



Élève Directeur d'Hôpital

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**L'approche du développement durable
par les établissements de santé :**
L'exemple du centre hospitalier de
St Brieuc

Nicolas PORTOLAN

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenu dans la réalisation de ce mémoire professionnel et notamment :

Monsieur BRIANT J-Y, Directeur du Centre Hospitalier de Saint Brieuc qui m'a fait confiance tout au long de ce travail.

Monsieur THOMAS O., qui a accepté d'être mon encadrant mémoire, ses conseils furent précieux.

Monsieur TOMA O. Président du Comité de Développement Durable en Santé

Aussi, je tiens à remercier l'ensemble des directeurs d'hôpitaux et différents personnels qui ont alimenté ma réflexion tout au long de la réalisation de ce mémoire professionnel.

Et plus particulièrement :

Madame DARDE C., Conseiller Général des Établissements de Santé, chargée de mission développement durable, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.

Mme SAUNIER-DUFOUR G., maître de stage, Mme ILLION M-C, M. GOUEDARD A., Directeurs adjoints au Centre Hospitalier de St Brieuc, Mme COLLEC Directrice Adjointe au CHU de Brest.

L'ensemble des personnels du C.H. de St Brieuc.

Enfin, une mention toute particulière à Mme DAVID-BONHOMME C. pour son soutien et ses conseils avisés

Sommaire

Introduction	1
1 Une première approche du développement durable, initiée par le contexte.	7
1.1 Un contexte favorable à l'émergence du développement durable dans les politiques publiques	7
1.1.1 Un concept du développement durable aux contours flous	7
1.1.2 Une prise de conscience des pouvoirs politiques qui se traduit dans les politiques publiques	13
1.1.3 Des référentiels en cours de consolidation	16
1.2 Une intégration du développement durable par les établissements de santé se limitant souvent à respecter la réglementation	17
1.2.1 Dans son volet social	17
1.2.2 Dans son volet économique.....	22
1.2.3 Dans son volet protection de l'environnement.....	23
2 D'une prise en compte plus intégrée du développement durable à sa mise en oeuvre par une approche systémique	24
2.1 Les enjeux d'une prise en compte du développement durable sont intégrés de manière parcellaire	24
2.1.1 Les enjeux d'une prise en compte du développement durable par les établissements de santé.....	25
2.1.2 Une intégration graduée de la problématique du développement durable	28
2.2 Les avantages d'une prise en compte globale par les établissements de santé.....	37
2.2.1 Les bénéfices à envisager par les établissements de santé en interne.....	37
2.2.2 Renforcer le rôle des établissements de santé auprès de la population	41
3 Quelques préconisations relatives à la mise en oeuvre d'une démarche globale de développement durable : ou comment rassembler ce qui est éparé et impulser une politique	44
3.1 La mise en oeuvre concrète de la démarche	44
3.1.1 Institutionnaliser la démarche	44

3.1.2 Réaliser un bilan des actions relevant du développement durable au sein de l'établissement.	45
3.1.3 Définir une politique institutionnelle et des axes stratégiques guidant l'action	48
3.1.4 Déterminer le cadre le mieux adapté à l'établissement	Erreur ! Signet non défini.
3.2 L'identification des freins de la démarche.....	55
3.2.1 La primauté du volet économique incite à limiter la démarche à une opération de communication	55
3.2.2 La mise en œuvre systémique du développement durable peut se heurter à des freins culturels	57
Conclusion.....	59
Bibliographie.....	61
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARH – Agence Régionale d'Hospitalisation
ADEME – Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie
AFNOR – Association Française de Normalisation
AMO – Assistant à Maîtrise d'Ouvrage
CA – Conseil d'Administration
CABRI – Communauté d'Agglomération BRlochine
CH – Centre Hospitalier
CHU – Centre Hospitalier Universitaire
CPOM – Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CME – Commission Médicale d'Établissement
CMR – Cancérogène Mutagène Reprotoxique
CO2 – Dioxyde de Carbone
COV - Composé Organique Volatil
CRDD – Centre de Ressources du Développement Durable
CSP – Code de la Santé Publique
CSIMTR – Commission des Soins Infirmiers, Médico Technique et de Rééducation
CSTB – Centre Scientifique des Techniques du Bâtiment
CTE – Comité Technique d'Établissement
CHSCT – Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CNIID- Centre National d'Information Indépendante sur les Déchets
CRUQPC – Commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
C2DS – Comité du Développement Durable en Santé
DASRI – Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux
DD – Développement Durable
DEHP – Di-2 éthyl-exil
DGF – Dotation Globale de Financement
DHOS – Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIB – Déchet Industriel Banal
DRH – Direction des Ressources Humaines
EPRD – État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP – Équivalent Temps Plein
FHF – Fédération Hospitalière de France
GIEC – Groupement International d'Etudes sur le Climat
GRI – Global Reporting Initiatives

HAS – Haute Autorité de Santé
HQE – Haute Qualité Environnementale
IDD – Indicateur de Développement Durable
IDH - Indice de Développement Humain
IGR – Institut Gustave Roussy
ISO – Organisation Internationale de Normalisation
MAINH – Mission d'Appui Nationale à l'Investissement Hospitalier
MECSS – Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale
MCO – Médecine, Chirurgie, Obstétrique
OMS – Organisation Mondiale de la Santé
PCB – Poly Chloro Benzène
PDA – Plan de Déplacement des Administrations
PDE – Plan de Déplacement de l'Entreprise
PGFP – Plan Global de Financement Pluriannuel
PIB – Produit Intérieur Brut
PME – Petites et Moyennes Entreprises
PNNS – Plan National Nutrition et Santé
PNSE – Plan National Santé et Environnement
PNUE – Programme des Nations Unies pour l'Environnement
POP – Polluant Organique Persistant
PTD – Programme Technique Détaillé
PVC – Polychlorure de Vinyle
QE – Qualité Environnementale
RSE – Responsabilité Sociale de l'Entreprise
SHON – Surface Hors Œuvre Nette
SME – Système de Management Environnemental
SNDD – Stratégie Nationale de Développement Durable
T2A – Tarification A l'Activité
UE - Union Européenne
UICN – Union Internationale pour la Conservation de la Nature
WBCSD – World Business Council for Sustainable Development
WWF – World Wide Foundation

Introduction

« La maison brûle et nous regardons ailleurs. La nature mutilée, surexploitée, ne parvient plus à se reconstituer et nous refusons de l'admettre. L'humanité souffre. Elle souffre de mal-développement, au Nord, comme au Sud et nous sommes indifférents. La Terre et l'humanité sont en péril et nous en sommes tous responsables »¹. Par ce constat alarmant, le président Chirac, lors du « Sommet mondial du développement durable » à Johannesburg en 2002 cherche à interpeller la conscience mondiale sur les défis environnementaux que la planète devra affronter. Depuis la publication des travaux du Groupement International sur l'Evolution du Climat (GIEC), le phénomène longtemps contesté, de l'accélération du réchauffement climatique fait aujourd'hui l'objet d'un consensus. Le GIEC a pu estimer l'augmentation de la température moyenne du globe de 2 à 4,5°C à l'horizon 2100. Les répercussions géographiques et météorologiques, humaines et économiques, de ce réchauffement ont amené les responsables à tenir compte des liens objectivés entre réchauffement et activité humaine. Un seul concept semble vouloir répondre à tous les maux de la Terre : le développement durable . Né d'une préoccupation environnementale voire écologiste, ce concept tente en effet de concilier les trois piliers que sont l'économique, le social et l'environnemental. « L'expression de développement durable apparaît officiellement pour la première fois en 1980, dans un document produit conjointement par le Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE), l'Union Internationales pour la Conservation de la Nature (IUCN) et le World Wide Foundation (WWF), intitulé *la stratégie de la conservation mondiale*. Le rapport Bruntland lui donne ses « lettres de noblesse » en 1982.

Après 20 ans de cheminement, le concept est aujourd'hui mis en lumière. La prise en compte du volet économique n'est pas étrangère à la diffusion du concept à tous les niveaux décisionnels et à son appropriation par les gouvernements et entreprises du secteur privé. Si le développement durable constitue plus qu'une mode ou un objet marketing, peut-il pour autant devenir un nouveau paradigme économique ? . Aujourd'hui, les économistes ont intégré le caractère fini des ressources nécessaires à la croissance économique. Ils sont toutefois partagés sur la place que le développement durable doit occuper. En effet, le développement durable peut être envisagé comme une sixième étape du développement économique ou comme une nouvelle manière de penser le développement en général. Défini dans la Déclaration des Nations Unies sur le droit au

¹ Extrait du discours du président de la république, J.CHIRAC, « Sommet mondial du développement durable », 2 septembre 2002

développement en 1986, le développement est « un processus global, économique, social, culturel et politique qui vise à améliorer sans cesse le bien être de l'ensemble de la population et de tous les individus, sur la base de leur participation active, libre et significative au développement et au partage équitable des bienfaits qui en découlent »². Toutefois, la persistance des inégalités à l'échelle micro et macroscopique incite à penser que cette définition demeure un vœu pieux et appelle un autre mode de développement. La naissance d'un nouveau paradigme économique au travers du développement durable n'incite pourtant pas à repenser complètement le développement, mais propose une sixième étape au développement économique tel que compris aujourd'hui. En effet, la prise en compte de la problématique environnementale par les décideurs apparaît comme « un problème de riches » au regard des problématiques de pays en voie de développement. Ceux-ci estiment posséder un droit à la croissance identique à celui dont ont bénéficié les pays du Nord. Cette limite du concept ne doit toutefois pas empêcher les pays industrialisés de continuer leurs efforts dans la mise en œuvre de politiques respectueuses de l'individu et de son environnement.

En effet, les pays industrialisés, avec la marchandisation croissante de l'environnement, ont compris l'intérêt qu'ils ont à mettre en œuvre une politique de développement durable. Certaines craintes liées aux positions adoptées par le rapport Meadows au Club de Rome : « *Halte à la croissance* », ne sont plus d'actualité. Le moteur du développement durable demeure l'économie et la croissance, les dirigeants peuvent entrevoir les bénéfices de son intégration à leur gestion. Ainsi, les pays signataires du protocole de Rio se sont engagés à élaborer et mettre en œuvre de stratégies nationales de développement durable. Élaborée en France dès juin 2003, la première Stratégie Nationale de Développement Durable (SNDD) a conduit à la promulgation de *La Charte constitutionnelle de l'environnement*³, le 1er mars 2005. La SNDD a connu un succès mitigé par manque de concertation avec la société civile et l'apport du Grenelle de l'environnement est incontestable dans ce domaine. Il a permis aux différentes parties prenantes de s'exprimer en amont d'une prise de position nationale.

Le secteur de la Santé commence à intégrer ce concept de développement durable. Certains établissements publics de santé ont multiplié les initiatives et les communications autour de ce thème qui a fait l'objet de nombreuses conférences, débats et divers articles dans les médias spécialisés. Cette montée en puissance du développement durable au

² S. BRUNEL, « Le développement durable », Coll. Que sais-je ? N° 3719, p.3

³ Cf. annexe I

sein des établissements de santé m'a alors interpellé. En effet, au-delà des retombées positives en terme d'image pour les établissements de santé, j'ai pu me demander quelles étaient leurs motivations à intégrer cette démarche. En effet, certaines actions sur lesquelles les établissements « pionniers » ont communiqué étaient d'ores et déjà réalisées au Centre Hospitalier de St Brieuc où j'effectue mes stages professionnels.

Les recherches bibliographiques et les diverses manifestations traitant de ce thème ont permis de montrer la dimension globale voire globalisante de ce concept fourre-tout. En effet, le concept de développement durable, initialement traduit en développement soutenable pour «sustainable development», trouve sa première définition dans le rapport Bruntland. Il est décrit comme étant «un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. Deux concepts sont inhérents à cette notion : le concept de besoins, et plus particulièrement les besoins essentiels des plus démunis, à qui il convient de donner la plus grande priorité, et l'idée de limitation que l'état de nos techniques et de notre organisation sociale impose sur la capacité de l'environnement à répondre aux besoins actuels et à venir. (...) Au sens le plus large, le développement soutenable vise à favoriser un état d'harmonie entre les êtres humains et entre l'homme et la nature»⁴. Une telle définition semble si englobante qu'elle peut trouver des concrétisations dans de nombreuses actions déjà entreprises au sein de chaque groupe ou société, «c'est en tous cas, une formule de plus en plus galvaudée, que chacun utilise et s'approprie, sans forcément y mettre la même signification»⁵.

Si le concept de développement durable vise à apporter une réponse à des problématiques planétaires, il n'en demeure pas moins qu'il nécessite une appropriation des décideurs au plus proche du terrain. La nécessité de cette appropriation a-t-elle été perçue par les directeurs d'hôpitaux ? Ont-ils envisagé de s'engager ? Ont-ils anticipé les modifications de leurs pratiques professionnelles ? Toutes ces questions appellent l'étude plus approfondie du développement durable et sa perception par l'ensemble des acteurs de terrain. Le caractère global du développement durable permet d'aborder les problématiques de plusieurs directions fonctionnelles telles les travaux, les services logistiques et économiques ou encore les ressources humaines. La prise en compte du développement durable semble devoir se traduire essentiellement dans ces domaines hospitaliers. Pour autant, les établissements publics de santé semblent également

⁴ S. BRUNEL, « Le développement durable », Coll. Que sais-je ? N° 3719, p.3

⁵ Ibid

disposer de leviers importants de diffusion de bonnes pratiques auprès de la population et leur implication dans le développement durable paraît nécessaire. Cette implication doit se traduire en actions concrètes alors que ceux-ci sont contraints à de multiples arbitrages entre normes juridiques, contraintes économiques et sociales. Le développement durable semble être une tendance lourde, aussi, peut-on se demander comment les gestionnaires hospitaliers vont pouvoir intégrer cette problématique à une gestion au quotidien déjà difficile. La prise en compte de cette nouvelle donne, déclinée par l'Etat dans les politiques publiques, apparaît difficilement intégrable à des organisations complexes comme les établissements de santé. N'est-ce pas pourtant, pour eux, l'occasion de répondre à leurs missions de service public et de dépasser leur seule mission de soins en devenant acteur de santé publique et au-delà ? Peuvent-ils transformer ce qui peut apparaître comme une contrainte supplémentaire en opportunité ? Afin de répondre à ces questionnements, et après étude de la littérature, il paraît impératif d'interroger les acteurs de terrain. L'étape d'échantillonnage a permis de sélectionner les acteurs couvrant les champs de notre interrogation : les représentants des tutelles, les managers, les « producteurs de soins » et les experts. La méthode verbale a semblé être l'approche la plus appropriée pour recueillir ces informations, notamment afin de percevoir le niveau de compréhension du concept de développement durable dans sa globalité, et les modalités d'intégration d'une démarche de développement durable à la stratégie d'un établissement public de santé (EPS).

Après étude des différentes possibilités d'enquête, le choix s'est porté sur les entretiens, qui comme les questionnaires peuvent relever de la méthode verbale, à la différence près que « le questionnaire provoque une réponse, l'entretien fait construire un discours. L'entretien s'impose chaque fois que l'on ignore le monde de référence ou que l'on ne veut pas décider a priori du système de cohérence interne des informations recherchées (...) l'entretien déroule le cours des choses, propose les éléments contenus dans les phénomènes étudiés, leur composant et non pas leur contenant, les rationalités propres aux acteurs»⁶

L'entretien semi-directif, à usage principal, a été utilisé au cours des huit entretiens menés (l'unité de lieu n'a pas pu être respectée contrairement à l'unité de temps ; une heure trente par entretien)

⁶ A. BLANCHET, A. GOTMAN, In "L'enquête et ses méthodes : l'entretien", Ed. Nathan Université

Nous verrons dans un premier temps que si une approche du développement durable est effectuée par les établissements de santé, elle est fortement incitée par le contexte (1). Aussi certains recherchent une approche plus intégrée voire systémique du développement durable (2). Quelques préconisations appliquées au centre hospitalier (CH) de Saint Brieuc seront donc présentées afin de décliner en actions une démarche globale de développement durable (3)

1 Une première approche du développement durable, initiée par le contexte.

1.1 Un contexte favorable à l'émergence du développement durable dans les politiques publiques

Le concept de développement durable permet une prise en compte de nombreuses problématiques, il se concrétise dans les politiques publiques.

1.1.1 Un concept du développement durable aux contours flous

La naissance du concept de développement durable est attribuée à la Commission mondiale sur l'environnement et le développement en 1987. Il signifie que « *les besoins des générations actuelles doivent être satisfaits sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs* ». Le développement durable implique une prise en compte des inégalités, schématiquement qualifiées de Nord/Sud, entre pays développés et en voie de développement mais également une prise en compte de l'impact des décisions sur les générations futures. Cette formule associe donc les dimensions de l'espace et du temps à une réflexion planétaire.

