualité de vie au travail qu'il a rédigé, le ministère de la Santé soulignait ainsi que la politique de qualité de vie au travail ne vise pas à « masquer les difficultés de l'organisation sous un vernis QVT ». Le même argument pourrait en effet être avancé à l'encontre des politiques de développement durable, qui mettraient du vernis sur des conditions de travail difficiles, pour détourner l'attention de ces dernières<sup>8</sup>.

A l'inverse, la mise en place d'une politique de développement durable peu ambitieuse mais identifiable peu poser une autre difficulté, qualifiée en marketing de *green washing*, ou éco-blanchiment, dès lors que la politique n'est pas considérée comme étant assez approfondie pour avoir un effet réel et durable en matière de développement durable. En particulier, un hôpital qui se concentrerait sur la mise en avant de quelques actions ponctuelles ou très ciblées susciterait *un effet waouh* à court terme, soit un effet de surprise, d'admiration ou d'appréciation chez ses patients, personnels ou autres usagers, mais décrédibiliserait par là même sa politique de développement durable à plus long terme.

Risquant de masquer ses propres priorités si elle s'implique trop, et à l'inverse d'être accusée de *green washing* si elle se concentre sur la valorisation d'actions ciblées mais fortes, dans le contexte actuel, la gouvernance d'un hôpital ne peut considérer le développement durable comme une priorité majeure sans difficulté, ce qui explique donc le *statu quo*, ou en tout cas le retard des hôpitaux en matière de structuration d'une politique de développement durable, malgré l'intérêt des hospitaliers.

De plus, les contextes sanitaire et socio-économique actuels sont de nature à renforcer davantage encore les difficultés des hôpitaux pour mettre en œuvre une politique de développement durable. Depuis quelques années déjà, mais plus encore avec l'arrivée du coronavirus en 2020, l'hôpital est en crise. Or, la crise s'inscrit dans une temporalité d'urgence, alors que le développement durable nécessite intrinsèquement de penser le temps long, en anticipant des effets qui se produiraient à long terme sans action à court terme. En cela, la crise rend la période actuelle peu propice au déploiement d'une politique de développement durable.

De surcroît, le contexte macroéconomique est lui-même source de surcoûts et de pénuries, qui, à nouveau, rendent d'autant plus difficiles certaines actions nécessaires à la mise en œuvre d'une politique du développement durable : dans le domaine de la restauration durable, par exemple, le marché de l'alimentaire est particulièrement impacté par l'inflation qui résulte de la crise sanitaire et des mesures économiques prises par les gouvernements, ainsi que des contextes géopolitique et climatique actuels. En conséquence, les prix de l'alimentaire n'ont jamais été aussi élevés, alors

---

<sup>8</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-qvt-2019.pdf> (guide la qualité de vie au travail. Outils et méthodes pour conduire une démarche QVT. MACP. 2019)

même que les budgets hospitaliers restent très contraints et que le titre III de l'EPRD reste sujet à de nombreuses demandes d'économies de la part de la direction des finances dans de nombreux hôpitaux, comme au sein du GHU Nord de l'AP-HP.

1.2.2 De plus, les difficultés structurelles de l'hôpital public le conduisent également à délaissé ce qui n'est pas son cœur de métier, et d'autant plus quand cela est coûteux ou compliqué

Si les récentes conjonctures économiques et sanitaires ont pu les renforcer, les difficultés budgétaires des hôpitaux publics sont en effet d'ordre structurel. Or, dans ce contexte de difficultés budgétaires durables, les hôpitaux sont engagés dans des programmes visant à améliorer leurs performances économiques. Par exemple, le programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables) mis en œuvre depuis 2011 vise à améliorer l'efficacité des achats publics, en réalisant des « économies intelligentes » sur les achats. La logique est en effet que les établissements de santé limitent les dépenses qui ne seraient pas indispensables à la réalisation de leurs missions principales, à savoir, le soin, la recherche et l'enseignement, cela en vue de préserver ou de retrouver un équilibre économique. Or, la mise en œuvre d'une politique de développement durable ne correspond pas directement à une de ses missions, et suscite d'importants surcoûts. C'est pourquoi 78% des répondants à l'enquête du CNEH évoquent les freins financiers, comme principaux obstacles à la mise en œuvre d'une politique de développement durable.

La mise en œuvre de la loi EGalim pour laquelle aucun budget supplémentaire n'a été attribué aux hôpitaux illustre cette difficulté : à titre de comparaison, selon une enquête lancée par l'Association des Maires de France à l'automne 2020, 82% des collectivités admettent rencontrer des difficultés pour mettre en œuvre la loi EGalim parmi lesquelles le coût supplémentaire engendré, et seuls 36% de l'échantillon pensent pouvoir atteindre l'objectif au premier janvier 2022. Les données récoltées au sein du GHU Nord de l'AP-HP confirment en effet l'importance des surcoûts que suscite la mise en œuvre de la loi EGalim : pour les marchés concédés, le prestataire Sodexo considère que la mise en conformité totale avec la loi EGalim nécessiterait d'augmenter de 30% le budget octroyé à la restauration. A titre illustratif, en matière d'achats, et sur des articles ciblés, il s'est avéré que le beurre biologique a un coût trois fois plus élevé que le beurre ordinaire. D'un point de vue plus général, les produits biologiques sont quatre fois plus chers en moyenne que leur équivalent non biologique, et les produits labellisés<sup>9</sup> ont un coût en moyenne deux fois plus élevé que les produits ordinaires. Ces données obtenues auprès de la centrale d'achat de l'AP-HP sont concordantes avec les données obtenues auprès d'autres établissements, tels le Centre Hospitalier de Plaisir, et fournissent donc un ordre de grandeur robuste en matière de surcoûts. Ainsi, le coût inhérent au déploiement d'une restauration durable permet également de comprendre le retard des hôpitaux en matière de développement durable, malgré le cadre juridique qui contraint les établissements à respecter les exigences fixées par la loi EGalim depuis le début de l'année 2022.

1.2.3 Enfin, le manque d'incitation et d'articulation entre les différentes politiques de développement durable explique le retard pris par l'hôpital en la matière

Les politiques de développement durable que commencent à mettre en œuvre les hôpitaux répondent en général à des objectifs ciblés, parmi lesquels se trouvent en premier lieu le souhait de réaliser des économies (dans le domaine de l'énergie en particulier) et la volonté de respecter

---

<sup>9</sup> Il s'agit des produits donc les labels sont reconnus comme étant des Signes officiels d'Identification de la Qualité et de l'Origine (SIQO), détaillés en annexe

la réglementation. En conséquence, il est rare que les établissements élaborent et mettent en place une unique politique de développement durable globale et articulée. A l'inverse, les politiques de développement durable sont bien souvent pensées en silo, et la politique du développement durable mise en œuvre au sein du GHU Nord ne fait pas exception à cela [Poitou, 2020].

En cause, le périmètre souvent restreint des politiques définies par la réglementation, et le manque d'incitation à répondre à certains enjeux ou à intégrer certaines dimensions non valorisées de la démarche RSE. A titre d'illustration, si l'esprit de la loi EGalim s'incarne bien dans la notion de RSE, ces éléments sont très imparfaitement pris en compte par les indicateurs d'application de la loi, qui mesurent surtout la qualité des produits selon un référentiel de labels. Ainsi, le recours à des Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), comme fournisseurs ou prestataires n'est pas valorisé. L'amélioration de la qualité de vie au travail et de la prise en charge des patients n'est pas plus prise en compte. De même, la loi EGalim n'est pas articulée avec la réduction des émissions de gaz à effet de serre, alors même que la réalisation d'un bilan carbone de scope 2 fait partie des autres obligations juridiques des établissements : ainsi, la loi EGalim ne valorise pas le développement d'alternatives végétariennes, pourtant souvent bien moins polluantes que les aliments carnés. Enfin, le caractère faiblement incitatif de la loi résulte aussi de l'absence de dispositions contraignantes, de sorte que la mise en œuvre de la loi EGalim reste sujette au bon vouloir des établissements.

Par ailleurs, le manque d'effectivité de certaines dispositions réglementaires ou législatives, soit, en d'autres termes, l'impossibilité pratique de les mettre en œuvre, est également un obstacle que rencontrent les hôpitaux. A titre d'exemple, toujours dans le domaine de la restauration durable, la loi EGalim encourage le recours aux « circuits courts » et la commande locale pour dynamiser le tissu économique du territoire, sans que la notion de circuit court ne soit définie par le texte de loi ou par son décret d'application. Sur ce point, le réalisme même de cet objectif peut susciter des interrogations, car les petits producteurs, en circuit court n'ont eux-mêmes pas forcément la taille requise pour répondre aux besoins quantitatifs des établissements, quand bien même l'effet prix serait neutralisé par l'acceptation de surcoûts par l'établissement. En effet, d'après la définition qu'en donne le Ministère de l'Economie et des Finances, on parle de circuit court lorsqu'il n'y a qu'un seul intermédiaire entre le consommateur et l'acheteur. Or, il semble très difficile pour les établissements de réellement s'approvisionner selon ces modalités, principalement pour des raisons d'échelles.

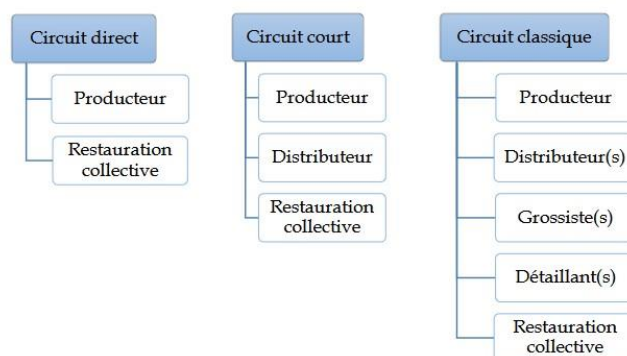


Figure 2: Les différents modes d'approvisionnement

Illustrant cela, la direction en charge du développement durable au sein des Hospices Civiles de Lyon expliquait qu'en produisant 19 000 repas par jour, l'unité centrale du CHU Lyonnais est dans l'incapacité de trouver un producteur en circuit court en mesure de lui proposer 38 000 abricots biologiques par jour en été. Le constat est identique à l'AP-HP, ou encore au CH de Plaisir, malgré sa taille beaucoup plus petite : « on distribue 200 kg de viandes par jour et 3 500 repas sont



produits par jour, sur les différents établissements, et pour le CCAS de plaisir et les maisons de retraite (portage de repas). En plus, nous produisons 250 repas au self », mentionnait l'ingénieur restauration.

Outre la taille importante des structures, le caractère récent de la demande et l'inexistence d'une offre de taille suffisante fragilisent fortement l'application de la loi. Au CHU de Nancy, l'ingénieur restauration indique ainsi qu'il « n'a pas démarré par le bio car la filière n'est pas encore assez développée dans [leur] région ». Exprimant la nécessité de structurer une chaîne de partenaires pour pouvoir mettre en œuvre la loi EGAlim de façon effective, l'ingénieur restauration du CH de Plaisir confirme cela : « la plus grosse difficulté c'est de trouver les filières, pour le recyclage comme pour l'approvisionnement. C'est un réseau à connaître », « il faudrait faire le tour des fournisseurs pour chaque type de produit, ce qui serait beaucoup trop chronophage ». « Et de toute façon, si on travaillait avec les fournisseurs locaux on aurait beaucoup d'un type de produit (fruits en particulier) pendant un ou deux mois, mais on doit varier les produits ». A l'inverse, la loi n'invite pas à favoriser les produits locaux, hors circuit court, ce que regrette un acheteur de l'AP-HP : « Dans les SIQO, il n'y a pas de notion de provenance des produits : c'est un peu dommage, c'était dans les premiers projets de lois puis ça a été supprimé par le Parlement. Et par le conseil constitutionnel car les appels d'offre doivent respecter le droit européen ».

Enfin, le formalisme des marchés publics, et l'éloignement des centrales d'achats vis-à-vis des producteurs, rendent d'autant plus compliquée la valorisation du tissu économique local via la loi EGAlim comme l'illustrent les propos de l'ingénieur restauration du CHU de Nancy : « Les marchés publics, ça fait peur aux producteurs locaux (...), ils ont cette appréhension de l'aspect administratif compliqué. Quand on travaille avec des centrales d'achat nationales, on perd le contact avec nos producteurs locaux ».

Ainsi, si le développement durable pénètre peu à peu les murs de l'hôpital public, l'important retard des établissements de santé dans le domaine peut être expliqué par les contraintes induites par des politiques de développement durable souvent peu articulées entre elles, et par les surcoûts qu'elles engendrent, difficilement acceptables, dans un contexte structurellement et conjoncturellement difficile.

## 2. Pourtant, malgré ces coûts et contraintes non négligeables, les hôpitaux ont intérêt à se saisir de la problématique du développement durable au regard du coût de l'inaction dans le domaine

### 2.1 Le coût de l'inaction pour la société

#### 2.1.1 Le secteur de la santé et les hôpitaux sont de gros pollueurs

D'un point de vue global, le secteur de la santé est un secteur très pollueur : en effet, selon les données produites par le *think tank the Shift Project*, les émissions de gaz à effet de serre du secteur représentent plus de 33,6 MtCO<sub>2</sub>e, soit plus de 5,1% du total des émissions de gaz à effet de serre émises au niveau national. Au niveau mondial, l'ONG *Heath care without harm*, affirme que l'empreinte environnementale du secteur de la santé représente 4,4% des émissions mondiales (2019) : ainsi, si ce secteur était un pays, il serait le cinquième plus grand émetteur de la planète.

#### 2.1.2 Si l'impact de l'activité hospitalière sur l'environnement résulte avant tout des achats hospitaliers...

Selon le *think tank the shift Project*, le plus gros poste d'émissions de gaz à effet de serre concerne les achats, comme l'illustre le graphique ci-dessous :

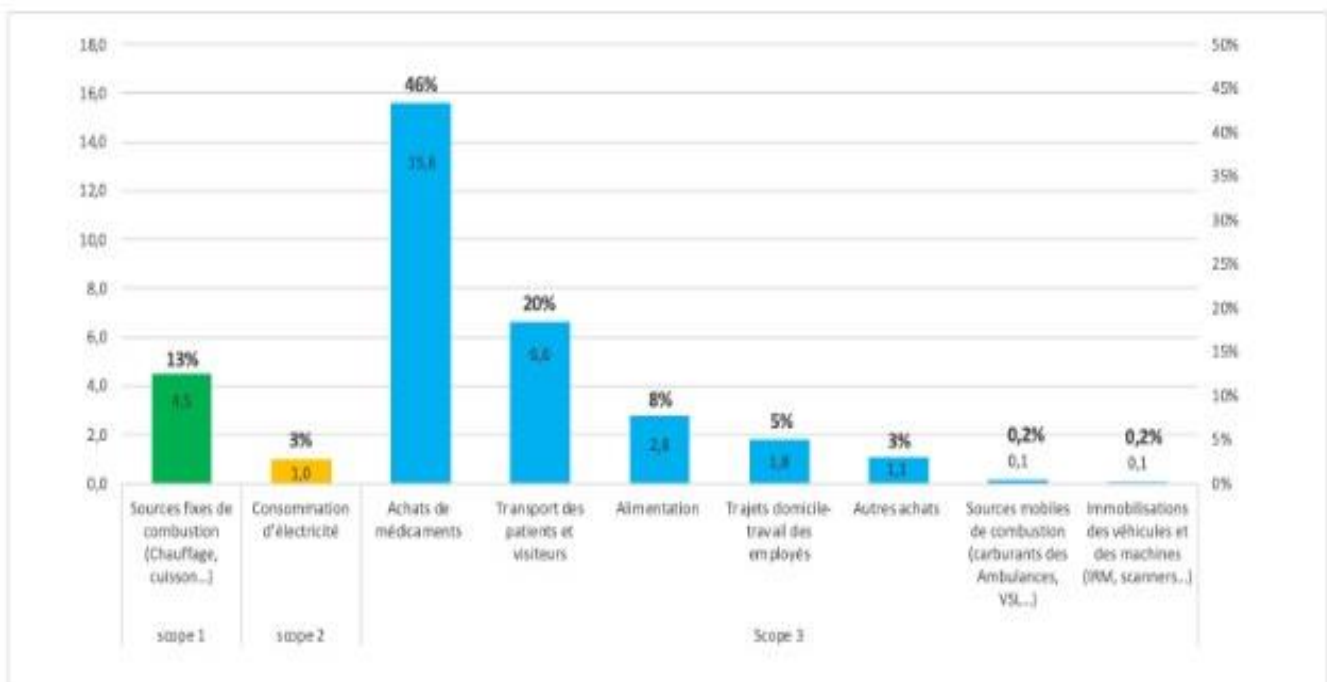


Figure 3 : Postes d'émissions du secteur de la santé

### 2.1.3 ...la restauration soulève également d'important enjeux environnementaux

8% des émissions du secteur de la santé résultent des activités liées à la production d'une offre de restauration. En particulier, les déchets représentent un poste d'émissions important. En effet, la prégnance de l'usage unique, dont l'utilisation est repartie à la hausse durant la crise sanitaire, se répercute par la production de 700 000 tonnes de déchets plastiques par an, soit près de 1,7 tonnes par lit, à l'échelle de la France. Si ces données de déchets dépassent les seules activités de restauration, ces dernières constituent assurément un domaine où l'usage unique et le plastique pourraient être éliminés, ou *a minima* recyclés, de façon plus aisée que dans les secteurs de soins pour des raisons d'hygiène ou de charge de travail. Ainsi, les travaux de l'ADEME confirment l'importance de ne pas négliger la question des déchets dans la mise en œuvre d'une stratégie de restauration durable puisque « le ratio de déchets alimentaires par repas dans le secteur de la santé est le plus élevé de la restauration collective : 330 000 tonnes sont gaspillées par an, soit 750 millions d'euros jetés à la poubelle, sans compter l'impact environnemental. En 2016, les pertes sont estimées à 33% et 32% pour les phases de consommation et de production, 21% lors de la transformation et 14% lors de la distribution ».

A partir de ses données d'activité, une estimation des émissions de gaz à effet de serre générées par l'activité de restauration du GHU Nord de l'AP-HP peut également être réalisée : 12 000 à 13 000 repas sont servis par jour en moyenne avec une proportion de 57% des repas servis au personnel, et 43% des repas servis aux patients<sup>10</sup>. Pour les seuls sites de Saint-Louis, Lariboisière et Fernand-Widal, 1 000 repas sont servis chaque midi au self, et 1 350 repas aux patients. Une proportion équivalente de repas est distribuée sur les sites de Bichat et Beaujon. A cela s'ajoutent les diners, les petits-déjeuners et les collations du personnel, ce qui, sur les sept sites du GHU amène donc au nombre mentionné ci-dessus.

Tableau 1: L'activité de restauration du GHU Nord de l'AP-HP

Nom du site	Nombre de repas servis en 2021	Equivalent journalier	Dont patients	Dont personnel
Lariboisière	875 620	2 399	1 032	1 367
Fernand Widal	218 905	600	258	342
Saint-Louis	853 443	2 338	1 005	1 333
Bichat	1 193 416	3 270	1 406	1 864
Beaujon	517 952	1 419	610	809
Bretonneau	246 440	675	290	385
Robert Debré	520 744	1 427	613	813
Louis Mourier	516 650	1 415	609	807
Total	4 943 170	13 543	5 823	7 719

<sup>10</sup> Proportion fixe entre les années 2020 et 2021, malgré de fortes variations dans les proportions de ventes à emporter du personnel

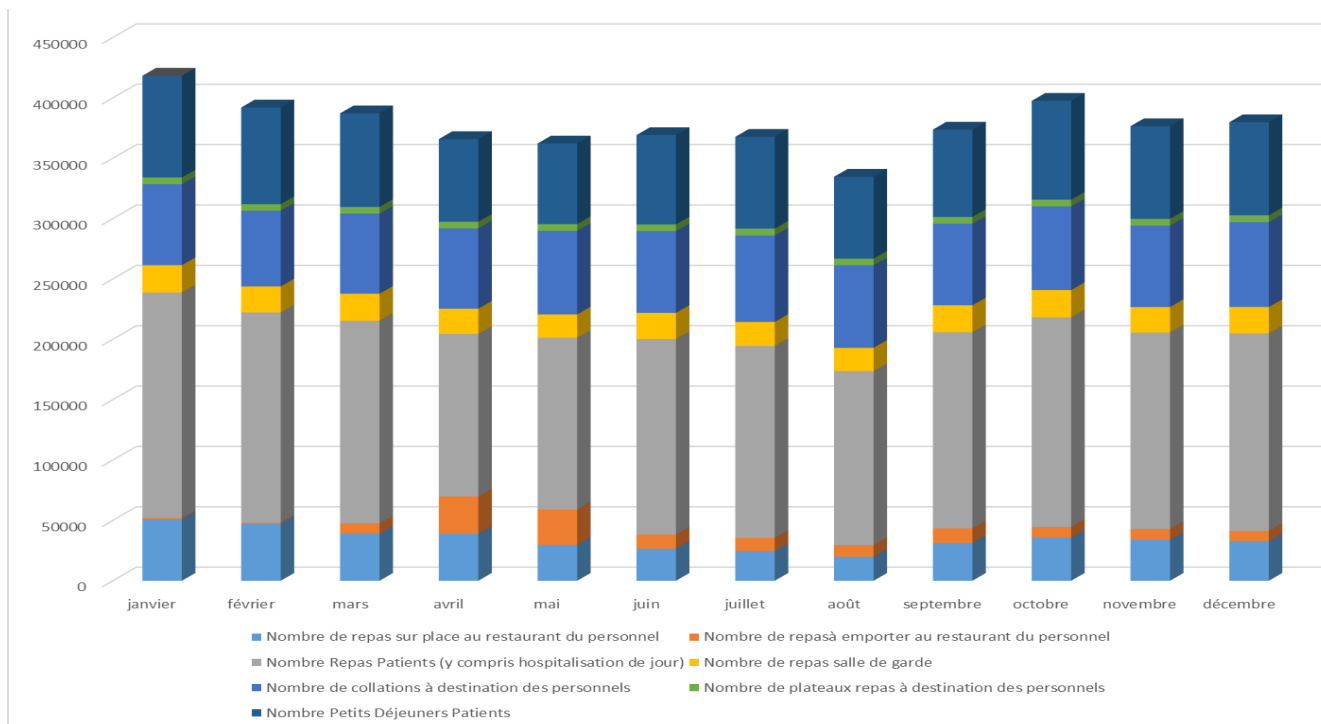


Figure 4 : répartition et évolution mensuelle des types de repas servis au sein du GHU Nord de l'AP-HP

Selon l'ADEME, un repas moyen d'un Français produit 2,04kgCO<sub>2</sub>e d'émissions de gaz à effet de serre par repas (et 0,70 MtCO<sub>2</sub>e pour un repas végétarien). En confrontant cette valeur aux données d'activité présentées dans le tableau 1, le tableau ci-dessous permet d'estimer les émissions de CO<sub>2</sub> correspondantes :

Tableau 2: Emissions de gaz à effet de serre associées à l'activité de restauration du GHU Nord de l'AP-HP

	Nombre total de repas en 2020	Emissions correspondantes (en kgCO <sub>2</sub> e)	Nombre total de repas en 2021	Emissions correspondantes (en kgCO <sub>2</sub> e)
Annuel	4 873 605	9 942 154	4 525 415	9 231 847
Moyenne journalière	13 352	27 239	12 398	25 293
dont total personnel				
Annuel	2 768 712	5 648 172	2 592 244	5 288 178
Moyenne journalière	7 586	15 474	7 102	14 488
dont total patient				
Annuel	2 104 893	4 293 982	1 933 171	3 943 669
Moyenne journalière	5 767	11 764	5 296	10 805

Ainsi, la seule activité de restauration du GHU Nord génère un volume annuel de 9 231 847 kgCO<sub>2</sub>e. En ceci que le coût environnemental de ces activités n'est pas directement assumé par

l'hôpital, ces émissions constituent des externalités négatives, au sens d'effets externes non souhaités et non pris en compte dans le calcul coût-avantage à l'origine de l'activité économique de restauration, car ce n'est pas l'hôpital, mais la société qui supporte ce coût.