Le développement durable émerge lors de la prise de conscience du caractère fini des ressources alimentant la croissance économique. Il propose ainsi de corréler la notion de besoins, notamment la satisfaction de ceux-ci pour tous, avec la notion de disponibilités de ressources nécessaires à l'atteinte de ces besoins.

A) L'évolution des paradigmes économiques donne naissance à ce concept :

- À l'ère industrielle correspond un développement fondé sur une augmentation exponentielle de la **croissance économique**, présupposant qu'elle produirait des effets à même de répondre aux besoins des individus.
- Les individus étant les promoteurs de la croissance, il a ensuite été estimé qu'une prise en compte de leurs besoins, en amont, était nécessaire à la poursuite d'une croissance économique dynamique. La mesure de la croissance d'une entreprise a ainsi pu se mesurer au regard de son **poids économique et social**.

- Certaines crises économiques et géopolitiques mettent ensuite en exergue la raréfaction de certaines ressources naturelles indispensables à la croissance. « Nous consommons aujourd'hui en sept semaines la quantité de pétrole qui se consommait en une année en 1950. À ce rythme, les réserves de la planète seront épuisées dans le courant du siècle. Il en va de même pour le gaz et pour certains métaux »⁷. Ainsi les premiers chocs pétroliers des années 70 et la flambée du cours du pétrole constatée actuellement ont permis la prise de conscience du caractère fini des ressources naturelles nécessaires à la croissance économique. La mise en lumière des risques écologiques encourus par la planète a également incité à une évolution du paradigme. Des travaux scientifiques, notamment ceux du Groupe intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC), ont ainsi pu montrer la responsabilité de l'activité humaine sur la détérioration de la couche d'ozone, et son impact sur le réchauffement climatique. Les problématiques de la déforestation, de l'accélération de la perte de biodiversité ont également incité à rechercher **une nouvelle voie de développement tenant compte des aspects économiques, sociaux et environnementaux.**

B) Un triptyque qui implique une prise en compte à tous les niveaux

a) *Les trois piliers du développement durable*

Le développement durable propose une nouvelle voie, exigeante, de compromis entre les domaines économiques, sociaux et environnementaux (fig.1). Contrairement aux tenants de la décroissance, il vise une poursuite du développement économique et le situe comme moteur du développement.



Fig.1 : Triptyque du développment durable

⁷ Comité interministériel pour le développement durable, 3 juin 2003, In SNDD

La durabilité en question :

En effet, lorsque ces deux mots de développement et de durable sont associés, il convient de préciser si le but recherché est la durabilité du seul développement économique ou s'il s'agit de trouver un nouveau mode de développement plus ambitieux. La question posée par cette notion de durabilité a ainsi fait naître une cassure conceptuelle entre les tenants d'une durabilité faible et forte : «La durabilité s'analyse en termes de ressources, ce que les économistes qualifient de capital. Le capital dont disposent les sociétés humaines peut être soit naturel (les ressources naturelles, renouvelables ou non renouvelables, telles que l'eau, les sols, les couverts végétaux, le charbon, le pétrole, etc.) soit construit : le capital physique des infrastructures et des biens produits, le capital financier, le capital humain des compétences et des qualifications, le capital social des réseaux et des relations⁸».

Si la durabilité recherchée est dite faible, on considère pouvoir substituer du capital construit à du capital naturel alors qu'une durabilité forte implique un maintien du capital naturel en l'état. Si l'approche par la durabilité forte n'est pas sans rappeler, dans une moindre mesure, les positions tenues par les mouvements de « l'écologie profonde » dans les années 70, la durabilité faible peut paraître moins ambitieuse de prime abord. Pour autant, elle induit une réflexion sur un développement intégrant les données sociales et environnementales et rejoint partiellement les travaux d'Amartya SEN. En effet, si l'on entend le terme de développement comme un « tout » incluant les données sociales, l'indice synthétique de développement humain (IDH), qui dépasse l'économie évaluée par le seul PIB et intègre des critères d'éducation et d'accès à la santé, constitue un indicateur global d'évaluation des politiques publiques .

Le développement durable vise à protéger l'environnement, tout en conciliant la prise en compte d'aspects sociaux, en s'appuyant sur une économie dynamique afin de permettre un égal accès à l'emploi, à la santé, à l'éducation et à la culture. Il nécessite une approche globale pour agir localement.

b) « Penser globalement » le développement durable nécessite une approche systémique pour « agir localement »

Dans sa préface de *La stratégie du Colibri*, P. RABHI, Président du mouvement pour la Terre et l'Humanisme, nous donne une illustration de cette approche du développement

⁸ S. BRUNEL, « Le développement durable », Coll. Que sais-je ? N° 3719 pp.60-66

durable au travers d'une fable : « Un jour, dit la légende, il y eut un immense feu de forêt. Tous les animaux, terrifiés, atterrés, observaient, impuissants, le désastre. Seul le petit colibri s'activait, allant chercher quelques gouttes avec son bec pour les jeter sur le feu. Après un moment, le tatou agacé par cette agitation dérisoire, lui dit :

« Colibri ! Tu n'es pas fou ? Tu crois que c'est avec ces gouttes d'eau que tu vas éteindre le feu ? »

Et le colibri lui répondit :

- Non, mais je fais ma part »⁹.

Cette fable illustre la nécessité d'une prise de conscience globale pour répondre aux problématiques planétaires qu'embrasse le développement durable. Elle met en lumière l'attentisme de certains et le besoin de coordonner les diverses petites actions individuelles pour obtenir un résultat collectif.

La mise en oeuvre d'une démarche de développement durable vise donc à coordonner la multitude d'actions nécessaires à la conciliation des trois volets du développement durable.

La prise en compte de données économiques, sociales et environnementales conduit, intrinsèquement, à des situations complexes. La réalisation de ces arbitrages nécessite une hauteur de vue globale et d'aucun qualifie même le concept de développement durable de simple retour à l'intérêt général. Les frontières entre les trois piliers ne sont pas hermétiques, mais les interactions entre ses systèmes peuvent être difficiles à identifier. Aussi, l'approche analytique classique des phénomènes relevant du développement durable ne semble pas permettre de répondre aux enjeux qui nous sont posés. Seule l'approche systémique semble en mesure d'apporter une réponse pour « penser globalement et agir localement »

L'approche systémique est « une nouvelle discipline, qui regroupe les démarches théoriques, pratiques et méthodologiques, relatives à l'étude de ce qui est reconnu comme trop complexe pour pouvoir être abordé de façon réductionniste, et qui pose des problèmes de frontières, de relations internes et externes, de structures, de lois ou de

⁹ S.MILLET, « la stratégie du Colibri » Minerva, 2008, Préface

propriétés émergentes caractérisant le système comme tel, ou des problèmes de modes d'observation¹⁰».

L'approche systémique nécessite la définition d'un certain nombre de concepts et notamment celui de la globalité :

La globalité

Il s'agit d'une propriété des systèmes complexes, souvent traduite par l'adage "*le tout est plus que la somme des parties*" et selon laquelle on ne peut les connaître vraiment sans les considérer dans leur ensemble. Cette globalité exprime à la fois l'interdépendance des éléments du système et la cohérence de l'ensemble. Mais ce concept pourtant riche est malheureusement souvent traduit superficiellement par la formule vague "*tout est dans tout*". Sous le nom d'approche globale, le concept désigne également la voie d'entrée dans la démarche systémique. On entend par là qu'il convient d'aborder tous les aspects d'un problème progressivement, mais non séquentiellement : partir d'une vue générale (globale) pour approfondir les détails, avec de nombreuses itérations et retours en arrière pour compléter ou corriger la vision antérieure.

Extrait de « L'approche systémique : de quoi s'agit-il ¹¹ »

La mise en œuvre du développement durable par une approche globale ne doit pas constituer une fin mais un moyen d'atteindre les objectifs fixés. Afin d'atteindre ces objectifs, la mise en œuvre de la démarche doit permettre de modifier les comportements individuels pour obtenir un résultat collectif. Toutefois, si des changements culturels sont à opérer, la sensibilisation du public à ces problématiques est telle que nous pouvons espérer une résistance au changement inférieure à celle que la primauté de l'économie a pu engendrer

Le concept de développement durable tend à devenir un nouveau paradigme économique reposant sur les trois piliers : économique, social, environnemental et la mise en œuvre de celui-ci devra se faire par une approche systémique. Il n'en demeure pas moins qu'une appropriation du concept par l'ensemble des parties prenantes est à améliorer.

C) La persistance d'un certain flou autour du concept de développement durable

a) *Le concept de développement durable est fréquemment réduit à la protection de l'environnement*

¹⁰ Collectif d'auteurs, « L'approche systémique : de quoi s'agit-il ?, septembre 2003

¹¹ Ibid

Dans l'enquête réalisée à la demande du gouvernement sur le thème « les Français et le développement durable » en avril 2003, l'institut de sondage Ipsos révèle que, si un français sur trois a déjà entendu parler de développement durable, seul un dixième des français associent ses trois piliers. La majorité des répondants réduit le développement durable à son seul volet environnemental. L'enquête menée auprès des acteurs de terrain dans le cadre de ce mémoire professionnel a pu confirmer, dans une moindre mesure, l'existence d'un certain flou autour de ce concept et la persistance de réduction du thème aux problématiques écologiques.

b) L'aspect volontaire de la démarche est parfois occulté

Afin de définir le développement durable, nous pouvons, en effet, affirmer qu'il ne saurait être la juxtaposition d'actions relevant du développement durable mais qu'il nécessite la mise en œuvre d'une politique structurée. Une démarche structurée de développement durable ne peut être impulsée que par les décideurs et ne peut se réduire à l'investissement de chacun, sans coordination. L'engagement des décideurs dans la démarche est, en effet, un élément déterminant pour pouvoir qualifier une entreprise qui s'engage dans le développement durable. L'application de l'un des principes du développement durable étant l'association de l'ensemble des parties prenantes (clients, personnels, dirigeants) à la prise de décision, des changements de pratiques managériales sont attendus et seule la volonté des décideurs peut permettre d'accompagner ces changements.

L'exemple de la responsabilité sociale de l'entreprise (RSE) montre le nécessaire engagement des décideurs. La RSE est: «l'intégration volontaire des préoccupations sociales, environnementales des entreprises à leurs activités et leurs relations avec toutes leurs parties prenantes internes et externes (actionnaires, personnels, clients, fournisseurs et partenaires, collectivités locales, associations...) et ce afin de satisfaire pleinement aux obligations juridiques applicables, investir dans le capital humain et respecter son environnement » ¹²

Transposée aux établissements de santé, la RSE recouvre les champs de la maîtrise des risques de contamination des patients, des personnels et des riverains (gestion des réseaux d'eau et des rejets, protection contre les radiations...). Ces différentes thématiques sont inégalement couvertes par la réglementation ce qui appelle en retour

¹² Livret vert de la Commission des communautés européennes, juillet 2001

une prise en compte stratégique et managériale qui varie en fonction de la vision que les managers ont de la RSE et de leurs objectifs (cf Fig. 2)

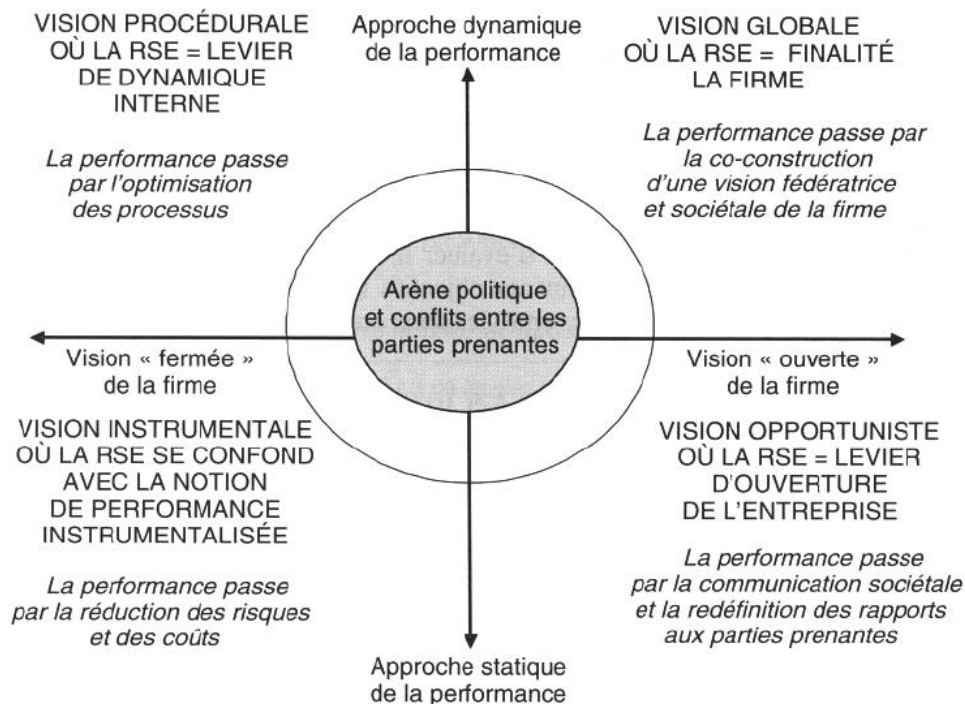


Fig. 2 : perception managériale de la RSE¹³

Un consensus autour de ce que l'on doit entendre par développement durable se dégage donc et la prise de conscience opérée par le pouvoir politique doit se traduire en actions concrètes.

1.1.2 Une prise de conscience des pouvoirs politiques qui se traduit dans les politiques publiques

Comme l'ensemble des pays signataires du protocole de Rio, la France s'est engagée à élaborer une stratégie de développement durable. Elle a également trouvé un nouvel élan grâce au Grenelle de l'environnement.

¹³ M.DION, D WOLFF et Al in « Le développement durable, théories et applications au management », Ed. Dunod, 2008 p. 166

- A) La France a adopté une stratégie nationale de développement durable (SNDD) en juin 2003.

Cette SNDD s'est donc fixée des objectifs et, notamment :

- Rendre le concept de développement durable compréhensible par tous et sensibiliser le citoyen à ses différentes dimensions, mettre à disposition du public une information fiable et transparente.
- Reconnaître la dimension urbaine et rurale des territoires, réduire les inégalités en leur sein.
- Inciter toutes les entreprises à s'engager dans des démarches de développement durable.
- Renforcer la prise en compte du développement durable dans les secteurs de l'énergie, des transports et de l'agriculture.
- Prévenir les risques, les pollutions et autres atteintes à la santé et à l'environnement, élaborer une politique de prévention volontariste la plus anticipatrice possible.
- Tendre vers un Etat exemplaire intégrant le développement durable dans les politiques publiques et dans les administrations.
- Participer à l'action internationale en faveur du développement durable, au sein de l'Union Européenne (UE) et en réduisant les inégalités Nord/Sud

La stratégie nationale de développement durable reprend donc les trois piliers du développement durable. Les déclinaisons de ces objectifs en plan d'actions visent à sensibiliser la population à la problématique du développement durable, à concilier les champs économiques, écologiques et sociaux en remettant l'homme et l'environnement au cœur des préoccupations et en les intégrant aux choix stratégiques.

Nous pouvons retenir deux grands objectifs de la SNDD ayant des implications sur les Etablissements Publics de Santé (EPS) : celui relatif à la prévention des risques, des pollutions et autres atteintes à la santé et à l'environnement et celui relatif à l'exemplarité de l'état.¹⁴

La concrétisation du développement durable en actions évaluables demeure un enjeu majeur des années à venir tant le concept embrasse des problématiques diversifiées. La

¹⁴ Extrait du discours du Président de la République prononcé le 21 mai 2007 lors de la réunion préparatoire avec les associations écologistes.

stratégie nationale du développement durable semble avoir trouvé les moyens de l'évaluation de ses actions et propose, notamment, de mesurer les progrès en terme d'éco-responsabilité en calculant annuellement ses rejets, en équivalent carbone. (cf. Annexe I)

B) L'impulsion du « *Grenelle de l'environnement* »

Le Grenelle de l'environnement traduit la volonté de l'Etat de refonder la politique de l'écologie en France et d'inventer collectivement les conditions d'une nouvelle croissance compatible avec les limites d'un monde fini. Un plan d'actions comportant une trentaine de mesures concrètes et quantifiables a pu être élaboré.

Il vise à :

- Lutter contre les changements climatiques et maîtriser la demande d'énergie.
- Préserver la biodiversité et les ressources naturelles
- Instaurer un environnement respectueux de la santé
- Adopter des modes de production et de consommations durables : agriculture, pêche, agroalimentaire, distribution, forêt et usages durables des territoires.
- Construire une démocratie écologique
- Promouvoir des modes de développement écologiques favorables à la compétitivité et à l'emploi

Les travaux menés dans le cadre du Grenelle ont ainsi montré « les impacts sur la santé humaine des dégradations de l'environnement qui sont pour certains scientifiquement validés, pour d'autres suffisamment documentés pour mériter une action visant à en réduire les risques, pour les derniers enfin soupçonnés, voire encore inconnus, mais potentiellement suffisamment graves pour exiger une vigilance soutenue.

Face à l'urgence, six axes fondateurs ont pu être posés : le principe de précaution, le principe de substitution, la prise en compte explicite de la politique environnementale en tant que composante d'une politique de santé, le lien fort entre santé environnementale et santé de l'écosystème, la nécessité d'une gouvernance et d'une démocratie participatives, le principe du pollueur payeur »¹⁵.

Sur la base de ce constat le Groupe III : *Instaurer un environnement respectueux de la santé* propose des actions impliquant les professionnels de la santé et de l'environnement mais aussi les acteurs économiques, les collectivités territoriales et les citoyens, pour

¹⁵ SYNTHÈSE ET PRINCIPALES MESURES Groupe III – Instaurer un environnement respectueux de la santé, Grenelle de l'environnement

rechercher des convergences scientifiques, une meilleure gouvernance, et un appui aux décisions publiques.

Les actions mises en œuvre dans le cadre de la SNDD et du Grenelle de l'environnement ont été choisies selon un cadre méthodologique précis. En effet, toute démarche de développement durable doit être rigoureuse et doit donc recourir à des outils et méthodes reconnus.

1.1.3 Des référentiels en cours de consolidation

De nombreux référentiels internationaux attribués au développement durable ont vu le jour. Par exemple, le World Business Council of Sustainable Development (WBCSD) ou encore le Global Reporting Initiative (GRI) constituent deux types de référentiels dédiés aux entreprises et leur permettent de mettre en valeur les efforts menés en terme de développement durable.

Des référentiels dédiés à la RSE sont également disponibles et l'organisation internationale pour la normalisation (ISO) semble recueillir les faveurs des entreprises s'engageant dans une démarche de développement durable. En effet, la série des normes ISO 14 000 et surtout 14 001 voit le nombre d'entreprises certifiées progresser de 30% par an jusqu'à atteindre 110 000 entreprises en 2006.

Toutefois, ces référentiels « proposent une vision segmentée du management durable et, dans tous les cas, exclusivement centrée sur l'approche partie prenante : proposer un reporting de qualité, une politique sociale ou environnementale en adéquation avec les attentes des parties prenantes de l'entreprise¹⁶».

L'Association française de normalisation (Afnor) a mis au point un guide à l'attention des établissements souhaitant « adapter techniquement et culturellement leur système de management et d'intégrer progressivement toutes les dimensions du développement durable »¹⁷. En effet, le SD 21 000 sert de guide à la mise en œuvre du développement durable de façon globale au sein des entreprises. Réalisé sous forme d'auto-évaluation, il permet de repérer les enjeux et de réaliser un audit des parties prenantes afin de hiérarchiser les actions et les objectifs à atteindre.

¹⁶ M.DION, D WOLFF et Al in « Le développement durable, théories et applications au management », Ed. Dunod, 2008 p. 150

¹⁷ AFNOR, Guide SD 21000, Ed. AFNOR, 2006

L'aspect contraignant des référentiels ISO, et l'approche théorique proposée par le guide SD 21 000 semblent plaider en faveur de la création d'un référentiel dédié aux établissements de santé, tenant compte des attentes de leurs parties prenantes mais aussi des contraintes qui pèsent sur eux.

La prise de conscience de la population et de la classe politique, d'une nécessité de prendre en compte le développement durable semble avérée. Le contexte économique et réglementaire des établissements de santé les incite également, de façon partielle, à l'intégrer.

1.2 Une intégration du développement durable par les établissements de santé se limitant souvent à respecter la réglementation

1.2.1 Dans son volet social

Par volet social du développement durable, on peut entendre l'impact que l'établissement a sur la société et sur les personnels qu'il emploie.

Les évolutions sociétales ont conduit les établissements de santé à augmenter la prise en compte des attentes des usagers et notamment leur garantir une prise en charge dans des conditions de sécurité optimale.

A) Des actions en faveur de la société en général et des usagers en particulier

a) *Les lois de Rolland en accord avec les principes d'équité et de respect*

La simple application des lois de Rolland par les établissements de santé conduit à une approche du type RSE. « La responsabilité sociale des établissements de santé repose sur des valeurs fondatrices d'égalité, d'équité sociale et d'accès de tous au service public de santé. Il s'agit également de répondre aux attentes légitimes des usagers, dont les exigences vont croissant pour une meilleure qualité de l'information et davantage de transparence : assurer une qualité de service dans la prise en charge des malades et la sécurité sanitaire, traiter les demandes d'information dans des délais courts, donner suite à l'ensemble des réclamations légitimes, prévenir toute forme de discrimination ou de maltraitance »¹⁸.

¹⁸ F.FOUQUIER « La responsabilité sociale dans les établissements de santé : quels enjeux ? » in Techniques Hospitalières, mai juin 2008, N° 709, p.17.

b) Une mission de santé publique en adéquation avec la promotion de la santé souhaitée par la déclaration de Rio¹⁹

Les missions des établissements publics de santé telles que décrites à l'article L-6111-2 du code de la santé publique (CSP) font d'eux des acteurs du développement durable :

« Les établissements de santé, publics et privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient. Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention ».

Au regard de ces missions de prévention, d'éducation à la santé et de participation aux actions de santé publique, les établissements publics de santé participent d'ores et déjà à l'amélioration de la qualité de vie de la population telle qu'énoncée dans le premier principe posé par la déclaration de Rio²⁰ : « Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature. »

Toutefois, la prévention représente, en France, environ 3 % des dépenses de santé. La faiblesse des montants investis montre la prédominance du « tout curatif » dans les politiques de santé. Pour autant, au-delà de l'éducation réalisée par chaque praticien ou professionnel de santé, hospitalier ou non, lors du colloque singulier avec un patient, les établissements de santé réalisent également des actions de santé publique visant à améliorer la qualité de vie de la population.

La mise en œuvre de différents plans de santé publique tels que le Plan National Nutrition Santé (PNNS), le Plan National Santé Environnement (PNSE) ou le Plan Cancer, répond à des incitations réglementaires et conduit naturellement les établissements à réaliser des actions relevant du développement durable. En effet, le PNSE 2004-2009, mené en France conjointement par les Ministères de la Santé, de l'Environnement, et du Travail et de la Recherche donne un cadre pour l'action dans différents domaines (information, prévention et protection de la population). Il vise à garantir un air et une eau de bonne qualité ; prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers ; mieux protéger les populations sensibles (enfants, femmes enceintes et personnes

¹⁹ Cf. Annexe II

²⁰ SOMMET PLANETE TERRE Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, Rio de Janeiro, Brésil, 3-14 juin 1992 (cf. Annexe II)

âgées). L'implication des établissements de santé est toutefois à relativiser : les premières tendances du baromètre du développement durable rendues publiques lors d'hôpital expo 2008 montrent que seuls 4% des établissements répondants sont impliqués dans des plans régionaux du PNSE.

c) Un dispositif réglementaire de gestion du risque incluant les vigilances, comme une anticipation du principe de précaution

« Ils (EPS) participent à la mise en oeuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, notamment des produits mentionnés à l'article L. 5311-1 CSP, et organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes (...) Les établissements de santé mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux. (...) Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale »²¹.

En effet, le risque zéro n'existant pas, des mesures réglementaires ont tout de même recherché la limitation de ce risque à un seuil de tolérance acceptable. Les établissements publics de santé ont donc dû intégrer ce nouveau champ de la prévention du risque. Répondant à une problématique plus large que le domaine de la santé, le principe de précaution, élément fondateur du développement durable, a été posé dès 1995 par la Loi dite Barnier²² et consacré en 2004 par l'adossement de la Charte de l'environnement au bloc de constitutionalité français²³. Selon la commission de l'Union Européenne, « l'application du principe de précaution doit permettre d'assurer un niveau élevé de protection de l'environnement et de la santé humaine dans les cas où les données scientifiques disponibles ne permettent pas une évaluation complète du risque ». Cette prise en compte du principe de précaution par les établissements de santé semble néanmoins antérieure à son inscription réglementaire. En effet, l'émergence de certaines crises sanitaires et la forte visibilité dont elles ont bénéficié, ont incité les établissements à mettre en œuvre une réelle gestion préventive du risque.

La gestion du risque en général et les nombreuses vigilances mises en œuvre dans les établissements correspondent à une application concrète du principe de précaution conceptualisé dans le cadre du développement durable. Depuis la sécurité anesthésique,

²¹ Article L-6111-2 CSP

²² Loi n 95-101 du 2 février 1995. relative au renforcement de la protection de l'environnement.

²³ Loi constitutionnelle N° 2005-205 du 1 mars 2005 relative à la Charte de l'environnement.

en 1974, la plupart des risques inhérents à l'activité hospitalière ont fait l'objet d'une prise en compte par le législateur. Les risques liés à l'environnement (qualité de l'eau, de l'air, gestion des déchets et sécurité alimentaire) constituent une préoccupation nouvelle pour les établissements de santé.

- d) L'association des usagers à la vie hospitalière correspond au principe d'association des parties prenantes à la stratégie de l'établissement*

La nécessité d'une meilleure prise en compte des attentes des usagers a été entendue par le législateur. La mise en place d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC), a été prévue par la loi du 4 mars 2002²⁴. Cette loi et l'ordonnance du 2 mai 2005²⁵ ont augmenté la représentation des usagers au conseil d'administration des établissements publics de santé. Cette modification participe à une amélioration de l'association des usagers à la gestion des hôpitaux.

Pour autant, si l'apport du regard des usagers est important dans la vie de l'établissement, leurs représentants sont souvent issus d'associations centrées sur une pathologie spécifique et ne correspondent pas toujours à la représentation de tous les usagers du système de santé. Ces usagers, souvent peu préparés, ont une compréhension partielle des fonctionnements régissant la gestion d'un établissement hospitalier. Les mécanismes financiers et budgétaires des établissements sont particulièrement difficiles à appréhender en l'absence de formation dédiée.

B) Envers les personnels

- a) Le statut de la fonction publique hospitalière pionnier du développement durable ?*

Le développement durable appelle à remettre l'Homme au centre des préoccupations des décisions économiques en harmonie avec la protection de l'environnement.

Au sein des établissements publics de santé, l'application du titre I du code de la fonction publique permet d'inclure les problématiques d'équité entre les individus et notamment l'égalité hommes et femmes à grade égal. En effet, les entreprises du secteur privé s'engageant dans une démarche de développement durable se fixent fréquemment cet objectif d'égalité salariale déjà atteint dans le secteur public.

²⁴ Loi N° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

²⁵ Ordonnance du 2 mai 2005 portant simplification du régime juridique des établissements de santé

Aussi, les personnels font également l'objet de suivis médicaux par la médecine préventive. Ces médecins du travail jouent en effet un rôle essentiel dans la prévention des maladies professionnelles, et dans la gestion des risques professionnels.

L'élaboration du projet d'établissement ou encore du projet social permet de mettre en œuvre une politique de gestion des ressources humaines respectueuse des agents. La mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) sert à anticiper les besoins futurs mais surtout à envisager des solutions prospectives.

b) La réforme de la nouvelle gouvernance et l'émergence d'une démocratie directe

La représentation des salariés dans les principales instances décisionnelles de l'établissement a également été prévue par la réglementation : Conseil d'Administration (CA), Commission Médicale d'Établissement (CME), Comité Technique d'Établissement (CTE), Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). Cette participation des personnels à la vie de l'établissement se fait souvent par l'intermédiaire de représentants syndicaux, élus.

La nouvelle gouvernance issue de l'ordonnance du 2 mai 2005²⁶ semble ouvrir de nouvelles perspectives en terme d'association des personnels à la gestion. En effet, l'organisation en pôles permet d'impliquer toutes les catégories professionnelles et les différents corps au sein des conseils de pôle. La réforme de la gouvernance hospitalière vise à davantage impliquer les médecins à la gestion de l'établissement. Le président de la CME forme désormais un binôme avec le chef d'établissement dans la conduite des différents projets. Les représentants du corps médical sont associés à l'élaboration de la stratégie de l'établissement en participant aux travaux du conseil exécutif. Il est tout de même à regretter la seule ouverture aux personnels médicaux et la faible place accordée aux personnels non médicaux.

La mise en œuvre d'une gouvernance telle que préconisée dans le cadre du développement durable repose sur les principes d'information, de transparence et de la mise en œuvre d'une démocratie participative plus intégrée, diffusant dans tous les niveaux hiérarchiques.

²⁶ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Si les établissements de santé ont une première approche du développement durable de par le respect de la réglementation, le contexte économique réduit leur marge de manœuvre.

1.2.2 Dans son volet économique

Le contexte économique pousse les établissements de santé à une recherche d'efficience, à court terme. En effet, la réforme de la tarification des établissements de santé vise à mettre fin à un système de dotation globale de financement (DGF) qui les incitait peu à augmenter leur activité. La reconduction des budgets, basée sur une allocation de ressources initiale, tendait à reproduire des inégalités en terme de dotations financières.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) a pour objet de rémunérer les établissements à la hauteur du service rendu aux assurés sociaux.

Un véritable changement de culture est désormais attendu dans les établissements de santé : la fin d'un mode de financement par lequel les enveloppes budgétaires sont attribuées par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) à une allocation conditionnée par l'activité. Le passage de cette logique budgétaire à une logique financière a été permis par la mise en œuvre des États Prévisionnels des Recettes et des Dépenses (EPRD). L'EPRD permet une approche plus prospective des capacités financières des établissements de santé au travers de la capacité d'auto financement.

Aujourd'hui, la réalisation d'un EPRD, en application du principe de sincérité des comptes, met en lumière les difficultés financières de nombreux établissements. Un récent rapport les explique, notamment, par la fin d'une pratique de reports de charges : « ces charges sur exercices antérieurs, (...), sont évaluées à 519 millions d'euros dont 360 millions au titre des charges de personnel. Elles ont fortement pesé sur les finances hospitalières et ont ainsi contribué au déficit enregistré en 2006 ».²⁷

Ce même rapport évalue le déficit total des établissements de santé à 250 millions d'euros en 2006.

Les établissements de santé confrontés à un déficit doivent alors engager les mesures permettant un retour à l'équilibre. L'objectif de retour à l'équilibre financier des

²⁷ RAPPORT D'INFORMATION FAIT au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) de la commission des Affaires sociales sur la gestion de l'hôpital, MM. A. VASSELLE et B. CAZEAU, juin 2008

établissements de santé fixé à l'horizon 2010 n'incite pas à la recherche de solutions à long terme nécessitant des investissements importants.

Si les établissements de santé ne semblent plus en mesure d'engager des réflexions à long terme, il n'en demeure pas moins qu'ils sont largement incités par le contexte à rechercher une efficacité synonyme d'amélioration de leur gestion.

1.2.3 Dans son volet protection de l'environnement

La dégradation de la situation financière des hôpitaux pousse à diminuer les charges de fonctionnement. La part des budgets hospitaliers consacrée aux ressources humaines représente 67 % en 2008.²⁸ Cette variable d'ajustement des ressources humaines apparaît toutefois difficile à mobiliser au regard des enjeux politiques et sociaux. Les établissements cherchent donc à réaliser des économies sur leurs consommations énergétiques.

Certaines opérations permettent de concilier protection de l'environnement et retours sur investissements à très court terme. Des répercussions sur la consommation d'énergie, de matériel ou sur la production de déchets sont attendues et l'impact écologique des établissements de santé pourrait s'en trouver atténué.

En effet, dans un contexte de flambée des prix des matières premières, les établissements sont incités à modifier leurs comportements et notamment tenter de freiner ou stabiliser leurs consommations en eau ou en énergie. « Alors que les hôpitaux sont contraints de réduire au maximum leur budget de fonctionnement, la ligne « énergies », qui peut représenter près de 5%, est l'un des postes sur lesquels toute action d'optimisation apporte immédiatement un résultat mesurable »²⁹.

La recherche d'économie d'énergies s'inscrit dans la recherche d'abaissement des coûts. Selon l'Agence pour le Développement de l'Environnement et la Maîtrise de l'Energie (ADEME), les établissements de santé consomment 15% de l'énergie utilisée dans le secteur tertiaire. Aussi, les expériences de diversification de l'approvisionnement en énergie se multiplient : panneaux solaires, chaudières à bois... Le centre hospitalier de Saint Briec a été particulièrement précurseur en la matière et a adopté dès 1996 un

²⁸ http://fichiers.fhf.fr/ez_data/documents/FHF-chiffrescles2008.pdf

²⁹ M.CIRRE Maîtriser la consommation d'énergie en milieu hospitalier in techniques hospitalières n°709 mai juin 2008 pp. 20-21

mode de production propre d'énergie : la co-génération. Aussi, le respect de la réglementation thermique applicable aux installations de chauffage et de climatisation s'inscrit dans une démarche de protection de l'environnement. Elle accroît, en effet, les exigences au niveau de la performance énergétique des bâtiments. « La réglementation RT 2005 vise l'amélioration de la performance énergétique des bâtiments neufs d'au moins 15% et la limitation du recours à la climatisation. Il s'agit là d'une étape intermédiaire avec, en ligne de mire, une diminution de 40% de la consommation énergétique des bâtiments »³⁰.