Par la présence de telles externalités négatives, on voit bien que l'inaction en matière de développement durable à l'hôpital est coûteuse pour la société. En réalité, elle l'est aussi pour l'hôpital, en tant qu'institution, car l'inaction face à l'impact connu et mesuré de l'activité hospitalière va à l'encontre de sa raison d'être, caractérisée par une mission de service public.

2.2 Le coût symbolique pour l'institution : par leur taille, cumulée, ou, dans certains cas, individuelle, les hôpitaux mettent en danger leur raison d'être s'ils ne se préoccupent pas du développement durable

2.2.1 En effet, la responsabilité sociétale des hôpitaux fait partie intégrante de leur mission de service public...

La notion de responsabilité sociétale des organisations (RSO) qui élargit la prise en compte des enjeux de développement durable d'un point de vue opérationnel à la totalité des organisations rappelle en effet que les hôpitaux ont une responsabilité sociétale. La RSO a été formalisée par la norme ISO 26 000 avec comme objectif premier de ne pas limiter la démarche de développement durable aux entreprises, en l'étendant également aux collectivités, établissements publics, et associations, dans le but de les inciter à réduire leurs impacts environnementaux, à optimiser leurs dépenses, à créer du lien social, à réduire les répercussions de leurs activités sur la santé humaine et à impacter positivement la société par des actions vertueuses et exemplaires duplicables, tout en améliorant l'image de l'organisation. En particulier, la norme ISO 26 000 invite les organisations à veiller au respect des droits de l'homme et de l'environnement, à travailler sur les relations et conditions de travail, mais aussi sur le développement économique local, un ensemble de dimensions sur lesquelles les hôpitaux sont déjà très engagés à travers leur mission de service public définie à l'article L6112-1 du Code de la Santé Publique.

2.2.2 Par leur forte responsabilité sociétale, il semble donc normal que les hôpitaux soient exemplaires dans le domaine du développement durable

Selon le dictionnaire Larousse, l'exemplarité est le caractère « de ce qui est destiné à servir de leçon, en frappant les esprits par sa rigueur ». L'exemplarité peut viser à inspirer, notamment lorsqu'un acteur charismatique entreprend une mission. L'exemplarité peut également être imitative, dès lors qu'il s'agit de donner un bon exemple à imiter. Enfin, l'exemplarité peut viser la cohérence, lorsqu'il s'agit de rapprocher le discours ou la symbolique d'une institution avec ses pratiques et ses actions. Précisément, ce mémoire défend l'idée selon laquelle l'hôpital public est légitime et a intérêt à mettre en œuvre ces trois types d'exemplarité : en effet, la charge symbolique qui entoure les missions de l'hôpital public lui garantit une légitimité charismatique de nature à inspirer les autres acteurs. La logique d'efficience et de rationalisation de l'activité hospitalière incite par ailleurs les hôpitaux à n'entreprendre des actions que lorsqu'elles ont un solide fondement légal-rationnel [Weber, 1921] en s'appuyant autant que possible sur des exemples ou expériences hospitalières, par exemple, lorsqu'un hôpital montre qu'il est possible de mettre en œuvre une politique de développement durable sans que cela suscite trop de difficultés. Enfin, en mettant en

œuvre une réelle politique de développement durable, l'hôpital confirmerait sa mission de service public, son engagement collectif et de long terme, et gagnerait en cohérence.

Outre l'intérêt pour l'hôpital et sa légitimité à se positionner en acteur exemplaire dans le domaine du développement durable, l'Etat encourage depuis de nombreuses années les acteurs publics à faire preuve d'exemplarité dans ce domaine. Précisément, la première utilisation du concept d'exemplarité des acteurs publics s'inscrit dans le contexte du développement durable, puisqu'il a été formulé dans un séminaire gouvernemental du 28 novembre 2002 sur le développement durable à la suite du sommet de la Terre de Johannesburg, et a été « retranscrit dans la stratégie nationale de développement durable de 2003 », [Deschamps, 2012]. Selon une communication du ministre d'Etat de l'écologie au Conseil des ministres du premier octobre 2008, l'exemplarité des acteurs publics est gage de crédibilité et permet ainsi de renforcer l'adhésion, mais surtout d'inciter les autres acteurs à s'engager dans le développement durable. Le 25 février 2020, une circulaire du premier Ministre introduisait à ce titre le concept de services publics éco-responsables, soutenant que « les efforts d'adaptation demandés à tous les Français en vue d'assurer la transition écologique et solidaire doivent s'appliquer au premier chef aux services publics », car « les services publics incitent la société civile à s'inscrire dans une démarche volontaire de transition écologique et solidaire ». En l'espèce, l'exemplarité ne consiste pas seulement à être le premier acteur à appliquer la réglementation, mais aussi à aller plus loin que la réglementation, comme proposé par la commission européenne dans son livre vert « Promouvoir un cadre européen pour la responsabilité sociale des entreprises ». L'hôpital, premier employeur sur son territoire peut en effet susciter d'importants effets d'entraînement, et donc, non pas seulement convaincre ses partenaires de l'imiter, mais les emporter avec lui dans une démarche de développement durable, rendue ainsi plus facile pour les partenaires.

2.3 Une fenêtre d'opportunité à ne pas manquer : un cadre réglementaire évolutif, toujours plus strict et nécessitant d'importants efforts d'adaptation

En sociologie politique, le terme de fenêtre d'opportunité désigne la période éphémère durant laquelle la mise à l'agenda d'un sujet est favorisée, et peut permettre d'avancer rapidement dans un domaine dans lequel l'action aurait, sinon, pris plus de temps. En l'espèce, le durcissement du cadre réglementaire en matière de développement durable, et tout particulièrement dans le domaine de la restauration, peut être considéré comme une fenêtre d'opportunité à saisir pour les hôpitaux, afin de ne pas subir à moyen terme des coûts financiers ou organisationnels croissants et difficilement soutenables.

2.3.1 L'hôpital, toujours plus contraint de s'engager par la réglementation relative au développement durable

En effet, en matière de développement durable, le cadre juridique qui s'applique à l'hôpital est toujours plus strict. Au plus haut niveau de la hiérarchie des normes, l'ajout de la charte de l'environnement au bloc de constitutionnalité par la loi constitutionnelle du 1<sup>er</sup> mars 2005 affirme la nécessité pour les acteurs publics d'être moteur en matière de développement durable, puisque l'article 6 de ladite Charte dispose que « les politiques publiques doivent promouvoir un développement durable ». Outre la valeur constitutionnelle de ce texte, la fréquence toujours plus importante des textes juridiques relatifs au développement durable, et leur champ d'application toujours plus vaste confirment l'impossibilité juridique pour l'hôpital d'ignorer la problématique du développement durable. Ainsi, alors que dans le domaine des déchets le décret dit *Décret cinq flux*<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Décret n° 2021-950 du 16 juillet 2021 relatif au tri des déchets de papier, de métal, de plastique, de verre, de textiles, de bois, de fraction minérale et de plâtre.

oblige à trier les bio-déchets de restauration de plus de dix tonnes et les huiles alimentaires de plus de soixante litres, ainsi que le plastique, le métal et le verre, la loi Grenelle II <sup>12</sup> intime aux établissements de santé de réduire leur consommation d'énergie du parc de bâtiments tertiaires existants. En matière d'évaluation, et pour permettre la traduction opérationnelle des enjeux identifiés en matière de développement durable, la Loi Portant Engagement National pour l'Environnement du 12 juillet 2010 impose aux établissements publics de plus de deux-cent cinquante agents de réaliser un bilan carbone tous les trois ans<sup>13</sup>.

A l'échelle des établissements de santé, l'application de ces mesures et leur structuration dans une politique de développement durable officielle et engageante est définie par loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite loi Rist. En effet, cette loi dispose que les établissements doivent inscrire dans le projet d'établissement un volet éco-responsable qui définit les objectifs et la trajectoire pour réduire le bilan carbone. Ainsi, à travers son projet d'établissement, le GHU Nord de l'AP-HP s'est engagé à promouvoir le développement durable dans ses trois dimensions. Sur le plan économique, d'abord, le projet d'établissement prévoit que l'établissement « définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire ». Sur le plan sociétal, ensuite, il affirme la volonté de la gouvernance que « les professionnels [soient] impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail, impulsée par la gouvernance ». Enfin, dans le domaine environnemental, le projet invite au développement d'une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins prenant en compte les enjeux de santé environnementale.

Outre l'exposition à un risque juridique résultant des exigences légales et réglementaires toujours plus strictes dans le domaine, l'inaction est d'autant plus coûteuse pour les établissements publics de santé que le développement durable est concerné par la certification qu'effectue la Haute Autorité de Santé (HAS). En effet, dans son dernier référentiel<sup>14</sup>, la HAS fait de l'engagement en matière de développement durable une exigence que ne peuvent ignorer les établissements, puisque le critère 3.6-04 exige que « les risques environnementaux et les enjeux de développement durable (économique, sociétaux et environnementaux) soient maîtrisés ». Expriment davantage encore la nécessité de systématiser la démarche de développement durable au sein des établissements de santé, ce même critère demande aux établissements de santé qu'ils « qualifient [leurs] principaux projets à l'aune de ces trois enjeux », et qu'ils travaillent à « améliorer [leur] efficacité énergétique et le recours aux énergies renouvelables », ainsi qu'à « mesurer et réduire les émissions de gaz à effet de serre », à « préserver la ressource en eau, développer la mobilité durable, prévenir, trier et valoriser les déchets » (à travers la mise en place d'une filière adaptée pour chaque type de déchet), et « préserver la biodiversité ». Pour être rempli, ce critère nécessite que l'établissement réponde à ces enjeux à travers une politique structurée par une « gouvernance ou [un] groupe de travail sur ce sujet », et relayé par « un référent développement durable ».

### 2.3.2 Dans le domaine de la restauration, de rapides évolutions et un calendrier ambitieux

Dans le domaine de la restauration, l'article 24 la loi EGalim, fixe des objectifs d'approvisionnement en produits de qualité et durables dans la composition des repas servis en

---

<sup>12</sup> LOI n° 2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement, dont les conditions d'application ont été précisés par Décret n° 2019-771 du 23 juillet 2019 relatif aux obligations d'actions de réduction de la consommation d'énergie finale dans des bâtiments à usage tertiaire.

<sup>13</sup> La réglementation n'oblige les établissements qu'à réaliser un bilan de gaz à effet de serre de type scope 1 et 2, c'est-à-dire intégrant l'ensemble des émissions directes et indirectes liées à la consommation d'électricité, chaleur ou vapeur nécessaires aux activités de la personne morale, alors que le scope 3 inclut également les autres émissions indirectes : on parle alors de bilan carbone.

<sup>14</sup> [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/manuel\\_certification\\_es\\_qualite\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/manuel_certification_es_qualite_soins.pdf)

restauration collective, à atteindre au plus tard au premier janvier 2022. Ces objectifs sont fixés à 50 % du total des approvisionnements, dont au moins 20 % de produits biologiques. Le décret d'application de la loi EGalim du 24 avril 2019 indique quels labels sont reconnus par la loi comme des Signes Officiels d'Identification de la Qualité et de l'Origine (SIQO) qui peuvent être intégrés dans le calcul des 50% et des 20% : ces produits doivent ainsi être labellisés agriculture biologique, label rouge, disposer d'une Appellation d'Origine (AOC/AOP), ou d'une indication géographique protégée (IGP). Ils peuvent aussi porter comme mention une Spécialité Traditionnelle Garantie (STG), être « issus d'une exploitation à Haute Valeur Environnementale » (HVE), et dans certains cas correspondre à des produits qualifiés de « fermier » ou « produit de la ferme » ou « produit à la ferme ». De plus, l'article 24 de la loi EGalim indique que l'acquisition de produits issus du commerce équitable doit être développée dans les restaurants collectifs à vocation de service public, et l'article 257 de la loi Climat et Résilience promulguée en août 2021 a entériné l'intégration des produits issus du commerce équitable dans la liste des produits éligibles aux 50 %.

En complément, les obligations prévues par le Code de la Commande Publique (1er avril 2019) sont de nature à renforcer le caractère durable de la restauration. En effet, le code précise que le Développement Durable doit être pris en compte dans la définition du besoin (Art. L2111-1), et favorise les achats durables : « un achat public durable est un achat public intégrant des dispositions en faveur de la protection ou de la mise en valeur de l'environnement, du progrès social, et favorisant le développement économique qui prend en compte l'intérêt de l'ensemble des parties prenantes concernées par l'acte d'achat, permettant de réaliser des économies « intelligentes » au plus près du besoin et incitant à la sobriété en termes d'énergie et de ressources, et qui intègre toutes les étapes du marché et de la vie du produit ou de la prestation »<sup>15</sup>.

Enfin, si la loi EGalim exige des établissements qu'ils mettent en place une stratégie de réduction et de tri des déchets, le Code de l'environnement, en son article L541-15-10, interdit par ailleurs depuis le premier janvier 2021 la distribution gratuite de bouteilles en plastique contenant des boissons dans les établissements recevant du public et dans les locaux à usage professionnel (sauf impératif de santé publique ou restriction d'eau), et contraint depuis le premier janvier 2022 ces mêmes établissements à être équipés d'au moins une fontaine d'eau potable accessible au public.

2.3.3 Une nécessité de répondre rapidement à ces exigences pour ne pas subir des coûts organisationnels et financiers tendanciellement croissants et donc de moins en moins soutenables pour les établissements

Le cadre juridique relatif au développement durable s'appliquant aux hôpitaux est amené à se durcir davantage encore : ainsi, la mesure 14 du Ségur de la santé fixe l'objectif d'accélérer la transition écologique à l'hôpital. Dans sa feuille de route pour décarboner le système de santé, le *shift Project* propose également des mesures ambitieuses à mettre en œuvre, notamment dans le domaine de l'alimentation, à travers la mesure numéro 2 qui invite les établissements de santé à « réduire l'impact carbone lié à l'alimentation collective et au gaspillage alimentaire », en mesurant de façon fiable et systématique le gaspillage alimentaire et le bilan carbone de la restauration collective, et en mettant en place des actions correctives mesurables et mesurées chaque année. En complément, la mesure numéro 7 de cette feuille de route invite les hôpitaux à limiter leur consommation de matériel à usage unique, en révisant les achats en la matière et en utilisant davantage de matériel réutilisable, mais aussi en retraitant les dispositifs médicaux à usage unique (*reprocessing*) conformément au règlement européen 2017/45. Enfin, la feuille de route invite à

---

<sup>15</sup> D'après la définition donnée par le Plan National d'Action pour les Achats publics Durables 2021-2025 (PNAAPD)



systématiser et à rendre structurelle la démarche de développement durable des établissements de santé, en « impos[ant] un volet « coût carbone » dans les projets de recherche, dans les projets hospitaliers et dans les réformes du système de santé ».

Le caractère ambitieux et engageant de ces recommandations permet ainsi de penser que les établissements qui ne s’engageraient pas dès à présent dans une démarche de développement durable encourraient un risque juridique important, et croissant. En effet, l’absence de réponse à court terme à ces enjeux compromet la possibilité de répondre à temps à ces éléments réglementaires, par des mécanismes de résistance au changement.

Le concept de résistance au changement est défini par le sociologue Michel Crozier comme l’expression raisonnable et légitime des risques que comporte le changement pour les acteurs. La courbe de [Kübler-Ross, 1969], permet en effet de décomposer le changement en phases, chacune d’entre elles comportant des obstacles qui peuvent être des conséquences de résistance au changement :



Figure 5: Courbe de Kübler-Ross illustrant les différentes phases et obstacles au changement

Le concept de résistance au changement s’applique particulièrement à l’hôpital, où la complexité des organisations et le nombre de parties prenantes rendent difficile la mise en œuvre de tout changement. Selon Kübler-Ross, les obstacles au changement peuvent être d’ordre cognitif, si le changement apparaît en décalage avec certaines valeurs ou symboles qu’est censée incarner l’organisation, d’ordre financier, ou résulter d’un manque de motivation ou de stratégies de lutte pour le pouvoir. En conséquence de ce risque de résistance au changement, il semble donc d’autant plus urgent et utile de saisir toute fenêtre d’opportunité pour amorcer une politique nécessitant de mettre en œuvre des mutations organisationnelles, et d’y former dès à présent les nouveaux professionnels. D’ailleurs, selon le sondage effectué par le *think tank The Shift Project* auprès d’étudiants en médecine dentaire, kinésithérapie, pharmacie, soins infirmiers, PACES, maïeutique, et auprès d’étudiants de l’Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 96% des étudiants interrogés pensent que le changement climatique est parmi les enjeux majeurs du XXI<sup>ème</sup> siècle, et 84% des répondants pensent que les enjeux climatiques devraient être enseignés durant les études en Santé, de manière obligatoire pour 54% des sondés, et seuls 21% des étudiants disent avoir eu un enseignement sur les enjeux climatiques ou environnementaux au cours de leur cursus. Concernant la question de la transdisciplinarité, 78% des étudiants interrogés pensent qu’ouvrir des Unités d’Enseignement partagées entre les différentes filières de la santé sur ce thème serait intéressant.

Parmi les obstacles au changement, les actions dans le domaine du développement durable se heurtent généralement à la « tragédie des horizons », c’est-à-dire au fait que le « décalage entre l’horizon d’occurrence perçu des risques climat et l’horizon de gestion des organisations » [The Shift Project, 2022] rend difficile d’agir en anticipation de crises futures, en particulier quand la réponse à apporter n’est pas nécessairement cohérente avec les signaux économiques et les intérêts de court

terme, ce qui est le cas lorsque les externalités générées par l'activité d'un établissement sont faiblement coûteuses pour la structure. A l'inverse, en répondant aux enjeux de long terme, l'établissement en question supporterait des coûts supérieurs à ceux des autres établissements, et subirait donc un désavantage compétitif, sacrifiant des ressources qui auraient pu être consacrées à d'autres usages, valorisables et valorisés.

En effet, la structuration d'une politique de développement durable nécessite pour les hôpitaux de supporter d'importants coûts fixes à court terme. Dans le vocabulaire économique, les coûts fixes désignent des coûts qui ne changent pas lorsque les volumes de production ou d'activité varient. De fait, pour simplement amorcer une politique de développement durable structurée et ambitieuse, les hôpitaux doivent engager un certain nombre de dépenses, mobiliser des ressources humaines et financières, changer certains modes d'organisation, quand bien même la traduction concrète et opérationnelle de cette politique s'inscrirait dans le temps long. Par exemple, en matière de restauration durable, il faut à court terme définir un programme d'achats responsables, négocier des tarifs avec les partenaires, élaborer une démarche évaluative, et communiquer sur la démarche, autant de contraintes pour intégrer une faible proportion de produits valorisés par la loi EGalim dans un premier temps. Néanmoins, une fois ces coûts fixes supportés, les coûts variables qui sont proportionnels à la part de produits vertueux intégrés seront faibles relativement aux premiers. Ils peuvent même être décroissants, dès lors que les efforts effectués à court terme pour recenser et cartographier les partenaires et négocier avec eux ont permis d'amorcer une structuration de l'offre sur un territoire, et donc d'organiser la réponse de fournisseurs plus aptes à proposer des produits vertueux au sens de la loi EGalim à moyen terme. A plus long terme, la hausse du nombre d'offres (effet concurrence), ou la hausse de la quantité de produits qu'ils proposent (effet d'échelle générant un effet prix) peuvent même permettre à l'établissement ou à sa centrale d'achat de négocier des tarifs inférieurs pour les mêmes types de produits (hors inflation), ce qui se répercute par des coûts variables inférieurs.

Ainsi, l'anticipation du durcissement réglementaire probable pour mettre en adéquation les politiques publiques avec les engagements pris par la France à la suite des accords de Paris incite à mettre en œuvre rapidement une politique de développement durable pour lisser les coûts fixes dans une démarche de provision. Le rapport Stern sur l'économie du changement climatique publié en 2006 a ainsi montré que l'attente en matière climatique est une stratégie risquée (au regard des impacts irréversibles), mais aussi très coûteuse économiquement, car elle démultiplie le coût des investissements à consentir et empêche de les étaler dans le temps (de les lisser, en termes économiques). A Singapour, le système de santé a d'ailleurs connu le passage d'un modèle de tarification à l'activité à un modèle de tarification à la qualité comprenant un principe pollueur-payeur : si une telle mesure était actée en France, les établissements les moins vertueux en matière de développement durable supporteraient d'importants surcoûts, que les autres auraient lissés ou provisionnés.