Si ces actions visaient la recherche d'économies ou le respect de la réglementation, il n'en demeure pas moins qu'elles ont des effets allant dans le sens du développement durable, mais de façon fortuite. Toutefois, certains établissements de santé ont tout de même recherché une intégration plus aboutie du développement durable.

2 D'une prise en compte plus intégrée du développement durable à sa mise en oeuvre par une approche systémique

Certains établissements s'engagent volontairement sur la voie du développement durable. Ils l'investissent encore rarement dans sa globalité

2.1 Les enjeux d'une prise en compte du développement durable sont intégrés de manière parcellaire

Les établissements de santé, qui ont pris conscience de la nécessité d'intégrer le développement durable, se limitent à investir celui-ci de façon parcellaire.

³⁰ B.BANGA in Décision santé n°244 avril 2008 p. 23

2.1.1 Les enjeux d'une prise en compte du développement durable par les établissements de santé.

A) Le poids économique et social des établissements de santé et leur empreinte écologique incite à une prise en charge globale du développement durable

a) *Un poids économique et social reconnu mais peu objectivé*

Les établissements de santé constituent des acteurs économiques importants à l'échelon national. Afin de remplir leurs missions de production de services relevant d'activités de soins pour répondre aux besoins de la population, les effectifs qu'ils emploient en font des acteurs sociaux incontournables. Bien que difficilement objectivable, la participation des établissements de santé au dynamisme des tissus socio-économiques d'un territoire est avérée.

Avec 293 667 lits installés en 2006, les 1304 établissements publics de santé ont largement contribué à l'offre de soins en France. Afin d'accueillir pas moins de 8 394 000 patients en hospitalisation complète, ils ont ainsi mobilisé 49,1 milliards d'euros dont on connaît mal les retombées indirectes sur le tissu socio-économique du bassin d'implantation de chaque établissement³¹.

Avec environ 39000 entrées en MCO et plus de 180000 venues en consultations en 2007, le centre hospitalier Yves le Foll à St Brieuc assume les fonctions d'établissement de référence et de proximité pour environ 100 000 habitants de la commune de St Brieuc et des communes environnantes. Budget d'environ 184 millions d'euros en 2007, le centre hospitalier a rémunéré 2480 agents non médicaux en équivalent temps plein (ETP) et 173 ETP médicaux en 2007

Les établissements de santé sont des acteurs importants de vie sociale et économique dans leur bassin d'implantation.

b) *Une capacité à nuire ?*

« Les établissements de santé, comme toute organisation productrice d'activité, génèrent des externalités négatives en termes environnementaux³². En effet, la production de

³¹ Les chiffres clés 2008, disponible sur Internet, www.fhf.fr

³² F. LORRAINE, S. MOUREAUX-PHILIBERT, N.SANCHEZ, V.LEROUX in *gestions hospitalières* mai 2008 p.321

soins par ces établissements n'est pas sans conséquence sur l'environnement, ils sont d'importants consommateurs en énergie et produisent des déchets particulièrement sensibles.

Le secteur hospitalier, grand consommateur d'énergie, génère en plus, annuellement, selon l'ADEME, environ 200 000 tonnes de déchets.

Le centre hospitalier de St Brieuc, réparti sur deux sites génère de nombreuses externalités négatives dont la consommation énergétique et la production de déchets peuvent rendre compte. Il occupe 150 000 m² de Surface Hors Œuvre Nette (SHON) pour prendre en charge les patients dans 1308 lits et place.

Il génère annuellement :

- Déchets industriels dangereux dont DASRI : 210 tonnes
- Déchets industriels banals : 1240 tonnes

Il consomme annuellement :

- Eau : environ 150 000 m³
- Gaz : 35 500 kWh
- Électricité : 12 300 kWh
- Fuel : 236 000 l
- Carburant : 70 000 l

Si la finalité de l'action des établissements de santé est d'améliorer la qualité de vie des patients, les relations qu'ils entretiennent avec leur environnement incitent à repenser la règle issue du serment d'Hippocrate : « Primum non nocere ». En effet, ils sont paradoxalement conduits à accroître les risques environnementaux pour les usagers et les personnels en utilisant des produits et des matériaux toxiques dans leur fonctionnement quotidien.

B) Une faible appropriation de la santé environnementale

La dépendance de l'Homme au reste du vivant est aujourd'hui mieux appréhendée. A. Einstein avait déjà pu établir ce lien : « Si l'abeille disparaissait de la surface du globe, l'homme n'aurait plus que quelques années à vivre. Plus de pollinisation plus d'herbe, plus d'animaux, plus d'hommes ». La pollution chimique de la planète a pu être évaluée et

son infiltration dans l'air, l'eau puis les sols poursuit inexorablement son chemin en intoxiquant les différents maillons de la chaîne alimentaire au bout de laquelle se trouve l'Homme. Aussi, des effets de cette pollution chimique sur l'homme ont pu être étudiés et une discipline médicale à part entière tente d'objectiver ces liens : la santé environnementale.

Les effets des différents polluants chimiques présents dans l'environnement portent sur les organismes humains et sur leurs différentes fonctions vitales.

Ces polluants organiques persistants (POP) ont été identifiés (pesticides, dioxines...) et font l'objet d'une interdiction à l'échelle de la planète depuis 2004. « Toxiques, les POP atteignent les systèmes immunitaires, perturbent le fonctionnement hormonal et sont souvent cancérigènes ».³³ Les conséquences médicales de ces pollutions sont à la fois allergies, affections respiratoires, cancers, voire le dérèglement des systèmes hormonaux accompagnés de décès précoces. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 25 à 33% de la morbidité globale seraient imputables aux facteurs environnementaux comme l'eau, l'air, le sol et les rayonnements solaires.³⁴

Dès 1994, l'OMS a défini les contours d'une nouvelle discipline médicale : la santé environnementale. La conférence d'Helsinki l'a définie: « la santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement ».³⁵

Les désinfectants ont été identifiés comme produits « à risques ». L'utilisation du PVC dans le matériel et dans les dispositifs médicaux est contraire à l'application du principe de précaution : « Le PVC contient une substance toxique, le DEHP (di 2-éthylexyl), un composant de la famille des phtalates, reconnue rien moins que cancérigène, mutagène et reprotoxique (CMR) de classe 2 par la Communauté Européenne. Son usage dans les cathéters, poches de sang, matériel d'intubation, de perfusion et de dialyse peut provoquer chez une population déjà fragilisée des perturbations du système endocrinien »³⁶.

Des exemples d'incidents liés à la qualité de l'air intérieur ont eu lieu ces dernières années en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ils illustrent l'importance de la prise en compte de la qualité de l'air en milieu hospitalier. Les Hôpitaux de l'Archet à Nice,

³³ G. BOUTTIER-GUERIVE, « On ne peut pas vivre en bonne santé sur une planète malade ! » in Techniques Hospitalières, septembre-octobre 2007, n° 705, p.13

³⁴ Dr S. SEGOVIA-KUENY, « la santé environnementale, un facteur de progrès » in gestions hospitalières, mai 2008, p.313

³⁵ Ibid p.313

L'hôpital Nord de Marseille et la Fondation Lenval à Nice ont ainsi connu des épisodes d'intoxication de leurs personnels. Bien que la présence d'éléments toxiques dans les matériaux soit difficile à objectiver, une liste des polluants chimiques potentiellement présents dans l'air hospitalier a pu être dressée. Ils sont essentiellement contenus dans les produits d'entretien et les gaz anesthésiants.³⁷

La gestion des effluents et la qualité de l'air sont toutefois mieux prises en compte par les établissements de santé. La médiatisation des cas de légionelloses a permis cette prise de conscience et la réglementation exige un contrôle qualité efficace.

Les établissements de santé semblent intégrer la nécessité de prendre en compte le développement durable de manière progressive. La santé environnementale envisage une approche multifactorielle de certaines pathologies et trouve une réponse appropriée avec la mise en œuvre du développement durable de façon systémique.

2.1.2 Une intégration graduée de la problématique du développement durable

L'enquête menée par six élèves directeurs d'hôpital, à la demande de la fédération hospitalière de France (FHF) et PG Promotion, intitulée Baromètre du développement durable dans les établissements de santé montre que 10%, seulement, des établissements répondants ont élaboré des programmes d'actions de développement durable. Pour autant, des initiatives isolées se multiplient.

A) Une approche par l'éco-responsabilité

La recherche d'amélioration de la protection de l'environnement constitue une première approche volontariste du développement durable. Les efforts des établissements de santé se concentrent sur la gestion des déchets et sur la recherche de la performance énergétique.

a) Gestion des déchets et des effluents

La particularité des déchets hospitaliers a imposé une prise en compte importante de cette problématique par les établissements de santé. En effet, outre les déchets

³⁶ V.MOLIERES in gestions hospitalières, mai 2008 p.324

ménagers produits, les établissements doivent assurer l'élimination de leurs déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI). Ces déchets ont fait l'objet d'une définition précise par le décret du 6 novembre 1997³⁸ : « déchets présentant un risque infectieux du fait qu'ils contiennent des micro-organismes viables ou leur toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'Homme ou chez d'autres êtres vivants ». Les produits souillés, coupants ou piquants, ainsi que les restes de produits sanguins thérapeutiques et les déchets anatomiques humains non identifiables doivent également emprunter le circuit utilisé pour les DASRI.

La prise en compte de cette problématique par les établissements de santé doit impacter les processus de génération des déchets hospitaliers. Certains établissements publics de santé semblent avoir pris la pleine mesure des enjeux du traitement de leurs déchets. Ils accordent une place importante à l'optimisation du tri de ceux-ci et à leur mode d'élimination sans pour autant mettre en œuvre une réelle politique d'achat public éco responsable.

En effet, une politique de développement durable appliquée à la gestion des déchets nécessite une anticipation de cette production : leur conditionnement et leur cycle de vie doivent constituer des critères de choix dans le respect du Code des marchés publics 2006. Un guide de l'agent public éco responsable a été publié mais son application concrète se heurte aux difficultés d'intégration des critères dans les cahiers des charges et aux surcoûts souvent présumés des produits éco labels.

Les établissements, de manière générale, ont mis en place des dispositifs permettant de séparer les déchets dits ménagers et les DASRI.

Cependant, le tri des déchets ménagers peut s'avérer plus complexe, notamment pour des raisons réglementaires. La mise en place de filières de tri distinctes, au nombre de 18 à l'éco clinique Champeaux de Béziers nécessite des solutions de récupération des déchets triés. Là où les particuliers bénéficient de dispositifs spécifiques à ces déchets triés, les établissements de santé doivent traiter avec des prestataires privés. Par exemple au CH de St Briec, la filière de tri papier, instaurée en collaboration avec la

³⁷ M. KEIRSBULCK, mémoire d'Élève Ingénieur du Génie Sanitaire, ENSP, 2006

³⁸ Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.

Communauté d'Agglomération Briochine (CABRI), a été remise en cause par l'évolution de la réglementation.

L'élimination des DASRI peut s'effectuer selon deux voies distinctes, prévues par la réglementation : l'incinération` ou la banalisation. Bien qu'aucune de ces deux solutions ne soit acceptable d'un point de vue environnemental, le Centre National d'Information Indépendante sur les Déchets (CNIID) tend à encourager le procédé de la banalisation. « L'incinération produit en effet des cendres,...,contenant de nombreux polluants et substances dangereuses pour la santé, tandis que la banalisation produit des résidus dont le pouvoir contaminant peut être assimilé à celui des ordures ménagères, donc moindre »³⁹.

Le choix de la banalisation au CH de Saint Brieuc

Des procédures d'auto-évaluation du tri des déchets montre une assimilation par les personnels des enjeux entourant les déchets hospitaliers. Le tri entre déchets ménagers et DASRI est réalisé correctement, la difficulté concernait leur élimination. Au-delà du coût, le traitement des DASRI nécessitait leur transport à Brest pour les incinérer. La préparation de ce transport nécessitait des manipulations par les agents afin de transférer les déchets dans des conteneurs adaptés. C'est pourquoi, le CH de St Brieuc a fait le choix, fin 2006, de la banalisation sur place car elle permet à la fois de protéger l'environnement en éliminant les contraintes liées au transport et de limiter les rejets atmosphériques polluants des incinérateurs. L'impact financier est positif pour l'établissement et les conditions de travail des personnels ont pu être améliorées par l'acquisition d'un système de banalisation entièrement automatisé et pourvu de systèmes de sécurité ; en outre l'acquisition d'un appareil de lavage/désinfection des conteneurs a également permis d'améliorer les conditions de travail.

b) La recherche de la performance énergétique

Parmi les initiatives entreprises par les établissements de santé dans leur prise en compte de l'environnement, les actions visant à améliorer leur performance énergétique dépassent le cadre réglementaire et repose sur un engagement des managers.

³⁹ A-L FAVIER, Dossier « Indésirables déchets » in HMH n°86 septembre octobre 2007 p.16

Aujourd'hui, les initiatives se multiplient au niveau des établissements de santé en matière d'approvisionnement énergétique plus respectueux de l'environnement. Si les solutions adoptées diffèrent selon les contextes locaux, la première phase repose sur la réalisation d'un diagnostic énergétique. À partir de ce bilan énergétique, des premiers plans d'actions peuvent être élaborées pour réduire les gaspillages et des solutions à plus long terme peuvent être envisagées.

La recherche d'efficacité énergétique à l'Institut Gustave Roussy (IGR) s'est, par exemple, traduite par la prise en compte de la consommation en énergie de chaque élément de production de chaleur ou de froid. « L'engagement sur la consommation en énergie de chaque élément de production et la tenue dans le temps de ces chiffres (projection sur vingt ans) ont été des critères déterminants de l'appel d'offres »

Au total, des aérocondenseurs ont remplacé définitivement les tours aéroréfrigérantes de la climatisation.

Le choix de cette technologie a permis de concilier toutes les problématiques du développement durable :

- Une prévention du risque accrue par la suppression d'eau et donc un risque de diffusion de légionnelles diminué.
- Une économie d'eau (à hauteur de 75%) favorable à l'environnement
- Une diminution des charges de l'établissement
- Le respect des normes acoustiques.

Aussi, les établissements commencent à produire leur propre énergie. Le CHU de Limoges vient de lancer la construction de la première chaufferie biomasse du monde hospitalier. « L'installation devrait être effective dès la fin de l'année 2008 et permettre au CHU de produire les deux tiers de ses besoins énergétiques ». Le gain financier pour l'établissement étant évalué à 500 000 euros par an.

Le CH St Briec a également mis en œuvre différents processus permettant une gestion raisonnée de l'énergie. Un dispositif de co-génération, la récupération de chaleur au niveau de la blanchisserie et des groupes de production de froid ont permis de limiter le recours à des énergies polluantes.

L'investissement des établissements de santé dans le seul domaine de la protection de l'environnement constitue une première approche du développement durable. Certains établissements l'intègrent de façon plus globale mais se limitent à un seul secteur hospitalier.

B) À une approche globale...limitée à la construction des bâtiments

Certains établissements de santé « pionniers » comme les CH d'Alès, de Douai ou encore le CHU de Nice se sont lancés dans la réalisation de projets immobiliers suivant les principes de la HQE. Dans l'attente du référentiel HQE dédié aux établissements de santé, ils ont bénéficié du référentiel mis au point pour les établissements tertiaires.

Ces expérimentations ont permis d'adapter le référentiel aux exigences du monde sanitaire et mettre en lumière l'égale importance entre la démarche et ses traductions concrètes. Ce référentiel dédié aux établissements de santé définit la démarche HQE comme une « démarche, celle de management de projet visant à limiter les impacts d'une opération de construction ou de réhabilitation sur l'environnement tout en assurant à l'intérieur du bâtiment des conditions de vie saines et confortables ». ⁴⁰

Il s'agit bien de prendre en compte les trois dimensions du développement durable dans les opérations de travaux :

- La dimension sociale, en anticipant l'impact du bâtiment sur la qualité de vie des usagers et sur les conditions de travail des personnels
- la dimension économique en pensant le projet immobilier en coût global et en sur-investissement plutôt qu'en terme de surcoût
- la dimension environnementale en diminuant l'impact du bâtiment en terme de nuisances sonores, olfactives, de consommations énergétiques et de pollution.

La démarche HQE comprend d'une part un système de management environnemental (SME) et d'autre part un objectif de qualité environnementale des bâtiments (QEB) définie par 14 cibles.

a) *Le système de management environnemental (SME)*

« La réalisation de la qualité environnementale est moins une question technique qu'une question de management environnemental. En effet, si des problèmes techniques doivent

⁴⁰ Ademe novembre 2005, « Bâtiment et démarche HQE » p. 3

être résolu, l'une des méthodes les plus fiables pour y parvenir est de s'appuyer sur une organisation efficace et rigoureuse : le SME »⁴¹

Le référentiel du Système de Management Environnemental définit le cadre de conception et de mise en oeuvre du Système de Management Environnemental (SME) du maître d'ouvrage pour obtenir la Qualité Environnementale (QE) des bâtiments et pour la maintenir. Selon les termes de la norme internationale ISO 14001, le Système de Management Environnemental « est la composante du système de management global qui inclut la structure organisationnelle, les activités de planification, les responsabilités, les pratiques, les procédures, les procédés et les ressources pour élaborer, mettre en oeuvre, réaliser, passer en revue et maintenir la politique environnementale ». Il vise à responsabiliser le maître d'ouvrage pour en faire le garant de la mise en oeuvre d'une réelle démarche qualité au cours de chaque étape de la construction. Inspiré par le référentiel de la norme ISO 14001, le SME permet au maître d'ouvrage d'intégrer les problématiques liées à l'environnement dès la définition des exigences générales, puis d'établir une politique environnementale adaptée, d'identifier les exigences réglementaires et législatives applicables à l'opération, de réaliser les arbitrages nécessaires au moment du choix des cibles et du niveau de performance recherché. Surtout, le maître d'ouvrage sera en mesure d'évaluer à chaque phase du projet le respect des critères fixés et d'apporter des actions correctrices.

b) Les 14 cibles de la QEB

Les 14 cibles proposées par le référentiel HQE des établissements de santé sont regroupées par thématiques d'écoconstruction, d'écogestion, de confort et de santé :

- Cibles d'écoconstruction

01 : Relation harmonieuse du bâtiment avec son environnement ; l'enjeu est d'intégrer au mieux le bâtiment dans son environnement, d'anticiper les impacts des conditions météorologiques en fonction de l'emprise de l'établissement. Les établissements doivent également veiller à ne pas nuire à la biodiversité.

⁴¹ F.GAUDIN-PERDEREAU, Mémoire Elève Directeur d'Hôpital, ENSP, décembre 2007.

02 : Choix intégré des procédés et produits de construction : les établissements souhaitant atteindre cette cible sont encouragés à intégrer des critères sanitaires et environnementaux à leur choix.

La prise en compte de critères sanitaires conduit à tenir compte des éventuels effets produits par les matériaux sur la santé des occupants et notamment éviter l'usage de produits émettant des composés organiques volatils (COV), formaldéhydes ou encore des constituants présentant des risques cancérigènes comme les phtalates contenus dans les revêtements en PVC par exemple.

La prise en compte de critères environnementaux nécessite la connaissance par le maître d'ouvrage de la contribution des produits de construction à l'empreinte écologique globale du bâtiment, évaluée sur la totalité de la durée de vie de l'ouvrage.

03 : Chantier à faible nuisance : au-delà de l'élimination des déchets de chantier et de la limitation des nuisances sonores et olfactives, les établissements de santé doivent se préoccuper de l'impact sanitaire du chantier et mettre en place les conditions préventives permettant de lutter contre le risque d'infection fongique tel que le risque d'aspergillus.

- Cibles d'écogestion :

04 : Gestion de l'énergie : il s'agit, a minima de réaliser un bilan énergétique de l'existant et de rechercher la haute performance énergétique du bâtiment neuf

05 : Gestion de l'eau : les dispositifs mis en œuvre doivent permettre de limiter la consommation en eau de l'établissement, prévenir les risques de pollution et d'inondation

06 : Gestion des déchets d'activité

07 : Gestion de la maintenance et de l'entretien

- Cibles de confort

08 : Confort hygrothermique

09 : Confort acoustique

10 : Confort visuel

11 : Confort olfactif

- Cibles de santé

12 : Conditions sanitaires des espaces

13 : qualité de l'air

14 : qualité de l'eau

Pour obtenir la certification HQE, le maître d'ouvrage doit retenir 3 cibles avec un niveau très performant et 4 cibles à niveau performant, ce qui correspond au moins au niveau de référence défini par le Centre Scientifique des Techniques du Bâtiment, (CSTB) dans le cadre de la certification AFNOR NF Environnement. Les autres cibles avec un niveau de base correspondent au strict respect de la réglementation lorsqu'elle existe.

L'engagement du CH d'Alès dans cette démarche HQE pour la construction de son nouvel hôpital a été une expérience pionnière parmi les établissements publics de santé ; les 14 cibles fixées par la certification HQE ont même été complétées par la définition de 4 cibles supplémentaires répondant aux besoins spécifiques de l'établissement. Ainsi, l'évolutivité, la démarche qualité, la convivialité, l'intimité et le bien être de la personne ainsi que la pédagogie ont été ajoutées au programme technique détaillé (PTD) de l'opération.

La prise en compte de l'empreinte écologique, de la dimension économique en pensant en coût global et du volet social et managérial par le SME permet aux établissements respectant le référentiel HQE d'aborder l'ensemble des problématiques du développement durable entourant une opération de travaux. Certains établissements se servent de cette base pour initier une phase d'incubation précédant une approche globalisée.

C) La construction progressive d'une démarche de développement durable

Certains établissements semblent vouloir intégrer le développement durable de façon progressive en multipliant les actions visant une amélioration de la protection de l'environnement.

L'exemple du CHU de Nice présente ainsi une stratégie d'intégration du développement durable en deux temps : une première phase expérimentale à laquelle doit succéder la généralisation de la démarche.

Ainsi sur les trois sites composant le CHU, celui de Pasteur bénéficie d'une opération de reconstruction réalisée suivant les principes de la HQE.

Bien qu'il n'y ait pas eu de formalisation d'une stratégie globale, l'opportunité de la construction nouvelle en HQE a amorcé une réflexion trouvant écho sur le site de l'Archet. Multipliant les initiatives sous l'impulsion d'une politique volontariste du directeur de site, l'Archet semble être le plus impliqué dans une réelle démarche de développement durable. Ce site se trouve aujourd'hui dans une première phase durant laquelle les initiatives se multiplient : sensibilisation des agents au développement durable, mise en place d'un plan de déplacement de l'entreprise (PDE), la réalisation d'un « plan éco-énergie » débuté en 2006 par un diagnostic énergétique, suivi de l'élaboration d'un plan d'actions visant à juguler le gaspillage énergétique.

Cette stratégie des petits pas initiée par une opération de travaux HQE, relayée par des actions volontaristes d'un directeur d'hôpital trouve un certain parallélisme avec les modalités d'intégration du développement durable par le CH de St Brieuc. Si les actions volontaristes menées par certains gestionnaires de ressources sont antérieures à la réalisation d'un bâtiment aux normes HQE, cette opération de travaux constitue la première pierre d'une démarche plus globale souhaitée par le directeur. En effet, l'acculturation des acteurs, y compris des décideurs, a permis une prise de conscience de la nécessité de prendre en compte le développement durable dans les établissements de santé.

Les premiers pas d'un établissement dans le développement durable consistent à limiter l'impact de celui-ci sur l'environnement, pour autant, si la nécessité de mettre en place des attitudes éco-responsables est avérée, la mise en place d'actions diffuses « ne suffisent à faire d'un hôpital une organisation durable ».⁴² 84% des répondants au questionnaire Baromètre du développement durable estiment que le développement durable relève d'une démarche stratégique et globale plutôt que d'une simple démarche technique et sectorielle »

⁴² F. LORRAINE, S. MOUREAUX-PHILIBERT, N.SANCHEZ, V.LEROUX, «Décider de se mettre au développement durable...et après », in gestions hospitalières, mai 2008 p.321.

2.2 Les avantages d'une prise en compte globale par les établissements de santé

L'approche systémique du développement durable dans les établissements de santé présente des avantages directs pour ceux-ci, la société et les usagers doivent également en tirer des bénéfices.

2.2.1 Les bénéfices à envisager par les établissements de santé en interne

A) Répondre aux enjeux organisationnels et managériaux

a) *Pallier le manque de coordination en interne*

L'absence d'autonomie des gestionnaires de terrain inhérente au manque de stratégie clairement identifiée, conduit à ne réaliser des arbitrages qu'entre deux des composantes du développement durable. Les établissements de santé et les managers hospitaliers ont pour habitude d'arbitrer leurs décisions entre volet économique et volet social. Ils prennent aujourd'hui des initiatives intégrant également le développement durable sans toutefois modifier la gouvernance de l'établissement et en affichant des stratégies pas ou peu formalisées.

D'autre part, certaines actions n'aboutissent pas en raison du manque de coordination des gestionnaires de ressources. En effet, l'organisation des établissements en directions fonctionnelles, responsables de ressources propres, ne permet pas toujours de percevoir les bénéfices pour l'ensemble de l'établissement. La mise en œuvre d'actions relevant du développement durable nécessite de réaliser des arbitrages entre ses trois volets. Leur déclinaison en actions concrètes par les gestionnaires hospitaliers conduit à trouver un compromis entre la recherche de la protection de l'environnement, le respect des conditions de travail des personnels, notamment la sécurité ; la qualité des soins dispensés, le respect des règles d'hygiène et ce, dans une recherche permanente d'efficacité économique à plus ou moins long terme. Aborder ces problématiques par une seule des directions fonctionnelles composant l'établissement ne permet pas d'entrevoir tous les volets du développement durable.

Si l'approche systémique permet de mieux coordonner les acteurs afin de réaliser des actions intéressant l'ensemble de l'établissement, celui-ci peut tirer d'importants bénéfices en utilisant le développement durable comme un levier managérial

- b) *Un levier managérial à mobiliser : les personnels hospitaliers, en quête de sens, peuvent trouver une nouvelle source de motivation.*

Les personnels hospitaliers, notamment les soignants, semblent déstabilisés par le train des réformes qui entourent le monde hospitalier.

Certains professionnels disent ne plus retrouver à l'hôpital les conditions nécessaires à l'exercice de leur métier selon les valeurs qui ont fondé leur engagement. Ils semblent ne plus souhaiter être impliqués dans les nombreuses réformes de nouvelle gouvernance, de certification, de tarification à l'activité et d'organisation territoriale de l'offre de soins.

Les personnels médicaux, en particulier, réagissent mal aux injonctions contradictoires de maîtriser leur temps de travail et la nécessité de leur investissement institutionnel. En effet, l'intégration des gardes dans le temps de travail des personnels médicaux et la génération de temps additionnel a conduit à un quasi décompte horaire du temps médical. Cette évolution culturelle conduit à repenser la présence des médecins dans les différentes sous commissions de la CME et au-delà, leur investissement institutionnel.

Les personnels en général se plaignent de l'écart qui se creuse entre les raisons de leur engagement hospitalier et leurs pratiques. Ils dénoncent, notamment, une perte des valeurs du service public inhérent à la mise en œuvre des nouvelles réformes hospitalières dont le seul but serait la performance économique.

Pour autant, les entretiens menés auprès des acteurs de terrain montrent une réelle motivation pour intégrer le développement durable comme un principe guidant l'action. Une certaine incompréhension relative à la non prise en compte de celui-ci par les établissements prédomine même. La recherche de compromis entre ces trois composantes économiques, sociales et environnementales paraît « naturelle », là où la recherche d'un équilibre entre social et économique paraissait plus difficile.

Les expériences menées dans les établissements de santé viennent confirmer cette capacité du développement durable à fédérer les acteurs hospitaliers autour d'un nouveau projet commun : « Le sujet est jugé très positif par les personnels hospitaliers, c'est un secteur qui travaille à flux tendu. On ne compte plus les gens qui nous disent que notre travail redonne du sens à leur métier. »⁴³ et « l'on n'insiste jamais assez pour dire que le bénéfice du DD pour nos salariés est immense »⁴⁴

⁴³ V.MOLIERES in gestions hospitalières mai 2008 p.324

⁴⁴ F.MOURGUES ibid

Le fait d'aborder des problématiques intéressantes de prime abord chaque citoyen permet une remobilisation des professionnels de santé et leur implication dans des choix nécessitant une connaissance des problématiques de terrain.

Si la mise en œuvre du développement durable de façon globale permet aux établissements de remobiliser les personnels en interne, il permet également une réelle anticipation de certains éléments de contexte qui pourraient s'avérer contraignants.

B) Passer d'une attitude de ré-action à une attitude d'anticipation d'éventuelles contraintes.

a) *La mise en œuvre d'une démarche de développement durable permet aux établissements de s'inscrire dans le cadre « proposé » par les pouvoirs publics*

« Je souhaite qu'aucun nouveau projet ne soit financé s'il omet la dimension environnementale » affirme X. Bertrand lors de la conférence sur l'investissement hospitalier en 2007.

Suite à cette déclaration du Ministre de la santé, alors en exercice, le critère de la qualité environnementale des bâtiments a été introduit comme étant une condition *sine qua none* à l'obtention de crédits d'aide à l'investissement. Ainsi, le plan d'aide à l'investissement, dénommé Hôpital 2012, d'un montant de 10 milliards d'euros sur cinq ans, vise à poursuivre la rénovation du parc immobilier hospitalier français, qui compte au total plus de 60 millions de mètres carrés. La mise en œuvre de cet accompagnement financier a été confiée à la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH) et à la caisse des dépôts qui ont souhaité, « dans une optique de développement durable conforme aux objectifs du Grenelle de l'environnement, promouvoir la qualité environnementale des opérations financées par Hôpital 2012 »⁴⁵

La circulaire DHOS du 12 décembre 2007 relative à la procédure de validation des projets au plan Hôpital 2012 rappelle donc la nécessité de prendre en compte le critère de la qualité environnementale et précise « qu'au nom du principe d'exemplarité des bâtiments financés par des fonds publics, deux exigences minimales seront dès à présent à remplir :

- « Un engagement de la direction de l'établissement dans ce domaine, avec inscription du développement durable dans le projet d'établissement et d'investissement, la désignation d'un référent membre de l'équipe de direction.

⁴⁵ [Http://www.mainh.gouv.fr](http://www.mainh.gouv.fr)

- Conclure un contrat d'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) sur la qualité environnementale pour suivre l'ensemble du processus de la programmation à la mise en fonctionnement, afin d'atteindre des objectifs de performance sur au moins trois ou quatre cibles : relations harmonieuses des bâtiments avec l'environnement immédiat, (cible1), choix intégré des procédés et produits de construction (cible 2) gestion de l'énergie (cible 4), entretien et maintenance (cible 7) »⁴⁶

La circulaire reste ambiguë sur la nécessité d'obtenir une certification HQE. Elle apparaît vouloir encourager les établissements à rechercher la HQE des bâtiments sans toutefois exiger l'obtention de la certification. La mise en œuvre d'une démarche structurée, en amont, permet de répondre au souhait des pouvoirs publics d'engager une réelle réflexion institutionnelle en faveur du développement durable.

b) Une anticipation de certaines contraintes

Parmi les évolutions thématiques recherchées par le manuel V2010 de la HAS, des objectifs de management sont fixés aux établissements de santé.

Le manuel vise ainsi une sensibilisation accrue quant au pilotage des établissements :

« La promotion d'un travail collectif autour d'un sens commun c'est-à-dire l'identification et la définition de missions et de valeurs partagées

- La promotion de modalités de décision et de pilotage par la communication de tableaux de bord et de suivis des activités d'évaluation et d'amélioration donnant une place primordiale à la concertation.

- L'intégration d'exigences relatives au développement durable.

- La systématisation des recherches de mesure d'impact »⁴⁷

Aussi, l'intégration des critères spécifiques au management du développement durable dans le manuel V 2010 de la certification⁴⁸ montre la nécessité pour les établissements de disposer d'une instance de pilotage du développement durable.

⁴⁶ Circulaire n°248 du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan Hôpital 2012

⁴⁷ HAS - Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins Manuel Pilote édition 2008

⁴⁸ cf. Annexe III

Avec le plan national d'émissions de quotas de dioxyde de carbone (CO₂), l'application du principe pollueur payeur aux établissements de santé devrait progressivement se mettre en place. Des quotas d'émission maximum de CO₂ ont été fixés par une directive communautaire d'octobre 2003⁴⁹ pour les activités de combustion de plus de 20 MW. Un recensement effectué en 2004 avait permis d'identifier 22 établissements concernés ayant une estimation annuelle de 360 000 tonnes. Le second plan national d'affectation des quotas vise une réduction de 20%, en moyenne, cette exigence va imposer aux établissements concernés une réflexion globale sur leur consommation d'énergie.

2.2.2 Renforcer le rôle des établissements de santé auprès de la population

A) Accroître la visibilité de l'établissement

L'absence de politique clairement identifiée en matière de développement durable prive l'établissement de son rôle d'acteur local reconnu en la matière.

a) Auprès des partenaires, notamment les collectivités territoriales

Les pays signataires du protocole de Rio ont adopté l'« Agenda 21 » qui fixe un programme d'actions pour le XXI^e siècle et permet d'intégrer le développement durable comme cadre. La politique nationale de développement durable reconnaît qu'elle ne saurait être efficace sans l'engagement des acteurs de terrain et des collectivités territoriales.