Ainsi, si la logique économique, ou la logique de valorisation de la qualité à l'hôpital, principalement centrée sur la qualité visible et perceptible [Sirven, 2022] n'incitent pas forcément les hôpitaux à supporter d'importants coûts fixes en matière de développement durable, l'inaction dans le domaine est contreproductive car elle empêche les hôpitaux d'anticiper les dépenses qu'induirait le durcissement du cadre juridique en provisionnant, mais aussi de minimiser le coût du changement en lissant les coûts fixes, d'atténuer l'impact des mécanismes de résistance au changement, et de permettre aux partenaires hospitaliers de structurer leur réponse à la demande des établissements.

### **3. En fait, le développement durable apparaît même comme une réelle opportunité pour les établissements publics de santé au regard des nombreuses retombées positives sur leur attractivité qui peuvent en découler : exemple de la restauration durable**

3.1. La prise en compte des enjeux de développement durable par un établissement de santé est de nature à améliorer la prise en charge des patients et répond à des objectifs de santé publique

#### 3.1.1 Santé environnementale et approche *One health*

L'approche *One health*, ou une seule santé mise en exergue depuis le début des années 2000 invite en effet à adopter une approche globale de la santé, incluant des aspects de développement durable, en prenant conscience des liens existants entre la santé humaine, celle des animaux et l'environnement d'un point de vue général, et en tenant compte des contextes socio-économiques associés. Selon les termes du ministère de la Santé<sup>16</sup>, il s'agit de « promouvoir une approche pluridisciplinaire et globale des enjeux sanitaires », intégrant notamment des enjeux en matière de sécurité sanitaire des aliments. L'article 265 de la loi Climat et résilience<sup>17</sup> dispose ainsi que « la stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat détermine les orientations de la politique de l'alimentation durable, moins émettrice de gaz à effet de serre, respectueuse de la santé humaine, davantage protectrice de la biodiversité, favorisant la résilience des systèmes agricoles et des systèmes alimentaires territoriaux et garante de la souveraineté alimentaire ». Selon le ministère de la Santé, la crise sanitaire a donné une importance nouvelle à cette approche, mettant « en exergue la nécessité d'être capable d'identifier en amont les risques, de les prévenir et les limiter, et d'anticiper les émergences afin de mieux nous préparer aux prochaines crises sanitaires, dont les crises pandémiques ».

En pratique, dans les établissements de santé et notamment à l'AP-HP, cette approche se traduit par des efforts pour promouvoir la santé environnementale, définie par le Ministère de la santé comme « les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement ». A titre d'exemple, la maternité de l'hôpital Lariboisière met en œuvre un projet d'éco-maternité depuis l'année 2020 : proposé par l'Agence Régionale de Santé de la région Ile-de-France, ce projet vise à faire évoluer les organisations et les pratiques des acteurs du parcours de périnatalité vers la prise en compte des enjeux de santé environnementale et d'écoresponsabilité<sup>18</sup>. Il s'agit concrètement de limiter et de prévenir les expositions environnementales des femmes enceintes et des nouveau-nés, en travaillant sur l'éducation thérapeutique des jeunes mères. Pour cela, les traditionnelles boîtes roses distribuées par des entreprises partenaires et contenant des produits de soins destinés aux nouveau-nés sont, dans ce cadre, remplacées par des boîtes dites « vertes », car ne contenant que des échantillons de produits sans perturbateur endocrinien. En parallèle, le projet a permis la création d'une plateforme de formation sur la prévention des risques environnementaux chez la femme enceinte et le jeune enfant (ARS-AP-HP).

<sup>16</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution\\_conseil\\_scientifique\\_8\\_fevrier\\_2022\\_one\\_health.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution_conseil_scientifique_8_fevrier_2022_one_health.pdf)

<sup>17</sup> Loi du 22 août 2021 portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets <sup>18</sup> <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/ecomaternite-lars-ile-de-france-met-en-place-un-programme-territorial-de-maternitesecoresponsables>

Enfin, le projet vise également à améliorer le tri et le recyclage des déchets, et à réduire les consommations d'énergie du service.

### 3.1.2 Qualité de la prise en charge et attractivité pour les patients

Plus largement, les efforts effectués dans le domaine du développement durable peuvent permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, et renforcer par là même l'attractivité d'un établissement vis-à-vis de la patientèle de son territoire. C'est ainsi le cas lorsqu'un établissement se place en précurseur dans un domaine, en proposant par exemple aux parturientes d'accoucher dans une éco-maternité dans laquelle leur exposition à des perturbateurs endocriniens sera minimisée.

Au sein du GHU Nord de l'AP-HP, et notamment de l'hôpital Lariboisière, la démarche « Lieu de santé sans tabac » poursuit le même objectif : permettre aux usagers des établissements – personnels, patients et visiteurs- de ne pas respirer un air de mauvaise qualité, de ne pas subir de tabagisme passif, et d'évoluer dans un environnement sans mégot de cigarette. Encadré par le RESeau de Prévention des ADDictions (RESPADD) dont l'AP-HP est un membre fondateur, cette démarche proactive nécessite un engagement fort de la gouvernance, et une communication active. A cet égard, l'hôpital Lariboisière est particulièrement impliqué depuis la réponse à un appel à projet de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France en 2018, et deviendra ainsi un lieu de santé sans tabac en novembre 2023, de même que l'hôpital Saint-Louis. Caractéristique du fort engagement en santé environnementale qui existe dans le GHU Nord, l'hôpital Beaujon prévoit, quant à lui, la suppression du tabac dès l'automne 2022.

Enfin, dans le domaine de la restauration, les efforts effectués pour promouvoir une approche durable de la restauration hospitalière sont également de nature à améliorer la prise en charge des patients. Le Programme National Nutrition et Santé lancé en 2010 rappelait déjà que « l'alimentation dans les établissements de santé est un facteur de confort et de l'accueil. Partie intégrante de la démarche de soins, elle participe à la prise en charge des problèmes nutritionnels ». La politique publique de l'alimentation lancée en octobre 2014 préconisait par ailleurs de « préserver et de promouvoir le modèle alimentaire français, comme facteur essentiel de lien social, ainsi que [de] réaffirmer la nécessité du temps du repas » et d'y « sensibiliser les acteurs publics impliqués dans la restauration collective, notamment en milieu hospitalier ».

Projet d'éco-maternité, mise en place d'un lieu de santé sans tabac ou encore promotion d'une offre de restauration durable, ces trois projets montrent bien que le développement durable peut permettre d'améliorer la prise en charge des patients et par là même l'attractivité d'un établissement, dès lors que les hôpitaux en font un levier marketing. En effet, à titre illustratif, en promouvant une approche durable de la restauration, et donc en valorisant les efforts effectués pour introduire des produits biologiques ou labellisés, et pour recycler les bio-déchets, les hôpitaux ont la possibilité de mettre en œuvre une stratégie de différenciation verticale. Dans le jargon économique, ce terme désigne les efforts effectués par une entité pour proposer une prestation de meilleure qualité que ses concurrents, et d'ainsi attirer davantage d'usagers via une stratégie de marketing hospitalier. Le concept sociologique de distinction [Bourdieu, 1979] s'applique en effet tout particulièrement à l'alimentation, pour laquelle il traduit la distance à la nécessité : « le véritable principe des différences qui s'observent dans le domaine de la consommation et bien au-delà, est l'opposition entre les goûts de luxe (ou de liberté), et les goûts de nécessité : les premiers sont le propre des individus qui sont le produit de conditions matérielles d'existence définies par la distance à la nécessité [...] qu'assure la possession d'un capital ; les seconds expriment, dans leur ajustement même, les nécessités dont ils sont le produit ». En cela, « le repas à l'hôpital est un défi pour demain » [Hugo-Gential, 2016], car il doit être pensé au-delà du simple acte physiologique de manger, comme un élément à part entière de

la prise en charge du patient. Dans ce contexte, le projet de recherche *Silver Brain Food* soutient que « la restauration peut attirer ou faire fuir la patientèle », selon la « composition des menus, la qualité des produits, l'environnement hôtelier (nappage, verrerie, couvert mobilier...), les animations ou encore l'approche gastronomique choisie », car, à travers ces éléments, l'établissement renvoie une image de lui-même sur son territoire.

Renforçant le potentiel d'attractivité résultant des politiques de développement durable, la promotion d'une offre de restauration durable peut, de plus, permettre à l'hôpital de mieux remplir sa fonction de soin, dès lors que l'alimentation est considérée comme un soin.

### 3.2 Quand l'alimentation est un soin : de la prise en compte des apports nutritionnels au plaisir de manger, de nouvelles approches de l'alimentation à l'hôpital permises par la restauration durable

« Dans l'aliment, médication excellente ; dans l'aliment, médication mauvaise ; mauvaise et excellente relativement ». Par ces termes que l'on retrouve dans le traité *De alimento*, Hippocrate invite à faire de l'alimentation « la meilleure médecine ». En effet, l'alimentation est de nature à susciter un certain nombre d'effets favorables à la santé des individus, si elle est prise dans des quantités et selon un équilibre nutritionnel suffisants, lorsqu'elle est constituée de produits de qualité, mais aussi lorsqu'elle suscite le plaisir, ou encore la convivialité et le partage.

#### 3.2.1 La quantité et l'équilibre nutritionnel : éviter la dénutrition

Alors que la politique alimentaire visait historiquement la sécurité sanitaire des aliments [France Stratégie, 2021], les programmes nationaux « Nutrition santé » impulsés par le ministère de la Santé depuis le début des années 2000 ont marqué un tournant, en se focalisant davantage sur la lutte contre la dénutrition, ou la malnutrition. La mise en place du nutriscore par la loi de Modernisation du système de santé en 2016 confirme cette tendance, en invitant les consommateurs à porter leurs choix sur des produits plus sains du point de vue nutritionnel. Or, la dénutrition concerne tout particulièrement les patients et résidents des établissements sanitaires : selon le professeur Éric Fontaine, initiateur en 2015 du collectif de lutte contre la dénutrition, elle toucherait 30 à 40% des patients des hôpitaux, et entraîne une perte de poids et de puissance musculaire qui « empêche de combattre la maladie en raison de la baisse des défenses immunitaires et accélère la dépendance des personnes âgées ou déjà fragiles. Le risque de mortalité est ainsi quatre fois plus important chez un individu dénutri et les infections nosocomiales trois fois plus fréquentes », ce que confirme une rapide revue de littérature : « *More than half of the patients did not eat their full meal provided by the hospital. Decreased food intake on Nutrition Day or during the previous week was associated with an increased risk of dying, even after adjustment for various patient and disease related factors* » [Hiesmayr, 2006].

Or, la meilleure manière de s'assurer que les patients mangent en quantité suffisante et ne se dénutrissent pas est de leur proposer des produits sources de plaisir pour eux, et si possible, qu'ils peuvent eux-mêmes sélectionner. Ainsi, à l'AP-HP, alors que jusqu'à présent les hôpitaux avaient coutume de proposer des repas non ou faiblement salés pour respecter les restrictions alimentaires de certains patients, une inversion du paradigme les conduit aujourd'hui à proposer par défaut des produits assaisonnés, et à faire du non-salé ou non-sucré l'exception plus que la règle. L'entretien réalisé avec le responsable du Pôle *Achats* de l'AP-HP confirme ce basculement vers davantage d'attention portée à la qualité alimentaire et au plaisir gustatif : « Parfois, les choix que font les diét'

sont adaptés aux 5 à 10% de patients avec le plus de restrictions. En ce qui me concerne, je préfère ne pas écouter les sirènes des diét', alors même que j'ai moi-même une formation de diét' ».

Précisément, l'intégration croissante de produits durables à l'offre de restauration illustre les efforts que font les hôpitaux pour améliorer la qualité de l'alimentation proposée aux patients, et leur permettre par là même d'être davantage satisfaits de leur prise en charge : en effet, selon une étude intitulée *Les français et l'alimentation, de nombreuses attentes à combler* [Bray, 2018], pour 48% des personnes interrogées, le terme qualité est représenté par les produits issus de l'agriculture biologique, et le premier confinement a confirmé cette tendance de consommation [France Stratégie, 2022] : sept consommateurs sur dix ont privilégié les produits biologiques et les ventes sont passées de 5% à 63% suite au premier confinement. Dans son rapport sur « L'alimentation saine et durable » à destination de l'Assemblée nationale, France stratégie évoque ainsi une « convergence des objectifs de santé (prévention de l'obésité, de la malnutrition et de la dénutrition) et de durabilité environnementale (réduction des gaz à effet de serre et des intrants chimiques).

### 3.2.2 L'alimentation : plaisir de manger et respect de l'identité du patient, deux dimensions que favorise la restauration durable

En matière d'alimentation, [Rozin et al. 1999] montrent que les Français privilégient tout particulièrement la dimension de plaisir, davantage que l'impact des valeurs nutritionnelles sur la santé en comparaison avec les Etats-Uniens. Le repas en France est, de plus, considéré comme un important moment de partage, de convivialité et de plaisir [Fischler, Masson, 2008]. En cela, par le plaisir procuré, l'alimentation est de nature à favoriser la récupération d'un état de santé comme l'exprime Montaigne dans ses *Essais* : « Les anciens Grecs et Romains avaient meilleure raison que nous, assignant à la nourriture, qui est une action principale de la vie, si autre extraordinaire occupation ne les en divertissait, plusieurs heures et la meilleure partie de la nuit, mangeant et buvant moins hâtivement que nous, qui passons en poste toutes nos actions, et étendant ce plaisir naturel à plus de loisir et d'usage, y entresemant divers offices de conversation utiles et agréables ». Pire, l'absence de plaisir de manger à l'hôpital serait de nature à aggraver l'état de santé des patients, selon le philosophe humaniste : « Je n'aime point à guérir le mal par le mal. Je hais les remèdes qui importent plus que la maladie. D'être sujet à la colique et sujet à m'abstenir du plaisir de manger des huîtres, ce sont deux maux pour un. Le mal nous pince d'un côté, la règle de l'autre ».

Si la médecine ne fait pas partie des nombreux offices occupés par Montaigne, certains sociologues, qui ne sont pas plus médecins que le philosophe, ont identifié des mécanismes, qui permettent de comprendre l'importance pour des patients hospitalisés de pouvoir jouir du plaisir du repas à l'hôpital. Dans son ouvrage *Asiles*, Goffman [1961] met ainsi en exergue la difficulté des individus se trouvant dans une institution à préserver leur autonomie, leur liberté d'action, et par là même leur identité : la maladie d'un côté, l'isolement de l'autre, mais aussi les nombreuses interactions avec des acteurs inhabituels, ou le caractère aseptisé de l'ambiance hospitalière sont en effet de nature à fragiliser l'identité des patients, et par suite, leur état de santé. Dans ce contexte, le repas hospitalier a un rôle important à jouer pour contrebalancer ces effets, comme le montre Giré [2005] dans un contexte certes autre, mais comparable donc adaptable au milieu hospitalier : « Éloignés de leur famille et de leur univers habituel, les [patients] doivent recréer une vie avec les moyens disponibles sur [place]. Ils doivent établir des relations humaines au sein d'un groupe constitué d'individus qu'ils n'ont pas choisis (...). En situation d'isolement, l'individu se trouve dépossédé de ses anciens rôles [Goffman, 1968] : [le patient] n'est plus mari, père, président du club de foot, etc., mais il est réduit à la fonction pour laquelle il a été [admis], fonction qui deviendra son nom pendant tout son séjour (...) ». Or, dans ce contexte, le sociologue remarque que l'alimentation est l'occasion pour des individus coupés de leur milieu habituel de redéfinir leur identité individuelle fragilisée. Ayant saisi l'importance stratégique de la restauration dans le bien-être des militaires, le

sociologue relate ainsi que le « Le territoire des TAAF alloue un budget très important à la nourriture, qui présente une grande variété de produits de qualité ». De façon peut-être encore plus intéressante, le sociologue remarque que l'importance extrême accordée à l'alimentation par les hivernants se répercute dans les critiques qu'ils expriment vis-à-vis de la qualité des repas, malgré le budget alloué.

Précisément, l'alimentation hospitalière est très souvent sujette à de nombreuses critiques, ce que confirme l'analyse des verbatim des patients réalisée au sein de l'hôpital Lariboisière Fernand-Widal. Plus largement, les représentations que se fait la population générale de la restauration hospitalière est plutôt négative : dans un sondage effectué en 2017 auprès de 120 000 patients hospitalisés en court séjour, la Haute Autorité de Santé indique même que l'alimentation est l'aspect le plus mal noté de la prise en charge hospitalière, avec moins d'un patient sur deux (48%) qui juge la qualité des repas qui lui ont été servis bonne ou excellente, et avec 23% d'entre eux qui l'estiment faible ou mauvaise. Or, selon Giret [2011], « si l'alimentation devient ainsi un sujet constant de préoccupation et de critiques, c'est que l'individu [isolé] est figé dans un seul rôle social », peu gratifiant, celui de patient en l'occurrence, et souffre d'un manque de stimulus, qui entraîne un ressassement des idées et des problèmes non résolus. « Pour beaucoup, le repas est le seul plaisir de la journée (...) ». Dans ces conditions, « toute privation est enregistrée comme une frustration et, du coup, la nourriture devient [...] le remède privilégié à la restauration d'une intégrité narcissique [...] menacée » [Aimez, 1979]. Ainsi, en choisissant des aliments conformes à des valeurs et représentations qui importent aux patients, tels des produits biologiques, ou d'origine française, les patients peuvent ressentir du plaisir, en récupérant certains aspects de leur identité civile, mettant ainsi fin à ce que Giret [2011] qualifie d'exil alimentaire.

A la lumière de ces analyses sociologiques, il semble ainsi crucial de rapprocher la fonction restauration du soin, en soutenant l'activité du Comité de Liaison en Alimentation et en Nutrition, et en y associant aussi bien des experts en diététique que des soignants et des cuisiniers, pour intégrer tout autant l'importance de la qualité nutritionnelle que de sa quantité, sans négliger l'importance du plaisir de manger dans l'élaboration d'une offre de restauration durable valorisable auprès des patients.

Dans une dimension différente mais connexe, les efforts faits par les établissements de santé pour promouvoir une restauration durable peuvent par ailleurs également être valorisés auprès du personnel, en ceci qu'ils sont de nature à favoriser la qualité de vie au travail des professionnels de santé, et donc l'attractivité de l'établissement.

### 3.3 Le développement durable peut également être un facteur de qualité de vie au travail : exemple de la restauration durable

En effet, l'accès à une alimentation de qualité, équilibrée et comportant des produits durables demeure aujourd'hui très corrélé au niveau de vie de la population. C'est pourquoi le troisième plan national pour l'alimentation encourage les acteurs de la restauration collective à rendre économiquement accessible une alimentation de qualité intégrant des produits durables. En ceci que l'hôpital, par la diversité des professionnels qui y exercent, concentre de nombreuses inégalités socio-économiques, le développement d'une offre de restauration durable au restaurant du personnel est un facteur de justice sociale. En plus d'améliorer les conditions de travail en permettant aux professionnels de jouir d'un repas de qualité, conforme à leurs habitudes alimentaires, le tarif subventionné du repas proposé au personnel de l'hôpital incarne les valeurs de responsabilité sociétale de l'hôpital, et peut conforter par là même l'attachement symbolique des professionnels à l'institution, et donc leur sens du travail. Soulignant l'impact sur la qualité de vie au travail que peut avoir l'alimentation, le comité de pilotage chargé d'organiser la semaine de la qualité

de vie au travail en lien avec le service de diététique de l'hôpital Lariboisière a ainsi demandé à la direction de la communication de produire l'affiche suivante :



Figure 6 : Affiche produite par l'hôpital Lariboisière durant sa semaine QVT

### 3.3.1 Recréer du sens, fédérer les équipes et améliorer la qualité de vie au travail (QVT)

« Moi, quand je vois ce que l'on sert à manger aux patients, je me sens maltraitante. En psychiatrie, et en addictologie, le relationnel est super important. Mais quand on leur donne à manger les repas de l'hôpital, on ne leur montre pas vraiment qu'on se préoccupe de leur confort, qu'ils se sentent bien ». Ces propos recueillis lors d'un entretien avec une psychiatre de l'hôpital Fernand-Widal révèlent ainsi l'importance que représente l'alimentation dans le soin, et par là même le symbole qu'ils incarnent pour les soignants. Proposer un repas de qualité à un patient, en y intégrant des produits durables, et le laisser choisir ce qu'il souhaite manger peut ainsi être source de sens pour les professionnels de santé. Plus généralement, engager l'hôpital dans une démarche de développement durable peut aider à mettre fin à certaines dissonances cognitives qui résultent d'injonctions contradictoires et qui fragilisent le sens du travail des soignants et leur attachement à l'hôpital public. Par exemple, le fait de ne pas recycler le plastique malgré la responsabilité sociétale de l'hôpital sur son territoire peut contribuer à dégrader l'image que les professionnels de santé se font de l'hôpital, et donc leur sens du travail. En permettant de répondre à ces dissonances cognitives, les projets de développement durable suscitent l'adhésion des équipes, comme l'illustre le nombre important de projets en rapport avec le développement durable proposés par les professionnels de santé de l'AP-HP dans le cadre du fond APRES, ou encore le choix qu'a fait un tiers des services de l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal de s'engager dans un projet d'engagement collectif autour du développement durable.



Par là même, le développement durable permet de fédérer les équipes et de les mobiliser autour de projets suscitant une communication positive et un enthousiasme aujourd'hui très précieux à l'hôpital. L'organisation d'événements ponctuels, comme la semaine de la Qualité de Vie au Travail, ou encore, les semaines du développement durable organisées à l'automne au sein du GHU Nord pour valoriser ces projets permettent de renforcer cet impact. Ainsi, alors même que la démarche RSE inclut par son aspect sociétal l'amélioration de la qualité de vie au travail, la mise en œuvre d'une politique de développement durable permet en elle-même d'y contribuer.

### 3.3.2 Améliorer le recrutement et l'attractivité

En cela, le déploiement d'une politique de développement durable peut être un facteur d'attractivité pour un établissement, et favoriser par là même le recrutement de son personnel, ou sa fidélisation.

D'abord, les leviers précédemment présentés, à savoir, le gain de sens qui peut résulter de la mise en œuvre d'une politique de développement durable, et sa capacité à fédérer les équipes, et, plus largement, l'amélioration de la qualité de vie au travail, sont de nature à favoriser l'attractivité d'un établissement de santé.

Par ailleurs, un établissement dont la gouvernance serait engagée dans la mise en œuvre d'une politique de développement durable peut également saisir cette opportunité pour développer une marque employeur, définie en marketing comme l'image perçue d'une organisation par ses employés et candidats potentiels, résultant d'une stratégie mise en œuvre par cette organisation pour travailler sa réputation, ses valeurs, son organisation, sa communication. Ainsi, un hôpital qui afficherait sa volonté d'être exemplaire dans le domaine du développement durable, en répondant aux obligations réglementaires mais aussi en allant plus loin pour se placer en précurseur dans le domaine, enverrait le signal d'être un hôpital moderne, en phase avec la société, capable de faire preuve de leadership, ce qui est une exigence de la certification par la Haute Autorité de Santé. Précisément, on peut considérer que c'est ce que cherche à faire l'AP-HP lorsque sa gouvernance décide de mettre en place une direction du développement durable et de réaliser un bilan carbone de scope 3, c'est-à-dire intégrant la totalité des émissions directes et indirectes des services de soins, prestataires et professionnels, basé sur une approche sectorielle pour affiner les émissions de gaz à effet de serre et obtenir la photographie des principaux postes d'émissions de gaz à effet de serre, alors qu'un bilan carbone de scope 2 suffit pour répondre aux obligations réglementaires. Il en va de même des Hospices Civiles de Lyon, qui travaillent depuis plusieurs années à la structuration d'une politique de développement durable et à sa mise en œuvre dans une démarche volontariste visant à aller plus loin que la réglementation, dans le but affirmé de « créer les conditions favorables à l'émergence d'une culture d'entreprise, et ne pas répondre seulement à une contrainte réglementaire »<sup>18</sup>.

Dans le sondage qu'il a réalisé, le CNEH confirme en effet que le développement durable est un moyen d'améliorer l'image de l'établissement pour 82% des personnes interrogées, ainsi qu'un facteur favorisant le recrutement sur des postes en tension. Le travail d'enquête mené dans le cadre de ce mémoire a, à ce titre, permis de recueillir d'intéressants témoignages, et notamment celui d'une médecin anesthésiste qui lors du colloque sur la transformation écologique à l'hôpital organisé par le CNEH et le RESAH au printemps 2022 a relaté l'expérience d'une panseuse, recrutée au sein de l'hôpital Trousseau de l'AP-HP précisément pour l'engagement des personnels du bloc opératoire

---

<sup>18</sup> Selon les termes de la direction en charge du développement durable, recueilli lors d'un colloque sur l'hôpital vert organisé au printemps 2022 par le CNEH et le RESAH

dans le développement durable dans cet hôpital, et pour la possibilité qui lui était offerte de devenir référente développement durable du service.

Moins graves et donc moins relayées par les médias, les difficultés de recrutement à l'hôpital concernent aussi des professionnels non soignants, parmi lesquels les professionnels de la restauration. La revalorisation du salaire prévu par un accord professionnel en date du 18 janvier 2022 dans le secteur de la restauration afin de répondre aux difficultés de recrutement du secteur a en effet eu pour conséquence de réduire l'attractivité du métier de cuisinier à l'hôpital : « notre seul avantage comparatif, c'est les horaires de travail » expliquait le directeur de la DASEL du GHU Nord de l'AP-HP. La difficulté à fidéliser le personnel, voire à l'animer et à le motiver dans un contexte où la production de repas est parfois totalement externalisée comme, au sein du GHU Nord, dans les hôpitaux Robert Debré et Louis Mourier où les cuisiniers ne font que réchauffer les repas, ou l'est partiellement, comme au sein de l'hôpital Lariboisière qui fonctionne sur un modèle d'assemblage, est en effet réelle. Attestant de cette difficulté, le responsable restauration des hôpitaux Saint-Louis et Lariboisière évoquait ainsi un absentéisme du personnel à hauteur de 20%. Son homologue au sein de l'hôpital de Plaisir indiquait en revanche que la mise en œuvre de la loi EGalim et, par là même, l'amélioration de l'offre de restauration proposée, en intégrant davantage de produits de qualité durable avaient permis de redonner du sens au métier de cuisinier à l'hôpital : « c'est très positif pour le personnel, on a embauché des gens qui aiment cuisiner et qui préfèrent cuisiner des plats frais. Ils sont contents de travailler de bons produits ». Dépassant leur cœur de métier, la pratique du recyclage des déchets par les professionnels fait également sens pour le personnel : « ils doivent rouvrir les barquettes, les vider, trier, mais ils y adhèrent, il y a une très bonne dynamique. Si vous trouvez les bonnes personnes, que vous leur donnez les bons produits, et que vous proposez des projets cohérents, ils vous le rendent bien ».

En contribuant à la qualité de vie au travail des professionnels, en favorisant l'attractivité de l'établissement, le développement durable a donc un impact sur les ressources humaines des établissements de santé. Par ailleurs, le développement durable s'avère également être un levier de transformation économique.

### 3.4 Un levier de transformation économique : quand le développement durable invite à penser la logique économique différemment

#### 3.4.1 Un nouveau modèle économique pour la restauration : la fin des économies sur la fonction restauration ?

Depuis de nombreuses années considéré comme un poste dépensier sur lequel les hôpitaux pouvaient réaliser des économies, le budget alimentaire ne représente pourtant que 1 à 2% du budget global d'un établissement de santé. En compressant les dépenses de restauration, le risque est ainsi que la dégradation de la qualité alimentaire soit importante, quand les économies générées seraient trop faibles pour impacter significativement le budget hospitalier. En termes économiques, on pourrait ainsi qualifier de décroissants les rendements des économies sur la fonction restauration, comme l'illustre le schéma ci-dessous :

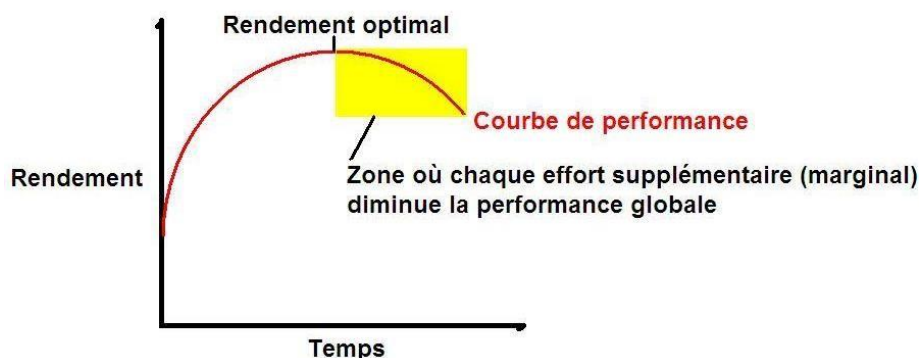


Figure 7: La loi des rendements décroissants

A l'inverse, si le développement d'une offre de restauration durable peut susciter certains surcoûts, résultant de l'achat de produits de qualité supérieure donc nécessairement plus coûteux, et si l'approche de responsabilité sociétale des organisations conduit à « ne pas trop négocier le bio car il y a des engagements de rémunération derrière » selon les termes d'un ingénieur restauration interrogé, il peut néanmoins permettre de réaliser d'importantes économies : le principal levier ici à l'œuvre est avant tout la réduction du gaspillage alimentaire et du coût du tri des déchets.

Pour rappel, selon l'ADEME, pour chaque repas produit par la restauration collective, 167 grammes partent à la poubelle. Dans les établissements de santé, la moyenne est même de 264 grammes gaspillés. 37% des aliments servis aux patients et résidents ne sont pas consommés. Or, remplir une poubelle de repas non consommés coûte cher car il a fallu acheter les denrées, payer les salaires du personnel de la cuisine, investir dans le matériel, payer le gaz et l'électricité, puis régler la facture du traitement des déchets, autant d'étapes durant lesquelles une approche durable de la restauration pourrait permettre de réaliser des économies. Cela amène l'ADEME à chiffrer le gâchis alimentaire monétisé à un niveau de 30 000 euros à 40 000 euros annuels, pour un restaurant servant cinq cent convives par jour en moyenne, deux cent jours sur une année soit 100 000 repas annuels. Toute proportion gardée, les près de cinq millions de repas servis annuellement au sein du GHU Nord représenteraient donc une quantité gaspillée pouvant représenter presque deux millions d'euros annuels<sup>19</sup>.

Une méthodologie différente partant des données collectées sur le terrain permet également d'estimer d'importantes économies à partir du seul coût de traitement des bio-déchets : en effet, le GHU Nord de l'AP-HP génère annuellement une moyenne de près de 143 tonnes de bio-déchets. Pour un coût de traitement de la tonne d'ordure ménagère d'environ 1 000 euros, le coût du traitement des bio-déchets en tant qu'ordure ménagère s'élèverait ainsi à 142 857 euros. A l'inverse, le coût de la méthanisation récolté auprès d'acteurs hospitaliers s'élève en moyenne à 360 euros la tonne, soit un coût total fictif de 51 429 euros pour le GHU Nord. Ainsi, la méthanisation des bio-déchets au sein du GHU Nord permettrait de générer des économies de l'ordre de 91 428 euros.

Une réduction du gaspillage alimentaire de 15% permettrait d'abaisser cette quantité à 121 tonnes annuelles, représentant un coût de traitement des déchets de 121 429 euros, soit une réduction des dépenses de 21 429 euros. En cumulant les deux mesures (réduction des bio-déchets de 15% et méthanisation), c'est une économie de 179 500 euros qui pourrait être réalisée.

Un modèle original mise en œuvre par le centre hospitalier de Moulins permet également de générer davantage d'économies encore : l'établissement a mis en place un système permettant de distribuer les plats n'ayant pas été servis lors du repas du midi aux personnels volontaires. Afin de

<sup>19</sup> <https://optigede.ademe.fr/sites/default/files/reduire-gaspillage-alimentaire-en-restauration-collective.pdf>

tout de même valoriser ces repas et de limiter l'effet d'aubaine, soit la situation dans laquelle des personnes qui auraient sans ce dispositif déjeuné le midi au self changeraient leurs habitudes pour profiter de la distribution de plats moins chers l'après-midi, les personnes concernées paient un euros cinquante la part de plat distribuée. Appliquée aux données du GHU Nord de l'AP-HP, cette stratégie permettrait en distribuant 15% des invendus du midi pour un prix d'un euros cinquante de générer 80 000 euros de recettes supplémentaires.

Enfin, un dernier levier indentifiable dans le domaine de la restauration concerne la distribution de bouteilles d'eau en plastique. En effet, sur le GHU Nord de l'AP-HP comme dans de nombreux autres hôpitaux, le plastique n'est pas recyclé et est donc traité comme une ordures ménagère. Sur le seul GHU Nord de l'AP-HP, la quantité de bouteilles d'eau annuellement distribuées atteint presque trois millions. A l'AP-HP, certains établissements hors du GHU Nord ont déjà entamé des stratégies de diminution forte de la distribution des bouteilles d'eau en plastique. Globalement, la quantité de bouteilles d'eau achetées annuellement par l'AP-HP s'élève à 8,3 millions, parmi lesquelles 6 millions de petites bouteilles d'eau sont distribuées, 1 million de grandes bouteilles d'eau, 1 million de petites bouteilles d'eau gazeuses et 300 000 de bouteilles d'eau d'autres types. En appliquant ces ratios au GHU Nord, en tenant compte du poids vide de chacun de ces types de bouteilles d'eau, ainsi que du coût moyen de recyclage des déchets assimilés à des ordures ménagères (mille euros la tonne), il est possible d'estimer à 54 000 euros le coût associé au traitement des bouteilles d'eau vides chaque année au sein du GHU Nord. En supprimant de moitié les bouteilles d'eau distribuées, des économies de l'ordre de 27 000 euros seraient ainsi générées. En ne conservant qu'un tiers des bouteilles d'eau, qui seraient distribuées dans des situations particulières (canicule, pathologie particulière...), les économies seraient portées à 45 000 euros.

Tableau 3: Economies potentielles en matière de traitement des déchets plastiques, résultant d'une réduction des bouteilles d'eau distribuées

	Coût actuel des déchets bouteilles d'eau	Economies réalisées en réduisant au deux tiers la quantité de bouteille d'eau	Economies réalisées en réduisant de moitié la quantité de bouteille d'eau	Economies réalisées en réduisant d'un tiers la quantité de bouteille d'eau
GHU Nord	54 000 euros	45 000 euros	27 000 euros	18 000 euros
Pour les seuls sites de Bichat-Beaujon (équivalent Saint-Louis, Lariboisière-Fernand-Widal) : 1 million de bouteilles d'eau	18 000 euros	12 000 euros	9 000 euros	6 000 euros

La suppression des bouteilles d'eau nécessiterait toutefois d'avoir des points d'eau à partir desquels il serait possible de remplir des carafes d'eau. A minima, l'habillage des points d'eau existants, comme fait au CHU de Nancy représente un coût de 200 euros par point d'eau. En allant plus loin, soit en installant des fontaines à eau pour compenser la suppression des bouteilles d'eau, il s'agit alors de comparer le coût des fontaines à eau avec le coût de traitement des déchets :

Tableau 4: Coûts d'achat ou de location de fontaines à eau

Coût hors taxe à partir des données récoltées par le CHU de Nancy	Coût d'une grande fontaine à eau (self)	Coût d'une fontaine à eau de taille normale (services)	Coût d'une fontaine à eau gazeuse
Achat	1 500 euros	700 euros	2 000 euros
Location (coût annuel)	55 euros par mois soit 660 euros annuels	35 euros par mois soit 420 euros annuels	90 euros par mois soit 1 080 euros annuels

A partir de ces données, on constate d'abord qu'après environ deux années (2,2 ans pour les grandes bouteilles d'eau), le coût de l'achat devient inférieur au coût de la location. A titre d'exemple, en optant donc plutôt pour une stratégie d'achat, l'installation de fontaines à eau (avec système de décontamination par rayons ultra-violet) représente un coût d'environ 12 500 euros si l'établissement décide d'implanter une grande fontaine à eau, dix petites dans des services, et deux fontaines à eau gazeuses. Ainsi, pour installer cette quantité de fontaines à eau en les autofinçant sur un des grands secteurs du GHU, par exemple au sein des hôpitaux Bichat – Beaujon – Bretonneau, il faudrait réduire de 60% la distribution de bouteilles d'eau au sein du GHU. En réalité, une quantité supérieure de fontaines à eau serait sans doute nécessaire, mais la suppression des bouteilles d'eau permettrait également de générer d'autres économies, car les bouteilles d'eau sont actuellement distribuées à titre gracieux aux patients, ou au personnel (hors restaurant du personnel) ce qui représente un poste de dépenses non négligeable. Au total, il semble probable que la réduction massive des bouteilles d'eau distribuées auto-finance la mise en place de fontaines à eau.

Récapitulant ces éléments, le tableau ci-dessous présente les économies qui pourraient ainsi être réalisées en réduisant de 15% le gaspillage alimentaire via la redistribution des plats non distribués à un tarif d'un euros cinquante, tout en traitant par méthanisation les bio-déchets et en supprimant deux tiers des bouteilles d'eau distribuées à l'échelle du GHU :

Tableau 5: Tableau récapitulatif des différentes économies réalisables en matière de déchets de la restauration

Source d'économies	Vente à un euros cinquante de 15 % des invendus (un euros cinquante la portion de 400 gramme, selon le modèle du CH de Moulins)	Méthanisation des déchets diminués de 15% suite à la première mesure	Réduction des bouteilles d'eau distribués aux deux tiers	Total
Economies réalisées	80 357 euros	99 143 euros	35 571 euros	215 071 euros

Ainsi, 215 000 euros pourraient être économisés chaque année, afin de financer, par exemple, des fontaines à eau, ou les surcoûts liés à la loi EGalim.

3.4.2 Finalement, l'exemple de la restauration durable montre que la structuration d'une politique de développement durable est avant toute chose une stratégie de différenciation pour un hôpital à même de renforcer son attractivité

Lors d'un webinaire co-organisé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance et l'Association des Directeurs d'Hôpital, ces deux acteurs présentaient le développement durable comme un axe de transformation et de performance dont les dirigeants hospitaliers doivent se saisir. En économie, l'hypothèse dite de Porter présente en effet le développement durable comme une source d'innovations et d'avantages comparatifs, démontrés et mesurés par tests économétriques [Ambec et Lanoie, 2008]. En France, une étude de France Stratégie datant de 2016 examinant l'impact de la mise en œuvre d'une démarche de développement durable et la performance économique de 8 500 entreprises françaises de différentes tailles avait aussi conclu à un gain de performance de l'ordre de 13% en moyenne, toutes choses égales par ailleurs, à condition que la démarche relève de l'initiative volontaire des acteurs et non de mesures contraignantes, auquel cas le développement durable ne serait pas un levier de différenciation de nature à faire gagner un avantage comparatif.

Parmi les leviers qui peuvent expliquer cette relation, on peut citer la baisse des risques et des coûts liés au développement durable, à court comme à long terme. On peut par ailleurs mentionner l'accès au capital, qui peut être favorisé par la prise en compte des critères dits ESG (économiques, sociaux et relatifs à la gouvernance). La mise en place d'une dynamique d'innovation parmi les professionnels, via la mise en œuvre d'une stratégie de différenciation verticale, visant à proposer une prise en charge améliorée des patients, et à la valoriser via des labels ou l'appartenance à un réseau, ou encore l'intérêt des patients pour la démarche, sont aussi des leviers importants. Enfin, la capacité de fédérer les équipes autour de projets<sup>20</sup>, et de leur proposer de nouveaux outils de gestion organisationnelle (certification de la qualité, actions de formation, outils de travail collaboratifs, etc.) permettrait selon France Stratégie de réaliser des gains de performance économique pouvant atteindre 20%, dimension principale que l'on peut donc identifier comme cause de ces gains de productivité.

Plus généralement, la démarche RSE peut favoriser le développement de nouveaux marchés sur un territoire et permettre d'établir des relations de confiance et de long terme avec les parties prenantes (fournisseurs, professionnels, patients, société civile...). En cela, l'étude de France Stratégie reprenant des travaux de la Commission Européenne concluait que la RSE peut ainsi être vue comme une « opportunité réelle au service de la compétitivité, de l'innovation et de la cohésion sociale ».

Finalement, le développement durable peut être considéré comme un investissement risqué, dont le ROI (retour sur investissement) est généralement sous-estimé : dans la typologie des investissements, les investissements en matière de développement durable peuvent avant tout être considérés comme des investissements de stratégie, c'est-à-dire visant à accroître les parts de marché, à diversifier le recrutement de la patientèle ou du personnel, quand bien même ils peuvent également remplir le rôle d'investissements de remplacement (qui visent à maintenir la production) ou de modernisation (dont le but est d'améliorer la productivité, ce qui est le cas par exemple quand on rénove un bâtiment). Pour calculer le retour sur investissement, on compare en général le coût initial de l'investissement (coût d'acquisition, coût des travaux et des autres dépenses générées par

---

<sup>20</sup> S'il n'est pas évident que la démarche RSE permette de motiver les membres du personnel déjà présents dans l'établissement, elle permet *a minima* d'attirer des professionnels intrinsèquement motivés par la démarche

la mise en place de cet investissement, telles les dépenses de formation) avec les variations annuelles de trésorerie nette liées à cet investissement durant sa durée de vie prévisionnelle actualisée<sup>21</sup>.

Or, précisément, dans le domaine du développement durable, les variations annuelles de trésorerie nette actualisées sont difficiles à évaluer a priori, et sont souvent sous-estimées.

Cela s'explique d'abord par le fait que les gains tirés d'une politique de développement durable sont aussi collectifs puisque l'environnement, le bien-être sociétal ou le dynamisme économique d'un territoire sont des biens collectifs. En effet, l'engagement d'un établissement dans une stratégie de développement durable suscite d'importantes externalités positives. Par exemple, la mise en œuvre de la loi EGalim est censée contribuer à dynamiser le tissu économique local en promouvant l'achat de produits locaux. L'utilisation de produits biologiques ou issus d'exploitations à haute valeur environnementale est censée limiter l'impact de l'activité humaine sur l'environnement, et les dons de produits à des associations ou l'achat de produits issus du commerce équitable visent à faire de l'achat hospitalier un levier sociétal de nature à promouvoir la justice sociale. Si tous ces impacts sont souhaitables pour la société, ils ne sont pas directement valorisables pour l'établissement (si ce n'est par des leviers marketing ou en évitant un coût administratif lié au non-respect de la réglementation). Pour autant, les gains pour la société sont bien réels. Ainsi, en comparant le coût complet de l'inaction avec les gains totaux liés à la mise en œuvre d'une stratégie de développement durable, c'est-à-dire en articulant le calcul individuel de l'établissement avec le calcul coût-avantage de la société, les gains associés à l'investissement semblent sous-estimés par les méthodes traditionnelles de calcul de ROI.

De même, la temporalité à laquelle les gains sont perceptibles et l'incertitude qui les entourent rendent difficile leur intégration dans un calcul économique de type ROI : en effet, en matière de développement durable, les gains sont incertains et éloignés dans le temps [Guesnerie, 2004] mais les coûts supportés à court terme sont certains et souvent conséquents : ainsi, « le calcul économique traditionnel « écrase » l'avenir dans des proportions d'autant plus considérables que cet avenir est éloigné. Par exemple, dépenser un euro aujourd'hui n'est « rentable », lorsque la rentabilité est évaluée avec un taux d'actualisation de 10 %, que si l'investissement rapporte environ 120 euros dans cinquante ans ou 14 000 euros dans cent ans » Le taux d'actualisation est parfois présenté comme un résumé exhaustif des informations pertinentes pour décider de la rentabilité sociale d'un projet dont les caractéristiques seraient définies de façon suffisamment exhaustive ».

A long terme, par exemple, la non prise en compte des enjeux du développement durable fait courir le risque d'une dégradation de l'état général de santé de la population pour des motifs environnementaux, suscitant des dépenses supplémentaires pour le système de santé. De façon analogue, la dénutrition observée chez les patients hospitalisés et que l'on peut partiellement expliquer par la qualité des denrées proposées aux patients implique de nouveaux soins, générant des dépenses supplémentaires (personnel, médicaments, équipements...) et peut rendre nécessaire une nouvelle hospitalisation.