Par circulaire⁵⁰, les collectivités territoriales ont été incitées à s'inscrire dans une démarche de développement durable. Ainsi, de nombreuses collectivités territoriales en ont d'ores et déjà transposé les principes à leurs stratégies territoriales en élaborant des Agendas 21 locaux. Selon le comité 21, organisme national chargé de promouvoir le développement durable, l'Agenda 21 est « un programme d'actions, définissant les objectifs et les moyens de mise en œuvre du développement durable du territoire. Sa réalisation, au plan local, doit ainsi permettre d'« apprivoiser » les relations entre les trois sphères du développement durable (sociale, économique et environnementale) dont l'harmonisation est souvent décrite en termes abstraits dans les documents

⁴⁹ Directive du Parlement Européen et du Conseil n° 2003/87/CE du 13 octobre 2003 établissant un système d'échange de quotas d'émission de gaz à effet de serre dans la Communauté

⁵⁰ Circulaire du 13 juillet 2006 fixant le cadre pour les projets territoriaux de développement durable et les agendas 21 locaux

spécialisés »⁵¹. « L'agenda 21 local peut être défini comme une réponse pratique, de terrain, adaptée aux besoins spécifiques de lieux particuliers, à l'appel international en faveur du développement durable »⁵²

L'engagement des collectivités territoriales donne à l'ensemble des acteurs l'opportunité d'amorcer une réflexion commune, l'hôpital doit saisir cette opportunité.

b) L'hôpital peut devenir un acteur local à part entière

Les collectivités territoriales, de la région, du département, et de la communauté de d'agglomération briochine s'inscrivent dans une démarche de développement durable. Elles déclinent un Agenda 21 et se sont entourées des compétences nécessaires à sa mise en œuvre en recrutant des chargés de développement durable.

Les collectivités déclinent l'Agenda 21 selon leurs propres compétences et besoins. Les programmes d'actions reprennent ainsi les problématiques sociales, d'accès à l'emploi et à la culture, d'équité sociale et elles tentent de modifier les comportements de leurs administrés en diffusant des bonnes pratiques.

Leurs actions semblent encore toutefois trop segmentées et non articulées entre elles. Ainsi, un certain manque de coordination peut être évoqué lorsque la CABRI réalise un plan de déplacement des administrations (PDA) sur l'ensemble des administrations de la collectivité sans pour autant consulter le plus important employeur du bassin de population : le CH de St Brieuc. La différence de statut des établissements de santé, et leur autonomie par rapport à l'Etat décentralisé, ne justifie pas cet « oubli » de l'hôpital et montre un certain manque de visibilité de celui-ci au sein du territoire. Ce déficit de visibilité peut être pallié avec la mise en œuvre d'une démarche globale de développement durable.

Les acteurs territoriaux, région, département, hôpital ont intérêt à communiquer ensemble pour que leurs actions obtiennent des résultats majorés. Aussi, les établissements de santé peuvent s'appuyer sur l'expertise disponible dans ces collectivités et bénéficier de compétences qu'ils ne sont pas en mesure de se procurer individuellement.

⁵¹ Centre de Ressource du Développement Durable (CRDD) « dessine-moi un agenda 21 local », p.2
⁵² *ibid.*

Un rapprochement avec les collectivités territoriales peut intéresser les établissements de santé. L'acquisition d'une visibilité est d'autant plus nécessaire au regard de l'exemplarité attendue d'un établissement de santé.

- B) Le devoir d'exemplarité d'un établissement de santé au regard de sa capacité à véhiculer des bonnes pratiques auprès de la population

L'exemplarité de l'Etat est un objectif affiché par la SNDD et par le Grenelle de l'environnement. Afin qu'une véritable dynamique puisse désormais s'engager, il convient notamment que les établissements de santé, comme l'État, limitent l'impact de leurs activités sur l'environnement, évoluent vers d'autres modes de consommation, et réduisent les gaspillages de toute nature. Pour N.RONZIERE, « cette stratégie correspond même à un devoir d'exemplarité pour l'hôpital, puisque la préservation de l'environnement constitue le premier geste de santé publique, santé publique que l'hôpital est chargé de protéger. »⁵³

Le caractère exemplaire des actions entreprises par les établissements de santé doit leur permettre de diffuser des bonnes pratiques auprès de l'ensemble des parties prenantes (fournisseurs, usagers, personnels...) En effet, ils constituent des vecteurs importants de diffusion de bonnes pratiques environnementales et en terme de santé publique.

Aujourd'hui, l'action des établissements de santé dans le domaine de la santé publique se réduit fréquemment à l'éducation thérapeutique des patients et atteint rarement la population en général.

Pour autant, la mise en œuvre des différents plans nationaux permet une diffusion des préoccupations de la santé publique dans ses deux approches traditionnelles : à la fois dans l'approche populationnelle et dans l'approche par risque. L'implication des différents services hospitaliers lors de la prise en charge des pathologies devrait naturellement intégrer l'action des réseaux de prévention et d'éducation à la santé. Par exemple, le centre hospitalier de St Brieuc participe activement à la vie des réseaux tels que la périnatalité (Réseau Perinat), la prévention des maladies vasculaires (réseau ADOPTIR) en mettant à disposition les compétences du corps médical et soignants hospitaliers sans que l'établissement ne soit identifié comme un acteur institutionnel.

Sur le plan des bonnes pratiques environnementales, les établissements de santé peuvent véhiculer des messages à leur personnel et aux usagers. On peut ainsi affirmer,

⁵³ N.RONZIERE « CQFD avec la HQE au CHU de Nice » in dossier JADH, n°9, mai juin 2007 pp.22-23

avec le Dr SEGOVIA-KUENY que « la répercussion de ces actions au sein de l'établissement, des conduites individuelles et de son essaimage en raison de son exemplarité, sera un facteur important pour la cohésion de la structure, son image positive interne et externe, et sa pérennité »⁵⁴

Une certaine gradation dans la prise en compte du développement durable peut être observée. La mise en œuvre de celui-ci par une approche globale s'avère nécessaire.

3 Quelques préconisations relatives à la mise en œuvre d'une démarche globale de développement durable : ou comment rassembler ce qui est épars et impulser une politique

La mise en œuvre concrète de la démarche doit intégrer, a priori, certains freins.

3.1 La mise en œuvre concrète de la démarche

La mise en œuvre d'une démarche systémique de développement durable doit s'appuyer sur une démarche projet structurante, respectant les temps d'appropriation de chacun tout en fixant un calendrier de réalisation des actions.

3.1.1 Institutionnaliser la démarche

a) Une démarche portée par la direction de l'établissement

L'impulsion d'une réelle politique de développement durable doit être faite au plus haut niveau de l'établissement. Elle doit donc être réellement portée par les chefs d'établissements afin de pouvoir se concrétiser dans les grands domaines hospitaliers. Leur implication dans une démarche de développement durable peut nécessiter, parfois, de les convaincre de l'utilité d'une telle démarche et si l'appropriation du concept nécessite une volonté « culturelle », la mise en lumière des différents avantages que l'établissement peut en tirer constituent des arguments convaincants. La réduction des coûts de production en réalisant des économies d'énergies, l'amélioration de l'image de l'établissement et l'avantage concurrentiel qu'elle peut entraîner ou encore la mobilisation de l'ensemble des agents autour d'un projet commun, peuvent convertir les chefs d'établissement les plus sceptiques au développement durable.

⁵⁴ Dr S. SEGOVIA-KUENY, « La santé environnementale, un facteur de progrès. » In Gestions hospitalières, mai 2008, p. 315

b) Une démarche validée par les instances

L'implication des instances décisionnelles et consultatives de l'établissement est indispensable. Elles doivent être informées régulièrement de l'avancée des travaux. Il paraît important que les membres du CA mais également du CTE et de la CME soient parties prenantes de cette démarche.

La validation de la politique de développement durable et du plan d'action qui en découle incombe au conseil d'administration, ce qui donne au projet l'impulsion institutionnelle nécessaire à une appropriation par tous les acteurs. Cette institutionnalisation de la démarche permet également de couper court à toute tentative de politisation ou de récupération de la démarche. En effet, la naissance du concept de développement durable fait suite à une prise de conscience des enjeux environnementaux. Cette apparition dans le débat public est due aux mouvements écologistes portant parfois une connotation politique.

L'institutionnalisation de la démarche permet également d'éviter l'écueil de la personnalisation du projet. Si le chef de projet doit être un directeur d'hôpital afin d'impulser la démarche. Un temps d'appropriation est nécessaire à l'ensemble des acteurs de l'institution pour la rendre irréversible. Le souci de dépersonnalisation doit être présent dès le lancement de la démarche afin d'éviter une rupture ou un abandon lié aux départs et mutations des porteurs de projet. Le turn-over des managers peut, en effet, constituer un frein à la poursuite de projets. Le caractère global de la démarche de développement durable vise l'implication de tous les acteurs et ne permet pas un portage unique du projet.

3.1.2 Réaliser un bilan des actions relevant du développement durable au sein de l'établissement.

Tout d'abord, il convient d'identifier les parties prenantes:

- Les usagers
- Les personnels
- Les tutelles
- Les financeurs (sécurité sociale, mutuelles...)
- Les fournisseurs

- Les collectivités territoriales (Conseil Régional, Conseil Général, communautés de communes, commune de rattachement)
- Les établissements de santé du territoire et de la région

L'identification des parties prenantes permet ensuite de passer à l'étape incontournable du management par projet : la réalisation d'un bilan. Le recensement des actions entreprises en direction de l'une ou de plusieurs des parties prenantes permet de valoriser les actions déjà entreprises, de mesurer les gisements les plus importants et donc de décliner des plans d'actions.

De nombreux outils de diagnostic sont mis à disposition des entreprises souhaitant évaluer leur engagement dans le développement durable. Basés sur une évaluation des consommations énergétiques, de la production de déchets, du bilan Carbone, ces indicateurs permettent d'objectiver l'empreinte écologique de l'établissement. Toutefois ils ne permettent pas de connaître le niveau d'engagement managériale dans une démarche globale de développement durable

De plus, la plupart des outils d'évaluation ne sont pas adaptés au secteur hospitalier. Ils visent à évaluer les relations commerciales de l'entreprise avec ses clients, or les relations d'un EPS avec ses parties prenantes ne sont pas de cette nature.

Aussi, sous l'impulsion du Comité du Développement Durable en Santé (C2DS), un questionnaire adapté aux établissements de santé a vu le jour :

L'implication de l'ensemble des équipes au travers d'un management global de l'entreprise de soin est indispensable, le C2DS a mis au point un outil de management « l'IDD santé ». « Questionnaire simple et pratique, cet autodiagnostic permet de mesurer le degré d'engagement d'un établissement dans le développement durable...Testé sur plus de vingt établissements représentatifs des secteurs publics et privés, l'IDD santé s'est révélé très efficace⁵⁵ ». Il permet le calcul des performances environnementales, économiques et sociales d'un établissement de santé engagé dans une dynamique de développement durable.

⁵⁵ D.Fraux, « L'IDD Santé, questionnez votre sensibilité DD » in Magazine Hospitalier, n°8, p. 100

Il est la première étape indispensable d'une démarche stratégique beaucoup plus globale, il permet un état des lieux et notamment de :

« 1. Déterminer son empreinte écologique sur une échelle allant de A à C, du vert foncé au rouge vif. Chaque établissement peut ainsi prendre conscience de l'impact faible ou fort de son activité sur l'environnement.

2. Mesurer, de façon plus globale, son degré d'engagement dans une démarche de développement durable.

3. Construire un tableau de bord d'indicateurs économiques qui permet d'évaluer et d'encourager les progrès de l'établissement.

L'analyse de ces résultats permet l'élaboration de préconisations et la mise en place d'un plan d'actions.

En pratique, le questionnaire est composé de huit rubriques (de A à H).

A- Données générales

B- Bâtiments

C- Déchets

D- Energies

E- Management

F- Social et sociétal

G- Achats

H- Programme Nutrition, Education et Prévention en santé. »⁵⁶

Au-delà des résultats qu'il propose, cet outil se veut « éducatif » et source de questionnement. Il permet de comprendre que le développement durable est une démarche dynamique, globale et d'amélioration.

Le CH de St Brieuc obtient ainsi un classement C assez surprenant au regard des mesures déjà mises en œuvre. Si « l'IDD santé » permet ainsi de valoriser les actions déjà réalisées et donc de stimuler les personnels, il permet également de cibler des axes d'amélioration.

3.1.3 Définir une politique institutionnelle et des axes stratégiques guidant l'action

La mise en œuvre d'une démarche globale implique la détermination de grands axes stratégiques. Au regard des missions et des valeurs du secteur hospitalier, deux grands axes stratégiques peuvent constituer la première pierre de la politique de développement durable de l'établissement : celui de l'éco-responsabilité en interne et celui de la diffusion de bonnes pratiques à ces parties prenantes en externe.

Le CHU de Brest a ainsi fait le choix de décliner sa politique de développement durable en trois grands axes stratégiques :

- Axe 1 : les actions d'éco responsabilité au CHU
- Axe 2 : Le développement durable au cœur du métier hospitalier
- Axe 3 : La promotion du développement durable auprès des parties intéressées

Ces axes stratégiques doivent ensuite se décliner en actions concrètes investissant les grands domaines hospitaliers. Ainsi, l'organisation du CH de Saint Brieuc permet d'investir les champs du développement durable selon quatre thématiques :

- Les achats et les déchets
- L'énergie, l'eau, l'air, les sols et les bâtiments
- Les transports
- La gouvernance, la communication et l'amélioration de la qualité de vie

3.1.4 Mettre en œuvre une politique de développement durable

- A) Composer une instance de pilotage

La démarche projet adaptée au développement durable nécessite la mise en place de cellules opérationnelles et d'une cellule stratégique.

Ainsi, les cellules opérationnelles seront amenées à réaliser les bilans, faire des propositions d'amélioration et construire le plan d'action qui devra être validé par la cellule

⁵⁶ Comité du Développement durable en Santé, 2008, « IDD Santé »

stratégique puis par le CA. Ces cellules opérationnelles peuvent être au nombre de quatre : une par thématique.

La composition de l'instance stratégique doit intégrer les principes du développement durable en se rapprochant d'une démocratie participative. La diversité des métiers exercés dans l'établissement devra être respectée.

Ainsi, une composition de cette instance peut être proposée :

- Le chef d'établissement ou son représentant
- Un représentant du conseil d'administration
- 4 représentants de la direction, notamment les directeurs fonctionnels les plus concernés (Travaux, Services économiques et logistiques, DRH...)
- 4 représentants de la communauté médicale
- 4 représentants des partenaires sociaux
- 1 représentant des personnels non médicaux par pôle. En tentant d'obtenir une représentation de chaque grand corps (administratif, soignant, médico-technique, technique) et de chaque catégorie (A, B et C)

Cette instance de pilotage a pour mission de mettre en perspective les différents enjeux entourant les actions proposées par les sous-groupes. Elle est garante de la réalisation des arbitrages entre les trois volets du développement durable mais aussi avec la problématique de l'hygiène hospitalière. Un cadre méthodologique doit donc être mis en place.

B) Choisir un cadre méthodologique en accord avec la démarche qualité

Le sentiment de résignation des personnels hospitaliers au regard de la multiplicité des réformes, n'incite pas à engager un établissement de santé dans un nouveau cadre contraignant comme un référentiel ISO 14 001 ou ISO 26 000. Le suivi du guide SD 21 000 paraît moins contraignant à mettre en œuvre mais il est difficile à promouvoir auprès des acteurs de terrain et semble correspondre à des entreprises déjà matures sur le plan stratégique du développement durable.

Pour autant, un autre choix méthodologique permet de tenir compte des problématiques spécifiques des centres hospitaliers. Il donne une visibilité de la démarche auprès des parties prenantes : l'Agenda 21.

En effet, la mise en œuvre d'un Agenda 21 permet de réaliser une réelle politique de développement durable au sein d'un établissement de santé comme le montre le CHU de Brest.

Outre le support méthodologique fourni par l'Agenda 21, sa déclinaison permet également d'amorcer la discussion avec les collectivités territoriales. Celles-ci sont engagées depuis plus longtemps et les EPS peuvent bénéficier de leur expérience et éviter de réitérer leurs erreurs. Le partage des compétences humaines nécessaires à la mise en œuvre des plans d'actions doit également être envisagé. Par exemple, le Conseil Général des Côtes d'Armor a élaboré un plan d'action dont l'une d'entre elle s'intitule *Aider les collectivités locales à élaborer un Agenda 21*. Ce partenaire se dit tout à fait prêt à accompagner l'établissement dans cette démarche en partageant les expériences et les compétences.

Aussi, l'ouverture d'un dialogue entre collectivités et établissements de santé permet de trouver une réponse commune à des problématiques identiques. Par exemple, le traitement des déchets papiers, issus des administrations, constitue un élément commun aux plans d'actions de chacune des collectivités du bassin briochin. Afin de collecter ce papier et gérer sa destruction voire son recyclage, les collectivités et le CH de Saint Brieuc peuvent chacun faire le choix d'un prestataire privé. Les coûts augmentent avec le nombre de sites à collecter mais diminuent avec le tonnage de papier collecté. Les collectivités trouvent donc un intérêt à se regrouper dans une démarche commune.