Ainsi, par les nombreuses retombées positives qui peuvent en résulter, en matière de prise en charge des patients comme de qualité de vie au travail du personnel, le développement durable est bien une opportunité que peuvent saisir les établissements de santé, en en faisant une stratégie de différenciation verticale à même de renforcer leur potentiel d'attractivité.

La matrice SWOT ci-dessous permet de récapituler l'impact du développement durable en matière de forces et faiblesses, et d'opportunités et de menaces pour les établissements de santé :

---

<sup>21</sup> Soit le chiffre d'affaire prévisionnel associé à cet investissement duquel on déduit les variations de charges et auquel on ajoute les variations du besoin en fond de roulement, ce dernier pouvant être impacté par l'investissement

Tableau 6: Matrice SWOT : contraintes et opportunités associées à la mise en place d'une politique de développement durable

	En faveur de l'établissement	En défaveur de l'établissement
Interne	<p style="text-align: center;"><b>FORCES</b></p> <p style="text-align: center;"><u>Finances :</u> Economies d'énergie Economies de traitement des déchets</p> <p style="text-align: center;"><u>Ressources humaines :</u> Satisfaction du personnel Projet et engagement collectif Sens au travail et QVT Attractivité et fidélisation</p> <p style="text-align: center;"><u>Qualité :</u> Satisfaction patients, Meilleure prise en charge Certification HAS</p>	<p style="text-align: center;"><b>FAIBLESSES</b></p> <p style="text-align: center;"><u>Finances :</u> Surcoûts, en particulier à court terme</p> <p style="text-align: center;"><u>Ressources Humaines :</u> Envoi d'un signal ambigu sur ce qui importe à la gouvernance</p>
Externe	<p style="text-align: center;"><b>OPPORTUNITES</b></p> <p>Anticipation de la réglementation et lissage de coûts potentiellement non soutenables pour les autres établissements</p> <p style="text-align: center;">Différenciation sur le territoire</p> <p>Exemplarité : marque employeur, signal d'un hôpital innovant</p> <p style="text-align: center;">Mise en place d'une dynamique d'innovation</p>	<p style="text-align: center;"><b>MENACES</b></p> <p>Absence de partenaire/ faiblesse de l'offre</p> <p style="text-align: center;">Dilemme du prisonnier – stratégie non coopérative : si l'établissement est le seul à s'engager, à court terme, il sera le seul à subir les coûts quand les autres investiront dans d'autres facteurs de qualité, mieux valorisés par la HAS par exemple</p>



## 4. Comment le directeur d'hôpital peut-il tirer profit d'une dynamique sociétale dont l'hôpital n'étant pas imperméable ne peut se soustraire, et faire ainsi du développement durable un levier d'attractivité ?

4.1 Comment développer une offre de restauration durable en minimisant les coûts et en maximisant les bénéfices ? L'exemple du GHU Nord

4.1.1 L'exemple de l'hôpital Lariboisière-Fernand-Widal : de très bons résultats en matière d'intégration de produits vertueux dans l'offre de restauration

L'hôpital Lariboisière-Fernand Widal est impliqué dans la mise en œuvre de la loi EGalim depuis 2021, avec comme périmètre l'ensemble des repas distribués aux patients, membres du personnel et autres usagers, dans les services de soins, au restaurant du personnel, dans la salle de garde mais aussi au sein des crèches. Les collations distribuées durant les gardes et veilles sont également concernées.

Les dispositions de la loi EGalim ont conduit la direction des achats et de la logistique du GHU à intégrer dès l'année 2021 des produits labellisés, biologiques et végétariens dans l'offre de restauration. Ainsi, depuis janvier 2021, des laitages issus de l'agriculture biologique, des compotes à haute valeur environnementale et des poissons labellisés MSC<sup>22</sup> ont été intégrés à l'offre de restauration. Depuis le printemps 2021, des féculents et légumes secs, mais aussi des steaks hachés, tous issus de l'agriculture biologique, composent également les nouveaux menus. De plus, depuis octobre 2021, l'établissement propose des jus d'orange biologiques, des confitures biologiques, des laitages biologiques supplémentaires, ainsi que des œufs biologiques. En décembre 2021, le pain a été remplacé par du pain label rouge. Dans l'ensemble, le GHU Nord affiche donc de très bons résultats en matière de mise en œuvre de la loi EGalim, même si les objectifs fixés par la loi (50% de produits vertueux dont 20% de produits biologiques) ne sont pas encore atteints :

Tableau 7: Taux de produits vertueux dans l'offre de restauration des différents sites du GHU nord de l'AP-HP en 2021

	Site <sup>23</sup>	dépense engagée 2021	Dépense produit vertueux	BIO	HVE	Label Rouge	AOP / AOC / IGP	MSC	Total	BIO	HVE	Label Rouge	AOP / AOC / IGP	MSC	Total
AP-HP- NORD UNIVERSITE DE PARIS	Adélaïde Hautval	37 224,00	293,00	293,00					293,00	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
	Bichat	3 396 755,00	189 523,00	122 411,00	12 453,00	8 051,00	18 574,00	28 034,00	189 523,00	3,6%	0,4%	0,2%	0,5%	0,8%	5,6%
	Beaujon	335 756,00	13 227,00	5 644,00	3 866,00	2 027,00	726,00	964,00	13 227,00	1,7%	1,2%	0,6%	0,2%	0,3%	3,9%
	Bretonneau	240 917,00	10 435,00	2 359,00	21,00	7 677,00	242,00	136,00	10 435,00	1,0%	0,0%	3,2%	0,1%	0,1%	4,3%
	Louis Mourier (SODEXO)	1 690 796,00	41 931,74						41 931,74	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
	Lariboisiere	2 108 871,00	223 317,00	152 349,00	10 992,00	10 745,00	22 296,00	26 935,00	223 317,00	7,2%	0,5%	0,5%	1,1%	1,3%	10,6%
	Saint Louis	1 517 737,00	184 882,00	120 505,00	8 822,00	8 483,00	11 577,00	35 495,00	184 882,00	7,9%	0,6%	0,6%	0,8%	2,3%	12,2%
	Robert Debre (SODEXO)	1 260 580,00	31 514,50						31 514,50	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
	total GH	10 588 636,00	695 123,24	403 561,00	36 154,00	36 983,00	53 415,00	91 564,00	695 123,24	3,8%	0,3%	0,3%	0,5%	0,9%	6,6%

<sup>22</sup> Le label MSC ne fait pas partie des SIQO reconnus par loi Egalim mais les établissements en tant que pouvoir adjudicateur peuvent le valoriser en tant qu'aliment vertueux s'ils démontrent qu'il est plus vertueux que son équivalent conventionnel, en matière d'émissions de gaz à effet de serre notamment.

<sup>23</sup> Le taux relativement bon de produits vertueux proposés par l'hôpital Necker n'est en fait pas représentatif de la proportion de produits de type SIQO réellement distribués car le service de restauration de l'hôpital Necker est en réalité approvisionné

Ces produits ajoutés progressivement à l'offre de restauration en remplacement de produits moins vertueux correspondent à des marchés nouveaux ou plus anciens que s'efforce de négocier depuis plusieurs années le Pôle *Achats* de l'AP-HP. Par ailleurs, dans le domaine du commerce équitable, la centrale d'achats propose des bananes provenant de Guadeloupe et de Martinique (label « région ultra périphérique de l'Union Européenne »), ainsi que du café et du chocolat, dans des proportions moindres. Ainsi, cette montée en charge, très progressive au cours de l'année 2021, a permis d'atteindre un taux de 10% de produits vertueux au sein de l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal. Cette tendance s'est poursuivie et renforcée en 2022, comme l'illustrent les résultats suivants qui confirment que le GHU apparaît bien avancé dans la démarche avec un taux de plus de 31% de produits vertueux atteints au sein des hôpitaux Lariboisière/Fernand-Widal et Saint-Louis, dont déjà plus de 20% de produits biologiques, niveau exigé par la loi EGalim. En comparaison avec d'autres établissements, y compris à l'intérieur de l'AP-HP, le GHU Nord est le plus avancé comme le montre le tableau ci-dessous. A titre de comparaison, le CHU de Nancy, également engagé dans la mise en œuvre de la loi EGalim avec 16% de produits SIQO proposés dans son offre de restauration, affiche ainsi de moins bons résultats, avec seulement 6% de produits biologiques proposés. L'hôpital de Niort, également très engagé dans la mise en œuvre d'une restauration durable peine également à atteindre les objectifs fixés par la loi EGalim, avec un taux de produits de type SIQO qui s'élève à 7% dont 0,4% de produits biologiques.

Tableau 8: Taux de produits vertueux dans l'offre de restauration des différents sites du GHU nord de l'AP-HP en 2022

		1er trimestre 2022													
		Détail produit vertueux (€)								Pourcentage produit vertueux (%)					
site	dépense engagée 2021	Dépense produit vertueux 2021	BIO	HVE/CE2	Label Rouge	AOP / AOC / IGP / RUP	MSC	Total	BIO	HVE/CE2	Label Rouge	AOP / AOC / IGP	MSC	Total	
AP-HP, NORD UNIVERSITE DE PARIS	Bichat	913 691,00	127 419,00	59 543,00	17 384,00	31 539,00	13 165,00	5 788,00	127 419,00	6,5%	1,9%	3,5%	1,4%	0,6%	13,9%
	Beaujon	104 287,00	20 659,00	10 465,00	2 841,00	6 066,00	1 126,00	161,00	20 659,00	10,0%	2,7%	5,8%	1,1%	0,2%	19,8%
	Bretonneau	48 519,00	11 307,00	6 649,00	278,00	3 731,00	204,00	445,00	11 307,00	13,7%	0,6%	7,7%	0,4%	0,9%	23,3%
	Louis Mourier (SODEXO)	325 610,67	9 507,83						9 507,83	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%
	Lariboisiere	631 040,00	197 622,00	131 974,00	17 894,00	27 962,00	11 511,00	8 281,00	197 622,00	20,9%	2,8%	4,4%	1,8%	1,3%	31,3%
	Saint Louis	430 491,00	134 557,00	101 506,00	11 205,00	13 373,00	6 372,00	2 101,00	134 557,00	23,6%	2,6%	3,1%	1,5%	0,5%	31,3%
	Robert Debre (SODEXO)	346 128,00	16 683,37						16 683,37	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,8%
	total GH	2 799 766,67	517 755,20	310 137,00	49 602,00	82 671,00	32 378,00	16 776,00	517 755,20	11,1%	1,8%	3,0%	1,2%	0,6%	18,5%

par l'hôpital Cochin. Ainsi, le taux de 15,4% qui apparaît dans le tableau n'est en réalité calculé qu'à partir des quelques produits que l'hôpital Necker achète par lui-même, principalement des produits destinés à l'alimentation des nourrissons.

AP-HP - PARIS SEINE - SAINT-DENIS	Avicenne	350 475,00	26 251,00	8 718,00	4 331,00	9 333,00	3 512,00	357,00	26 251,00	2,5%	1,2%	2,7%	1,0%	0,1%	7,5%
	Jean Verdier (SODEXO)	157 870,45	7 135,74						7 135,74	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,5%
	René Muret	162 413,00	22 395,00	6 091,00	2 187,00	8 556,00	2 764,00	2 797,00	22 395,00	3,8%	1,3%	5,3%	1,7%	1,7%	13,8%
	total GH	670 758,45	55 781,74	14 809,00	6 518,00	17 889,00	6 276,00	3 154,00	55 781,74	2,2%	1,0%	2,7%	0,9%	0,5%	8,3%
AP-HP - SORBONNE UNIVERSITE	Rothschild (ELIOR)	2 750,00	0,00						0,00	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Saint Antoine	352 436,00	38 825,00	11 308,00	8 661,00	11 431,00	4 266,00	3 159,00	38 825,00	3,2%	2,5%	3,2%	1,2%	0,9%	11,0%
	Pitié Salpêtrière	1 083 136,00	125 085,00	27 500,00	22 831,00	38 045,00	22 894,00	13 815,00	125 085,00	2,5%	2,1%	3,5%	2,1%	1,3%	11,5%
	Tenon	311 260,00	36 638,00	14 606,00	7 014,00	10 688,00	3 030,00	1 300,00	36 638,00	4,7%	2,3%	3,4%	1,0%	0,4%	11,8%
	Trousseau	203 529,00	24 123,00	8 115,00	5 105,00	6 649,00	1 993,00	2 261,00	24 123,00	4,0%	2,5%	3,3%	1,0%	1,1%	11,9%
	La Roche Guyon	23 289,00	872,00	379,00	126,00		367,00		872,00	1,6%	0,5%	0,0%	1,6%	0,0%	3,7%
	Charles Foix	230 768,00	17 641,00	7 216,00	2 195,00	5 107,00	2 848,00	275,00	17 641,00	3,1%	1,0%	2,2%	1,2%	0,1%	7,6%
	total GH	2 207 168,00	243 184,00	69 124,00	45 932,00	71 920,00	35 398,00	20 810,00	243 184,00	3,1%	2,1%	3,3%	1,6%	0,9%	11,0%
AP-HP - UNIVERSITE PARIS SACLAY	Sainte Perrine	96 767,00	14 890,00	6 132,00	1 456,00	6 016,00	1 092,00	194,00	14 890,00	6,3%	1,5%	6,2%	1,1%	0,2%	15,4%
	Ambroise Paré	323 984,00	30 267,00	6 673,00	6 481,00	10 288,00	5 091,00	1 734,00	30 267,00	2,1%	2,0%	3,2%	1,6%	0,5%	9,3%
	Antoine Bécclère (SODEXO)	371 161,00	6 718,01						6 718,01	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%
	Hôpital maritime de Berck (marchés locaux)	109156	0,00						0,00	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Bicêtre	713 341,00	69 848,00	27 756,00	23 733,00	10 738,00	6 543,00	1 078,00	69 848,00	3,9%	3,3%	1,5%	0,9%	0,2%	9,8%
	Paul Brousse	335 813,00	42 345,00	13 316,00	4 840,00	11 532,00	5 428,00	7 229,00	42 345,00	4,0%	1,4%	3,4%	1,6%	2,2%	12,6%
	Raymond Poincaré	159 690,00	21 118,00	5 454,00	3 466,00	7 293,00	3 410,00	1 495,00	21 118,00	3,4%	2,2%	4,6%	2,1%	0,9%	13,2%
total GH	2 000 756,00	185 186,01	59 331,00	39 976,00	45 867,00	21 564,00	11 730,00	185 186,01	3,0%	2,0%	2,3%	1,1%	0,6%	9,3%	
AP-HP - CENTRE UNIVERSITE DE PARIS	Vaugirard	200 258,00	18 241,00	7 159,00	1 543,00	7 492,00	1 306,00	741,00	18 241,00	3,6%	0,8%	3,7%	0,7%	0,4%	9,1%
	Broca	483 210,00	37 149,00	13 336,00	4 030,00	7 982,00	5 346,00	6 455,00	37 149,00	2,8%	0,8%	1,7%	1,1%	1,3%	7,7%
	Cochin	1 302 352,00	134 164,00	31 119,00	13 125,00	46 636,00	14 257,00	29 027,00	134 164,00	2,4%	1,0%	3,6%	1,1%	2,2%	10,3%
	Corentin Celton	223 378,00	25 722,00	9 432,00	1 421,00	14 625,00	244,00		25 722,00	4,2%	0,6%	6,5%	0,1%	0,0%	11,5%

	HEGP (SODEXO)	715 453,03	13 951,33	72,00					13 951,33	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
	Necker EM	277 495,00	53 086,00	30 274,00	6 550,00	13 028,00	3 203,00	31,00	53 086,00	10,9%	2,4%	4,7%	1,2%	0,0%	19,1%
	total GH	3 202 146,03	282 313,33	91 392,00	26 669,00	89 763,00	24 356,00	36 254,00	282 313,33	2,9%	0,8%	2,8%	0,8%	1,1%	8,8%
AP-HP. HOPITAUX UNIVERSITAIRE HENRI	George Clemenceau	154 693,00	15 521,00	6 055,00	1 634,00	6 140,00	1 692,00		15 521,00	3,9%	1,1%	4,0%	1,1%	0,0%	10,0%
	Emile Roux	266 708,00	20 807,00	4 721,00	3 653,00	8 030,00	4 403,00		20 807,00	1,8%	1,4%	3,0%	1,7%	0,0%	7,8%
	Henri Mondor + Albert Chenevier (SELF COMPASS)	550 137,00	76 497,00	15 990,00	17 452,00	25 373,00	17 682,00	0,00	76 497,00	2,9%	3,2%	4,6%	3,2%	0,0%	13,9%
	Dupuytren	272 775,00	35 874,00	13 362,00	2 735,00	12 495,00	4 172,00	3 110,00	35 874,00	4,9%	1,0%	4,6%	1,5%	1,1%	13,2%
	total GH	1 244 313,00	148 699,00	40 128,00	25 474,00	52 038,00	27 949,00	3 110,00	148 699,00	3,2%	2,0%	4,2%	2,2%	0,2%	12,0%
HORS GH	Paul Doumer	83 324,00	8 533,00	5 191,00	1 151,00	1 244,00	716,00	231,00	8 533,00	6,2%	1,4%	1,5%	0,9%	0,3%	10,2%
	Hendaye (marchés locaux)	163501	0,00				557		0,00	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	
	San Salvador (marchés locaux)	259429	0,00	29	264				0,00	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	
	AGEPS (self COMPASS)	236,00	0,00						0,00	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	ACHAT	757,00	0,00						0,00	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	FORMATION	4 906,00	316,00	316,00					316,00	6,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	DRCI	125,00	0,00						0,00	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	HAD	740,00	0,00						0,00	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	SCB (self COMPASS)	16 772,00	0,00						0,00	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	SIEGE (self COMPASS)	6 623,00	3 008,00			3 008,00			3 008,00	0,0%	0,0%	45,4%	0,0%	0,0%	
	SMS (self COMPASS)	4 276,00	0,00						0,00	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Total AP-HP	12 242 667,16	1 444 776,29	590 428,00	195 322,00	364 400,00	148 637,00	92 065,00	1 444 776,29	4,8%	1,6%	3,0%	1,2%	0,8%	11,8%

#### 4.1.2 Une approche par petit pas, structurée et impulsée en local, mais aussi par la centrale d'achat de l'AP-HP

A l'hôpital Lariboisière Fernand-Widal, la mise en oeuvre de la loi EGalim a été pilotée et structurée au cours de réunions régulières (bimensuelles-trimestrielles) entre la direction des achats et de la logistique et les responsables de la restauration des différents sites (ingénieurs restauration et techniciens). Ces réunions visent d'abord à dresser un bilan de la trajectoire de convergence des établissements du GHU vers les objectifs fixés par la loi EGalim, en matière de proportion de produits qualifiés de vertueux. Il s'agit par ailleurs de mesurer l'impact de ces évolutions en termes économiques (surcoûts), organisationnels (charge de travail et organisation du personnel de la restauration), et, surtout, la plus-value gustative apportée par ces produits. Sur le fondement de ces premiers éléments, ces réunions visent enfin à adapter la stratégie déployée et donc l'impact en matière de coûts mais aussi d'intérêt gustatif et nutritionnel à travers des ajustements quantitatifs, qualitatifs ou mixtes.

D'abord, les ajustements quantitatifs visent à prolonger la trajectoire de convergence vers les objectifs fixés par la loi, en intégrant à chaque réunion de nouveaux ingrédients vertueux. Le service de la restauration (Saint-Louis – Lariboisière) s'est par ailleurs engagé sur cet objectif, à travers son projet d'engagement collectif.

Il s'agit aussi de permettre de légers reculs par moments quand des surcoûts trop importants sont constatés, en particulier dans le contexte inflationniste actuel qui rend difficile le pilotage par anticipation des dépenses alimentaires : ainsi, le beurre biologique trois fois plus cher que le beurre conventionnel et à l'impact gustatif peu visible a été supprimé, de même que le jus d'orange biologique, suite au dépassement du budget prévisionnel.

Ensuite, les ajustements qualitatifs consistent notamment à intervertir deux produits relevant de la même catégorie de produit vertueux (c'est-à-dire, à label équivalent) : il s'agit par exemple de remplacer l'emmental biologique par du camembert biologique car il plaît davantage. Pour un même type de produit, cela peut également se traduire par un changement de catégorie de produits : par exemple, remplacer le pain biologique, très coûteux, par du pain label rouge, moins cher.

Plus généralement, il s'agit de concentrer les efforts sur les produits pour lesquels il sera le plus facile de valoriser la qualité : « on s'attaque aux produits qui plaisent le moins. Quitte à avoir des surcoûts, autant s'attaquer aux produits qui concentrent les critiques. Le premier marché qui a été modifié a donc été le marché de pain et de fruits et légumes », résume ainsi le responsable de la centrale d'achats de l'AP-HP.

Enfin, les ajustements mixtes poursuivent l'objectif de maximiser l'impact qualitatif des mesures tout en minimisant le surcoût engendré : à l'hôpital Lariboisière, il a ainsi été décidé de ne plus proposer de viande biologique (trop chère, peu compatible avec la démarche environnementale mise en oeuvre et peut-être pas d'assez bonne qualité pour avoir un impact gustatif suffisant), mais de substituer en parallèle au marché de pommes classiques un marché de pommes biologiques.

Par ailleurs, certaines évolutions juridiques ont facilité la démarche : en effet, beaucoup de labels sont entrés dans le cadre de la loi EGalim par équivalence avec la certification environnementale. Or, presque tous les produits originaires de France sont aujourd'hui certifiés, et ils représentent des volumes importants dans la catégorie des légumes surgelés et fruits. Or, les produits certifiés suscitent des surcoûts bien moins importants que les autres catégories de produits (à titre illustratif, 1 à 4% de surcoûts pour les petits pois). De plus, la loi EGalim laisse une certaine marge d'autonomie au pouvoir adjudicateur, pour évaluer le caractère vertueux (par exemple, en mesurant les émissions de gaz à effet de serre générées) d'un produit qui ne ferait pas partie des SIQO, à partir des outils proposés par l'ADEME pour calculer le bilan carbone par famille de produits et mode de production. La centrale d'achat de l'AP-HP a ainsi pu démontrer que la volaille labellisée bleu-blanc-cœur était plus vertueuse sur le plan environnemental que l'équivalent conventionnel, avec 20% d'économies réalisées sur le bilan carbone.

Ainsi, à travers ces stratégies d'ajustements par petits pas, certaines expériences ont révélé que la mise en œuvre de la loi EGalim, bien que toujours coûteuse, pouvait susciter des surcoûts modérés : une expérimentation effectuée en Eure-et-Loire au sein de deux résidences pour personnes âgées a montré qu'il était possible de produire des repas vertueux pour 1,87 euros (contre 2 euros dans la moyenne nationale), tout en constatant une stabilisation de la courbe de poids des résidents qui pouvaient désormais choisir le type de repas et la quantité servis, et bénéficier de repas de meilleure qualité. Une seconde expérience, réalisée au sein du Centre Hospitalier de Chalon-sur-Saône a conduit à un surcoût estimé à 25 centimes par repas, car l'amélioration de la qualité des repas a été compensée par un travail sur le gaspillage alimentaire, fondé sur une révision du grammage et du diamètre des assiettes. Enfin, au sein du GHU Nord de l'AP-HP, l'intégration d'un produit biologique dans le repas conduit à une hausse du coût de ce dernier de cinquante centime (coût unitaire de 3 euros contre 2,50 euros auparavant).

Dans le GHU Nord de l'AP-HP, ce sont d'importants efforts sur les achats hospitaliers, la révision de certains marchés publics, ainsi que la réinternalisation de la production alimentaire sur le secteur ouest du GHU<sup>24</sup>, qui ont permis de dégager des ressources permettant de financer les repas vertueux prévus par la loi EGalim, sans dépasser un coût par plat (féculents et légumes compris) fixé à un euros et vingt centimes : pour la directrice adjointe de la DASEL, « l'objectif est avant tout de limiter [les] dépenses et de continuer à pouvoir financer [la] transition développement durable entamée dans le cadre de la loi EGalim ».

Ce dernier levier, à savoir, la réinternalisation des activités de productions, invite à s'interroger sur le degré d'autonomie et l'échelle optimale pour mettre en œuvre une politique de développement durable dans un établissement de santé : de façon concordante avec cette expérience, le CHU de Nancy a également décidé de réinternaliser son mode de production, pour « reprendre la main » sur sa stratégie d'achats auparavant pilotée par un Groupement de Coopération Sanitaire, et afin de pouvoir accéder à des marchés locaux ou régionaux sur les produits frais. Néanmoins, si les sites les plus engagés en la matière gagnent probablement à bénéficier d'un certain degré d'autonomie, leur permettant notamment de mettre en œuvre des marchés à procédure adaptée, comme au sein du CHU de Nancy, la démarche de développement durable peut parfois être impulsée par les centrales d'achat dans les établissements où elle est moins avancée. A ce titre, la centrale d'achats de l'AP-HP indique remplir ce rôle d'impulsion : « notre objectif d'achat, c'est la modification de tous nos marchés pour forcer les sites à commander des produits vertueux. Dorénavant, lorsque l'on relance un marché, on remplace carrément l'offre conventionnelle par des produits vertueux. Il n'y a, par exemple, plus que du bain bio ou Label Rouge. Au total, à l'AP-HP, nous avons 11% de produits vertueux, tirés par les 30% de Lariboisière. Sur ces 11% de produits vertueux, 10% ont été imposés aux établissements ».

#### 4.1.3 Quand le développement durable permet de monter en gamme, deux approches innovantes pour valoriser les efforts faits : les repas toqués et les repas comme à la maison

Dans le déploiement de sa politique de développement durable, le GHU Nord de l'AP-HP, et plus particulièrement l'hôpital Saint-Louis ont mis en œuvre une stratégie de différenciation verticale, permettant de valoriser les efforts pour mettre en œuvre la loi EGalim à travers deux initiatives innovantes : la première, intitulée « Repas toqués » consiste à préparer des repas de qualité supérieure, en appliquant des recettes de chefs qui ont formé les cuisiniers de l'hôpital, et à les proposer aux patients à un rythme hebdomadaire, chaque jeudi. Cette initiative, démarrée en 2021 connaît un succès remarquable, qu'illustre la satisfaction des patients qui dégustent ces repas.

---

<sup>24</sup> La réinternalisation de l'activité a ainsi permis de réaliser 200 000 euros d'économies sur les achats alimentaires totaux entre janvier 2021 et avril 2022



« Les repas comme à la maison », proposés chaque dimanche aux patients, constituent la seconde initiative mise en œuvre par l'hôpital, avec six recettes spécifiquement créées et élaborées par les cuisiniers de l'hôpital Saint-Louis. L'originalité de ces repas par rapport aux repas toqués est que ce second type de repas s'inscrit dans une démarche d'engagement patients, car les repas ont été conçus par les patients, et pour les patients. L'objectif explicite était que les patients contraints de quitter leur domicile familial et leurs habitudes quotidiennes puissent éprouver un peu de satisfaction et de confort en dégustant ces repas élaborés dans le but de leur rappeler les repas qu'ils mangent chez eux. Afin d'y répondre, une méthodologie d'évaluation et d'adaptation originale et ambitieuse a été mise en œuvre : deux commissions du goût ont été réunies en présence de patients, de soignants, du directeur de la logistique et de l'équipe diététique, afin de procéder à des séances de dégustation, et de recueillir le degré de satisfaction des patients, et leurs propositions d'amélioration. La première commission du goût évaluait ainsi les repas traditionnellement servis, alors que la seconde évaluait les propositions de repas dits « comme à la maison », pensés en réponse aux remarques des participants de la première commission du goût. Les commissions du goût avaient pour objectif de prendre en compte les notations des plats par les patients sur les aspects visuel, olfactif et gustatif, afin de finaliser les recettes. Il s'agissait aussi de trouver un contenant mettant en valeur les plats, et d'évaluer la valeur nutritionnelle du plat avec les diététiciens. Les recettes suivantes ont ainsi pu être testées :

- Spaghettis bolognaise végétale bio (végétarien)
- Boulette de lentilles bio sauce coco / spaghetti (végétarien)
- Pavé de veau label rouge sauce champignon / gnocchis au parmesan
- Cuisse de poulet label rouge laquée au sésame / pommes de terre grenaille
- Boulette de bœuf bio sauce pesto menthe / tagliatelles petits légumes
- Boulette de bœuf bio sauce pesto basilic / tagliatelles petits légumes
- Brochette de colin (pêche durable MSC) sauce citron / tagliatelles petits légumes
- Parmentier de bœuf bio gratiné au Saint-Nectaire
- Dos de colin (pêche durable MSC) sur concassé de légumes sauce provençale / frites de patates douces

*Figure 8 : Exemples de repas améliorés durables "comme à la maison"*



Dans ces deux types de repas améliorés, toutes les matières premières (poissons, viandes, légumes, féculents...) correspondent à des produits vertueux au sens de la loi EGalim. Finalement, ces initiatives qui ont été très bien accueillies par les patients montrent tout l'intérêt de valoriser via la presse, les réseaux sociaux, et en interne, les efforts effectués en matière de développement durable, et en particulier lorsqu'ils permettent d'améliorer la prise en charge des patients. Elles révèlent également l'importance de mesurer régulièrement la satisfaction des convives, pour en tenir compte en adaptant l'offre alimentaire proposée, afin de maximiser l'utilité qui résulte des surcoûts induits par la loi EGalim, en ciblant avant tout les produits augmentant de façon visible et perceptible la qualité des repas. En effet, ces exemples confirment la nécessité de pouvoir communiquer sur les efforts entrepris (affichage dans les services, étiquetage du plat cuisiné, *mailing*, réseaux sociaux : présence d'un influenceur parmi les patients ayant participé aux commissions du goût de l'hôpital Saint-Louis, mention dans le livret d'accueil des patients, affichage dans chaque chambre, communication par la télévision sur le canal interne...). Le rôle du Comité de

Liaison en Alimentation et Nutrition apparaît ici indispensable, puisqu'il permet d'associer les différentes parties prenantes, de présenter et de valoriser auprès d'elles les initiatives mises en œuvre, et de tenir compte de leur avis pour produire les adaptations nécessaires.

4.1.4 Au sein du GHU Nord, des aspects demeurent néanmoins inexplorés, en particulier lorsqu'ils sont trop compliqués à mettre en œuvre ou trop coûteux

Tout d'abord, les résultats sont plus contrastés en matière de lutte contre le gaspillage alimentaire et de tri des déchets. Si un partenariat a été mis en place avec une association afin de récupérer les excédents alimentaires et de les redistribuer à un réseau d'associations d'aide alimentaire, ce partenariat ne concerne pour l'instant que le secteur ouest du GHU (hôpitaux Bichat – Beaujon – Bretonneau), et seuls 66 kilogrammes d'excédents (535 portions) ont été récupérés en 2021. En effet, le cycle de distribution des repas à l'hôpital, d'abord aux patients, puis au self, puis enfin en salle de garde conduit à ce que les portions non distribuées en fin de cycle soient souvent trop vieilles pour être redistribuées à d'autres acteurs. De plus, selon le responsable restauration interrogé, les associations refusent de se déplacer pour un nombre de rations trop faibles (par exemple trente portions), ce qui n'est pas forcément contradictoire avec l'esprit de développement durable.

Pourtant, d'autres expériences dans d'autres établissements montrent qu'il existe d'importantes marges de manœuvre pour lutter contre le gaspillage alimentaire, dans une approche de restauration durable.

Parmi les leviers identifiés, il est possible de revoir les quantités, d'améliorer la qualité en tenant compte de l'avis des patients, de leur permettre de choisir un repas qu'ils aiment et qu'ils mangeront. La mise en place d'indicateurs mesurant le gaspillage est également un levier important : ainsi au CH de Plaisir, « il y a eu un gros travail avant qu'on ne puisse plus utiliser le produit en commandant au plus près du besoin. On s'efforce de mesurer l'écart entre ce qui est commandé et distribué, et on a mis en place des indicateurs de perte pour que « ça clignote au niveau des agents, et que chacun limite les pertes » », ce qui permet à l'établissement d'atteindre des taux de gaspillage alimentaire assez faibles, avec « environ 3% de pertes patients, 5 à 10% de pertes au restaurant du personnel ». La mise en place d'un partenariat avec une banque alimentaire, et le travail effectué avec le prestataire qui récupère les repas pour modifier l'ordre de la tournée et distribuer donc les produits le jour même de leur récupération auprès de l'hôpital, ont également porté leurs fruits, avec 90% des repas distribués par le prestataire, contre 55% auparavant.

L'activation de leviers similaires au CH de Niort a également permis d'obtenir des résultats intéressants, puisque les invendus ne représentent que 1,8% du total des produits, dont 0,6% sont ensuite réservés à des associations grâce à une convention avec les Restos du cœur, et prochainement avec une épicerie solidaire de la ville de Niort. Finalement, le gaspillage alimentaire ne représente pour le CH que 1,2% des produits. Le CH de Niort a même élaboré des outils hébergés sur un site internet afin de permettre aux établissements de santé de calculer le potentiel d'économies relatif au gaspillage alimentaire, ainsi que le bilan carbone des repas produits par les établissements<sup>25</sup>. Également très innovante, l'expérience du CH de Moulins est aussi intéressante : le CH permet en effet aux agents qui le souhaitent d'appeler le self pour réserver une portion des plats chauds restants qu'ils récupèrent avec leur propre contenant chaque jour entre 14h30 et 15h, pour un montant d'un euros cinquante pour une portion conséquente. De plus, en matière de gestion des bio-déchets, le CH de Moulins a par ailleurs noué un partenariat avec un éleveur de chiens, ce qui représente une quantité de bio-déchets de treize tonnes en moins à éliminer en 2020.

Malgré ces initiatives innovantes, et les efforts effectués par les établissements pour développer une offre de restauration durable, des difficultés persistent : à l'AP-HP, la centrale

---

<sup>25</sup> Cf. annexes



d'achats évoque ainsi la difficulté à avoir un suivi réel et actualisé des surcoûts, en raison des importantes ruptures de stocks qu'il y a dans le contexte actuel, et de la difficulté à convaincre les fournisseurs de communiquer des éléments sur le sujet : « ce qu'il faut, c'est que les producteurs et distributeurs puissent être plus réactifs dans la production et la communication de données EGalim ». De même, en matière de tri des déchets, la filière plastique est inexistante sur l'ensemble des établissements interrogés. Or, la quantité de bouteilles d'eau distribuées, ou de récipients à usage unique utilisés est une réelle difficulté pour les établissements qui souhaitent s'engager dans une démarche de développement durable. En effet, les barquettes ou bouteilles biodégradables coûtent deux à trois fois plus cher et le retraitement des barquettes engendrerait une charge de travail supplémentaire pour les services de soins (nettoyage avant envoi au prestataire). En ce qui concerne les bio-déchets, différentes alternatives existent mais elles restent onéreuses : ainsi le CH de Plaisir travaillent à la méthanisation de ses bio-déchets, ce qui représente un coût de 18 000 euros par an pour cinquante tonnes, mais auquel il faut ajouter le coût de la ventilation des biodéchets avant leur méthanisation. La déshydratation des bio-déchets pourrait être une autre solution, mais se révèle à nouveau coûteuse. Au sein du GHU Nord, le responsable restauration avait entamé un travail pour proposer les déchets organiques à des agriculteurs des environs, mais la présence de produits carnés parmi les bio-déchets rend impossible la mise en œuvre d'un tel partenariat pour des raisons sanitaires.

Outre ces difficultés, la mise en œuvre de la loi EGalim et plus largement d'une politique de développement durable, peut conduire à certains écueils, qu'il convient d'éviter soigneusement pour ne pas compromettre la démarche de développement durable. Parmi ces écueils, le mode de financement des surcoûts doit faire l'objet d'une réflexion approfondie : en effet, il semble contraire à l'esprit de la loi de financer ces surcoûts par une augmentation des tarifs au restaurant du personnel, par exemple, car le but de la loi est précisément de permettre au plus grand nombre d'accéder à des produits de qualité, dans une logique de justice sociale. Or, selon la loi économique dite loi d'Engel, les classes populaires sont celles qui dépensent la part la plus importante de leur revenu dans l'alimentation. En leur garantissant un repas complet à bas coût, l'hôpital met ainsi en œuvre sa responsabilité sociétale, en permettant à tous ses professionnels de se restaurer à bas coût.

Un autre écueil consisterait à financer les surcoûts résultant de l'insertion des 50% de produits vertueux au sens de la loi EGalim par une dégradation de la qualité du reste des produits, ce qui à nouveau irait contre l'esprit de la loi EGalim et plus largement, d'une démarche de développement durable.

En cela, il est également crucial de savoir adapter la mise en œuvre de la loi aux difficultés rencontrées et au contexte de l'établissement : par exemple, le remplacement de certains produits conventionnels peut conduire à des surcoûts non tenables, générant par suite des effets qualifiés en économie d'effet pervers, au sens de contraire à l'effet recherché et aux intérêts des acteurs. En effet, si les surcoûts peuvent se traduire par une substitution des produits conventionnels par des produits de moindre qualité, un autre risque serait de sélectionner des produits valorisables par leur label mais non conformes à l'esprit de la loi. A titre d'illustration, la centrale d'achats de l'AP-HP a ainsi constaté que la viande de bœuf biologique française représentait un surcoût de 100% par rapport à un produit conventionnel. Ce surcoût étant trop conséquent pour être supporté par les établissements, la centrale a cherché des alternatives à ce produit : elle a finalement décidé de ne pas proposer de viande de bœuf biologique, pour lui substituer de la viande de bœuf label rouge qui représente elle-même un surcoût de 50% par rapport à un produit conventionnel. En effet, le choix d'un produit biologique aurait conduit, au regard des contraintes budgétaires, à privilégier de la vache de réforme d'Europe de l'est (pour un surcoût de 20 à 30%), ce qui était contraire à l'esprit de la loi EGalim.

Enfin, le dernier écueil à éviter, et sûrement le plus compliqué, nécessite d'anticiper l'impact que peut avoir une hausse de la qualité des produits sur la fréquentation du restaurant du personnel. A titre d'exemple, le service de la restauration des hôpitaux Lariboisière Fernand-Widal

et Saint-Louis avait ainsi mis en place un bar à salade qui a dû être retiré car, très satisfaits de la qualité des produits, les professionnels de santé remplissaient fortement leur barquette ce qui conduisait à une explosion des coûts pour le service de restauration. De façon analogue, le remplacement du jus d'orange conventionnel par du jus d'orange biologique s'est traduit par un doublement de la consommation de jus d'orange : or, pour des raisons sociales, l'activité de restauration hospitalière suscite par construction des coûts que ne compensent jamais la participation des convives et n'est ainsi jamais une activité rentable en soit. En conséquence, une forte hausse de la fréquentation du restaurant du personnel, ou de la consommation des convives conduit à une dégradation du déficit induit par l'activité, alors même que le budget prévu pour compenser l'écart correspond à une enveloppe fermée. En l'espèce, le service de la restauration a donc décidé de supprimer le jus d'orange biologique, pour ne pas que cette surconsommation grève le budget de la restauration et donc la possibilité de l'utiliser pour financer l'intégration d'autres produits durables à l'offre de restauration.

Finalement, ces expériences invitent à rappeler que le développement durable reste un enjeu dont se saisissent depuis peu de temps les établissements de santé, et sur lequel d'importantes marges de progrès existent, et dont prennent conscience peu à peu certains établissements en proposant des solutions innovantes.

#### 4.2 L'insertion des problématiques de développement durable à l'hôpital, par choix ou par contrainte nécessite-t-elle de penser autrement les modes d'organisation à l'hôpital ?

Le développement durable, un levier vers un management horizontal source de sens ?

Le développement durable invite en effet à favoriser le management par projet sur des modes de management verticaux et hiérarchiques, afin de laisser davantage de place à la coordination horizontale des acteurs et aux initiatives de terrain. Un ensemble de facteurs nécessaires à la réussite d'une politique de développement durable peuvent ici être identifiés :

4.2.1 Le management du développement durable doit suivre un principe de globalité pour rechercher l'engagement de tous les acteurs et la prise en compte de ces enjeux dans tous les projets hospitaliers

D'abord, par leur caractère apparemment non prioritaire, et par leur potentiel impact organisationnel, les politiques de développement durable sont d'autant plus efficaces qu'elles recherchent l'engagement de la totalité des acteurs hospitaliers (médicaux, soignants, administratifs, techniques...), des directions supports aux services de soins. Pour être effectif, ce principe de globalité nécessite, de plus, que l'impact en matière de développement durable devienne un axe d'analyse des nouveaux projets. En cela, l'insertion de la mesure carbone dans les nouvelles modalités de contrôle de gestion, et celle des critères de développement durable dans les achats hospitaliers doivent être encouragées, afin de faire le lien entre mesures carbone et mesures financières, via la mise en place de tableaux de bords *ad hoc*.

4.2.2 Pour qu'il devienne un management horizontal source de sens pour le personnel, le management du développement durable doit, de plus, respecter un principe de subsidiarité

Pour que la démarche de développement durable suscite l'adhésion du plus grand nombre, mais aussi, pour qu'elle soit source de sens chez les hospitaliers, et notamment chez les soignants, le management du développement durable doit respecter une logique de subsidiarité : il s'agit ainsi de soutenir les initiatives de terrain, qui sont les plus à même de tenir compte des contraintes organisationnelles et d'y répondre par des solutions adaptées, tout en engageant la direction, sur le soutien qu'elle apporte à la démarche. En d'autres termes, il s'agit d'articuler une approche

*bottom up* du management avec une approche *top down*, pour orienter les acteurs de terrain et structurer leurs initiatives dans le cadre d'un mandat clair, présentant une stratégie et des moyens pour la mettre en œuvre, mais aussi pour valoriser ou appuyer certaines initiatives. Pour cela, la mise en place d'un comité central, comprenant à la fois des usagers et des professionnels (commission médicale d'établissement, organisations syndicales, volontaires, directions de site/de groupement, directions fonctionnelles) articulé avec des COPIL dans chaque groupement (comprenant notamment des représentants des commissions médicales d'établissements locales, et des commissions techniques d'établissements ainsi que des volontaires) peut être envisagée, reprenant ainsi l'expérience intéressante de l'AP-HP, ou encore des Hospices Civiles de Lyon.

#### 4.2.3 La cohérence et la crédibilité de la démarche sont, de plus, des aspects managériaux indispensables à la réussite d'une politique de développement durable

Le succès d'une politique de développement durable réside aussi dans son caractère cohérent et crédible, indispensable à l'engagement fort et pérenne des différentes parties prenantes. La crédibilité de l'engagement résulte notamment dans les efforts faits par la gouvernance pour structurer la démarche, en l'inscrivant dans le projet d'établissement, par exemple, et en lui assignant des objectifs précis. *A minima*, la rédaction d'une charte définissant des objectifs précis et fixant des priorités permet de conférer une certaine crédibilité à la démarche, dès lors que l'établissement « dit ce qu'il veut faire, fait ce qu'il a dit, et dit ce qu'il a fait ». C'est toutefois en identifiant des moyens propres à la démarche que cette dernière pourra être réellement crédible : par exemple, la création d'une direction du développement durable, ou, *a minima*, d'un poste transversal de chargé de mission dans le domaine sont gages de crédibilité pour la démarche développement durable de l'établissement. Les volontaires en services civiques peuvent par ailleurs remplir également un rôle dans le passage du projet à la pratique, en rappelant les règles, en formant aux éco-gestes<sup>26</sup> ou en évaluant régulièrement les avancées ou reculs.

#### 4.2.4 Pour permettre la coordination horizontale des acteurs, le management du développement durable doit être porté par une logique d'évaluation et d'amélioration continue

En effet, si par le sens, l'adhésion et l'engagement qu'il suscite chez les agents hospitaliers, le développement durable semble particulièrement adapté à un mode de management plus horizontal, ce dernier ne peut fonctionner que si à la coordination hiérarchique se substitue une coordination guidée par des tableaux de bord et une démarche d'évaluation et d'amélioration continue, structurée autour d'indicateurs mesurant l'atteinte des objectifs définis collectivement [Deschamps, 2012]. Or, en France, 47% des répondants à l'enquête du CNEH précisent ne pas posséder d'indicateurs de résultats associés aux initiatives liées au développement durable. Ils ne peuvent donc pas savoir si leurs actions sont efficaces ou partent dans la bonne direction. De même, l'absence de tableaux de bord<sup>27</sup> en matière de développement durable prive la gouvernance d'outils d'aide à la décision.