Surtout, le respect des principes du développement durable incite les établissements publics à rechercher une solution intégrant la dimension sociale et donc faire appel à une association d'insertion sociale pour traiter leurs déchets. Il n'existe aujourd'hui aucune association de ce type implantée à St Brieuc, mais le travail en partenariat des administrations du territoire générerait des volumes nécessaires à l'implantation d'une association de ce type.

L'Agenda 21 semble présenter le plus d'avantages pour les établissements de santé et notamment pour le CH de St Brieuc. Il doit s'appuyer en interne sur l'expertise méthodologique enclenchée par la démarche qualité depuis la première vague d'accréditation⁵⁷.

⁵⁷ La dénomination « accréditation des établissements de santé » n'existe plus depuis la loi 13 août 2004, remplacée par « la certification des établissements de santé ». Le terme « accréditation » est désormais réservé à une autre procédure concernant les médecins et les équipes médicales.

En effet, la mise en œuvre de la démarche qualité au sein des établissements de santé et la recherche de la certification permettent de poser la première pierre du développement durable dans l'établissement. Par exemple, un établissement de santé souhaitant intégrer la norme HQE à la construction d'un bâtiment répond aux attentes de certaines cibles du simple fait de la certification (cf. annexe VI)

La certification des établissements de santé est une démarche ayant pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans les hôpitaux et cliniques sur l'ensemble du territoire français.

Elle consiste en une auto-évaluation suivie d'une visite réalisée par des professionnels de santé extérieurs à l'établissement et intègre un dispositif de suivi qui vise à engager les professionnels de l'établissement dans une démarche qualité durable.

La prise en charge satisfaisante du patient implique l'action coordonnée de nombreux services cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs. L'évaluation porte donc sur l'ensemble du fonctionnement de l'établissement et intègre les éléments relatifs à l'information et à la participation du patient à sa prise en charge. La procédure de certification est naturellement en constante évolution de façon à s'adapter en permanence aux exigences des citoyens en matière de qualité et de sécurité des soins. Son caractère récurrent (visite tous les quatre ans) permet de garantir dans le temps le maintien des performances acquises.

Surtout, la démarche qualité impulsée par la certification a permis d'enclencher une dynamique d'amélioration continue des pratiques qui correspond à « une première approche du développement durable, avec des procédures qui facilitent une progression collective, désignation claire d'objectifs à atteindre, échanges entre tous les acteurs, planification du parcours à emprunter, avec traçabilité et points d'arrêts et de contrôle pour aller de l'avant sur des bases solides...une démarche de progrès, avec les quatre étapes symbolisées par la célèbre « roue de Deming » : plan, do, check et act en Anglais soit décide, agit, contrôle et enregistre, avant de recommencer sur une base confortée par les enseignements du cycle précédent. Le développement durable est donc une

démarche collective de recherche des voies du progrès, qui doit capitaliser les expériences du passé et organiser la collaboration de toutes les parties intéressées »⁵⁸

L'expérience acquise par les établissements de santé dans la recherche d'amélioration continue de la qualité, constitue une base solide sur le plan de la méthodologie, l'élaboration et le suivi d'un programme d'actions en seront facilités.

C) Élaborer un programme d'actions à court et moyen terme

S'il paraît souhaitable que les actions entreprises dans le cadre d'une politique de développement durable s'inscrivent sur le long terme et intègrent le projet d'établissement et le Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), il paraît également nécessaire de réaliser des actions à très court terme afin de concrétiser rapidement la démarche.

La mise en place d'actions à très court terme doit faire suite au premier bilan réalisé par chacun des quatre sous-groupes. Quelques exemples d'actions concrètes permettent de mettre en lumière les principes à retenir pour choisir ces actions : elles doivent être réalisables en tenant compte des trois volets du développement durable et permettre d'obtenir des résultats objectivés et rapides. En effet, il s'agit de montrer la faisabilité de ces arbitrages et encourager les personnels à s'engager dans la démarche globale de l'établissement.

Dans le domaine des achats et des déchets, l'intégration des critères environnementaux et sociaux semble difficile du fait du caractère nouveau des labels et du flou généré par l'utilisation frauduleuse d'appellation développement durable par certaines entreprises peu scrupuleuses. Aujourd'hui, la publication du guide de *l'acheteur public éco responsable* a clarifié les conditions d'intégration du développement durable aux cahiers des charges. Pour autant, les acheteurs hospitaliers montrent une certaine frilosité à cause des surcoûts, réels ou présumés, des produits éco responsables.

Une action à court terme peut tout de même être engagée dans ce domaine. Présentant une visibilité importante et des enjeux forts, la gestion du papier permet également d'obtenir des résultats rapides.

Ainsi, le CH de St Brieuc, par exemple, consomme chaque année 11 tonnes de papier.

⁵⁸ D. BIDOUE, « Qualité ... et développement durable » In Techniques Hospitalières septembre octobre 2007

Le sous-groupe chargé **des achats et des déchets** pourrait d'abord être conduit à se questionner sur :

- Quel papier utiliser : papier recyclé ou non ? En tenant compte des surcoûts rapportés aux enjeux environnementaux, notamment en terme d'exemplarité.
- Comment limiter l'emploi de papier ?
 - Sensibiliser les personnels à l'optimisation du papier dans l'établissement
 - Mettre en place un système d'information permettant de dématérialiser l'information
 - Systématiser l'impression recto/verso des documents
- Comment collecter le papier ?
 - Limiter la collecte aux services administratifs ou l'étendre à l'ensemble de l'établissement en tenant compte des surcoûts liés au traitement des données confidentielles.
 - Responsabiliser les agents consommateurs ou externaliser la collecte en la confiant au prestataire privé chargé de l'entretien des locaux
 - Acquérir des conteneurs dédiés ou recycler des emballages vides
 - Mettre en place des points de recueil « relais » ou disposer d'un site unique
- Comment traiter le papier ?
 - Choisir un prestataire privé ou une association de réinsertion sociale
 - Choisir le prestataire en fonction du mode de traitement :
 - o Recyclage ou non ?
 - o Si non, incinération ou enfouissement.

De même, le sous-groupe **Transport** pourrait envisager la mise en œuvre d'actions encourageant l'utilisation de transports doux : la mise en place d'un lieu d'accueil sécurisé des vélos ou la réservation de places de stationnement privilégiées pour les personnels utilisant le covoiturage sont des mesures faciles à mettre en œuvre.

Le sous-groupe **Communication/Gouvernance** peut réaliser un guide de l'agent éco-responsable adapté à l'établissement. Cela constitue une mesure importante pour sensibiliser les agents aux problématiques de développement durable.

Le sous-groupe **Eau/Air/Sol/Energie/Bâtiment** peut, par exemple envisager des mesures de récupération des eaux de pluie pour l'arrosage des espaces verts de l'établissement. Aussi, le recours aux produits phytosanitaires doit être remplacé par des traitements écologiques et moins néfastes pour la santé des agents.

D) Mettre en place un programme d'action pluri annuel

La notion de durabilité contenue dans le concept implique nécessairement l'inscription de la démarche dans la durée. L'élaboration d'un programme d'actions pluri annuel en phase avec le projet d'établissement et le CPOM permet à l'établissement de s'engager de façon institutionnelle. La concomitance de la construction du plan et de la stratégie de l'établissement permet également une intégration des investissements nécessaires à la réalisation de ces actions au Plan Global de Financement Pluri annuel (PGFP).

Les quatre grandes thématiques pourront à nouveau servir de cadre à l'élaboration de ce plan d'actions selon la méthodologie employée par la démarche qualité dans l'établissement.

La réalisation du bilan a permis d'identifier les actions réalisables à très court terme et à long terme. La priorisation et la hiérarchisation doivent inclure l'étude de faisabilité de chaque action proposée par un des sous-groupes en charge d'une thématique. Le descriptif de l'action, son calendrier de mise œuvre, l'identification d'un chef de projet et les critères d'évaluation pourront être intégrés selon les modalités prévues dans la fiche projet élaborée par la cellule qualité.⁵⁹

E) Évaluer, communiquer sur les résultats obtenus et rendre compte au C.A.

L'inscription dans une démarche d'amélioration continue des pratiques selon le nouveau paradigme du développement durable implique une évaluation régulière des actions entreprises dans ses trois volets.

L'évaluation des actions éco responsables repose sur des indicateurs chiffrés : consommations énergétiques, nombre de produits éco labels ou tonnages de déchets. La performance économique de l'établissement peut être jugée au regard des documents budgétaires et financiers réglementaires (EPRD à l'équilibre,, Capacité d'Auto Financement positive...). Enfin, l'évaluation des actions entreprises dans le volet social

⁵⁹ cf. annexe VII

est plus difficile à réaliser. En effet, si la prise en compte des attentes des usagers et des personnels de l'établissement peut être évaluée au travers des questionnaires de satisfaction ou du bilan social, il apparaît plus difficile de mesurer le niveau de diffusion de bonnes pratiques environnementales, ou en terme de santé publique, auprès de la population.

Aussi, il paraît important de communiquer sur les résultats obtenus ; qu'ils constituent des avancées ou d'éventuels reculs et répondre ainsi au principe de transparence du développement durable. Communiquer sur les résultats permet d'encourager les personnels déjà investis à poursuivre leurs efforts et à corriger leurs erreurs. L'évaluation doit permettre de trouver les causes des échecs dans une démarche continue d'amélioration. Cette remise en cause permanente montre aux parties prenantes que la démarche n'est pas une opération de communication visant à mettre en avant les quelques actions entreprises mais bien une inscription de la démarche dans la durée pour améliorer les pratiques.

Cette communication auprès des parties intéressées doit être concomitante à un compte rendu auprès du CA afin de maintenir la mobilisation des administrateurs autour de cette thématique.

La mise en œuvre des préconisations selon la démarche projet, intégrant la politique d'amélioration de la qualité, ne permet pas de lever tous les freins de la démarche.

3.2 L'identification des freins de la démarche

Les freins de la démarche semblent pouvoir être identifiés a priori. En effet, certains sont intrinsèques au développement durable et à sa prise en compte globale, d'autres sont liés au contexte et aux acteurs.

3.2.1 La primauté du volet économique incite à limiter la démarche à une opération de communication

A) L'écueil financier...

« À l'heure de la tarification à l'activité, les choix peuvent s'avérer délicats et les enjeux financiers de court terme risquent de peser plus lourd que la recherche d'externalités positives à moyens et longs termes, aux bénéfices plus diffus pour la société »⁶⁰.

⁶⁰ F. LORRAINE, S. MOUREAUX-PHILIBERT, N.SANCHEZ, V.LEROUX « Décider de se mettre au développement durable...et après ». in *gestions hospitalières* mai 2008 p.321

En effet, la tentation de limiter la démarche de développement durable à une opération de communication peut être forte pour un établissement. Il n'est, en effet, pas obligatoire de s'inscrire réellement dans une démarche pour s'en prévaloir tant le concept est large. De nombreuses actions réalisées par les entreprises ou les EPS sont assimilables à une campagne de communication axée sur le développement durable.

Le contexte financier des établissements de santé tend à réduire les marges de manœuvre des gestionnaires. La mise en œuvre d'une démarche de développement durable repose sur « des ressources budgétaires qui actuellement sont globalement insuffisantes pour espérer un engagement radical dans cette voie. Faire fonctionner le quotidien s'avère déjà un challenge et parer au plus urgent une nécessité. La prise en compte de l'environnement et les actions concrètes à mettre en œuvre se heurte à une gestion budgétaire des établissements de santé en tension⁶¹ ».

B) ...générateur de frustrations

Cet impératif budgétaire tend donc à primer sur les deux autres piliers du développement durable. Le risque de frustration pour les personnels impliqués dans cette démarche semble donc inéluctable. Si la démarche elle-même, de par sa « mission » de réaliser des arbitrages, implique nécessairement des frustrations, la primauté de l'économie sur le social et l'environnement constitue une limite identifiée a priori et il paraît important de la formaliser en amont de la démarche. Caractéristique de la démarche systémique à mettre en œuvre, le principe du « tout ne pourra pas être fait » doit être posé dès le début de la démarche par le chef de projet.

Pour autant, il paraît envisageable de dégager des moyens financiers pour ces investissements. L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) s'est engagée dans une démarche de développement durable et les économies réalisées grâce aux plans d'actions mis en œuvre seront intégralement réinvesties pour améliorer la qualité de vie des personnels et des étudiants.

⁶¹ MOREAU P., In Objectifs Soins, « Environnement, développement durable et santé », mars 2008 n°164 p.30

3.2.2 La mise en œuvre systémique du développement durable peut se heurter à des freins culturels

A) Le déficit d'engagement managérial

S'il s'agit de fédérer les acteurs hospitaliers autour d'un nouveau projet commun, la réussite de cette démarche dépend largement de l'investissement des managers et ne peut supporter une implication des managers hospitaliers en demi-teinte.

La mise en œuvre d'une démarche de développement durable est un projet ambitieux et ne peut se limiter à la compilation d'actions d'ores et déjà entreprises dans l'établissement. Il implique une modification des pratiques managériales, des habitudes de travail pour passer d'une démarche cloisonnée des gestionnaires de ressources à une approche systémique et au travail en réseau. Le choix d'un établissement de s'impliquer dans un Agenda 21 implique une modification des processus décisionnels dont les acteurs doivent être conscients a priori. «Ainsi, la déssectorisation, le décroisonnement, la transversalité, c'est-à-dire la mise en réseaux d'acteurs, le travail en partenariat, les pratiques de collaboration seront désormais à compter parmi les nouvelles modalités de l'organisation politique et administrative. Selon cet aspect, on peut dire avec certitude que l'Agenda 21 local entraîne une modification profonde des règles de vie collective. Dans ces circonstances, sa mise en œuvre ne peut être que le fruit d'une forte détermination »⁶²

Aujourd'hui, les gestionnaires de ressources évoluent dans un environnement contraint par la situation financière de leur établissement et leur visibilité à long terme s'est réduite. Pour autant, les managers entrevoient les bénéfices qu'ils pourront tirer d'une telle démarche et semblent intéressés par la mise en place d'un projet fédérateur pour les équipes en permettant d'améliorer l'image de l'établissement auprès de la population.

B) La résistance au changement des acteurs y compris des gestionnaires de ressources

Le changement des modes de fonctionnement et des comportements peut s'avérer difficile dans un contexte de mouvement perpétuel des établissements de santé.

⁶² CERDD, dernier trimestre 2001, « Dessines moi un agenda 21 local ».

Il est classique d'affirmer que le changement est générateur d'inquiétude pour les agents concernés. La résistance au changement apparaît dès lors qu'une incertitude et donc une perte de repères intervient. Cette résistance est souvent due à un manque d'information des acteurs concernés. La politique menée par l'établissement doit donc mettre en œuvre une communication efficace et transparente afin de partager l'information au plus près du terrain et ainsi permettre une appropriation par l'ensemble des personnels.

Aussi, un manque de reconnaissance peut apparaître chez les agents impliqués dans la démarche. Ils peuvent se sentir lésés de ne recevoir aucune récompense pour leur investissement institutionnel. Les pôles ou les services les plus novateurs ou les plus impliqués dans la démarche peuvent, en effet, attendre en retour une reconnaissance de l'institution pour cette implication en sus de leurs missions traditionnelles.

Cette mise en évidence de la résistance au changement s'applique également aux membres de l'équipe de direction. Le caractère transversal de la démarche peut donner le sentiment aux gestionnaires de ressources impliqués d'être dépossédés des bénéfices induits par leur action. En effet, les avancées du plan d'actions Agenda 21 sont attribuées à l'instance pilote du développement durable alors que la mise en place concrète des actions est réalisée par les directions fonctionnelles.

La mise en œuvre d'un programme d'actions autour d'une thématique aussi consensuelle que le développement durable n'est pas sans se heurter à certains freins.

Conclusion

Le concept de développement durable doit être appréhendé dans sa complexité et sa prise en compte par les EPS s'avère nécessaire au regard de leur devoir d'exemplarité. Plusieurs approches, plus ou moins intégrées, du développement durable sont aujourd'hui effectuées. L'étude des enjeux et notamment, l'opportunité de disposer d'un nouveau levier managérial, les incite toutefois à aborder cette thématique de façon systémique plutôt que parcellaire. La mise en œuvre d'une démarche globale de développement durable, telle que préconisée, nécessite une appropriation par l'ensemble des parties prenantes.