En effet, d'une part, l'évaluation permet de corriger presque automatiquement les comportements déviants par rapport à la norme collectivement fixée : selon un rapport du Comité d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, « l'expérience du management montre d'ailleurs que lorsqu'on commence à observer en détail une donnée et à la publier, les comportements ont tendance à évoluer d'eux-mêmes : on sait par exemple qu'observer et publier

---

<sup>26</sup> Selon le sondage du CNEH, bien que non prioritaire, la formation aux éco-gestes est importante pour 90% des répondants  
<sup>27</sup> Au Canada, le tableau de bord de l'hôpital vert a ainsi été mis en place, pour mesurer en quotidien l'impact environnemental des différents postes de dépenses de l'hôpital

les consommations de reprographie bureau par bureau est une méthode généralement efficace pour les faire diminuer ».

D'autre part, la logique d'évaluation permet d'apprendre des échecs et de mettre en lumière les résultats paradoxaux, pour en tirer des ajustements possibles. Par exemple, les Hospices Civils de Lyon ont travaillé sous forme de retour d'expérience sur l'échec résultant d'une tentative de recycler les masques chirurgicaux à l'hôpital, rendue vaine par l'impossibilité de trouver une filière en local en mesure de recycler une telle quantité de masques.

#### 4.2.5 L'expérience de la restauration durable atteste de la nécessité d'accompagner et de valoriser toute politique de développement durable

Comme démontré ci-dessus<sup>28</sup>, la mise en œuvre d'une politique de développement durable peut susciter des résistances, en particulier lorsqu'elle implique des évolutions organisationnelles, ou génère une charge de travail supplémentaire. Ainsi, l'hôpital Bichat du GHU Nord de l'AP-HP expérimente la distribution de *lunch boxes* auprès du personnel, pour faciliter la suppression des contenants à usage unique pour les ventes à emporter au restaurant du personnel. De même, le CHU de Nancy prévoit de distribuer des gourdes pour accompagner la suppression des bouteilles d'eau, ce qu'a fait avec succès l'hôpital de Moulins il y a deux ans.

Outre conférer un aspect ludique aux changements pour les rendre moins brutaux et les accompagner, il importe également de communiquer sur les changements pour rassurer les professionnels. Par exemple, il a été constaté au sein du GHU Nord lors d'un COPIL développement durable que l'un des freins à la suppression des bouteilles d'eau résultait de la défiance du personnel vis-à-vis de la qualité de l'eau de l'hôpital : ayant rencontré une méfiance similaire, le CHU de Nancy y a répondu en habillant les points d'eau (pour un coût de 200 euros par point d'eau habillé), et en communiquant fortement sur l'hygiène, via des prélèvements réguliers effectués par l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Par ailleurs, des efforts peuvent être effectués pour diminuer l'impact organisationnel et en matière de charge de travail qui résulte de la mise en œuvre d'une démarche de développement durable. Ainsi, le CHU de Nancy a remplacé les lave-vaisselle par des lave-vaisselle en cycle très court, pour permettre aux services de laver rapidement les carafes d'eau qu'ils utilisent pour servir de l'eau aux patients à la place des bouteilles d'eau auparavant distribuées.

Dernier facteur important à prendre en compte, la temporalité est de nature à faciliter ou, à l'inverse, à freiner le changement. Ainsi, selon l'ingénieur restauration du CHU de Nancy, « il y a cinq-six ans, la suppression des bouteilles d'eau aurait fait un tollé » alors qu'aujourd'hui, « c'est entré dans l'ère du temps ». Cette évolution des mentalités n'affectant pas nécessairement les professionnels de tous les services de la même manière, l'ordre de déploiement des politiques de développement durable est tout particulièrement important : il importe en cela d'écouter les attentes des professionnels de « terrain ». Par exemple, au sein du GHU Nord, la suppression des bouteilles d'eau a déjà commencé dans les services de gynécologie, et le service de gériatrie en est demandeur, alors que d'autres services s'y opposent pour l'instant.

Outre l'accompagnement du changement, la réussite d'une politique de développement durable repose fortement sur la valorisation des efforts effectués, via une stratégie de communication forte, à la fois dirigée vers l'intérieur et vers l'extérieur de l'établissement. Dans la mise en œuvre de la loi EGalim, le GHU Nord gagnerait ainsi à valoriser les gros efforts effectués, en apposant clairement les labels ou l'origine des produits, y compris non emballés. Camille Dumas, ancien directeur en charge du développement durable des Hospices Civils de Lyon faisait à juste titre remarquer que « la communication sur les actions mises en place n'est le plus souvent pas faite, y compris en interne, alors même que des actions sont menées et ce depuis longtemps ». A

---

<sup>28</sup> Cf. partie 2.3.3

ce titre, la communication positive, effectuée en interne lors d'évènements permet de mobiliser et de fédérer les équipes, tout en valorisant les efforts effectués : à l'hôpital Lariboisière Fernand-Widal, cela est ainsi fait lors de la semaine de la Qualité de Vie au Travail au mois de juin, lors des semaines du développement durable à l'automne, ou encore lors de la journée de la nuit, où des collations durables sont servies aux professionnels avec une communication adaptée pour valoriser les efforts effectués par le service de la restauration, pour intégrer toujours plus de produits durables dans l'offre de restauration. La valorisation de l'engagement collectif autour du développement durable via le versement des primes d'engagement collectif est également un levier important tout particulièrement actionné par le GHU Nord.

En externe, outre la valorisation des efforts auprès de la presse, ou sur les réseaux sociaux, l'engagement dans une démarche de labellisation, tel le label « mon restau responsable » obtenu depuis quatre années par le CHU de Nancy après « un travail de longue haleine engagé en 2012 sur l'amélioration de la qualité et sa valorisation, conformément à la norme ISO 22 000, est également fort de sens pour le personnel et un levier important. Egalement détenteur du label « Mon restau responsable », le CH de Moulins considère que le développement durable peut être un levier d'attractivité pour l'établissement à ne pas négliger.

Ainsi, en respectant certains principes, tels les principes de subsidiarité et de globalité pour rechercher l'engagement de tous les acteurs, en inscrivant la démarche dans une logique d'évaluation et d'amélioration continue et en accompagnant et valorisant le changement, le développement durable peut bien être un levier de développement d'un management horizontal source de sens pour le personnel.

#### 4.3 L'hôpital sur son territoire : la mise en place d'un cercle vertueux

Si les facteurs exposés ci-dessus contribuent au succès d'une démarche de développement durable, d'autres facteurs, externes à l'hôpital jouent un rôle tout aussi fondamental. En particulier, le rôle des partenaires de l'hôpital, et l'appui qu'ils peuvent apporter à l'hôpital est de nature à freiner, ou à l'inverse, à catalyser la démarche de développement durable d'un établissement.

##### 4.3.1 La nécessité de structurer une nouvelle chaîne de partenaires en amont et en aval

En effet, dans le domaine du développement durable, une des difficultés tient à la rareté des partenaires sur lesquels l'hôpital peut s'appuyer.

Dans le domaine de la restauration durable, cela suscite d'importants surcoûts, comme démontré ci-dessus à partir de l'exemple du GHU Nord<sup>29</sup>. Ainsi, l'hôpital doit travailler à la structuration d'une nouvelle chaîne de partenaires, à la fois en amont, au niveau des achats, et en aval, pour les filières de recyclage, par exemple, en tenant compte des spécificités des marchés concernés.

En effet, d'un point de vue économique, les marchés du développement durable ont des caractéristiques spécifiques comme l'illustre l'exemple de la restauration durable. Ces marchés peuvent en être qualifiés de marchés bifaces, car ils se caractérisent par l'interdépendance de deux types d'acteurs, telles deux faces qui ont chacune besoin de l'autre. Surtout, ces marchés se caractérisent par d'importants effets de réseau qui existent entre les différents acteurs (faces). En effet, plus la taille de chaque face est grande, plus l'utilité globale générée est importante : la centrale d'achat a en effet intérêt à trouver un nombre suffisant de fournisseurs pour pouvoir négocier les prix des achats. A l'inverse, les fournisseurs ont intérêt à avoir une demande suffisamment grande, pour avoir des débouchés solides, et pouvoir réaliser des économies d'échelles, c'est-à-dire pour produire à un coût marginal décroissant (si les fournisseurs produisent une quantité importante de biens, les investissements étant de toute façon nécessaires pour

---

<sup>29</sup> Cf. partie 1.2.2

produire les premières unités de biens, leurs coûts seront d'autant mieux amortis que la quantité de bien produits est grande).

Par ces caractéristiques économiques, la taille, ou, dans la terminologie économique, l'échelle de l'établissement, est donc d'une importance cruciale : ainsi, l'AP-HP, en bénéficiant d'une centrale d'achat unique, a la possibilité de passer des marchés de grande taille, de s'engager sur des volumes et par là même de rassurer les producteurs. L'existence d'un débouché crédible, solide et durable peut alors amener certains producteurs locaux à s'engager dans le marché des produits durables, en produisant des biens qu'ils ne produisaient pas auparavant, et à travailler avec les acheteurs publics, malgré les rigidités administratives.

Néanmoins, c'est bien une taille critique que doivent rechercher les établissements : d'abord, car une centrale d'achat mutualisée entre plusieurs régions, ou le recours à des centrales d'achats nationales fait courir le risque de « perdre le contact avec [les]producteurs locaux »<sup>30</sup>, comme ce fut le cas au sein du CHU de Nancy. De plus, la trop grosse taille de la centrale d'achat ou de l'établissement acheteur rend difficile la structuration d'une offre suffisante, en tout cas à court terme. Par exemple, la centrale d'achat de l'AP-HP ne parvient pas à sélectionner des produits fermiers dans ses marchés, au regard des niveaux de production trop faible en la matière en Ile-de-France ou dans les régions avoisinantes. De même, les produits « Label Rouge » sont rarement disponibles en quantité suffisante. En revanche, l'offre de produits biologiques existe en région parisienne car la demande est croissante depuis plusieurs années, et que l'offre a su s'adapter et se structurer pour y répondre. Ce n'est pas le cas en revanche à Nancy, où la filière n'est toujours pas assez développée. Entre les deux, en Ile-de-France, certains producteurs proposent des produits végétariens locaux, mais n'ont pour le moment pas les moyens logistiques pour livrer plus de trente hôpitaux, ce qui les conduit à faire transiter leur offre par des grands distributeurs habitués à travailler avec l'AP-HP.

Ainsi, l'existence d'une offre structurée et adéquate, et, plus largement, l'existence de partenaires sur lequel l'hôpital peut s'appuyer dans sa démarche de développement durable influent également sur la réussite d'une telle politique, et peut constituer un obstacle de court terme pour les établissements de santé qui souhaitent s'engager dans le développement durable.

#### 4.3.2 Quand la structuration de la demande crée l'offre : à l'AP-HP, les premiers résultats sont déjà visibles, même si les efforts doivent être poursuivis

Toutefois, à plus long terme, ces expériences montrent que l'engagement de l'hôpital dans le développement durable se traduit par une adaptation de ses partenaires pour répondre aux besoins de l'hôpital. En cela, la mise en œuvre d'une politique de développement durable dans un établissement de santé génère des externalités positives sur son territoire, en particulier lorsque l'établissement a une taille critique. Par là même, la mise en œuvre d'une démarche RSE dans un établissement de santé est un levier pour le développement économique d'un territoire, conformément aux principes de l'économie géographique [Marshall, 1920].

En d'autres termes, les efforts que font les acheteurs hospitaliers pour permettre le développement de filières responsables se répercute par la mise en place d'un cercle vertueux du développement durable. C'est pourquoi le ministère de l'économie qualifie de politique publique l'achat durable : « Les marchés publics peuvent déterminer les tendances en matière de production et de consommation ; une importante demande de biens « écologiques » de la part du secteur public fera apparaître ou agrandira des marchés de produits et de services respectueux de l'environnement. Ce faisant, le secteur public incitera également les entreprises à mettre au point des technologies environnementales ».

De fait, l'AP-HP constate déjà des premiers résultats, résultant d'une meilleure structuration de l'offre en réponse à la demande grandissante en produits durables de la part des

---

<sup>30</sup> Témoignage de l'ingénieur restauration du CHU de Nancy

acteurs publics (hospitaliers, mais aussi des écoles, ministères, et autres acteurs de la restauration collective d'Ile-de-France concernés par la loi EGalim). En effet, si en 2019, l'intégration de 50% de produits vertueux était associée à une hausse estimée à 30% de tarifs, cette hausse n'est plus que de 15 à 20% (hors inflation) en 2022, en répercussion d'un nombre de produits labellisés référenciés par la centrale d'achat plus important, en tenant compte des quantités demandées par les sites pour pouvoir négocier les prix en s'engageant sur des volumes permettant de réaliser des gains achats. C'est donc bien une baisse du prix unitaire des produits vertueux que constate la centrale d'achat, résultant des effets d'échelle dont peuvent profiter les producteurs qui s'engagent, et par suite d'une meilleure structuration de l'offre sur le territoire.

Au global, la prise en compte d'un ensemble de facteurs managériaux, le respect d'une temporalité précise et l'engagement de la gouvernance sont indispensables pour faire du développement durable une opportunité pour les établissements de santé, de nature à favoriser leur attractivité, quand bien-même le manque de structuration des partenaires hospitaliers pourrait freiner la démarche à court terme.

# Conclusion

Si les difficultés actuelles des hôpitaux, qu'elles soient d'ordre structurelles ou plutôt conjoncturelles, peuvent conduire à reléguer au second plan la question du développement durable à l'hôpital, elle pénètre pourtant bien de plus en plus la sphère hospitalière. Le développement durable intéresse les professionnels de santé, mais aussi les patients. Ne pas le considérer à l'hôpital conduirait pour la gouvernance à exprimer son désintérêt pour une problématique qui occupe une place de plus en plus grande dans la société. Pire, gros pollueurs, les hôpitaux ne peuvent ignorer la question du développement durable sans compromettre leur responsabilité sociétale, qui est pourtant au cœur de leur mission de service public. Ainsi, pour paraphraser Hans Jonas et son principe de responsabilité, la responsabilité sociétale des hôpitaux suffit en soit à justifier leur action dans le domaine du développement durable, pour qu'ils « agis[sent] de telle sorte que les effets de [leur] action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine sur la Terre ».

Certes, le développement durable a un coût, comme l'illustre l'exemple de la restauration durable. Il nécessite de retravailler certains modes d'organisation, de supporter des surcoûts financiers, ou encore de travailler avec de nouveaux partenaires, autant d'éléments sur lesquels le directeur d'hôpital peine parfois à travailler dans un contexte de crise et d'urgence. Pourtant, ce travail peut permettre au directeur d'hôpital de tirer profit du développement durable : les projets autour du développement durable peuvent en effet susciter l'adhésion du personnel et être source de sens au travail pour eux, améliorant par là même leur qualité de vie au travail. Pour les patients, un hôpital engagé dans une démarche de développement durable envoie un signal de modernité, d'innovation, et, plus largement, indique qu'il se préoccupe des enjeux de santé environnementale, autant d'éléments qui sont de nature à renforcer la qualité des soins et des prises en charge des patients, et donc l'attractivité de l'établissement. C'est pour cela que la Haute Autorité de Santé valorise dans la démarche de certification plusieurs critères de développement durable.

Néanmoins, le succès d'une politique de développement durable repose sur plusieurs piliers. Tout d'abord, le développement durable ne peut être source de sens et d'amélioration de la qualité de vie au travail que s'il s'inscrit dans un management horizontal, visant à inclure les agents de toutes les catégories, tout en respectant un principe de subsidiarité. Dans ce management horizontal, les efforts faits pour évaluer la démarche à l'aune d'indicateurs pensés en adéquation avec les objectifs de la politique de développements durable, et la communication faite par la gouvernance sont fondamentaux, pour rendre effective et efficace la démarche du développement durable. Enfin, la temporalité dans laquelle s'inscrit la politique de développement durable est tout aussi cruciale, pour tenir compte des phénomènes de résistance au changement, et pour permettre la structuration d'un réseau de partenaires, deux éléments qui peuvent expliquer pourquoi certaines politiques de développement durable peuvent se traduire par des échecs à court terme.

Par ces éléments, ce mémoire plaide pour le déploiement d'une politique de développement durable dans les établissements de santé, en respectant les principes présentés ci-dessus, afin d'en faire une réelle opportunité, permettant aux hôpitaux engagés de se différencier et par conséquent, de gagner en attractivité. Plus largement, les analyses menées dans le cadre de ce travail ont confirmé que l'action d'un hôpital en matière de développement durable peut susciter d'importantes externalités positives sur un territoire, en invitant tout un réseau de partenaires à se structurer et à travailler également à la promotion du développement durable.

Il reste néanmoins que ce mémoire repose sur une approche compréhensive, et ne vise en aucun cas l'exhaustivité. La taille de la structure principalement étudiée, à savoir, l'AP-HP, et son caractère atypique, bien que contrebalancés par l'intégration à l'analyse d'autres établissements de santé, invitent également à nuancer le caractère représentatif des éléments présentés dans ce



mémoire. En cela, l'approche principalement qualitative ici mise en œuvre gagnerait à être complétée par une méthodologie quantitative, se fondant sur une base de données large et représentative des différents établissements, et permettant idéalement une analyse intertemporelle.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages, articles de revues scientifiques et mémoires :

Acosta P., Acquier A., Carbone V. et al., « Les business models du développement durable », *L'Expansion Management Review*, 2014/1 (N° 152), p. 20-29.

D'Angelo, T. (2019), « Pour une restauration durable », *Gestions hospitalières* numéro 590

d'Aranda, E., Derkenne, C., Bonnet, L., & Paries, M. (2021). Aspects pratiques du développement durable en santé. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 25(4), 181-189.

Aspe, C., & Jacqué, M. (2012). Environnement et société : une analyse sociologique de la question environnementale.

Baurès, E., & de Larochelambert, E. (2020). L'École des hautes études en santé publique : une démarche vers la labellisation développement durable & responsabilité sociétale (DD&RS). *Techniques Hospitalières : la revue des techniciens de la santé*, 780, 23-26.

Bray F., (2018), *Les français et l'alimentation, de nombreuses attentes à combler*

Bourdieu P (1979), *La distinction*

Bourgeon L., « L'externalisation à l'hôpital », *Gestions hospitalières*, Numéro 586, mai 2019

Castellano, S., Menvielle, L., Druy, F., & Maalaoui, A. (2012). Développement durable et santé publique Vers un nouveau modèle d'une santé égalitaire ? *Revue des Sciences de Gestion*, (253).

Chouvel, R. (2020) « La politique de développement durable d'un établissement de santé : entre recettes et dépenses. L'exemple du CHU de Clermont-Ferrand », mémoire EHESP

Crozier, M. (1961). De la bureaucratie comme système d'organisation. *European Journal of Sociology/Archives Européennes de Sociologie*, 2(1), 18-50.

Crozier, M. (2014). *État modeste, état moderne : stratégies pour un autre changement*. Fayard.

Deschamps, E. (2012). L'état exemplaire : slogan ou nouveau principe ? *Revue française d'administration publique*, (3), 829-845.

Fassel, V. (2008). Chapitre 6. Les ventes à la restauration collective : consommer local et biologique. In *Les circuits courts alimentaires* (pp. 77-91). Educagri éditions.

Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A. (1996). *The new public management in action*. Oxford university press. Frimousse S., & Peretti J. M. (2019). Raison d'être et responsabilité sociétale. *Question (s) de management*, 26(4), 149-168.

Giret, É. (2005). Le repas en milieu isolé et confiné : entre réconfort et revendication identitaire : Enquête aux îles Kerguelen (observation). *Terrains & travaux*, 9, 12-31.

Grémion, P. (1966). Résistance au changement dans l'administration territoriale : le cas des institutions régionales. *Sociologie du travail*, 8(3), 276-295.

Guesnerie R., « Calcul économique et développement durable », *Revue économique*, 2004/3 (Vol. 55), p. 363-382.

Hiesmayr, M., Schindler, K., Pernicka, E., Schuh, C., Schoeniger-Hekele, A., Bauer, P., ... & Team, T. N. A. (2009). Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients : the NutritionDay survey 2006. *Clinical nutrition*, 28(5), 484-491.

Hugol-Gential C. (2016). *Le repas à l'hôpital : un défi pour demain.*, L'Harmattan, pp.97-112,

Questions alimentaires et gastronomiques de Kervasdoué, J. (2021). *L'hôpital. Que sais-je.*

Kübler-Ross, E. (1969). *Les derniers instants de la vie*

Lartigau J.(2022). « Le spectre de la grande démission ». *Santé RH*, n°150.

Lebeau, K. *Le gaspillage alimentaire lié au retour-assiette des patients dans les hôpitaux : analyse qualitative, quantitative, et stratégies de changement.*

Le Borgne, G. *Concéder la fonction restauration en EHPAD à une société de restauration collective : l'exemple de la Résidence les Grands Jardins à Montauban de Bretagne.*

Lescher M., Sirven N., (2019). *Healthcare Quality, Patients' Satisfaction, and Hospital Incentives in France.*, *Revue d'économie politique. Les 39es Journées des Économistes français de la Santé*, vol. 129, n° 4, 525-551.

Marshall, A. (2009). *Principles of economics: unabridged eighth edition.* Cosimo, Inc..

Montaigne, M. *Les Essais*

Ouellette-Plante, L. (2013). *Intégration de critères de développement durable dans les appels d'offres en milieu hospitalier (Doctoral dissertation, Université de Sherbrooke).*

Pauget, B., Cabrol, M., & Lartigau, J. (2012). *L'externalisation dans le système de santé français : éléments d'explication d'un tabou.* *Recherches en sciences de gestion*, 1(88), 55-71.

Pérole, G. (2017). *A Mouans-Sartoux, une restauration collective issue intégralement de l'agriculture biologique depuis 2012.* *Rev AE&S*, 7, 119-121.

Perreau, S., Pauchard, J. C., & Hafiani, E. M. (2021). *Intégration progressive du développement durable par les systèmes de santé.* *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 25(4), 167-174.

Poitou, Q. *Accélérer la transition écologique à l'hôpital : enjeux et défis. L'exemple du GHU AP-HP Nord. (mémoire EHESP)*

Rousseau, C. (2021). *L'impact de la mise en place de la loi EGalim dans le secteur de la restauration collective (mémoire)*

Routelous, C. (2013). « *L'hôpital à l'épreuve de la performance économique : doctrines, instruments et hybridations des valeurs* », *Quaderni [En ligne]*, 82

Seunevel, M. (2009). *Le défi d'une restauration collective durable.* *LA GAZETTE SANTE SOCIAL*, (56), 36-37.

Sirven, N. (2022). *La concurrence en qualité à l'hôpital peut-elle tenir ses promesses ?.* Working paper

Thiel, C. L., Park, S., Musicus, A. A., Agins, J., Gan, J., Held, J., Horrocks, A., & Bragg, M. A. (2021). *Waste generation and carbon emissions of a hospital kitchen in the US: Potential for waste diversion and carbon reductions.*

Tlahig, H. (2009). *Vers un outil d'aide à la décision pour le choix entre internalisation/externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : cas du service de stérilisation (Doctoral dissertation, Institut National Polytechnique de Grenoble-INPG).*

Trespeuch, L., Robinot, É., Botti, L., Bousquet, J., Corne, A., De Ferran, F., ... & Peypoch, N. (2021). Allons-nous vers une société plus responsable grâce à la pandémie de Covid-19 ?.

Touraine A. (1984), Le retour de l'acteur

Tuytten, A. (2015). Les actions de développement durable à l'hôpital.

Weber, M. (1921). Économie et société.

#### Documents institutionnels et juridiques :

ANAP : fiche N°5 sur L'externalisation de la restauration et de la blanchisserie

Certification (référentiel) par la HAS et notamment Critère 3.6-04 Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés

Communication du ministre d'État de l'écologie au Conseil des ministres du 1er octobre 2008 relative à l'État exemplaire en matière de développement durable, [www.premier ministre.gouv.fr](http://www.premier ministre.gouv.fr)

Code de l'Environnement et notamment l'article L541-15-10 du Code de l'environnement, III : interdiction du plastique à usage unique, de la distribution des bouteilles d'eau en plastique gratuitement, obligation de mise en place de fontaine à eau

Code des Marchés Publics

Code de la Santé Publique

DREES, Etudes et Résultats, numéro 1215, novembre 2021

Guide des contrats publics de restauration collective– Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie (MINEFI) –mars 2005

Guide la qualité de vie au travail. Outils et méthodes pour conduire une démarche QVT- Ministère de la santé et des solidarités , <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-qvt-2019.pdf>

LOI n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous (1), dite Loi Egalim

LOI n° 2021-1104 du 22 août 2021 portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets

Rapport de France Stratégie pour l'Assemblée nationale « Pour une alimentation saine et durable analyse des politiques de l'alimentation en France »

Rapport « Décarbonons la santé pour soigner durablement »–The Shift Project–Juin 2021

Rapport de l'Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie (ADEME). « Pertes et gaspillages alimentaires : état des lieux et leur gestion par étape de la chaîne alimentaire »,2016. [en ligne].<http://multimedia.ademe.fr/dossier-presse-etude-masses-pertes-gaspillages/>. (Consulté le 02-02-2021)

#### Autres :

Baromètre du développement durable Odoxa-SAP, décembre 2020 et Baromètre « Les Français et leur empreinte carbone », Odoxa, juillet 2021

Broucke M., « De la perte de sens à la désespérance... », La Croix, édition du 8 mars 2022

Dossier documentaire : « Développement durable et RSE en établissement sanitaire et médicosocial, Dossier documentaire, Catherine Calvez, septembre 2021, presses de l'EHESP

Colloque organisé par le CNEH et le RESAH sur la transformation écologique à l'hôpital

HAS, critères de certification des établissements de santé : Critère 3.6-04 Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés

Webinaire ANAP –ADH « Conduire sa politique de développement durable : gagnez du temps avec l'ANAP »

Webinaires FHF sur la transition écologique en santé

Webinaires de la direction du développement durable de l'AP-HP sur le bilan carbone

#### Outils :

- simulateur de gaspillage alimentaire et d'impact carbone des repas proposé par le CH de Niort, <http://www.manger-durablement.fr/>
- <https://agirpoulatransition.ademe.fr/particuliers/actualites/mesurez-empreinte-carbonegestes-climat-site-datagir>
- ANAP : Le baromètre du développement durable en santé <https://ressources.anap.fr/rse/publication/557-barometre-du-developpement-durable>

---

## Liste des annexes

---

### Annexe 1 : Critères entrant dans la certification RSE

<b>Dimension « ressources humaines »</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La production ou la prestation de service utilise une certification sur la qualité, les compétences techniques ou la sécurité.</li><li>• L'entreprise dispose d'une base de données centrale RH et formation.</li><li>• L'entreprise mobilise des outils de travail collaboratifs.</li><li>• L'entreprise a eu recours à des prestations de conseil externes ou à un groupe de projet interne pour RH et formation.</li><li>• L'entreprise utilise internet pour des actions d'enseignement ou de formation de ses personnels.</li><li>• L'amélioration ou le maintien des compétences dans l'entreprise sont importants (forts et très forts).</li><li>• L'entreprise a eu recours à des prestations de conseil externes ou à un groupe de projet interne pour améliorer environnement, sécurité, comptabilité.</li></ul>
<b>Dimension « environnement /éthique »</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La production ou la prestation de service utilise une certification environnementale ou un label éthique (ISO 14001, AB, commerce équitable, etc.).</li></ul>
<b>Dimension « relation client »</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilisation d'un dispositif de labellisation des biens et services (NF, Qualicert, etc.).</li><li>• Utilisation d'un dispositif d'engagement contractuel à livrer ou fournir des biens ou services dans un délai limité.</li><li>• Utilisation d'un dispositif d'engagement contractuel à répondre à une réclamation ou à fournir un service après-vente dans un délai limité.</li><li>• Utilisation d'un dispositif de centre de contact ou d'appel destiné aux clients.</li><li>• Utilisation d'un dispositif informatique : gestion informatique intégrée de la relation client (CRM).</li><li>• Le plus gros client exige une norme de qualité ou une procédure de contrôle de qualité.</li><li>• L'entreprise a eu recours à des prestations de conseil externes ou à un groupe de projet interne pour la relation client<sup>1</sup>.</li><li>• Dans son activité de conception ou marketing, l'entreprise utilise des études sur les attentes, le comportement ou la satisfaction des clients.</li></ul>
<b>Dimension « fournisseur »</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilisation par l'entreprise de contrat cadre ou de relation de long terme avec certains fournisseurs.</li><li>• Le plus gros fournisseur se conforme à une norme de qualité ou à une procédure de contrôle de qualité.</li><li>• Le plus gros fournisseur dispose d'un système informatique couplé avec celui de l'entreprise (commandes, facturation).</li></ul>

Alimentation	
Réduire le gaspillage alimentaire en améliorant la qualité gustative et diététique des repas.	<b>-40 %</b> des émissions des achats alimentaires (-1,1 MtCO <sub>2</sub> e)
Systématiser l'offre de repas végétariens en approvisionnement local et de saison. Substituer une partie des protéines animales par des protéines végétales (notamment dans le cas du bœuf).	
Bâtiment	
Massifier la rénovation thermique globale et performante des bâtiments hospitaliers et médico-sociaux	<b>-75 %</b> des émissions associées à la consommation d'énergies comme le gaz, le fuel ou encore l'électricité (-4,3 MtCO <sub>2</sub> e)
Passage systématique des systèmes de chauffage et/ou de production d'eau chaude au gaz et au fioul à des sources d'énergie bas-carbone.	
Favoriser la bio-climatisation des bâtiments et l'usage de matériaux bio-sourcés dans les constructions neuves.	
Organiser et promouvoir la sobriété énergétique des usages	
Recruter, former ou faire appel aux compétences d'un référent énergie. Former les professionnels de santé afin de réduire les usages/ consommations.	
Déplacements	
Co-construire, rédiger et déployer un plan de mobilité de l'établissement ou du groupe sanitaire ou médico-social.	<b>-99 %</b> en tenant compte de l'évolution des véhicules et particulièrement de l'électrification (-7,1 MtCO <sub>2</sub> e)
Faire la promotion des mobilités actives (vélo et marche à pied).	
Encourager l'utilisation des transports en commun.	
Inciter au covoiturage (garantie du retour à domicile en cas de circonstance exceptionnelle, mise en place d'un service d'autopartage etc.).	
Faciliter le recours au télétravail pour le personnel administratif et les chercheurs.	
Remplacer les véhicules thermiques (ambulances, VSL, etc) par des véhicules électriques en priorisant des véhicules d'occasion quand c'est possible.	
Limiter les distances parcourues pour les formations et conférences : développer le e-learning et les colloques de proximité accessibles en train.	
Développer la télé-médecine pour les consultations pouvant être traitées sous forme de télé-expertise.	
Gaz médicaux	
Interdire les gaz anesthésiants à fort effet de serre.	<b>-50 %</b> des émissions des achats de gaz médicaux (-0,08 MtCO <sub>2</sub> e)
Déchets	
Soutenir le développement de la production en France et l'usage de matériels / dispositifs médicaux réutilisables.	<b>-1 %</b> des émissions des déchets seulement, mais comporte évidemment d'autres bénéfices pour l'environnement
Développer les filières de recyclage des dispositifs à usage unique.	
Réduire la proportion de Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI).	
Faire appliquer et contrôler l'obligation de composter ou valoriser ses biodéchets.	

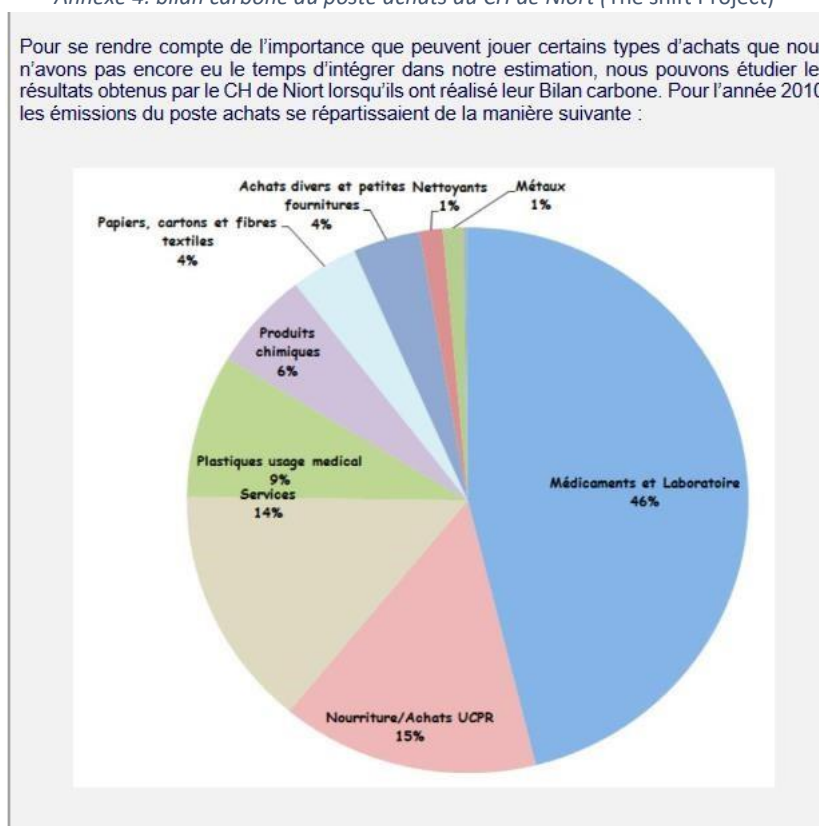


Annexe 3: Labels reconnus comme SIQO par la loi EGalim



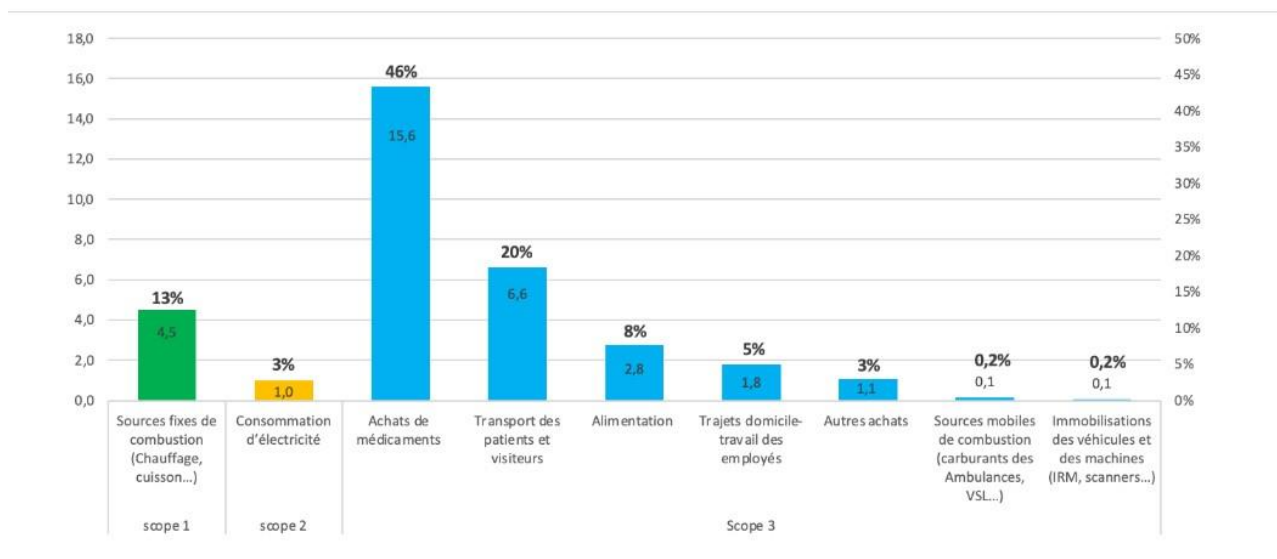
Annexe 4: bilan carbone du poste achats du CH de Niort (The shift Project)

Pour se rendre compte de l'importance que peuvent jouer certains types d'achats que nous n'avons pas encore eu le temps d'intégrer dans notre estimation, nous pouvons étudier les résultats obtenus par le CH de Niort lorsqu'ils ont réalisé leur Bilan carbone. Pour l'année 2010, les émissions du poste achats se répartissaient de la manière suivante :





Annexe 5: Répartition des émissions du secteur de la santé (MtCO2e)-Calcul The Shift Project



Annexe 6: liste des entretiens réalisés

GHU Nord de l'AP-HP	Autre
Directeur de la DASEL, GHU Nord	Ingénieur restauration du CH de Plaisir-Versailles
Directrice Adjointe de la DASEL en charge du secteur ouest	Responsable Achats en charge de la restauration du PIC Achats, AP-HP
Directeur de la DIM	Ingénieur restauration du CHU de Nancy
Directrice de la communication	Elève directrice d'hôpital en stage au CH de Niort
Directrice de la qualité	Médecins et personnels paramédicaux
Direction des ressources humaines	
Directrice de site – Lariboisière, Fernand-Widal	
Directrice générale adjointe du GHU Nord	
Ingénieur restauration responsable du secteur est du GHU Nord	
Cadre supérieure de la maternité de l'hôpital Lariboisière – coordinatrice des sages-femmes	

Dans le cadre de ma formation d'Elève Directrice d'Hôpital et plus particulièrement de mon mémoire, j'ai choisi de travailler sur le thème de la restauration durable », entendue comme l'ensemble des efforts que font ou peuvent faire les hôpitaux pour améliorer les impacts environnementaux, sociaux et économiques de leur activité de restauration. Dans ce contexte, je m'intéresse en particulier aux efforts faits par l'établissement pour améliorer la proportion de produits dits de qualité au sens de la loi Egalim : leviers actionnés, résultats obtenus, difficultés rencontrées ou encore impact financier sont autant d'éléments que j'aimerais étudier de plus près.

I) Avancée de la mise en œuvre de la loi Egalim : où en est la mise en œuvre de la loi Egalim dans l'établissement ?

Eléments de contexte : Combien de repas sont servi par jour ? Aux patients, au personnel ? La production alimentaire est-elle externalisée ?

Internalisée, mixte ? Y-a-t-il une centrale d'achats ? Un GCS ? / Comment se passent les achats dans le domaine de la restauration ?

Quelle est la proportion de SIQO, et tout particulièrement de produits biologiques intégrés à l'offre de restauration de l'établissement.

Proportion de produits issus du commerce équitable ?

Etat des lieux : démarche de lutte contre le gaspillage alimentaire (quelle quantité ? Quel plan de réduction du gaspillage alimentaire et partenariats avec des associations alimentaires

Etat des lieux : tri des déchets et recours à des contenants à usage unique

Etat des lieux : distribution de bouteilles d'eau en plastique / installation de fontaines à eau

Quelle est la feuille de route prévue pour mettre en œuvre la loi EGAlim? Quelles sont les stratégies mises en œuvre ?

II) Difficultés rencontrées

Quel est l'impact financier associé ? Quels surcoûts sont induits par l'intégration des produits dites vertueux dans l'offre de restauration Par catégorie de produits ?

Combien coûte la production d'un repas conventionnel en moyenne et combien coûte la production d'un repas incluant des produits vertueux ?

La production d'une offre de restauration durable nécessite-t-elle de revoir certains modes d'organisation du service de restauration ?

III) Retour du personnel et des patients

Avez-vous constaté une amélioration de la satisfaction des patients et du personnel suite aux efforts effectués pour développer une off de restauration durable ? Comment la mesurez-vous ?

Le personnel est-il intéressé par la démarche ? Comment s'exprime cet intérêt/ cette méfiance ? Les syndicats ont-ils exprimé une position sur le sujet ?

Idem pour les patients

IV) Maturité de la démarche développement durable dans l'établissement (questions posées aux directeurs interrogés en général)

La gouvernance affiche-t-elle clairement son objectif de promouvoir le développement durable dans l'établissement ? De quelle manière Le déploiement d'une politique de développement durable et le développement d'une offre de restauration durable sont-ils inscrits dans le projet d'établissement ?

Qui pilote la politique de développement durable dans l'établissement et comment se passe ce pilotage ?

Quelles sont les actions entreprises en la matière ? Comment sont-elles perçues par le personnel ?

Le développement durable est-il un thème qui intéresse le personnel ? Les patients ?

Comment sont valorisés les efforts effectués en la matière ?

Y-a-t-il des difficultés pour trouver des partenaires en amont (fournisseurs de produits vertueux) et en aval (tri et recyclage des déchets, associations alimentaires...). Constatez-vous des difficultés quantitatives pour proposer une offre de produits vertueux suffisante ?

Comment se passent les négociations ?

Quelles solutions avez-vous trouvé pour répondre à ces difficultés ?

Comment compensez-vous les surcoûts ?

PERETTI	Maillane	Soutenance en octobre 2022
<p><b>Elève Directeurs d'Hôpital</b></p> <p><b>Promotion 2021-2022, Germaine Poinso-Chapuis</b></p> <p><b>ENTRE SURCÔÛTS ET CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES, LE DEVELOPPEMENT DURABLE PEUT-IL AMELIORER L'ATTRACTIVITE D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?</b></p> <p><b>L'exemple de la restauration durable au sein du GHU Nord de l'AP-HP</b></p> <p>PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Mines</p> <p><u>Résumé :</u></p> <p>Les hôpitaux affichent souvent un retard important en matière de développement durable alors même que leur activité est très polluante et qu'ils ont une responsabilité sociétale bien établie. L'analyse de terrain effectuée au sein du GHU Nord de l'AP-HP, à partir d'une méthodologie principalement qualitative, ainsi que les entretiens menés et échanges avec d'autres interlocuteurs hospitaliers ont pourtant confirmé que l'hôpital est déjà embarqué dans cette dynamique sociétale, comme en atteste l'intérêt croissant des soignants pour les enjeux du développement durable, malgré les difficultés structurelles et conjoncturelles que rencontre aujourd'hui l'hôpital.</p> <p>Dans le domaine de la restauration, la loi EGalim a par ailleurs permis de constater que l'inaction en matière de développement durable est coûteuse. Outre l'impact pour la société comme pour l'institution d'une inaction en la matière, la résistance au changement et son coût sont autant d'arguments qui invitent à réagir rapidement, alors que le cadre réglementaire se durcit toujours plus.</p> <p>En fait, au-delà même du coût de l'inaction, le développement durable est une opportunité que peuvent saisir les établissements de santé : c'est en effet un levier d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, qui peut être vecteur d'attractivité, comme l'illustre l'exemple de la restauration durable. Pour le personnel, les actions en matière de développement durable peuvent, de plus, être source de sens, et un facteur de cohésion, autant d'éléments précieux pour fidéliser ou attirer le personnel. Au final, c'est bien la possibilité d'élaborer une stratégie de différenciation qu'offre aux hôpitaux le développement durable, à même d'attirer patients et personnel. Enfin, le développement durable invite à penser la logique économique différemment, dans sa temporalité, mais aussi dans le choix des critères qui importent et qui déterminent la performance d'un établissement.</p> <p>Pour faire du développement durable une réelle opportunité pour les établissements de santé, de nature à améliorer leur attractivité, l'expérience du GHU Nord dans le développement d'une offre de restauration durable est riche d'enseignements pour le directeur d'hôpital. En effet, le GHU Nord a obtenu de bons résultats dans la mise en œuvre de la loi EGalim, grâce à une méthode volontariste de la part de sa gouvernance, une implication du personnel, et une approche par petits pas permettant de réaliser les ajustements nécessaires. Cette expérience met aussi en lumière les difficultés rencontrées et les écueils à éviter dans la mise en œuvre d'une politique de développement durable. Surtout, elle permet de comprendre que le développement durable est un puissant levier de management horizontal, source de sens pour le personnel. Enfin, l'historique de la démarche et le rôle de la centrale d'achat de l'AP-HP permettent de saisir l'importance d'avoir une taille critique pour minimiser les coûts associés à une politique de développement durable, mais aussi pour faire naître de l'action hospitalière une dynamique économique sur le territoire de l'hôpital.</p> <p>En tenant compte de ces conditions, le développement durable peut dès lors être une réelle opportunité pour les établissements de santé, à même de favoriser leur attractivité.</p> <p><b>Mots clés :</b></p> <p>Développement durable, restauration durable, management du changement, responsabilité sociétale des organisations</p> <p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		