Ce lancement de la démarche constitue la première pierre d'un édifice plus vaste étayant les pratiques hospitalières : « une telle politique ne peut réellement prendre sens que si elle est aussi appliquée aux chemins cliniques et aux protocoles de soins (...) La réflexion sur les chemins cliniques doit prendre en compte les filières Ville-Hôpital. L'avènement d'une troisième dimension –environnementale- dans l'analyse des risques, aux côtés des dimensions alimentaire et sanitaire, conduit à mettre en place de nouvelles organisations, de nouveaux modes de coopération, entre différentes professions et à l'échelle de territoires.»⁶³ Les besoins en termes de compétences et de ressources humaines ne pourront être couverts par un EPS isolé. Cette contrainte constitue une opportunité pour les établissements de coopérer et prendre en compte les besoins de la population au niveau du territoire.

En effet, « la rationalisation de l'offre de soin recherchée au travers de la mise en place de nouvelles modalités financières peut aussi contribuer au développement durable en limitant la course sans limites à un développement toujours plus soutenu de l'activité et des moyens.»⁶⁴ La problématique du développement durable concerne donc l'organisation des soins. L'application des principes de transparence, de concertation et de prise en compte de l'avis de toutes les parties intéressées semble pouvoir constituer un guide pour l'action des établissements de santé à l'échelon du territoire en posant «un projet commun qui concerne mais aussi dépasse l'hôpital, le faisant sortir de son cadre et le situant là où il aurait toujours dû être, dans la société»⁶⁵

⁶³ F. LORRAINE, S. MOUREAUX-PHILIBERT, N.SANCHEZ, V.LEROUX « Décider de se mettre au développement durable...et après ». in *gestions hospitalières* mai 2008 p.321

⁶⁴ Discours d'A. PODEUR, mars 2007, journées ADH, «performance hospitalière et management durable : faire plus avec moins ?»

⁶⁵ F. LORRAINE, S. MOUREAUX-PHILIBERT, N.SANCHEZ, V.LEROUX « Décider de se mettre au développement durable...et après ». in *gestions hospitalières* mai 2008 p.321

Bibliographie

Articles de périodiques :

BANGA B, octobre 2007, Dossier Décision Santé, N° 238, pp. 23-26.

BIDOU D., septembre 2007, « Qualité... et développement durable », Techniques Hospitalières, N° 705, pp. 32-33.

BOUTTIER-GUERIVE G., septembre octobre 2007, « On ne peut pas vivre en bonne santé sur une planète malade ! » Techniques Hospitalières, n° 705, p.13

CHARLOT A., septembre octobre 2007, « La Haute Qualité Environnementale au CHR d'Orléans » Techniques Hospitalières, n°705, p.30

LORRAINE F., MOUREAUX-PHILIBERT S., SANCHEZ N., LEROUX V., mai 2008, « Décider de se mettre au développement durable...et après », gestions hospitalières

FAVIER AL, octobre 2007, « Indésirables déchets : développement durable [1/2] (Dossier) », Hygiène en Milieu Hospitalier, N° 86, pp. 14-22

FAVIER AL, décembre 2007, La construction se met à l'heure écolo : développement durable [2/2] (Dossier) », Hygiène en Milieu Hospitalier, N° 87, pp. 12-20

MAMIE Y, février 2007, In JADH, le Journal de l'Association des Directeurs d'Hôpital, N° 7, pp. 6-10

MOLIERES V., septembre 2007, « Le développement durable comme axe majeur de notre politique de santé », Magazine Hospitalier, N° 7, p. 89.

MOLIERES V., septembre octobre 2007, « La prise en compte de la qualité de l'air intérieur », Techniques Hospitalières, n°705, p.18

MOREAU P., mars 2008, « Environnement, développement durable et santé », Objectifs soins, n°164, p.23-30

SEGOVIA-KUENY, S. mai 2008, « la santé environnementale, un facteur de progrès »
gestions hospitalières, p.313

TOMA O., juin 2006, « Développement durable en santé. Pour une meilleure prise en
charge globale... de notre qualité de vie », Techniques Hospitalières, N° 697, pp. 50-54.

VARNIER F., juin 2006, « Hôpital et développement durable », Techniques Hospitalières,
N° 697, pp. 40-43.

COLLECTIF D'AUTEURS, septembre 2003, « L'approche systémique : de quoi s'agit-
il ? » (en ligne), visité le 15/06/08 disponible sur Internet, <http://www.asso-etud.unige.ch>

COLLECTIF D'AUTEURS, juin 2008, dossier Techniques Hospitalières, N° 709, pp. 13-53

- Témoignages des partenaires de la " bulle " développement durable : TARKETT,
VIGEO, Mainh, GAZ DE FRANCE PROVALYS, ELYO-SUEZ, ADH et Ademe qui
contribuent à la réflexion à travers leurs propres expériences au service de l'hôpital "
durable "

- Baromètre du développement durable en santé en 2008 : premières tendances
- Mener une opération de travaux intégrant la HQE dans le milieu hospitalier : quelques
recommandations pratiques
- Les outils de la " HQE " (Haute Qualité Environnementale)
- Qualité de l'air intérieur : comment obtenir et maintenir une bonne qualité de l'air
intérieur dans les établissements de santé

LEROUX V, dossier, mai 2008 « développement durable », In Gestions Hospitalières, N°
476, pp.313-351 :

- La santé environnementale
- Vous avez dit "développement durable"?
- Quand le développement durable s'invite à l'hôpital
- Une démarche de responsabilité RSE en réponse à l'enjeu d'un développement
soutenable
- La démarche haute qualité environnementale : les conditions d'une mise en oeuvre
opérationnelle
- Ressources humaines pour un management durable
- L'hôpital et le développement durable

LIENS INTERNET

C2DS, Comité du Développement Durable en Santé, (en ligne) visité le 17/05/08 disponible sur internet <http://c2ds.free.fr/>

Centre de Ressource du Développement Durable (CERDD), « dessine-moi un agenda 21 local », (en ligne), visité le 28/04/08, disponible sur Internet, www.cerdd.org

CNIID, Centre National de l'Information Indépendante sur les Déchets (en ligne), visité le 25/05/08, disponible sur Internet : <http://www.cniid.org>

COMITÉ FRANÇAIS POUR L'ENVIRONNEMENT ET LE DÉVELOPPEMENT DURABLE (en ligne), visité le 08/08/08, disponible sur Internet : <http://www.comite21.org/>

FHF, LES CHIFFRES CLES DE L'HÔPITAL ET DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL 2008, (en ligne), visité le 12/08/08, disponible sur Internet : http://fichiers.fhf.fr/e_z_data/documents/FHF-chiffrescles2008.pdf

MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE, DU DÉVELOPPEMENT DURABLE ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE (en ligne), visité le 28/04/08 disponible sur Internet <http://www.ecologie.gouv.fr/-Agendas-21-locaux-.html>

Conférences, manifestations

COLLECTIF D'AUTEURS, juin 2007, « Le développement durable à l'honneur à Hôpital Expo-Intermedica 2008 » In JADH, le Journal de l'Association des Directeurs d'Hôpital, N° 9, pp. 14-28

XV^{es} journées nationales ADH, Paris les 22 et 23 mars 2007, « performance hospitalière et management durable : faire plus avec moins ? »

Ouvrages

AUBERTIN C., VIVIEN F-D, 2007, «Le développement durable : enjeux politiques, économiques et sociaux », La Documentation Française 143 pages.

BLANCHET A., GOTMAN A., 1992, « La méthodologie de l'enquête » Ed. Nathan Université, 1992,125 pages.

BRUNEL S., 2008, « Le développement durable », Coll. Que sais-je ? N° 3719, 128 pages

MILLET S., 2008, « La stratégie du Colibri », Ed. Minerva , 284 pages

Références juridiques

Loi constitutionnelle n°95-101 du 2 février 1995, relative au renforcement de la protection de l'environnement. (loi BARNIER), JO du 3 février 1995

Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la santé publique

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, Circulaire DHOS/F2, n° 2007-438 du 12 décembre 2007 relative à la procédure de validation des projets au plan Hôpital 2012

MINISTERE DE L'ECOLOGIE ET DU DEVELOPPEMENT DURABLE, Circulaire du 13 juillet 2006 fixant le cadre pour les projets territoriaux de développement durable et les agendas 21 locaux et appel à reconnaissance de tels projets.

Rapports

RAPPORT D'INFORMATION FAIT au nom de la Mission d'Évaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS) de la commission des Affaires Sociales sur la gestion de l'hôpital, MM. Alain VASSELLE et Bernard CAZEAU, juin 2008

COMITE INTERMINISTÉRIEL POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE, novembre 2006, (en ligne), visité le 12/08/08, disponible sur Internet, http://www.archives.premier-ministre.gouv.fr/villepin/IMG/pdf/DP_CIDD_131106.pdf

Mémoires

GAUDIN-PERDEREAU F., 2008, "La démarche Haute Qualité Environnementale (HQE) appliquée au milieu hospitalier : quelques préconisations pour une mise en œuvre opérationnelle", Mémoire d'Élève Directeur d'Hôpital, École des Hautes Études en Santé Publique.

KEIRSBULCK M., 2006, « Qualité et traitement de l'air intérieur en milieu hospitalier : quels risques physico-chimiques ? Application à l'hôpital pédiatrique Lénval de Nice » Mémoire d'Élève Ingénieur du Génie Sanitaire, École Nationale de la Santé Publique, 91 pages.

Liste des annexes

Annexe I : Indicateurs de mise en œuvre de la stratégie nationale de développement durable

Annexe II : Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement

Annexe III : Charte de l'environnement

Annexe IV : Schéma de l'approche systémique

Annexe V : Extrait du manuel V 2010, HAS

Annexe VI : Les recoupements entre la procédure de certification HAS et la démarche HQE

Annexe VII : Fiche projet du CH de St Brieuc

Annexe I : Indicateurs de développement durable pour la SNDD

DOUZE INDICATEURS PHARES DE DÉVELOPPEMENT DURABLE POUR LA FRANCE

Situation fin 2006

Indicateur	Situation	Tendance	Comparaison Europe
1 Taux de croissance du produit intérieur brut par habitant			
2 Émissions totales de gaz à effet de serre			
3 Part des énergies renouvelables dans la consommation totale d'énergie primaire			
4 Consommation d'énergie totale des transports			
5 Quantité de déchets municipaux collectés			
6 Indice d'abondance des populations d'oiseaux communs / milieux bâtis			nc
6 bis Indice d'abondance des populations d'oiseaux communs / milieux agricoles			nc
7 Tris de poissons au-dessus des seuils de précaution			nc
8 Espérance de vie en bonne santé			
9 Part des ménages sous le seuil de pauvreté (taux de pauvreté monétaire après transferts sociaux)			
10 Taux de dépendance vieillesse			
11 Aide publique au développement			
12 Disponibilité de l'administration en ligne			

meilleur que la moyenne européenne
 dans la moyenne européenne
 inférieur à la moyenne européenne
 nc : données non comparables
 satisfaisant
 en amélioration
 insuffisant
 état critique

Contact

Délégation au développement durable
Bureau de la Stratégie nationale de développement durable
SNDD@ecologie.gouv.fr
Secrétariat : 01 42 19 25 51



20, avenue de Ségur - 75302 Paris 07 SP
Tél. 01 42 19 20 21 - www.developpementdurable.gouv.fr

DÉCLARATION DE RIO SUR L'ENVIRONNEMENT ET LE DÉVELOPPEMENT

La Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement,

Réunie à Rio de Janeiro du 3 au 14 juin 1992,

Réaffirmant la Déclaration de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement adoptée à Stockholm le 16 juin 1972, et cherchant à en assurer le prolongement,

Dans le but d'établir un partenariat mondial sur une base nouvelle et équitable en créant des niveaux de coopération nouveaux entre les Etats, les secteurs clefs de la société et les peuples,

Ouvrant en vue d'accords internationaux qui respectent les intérêts de tous et protègent l'intégrité du système mondial de l'environnement et du développement,

Reconnaissant que la Terre, foyer de l'humanité, constitue un tout marqué par l'interdépendance,

Proclame ce qui suit :

PRINCIPE 1

Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature.

PRINCIPE 2

Conformément à la Charte des Nations Unies et aux principes du droit international, les Etats ont le droit souverain d'exploiter leurs propres ressources selon leur politique d'environnement et de développement, et ils ont le devoir de faire en sorte que les activités exercées dans les limites de leur juridiction ou sous leur contrôle ne causent pas de dommages à l'environnement dans d'autres Etats ou dans des zones ne relevant d'aucune juridiction nationale.

PRINCIPE 3

Le droit au développement doit être réalisé de façon à satisfaire équitablement les besoins relatifs au développement et à l'environnement des générations présentes et futures.

PRINCIPE 4

Pour parvenir à un développement durable, la protection de l'environnement doit faire partie intégrante du processus de développement et ne peut être considérée isolément.

PRINCIPE 5

Tous les Etats et tous les peuples doivent coopérer à la tâche essentielle de l'élimination de la pauvreté, qui constitue une condition indispensable du développement durable, afin de réduire les différences de niveaux de vie et de mieux répondre aux besoins de la majorité des peuples du monde.

PRINCIPE 6

La situation et les besoins particuliers des pays en développement, en particulier des pays les moins avancés et des pays les plus vulnérables sur le plan de l'environnement, doivent se voir accorder une priorité spéciale. Les actions internationales entreprises en matière

d'environnement et de développement devraient également prendre en considération les intérêts et les besoins de tous les pays.

PRINCIPE 7

Les Etats doivent coopérer dans un esprit de partenariat mondial en vue de conserver, de protéger et de rétablir la santé et l'intégrité de l'écosystème terrestre. Etant donné la diversité des rôles joués dans la dégradation de l'environnement mondial, les Etats ont des responsabilités communes mais différenciées. Les pays développés admettent la responsabilité qui leur incombe dans l'effort international en faveur du développement durable, compte tenu des pressions que leurs sociétés exercent sur l'environnement mondial et des techniques et des ressources financières dont ils disposent.

PRINCIPE 8

Afin de parvenir à un développement durable et à une meilleure qualité de vie pour tous les peuples, les Etats devraient réduire et éliminer les modes de production et de consommation non viables et promouvoir des politiques démographiques appropriées.

PRINCIPE 9

Les Etats devraient coopérer ou intensifier le renforcement des capacités endogènes en matière de développement durable en améliorant la compréhension scientifique par des échanges de connaissances scientifiques et techniques et en facilitant la mise au point, l'adaptation, la diffusion et le transfert de techniques, y compris de techniques nouvelles et novatrices.

PRINCIPE 10

La meilleure façon de traiter les questions d'environnement est d'assurer la participation de tous les citoyens concernés, au niveau qui convient. Au niveau national, chaque individu doit avoir dûment accès aux informations relatives à l'environnement que détiennent les autorités publiques, y compris aux informations relatives aux substances et activités dangereuses dans leurs collectivités, et avoir la possibilité de participer aux processus de prise de décision. Les Etats doivent faciliter et encourager la sensibilisation et la participation du public en mettant les informations à la disposition de celui-ci. Un accès effectif à des actions judiciaires et administratives, notamment des réparations et des recours, doit être assuré.

PRINCIPE 11

Les Etats doivent promulguer des mesures législatives efficaces en matière d'environnement. Les normes écologiques et les objectifs et priorités pour la gestion de l'environnement devraient être adaptés à la situation en matière d'environnement et de développement à laquelle ils s'appliquent. Les normes appliquées par certains pays peuvent ne pas convenir à d'autres pays, en particulier à des pays en développement, et leur imposer un coût économique et social injustifié.

PRINCIPE 12

Les Etats devraient coopérer pour promouvoir un système économique international ouvert et favorable, propre à engendrer une croissance économique et un développement durable dans tous les pays, qui permettrait de mieux lutter contre les problèmes de dégradation de l'environnement. Les mesures de politique commerciale motivées par des considérations relatives à l'environnement ne devraient pas constituer un moyen de discrimination arbitraire ou injustifiable, ni une restriction déguisée aux échanges internationaux. Toute action unilatérale visant à résoudre les grands problèmes écologiques au-delà de la

juridiction du pays importateur devrait être évitée. Les mesures de lutte contre les problèmes écologiques transfrontières ou mondiaux devraient, autant que possible, être fondées sur un consensus international.

PRINCIPE 13

Les Etats doivent élaborer une législation nationale concernant la responsabilité de la pollution et d'autres dommages à l'environnement et l'indemnisation de leurs victimes. Ils doivent aussi coopérer diligemment et plus résolument pour développer davantage le droit international concernant la responsabilité et l'indemnisation en cas d'effets néfastes de dommages causés à l'environnement dans des zones situées au-delà des limites de leur juridiction par des activités menées dans les limites de leur juridiction ou sous leur contrôle.

PRINCIPE 14

Les Etats devraient concerter efficacement leurs efforts pour décourager ou prévenir les déplacements et les transferts dans d'autres Etats de toutes activités et substances qui provoquent une grave détérioration de l'environnement ou dont on a constaté qu'elles étaient nocives pour la santé de l'homme.

PRINCIPE 15

Pour protéger l'environnement, des mesures de précaution doivent être largement appliquées par les Etats selon leurs capacités. En cas de risque de dommages graves ou irréversibles, l'absence de certitude scientifique absolue ne doit pas servir de prétexte pour remettre à plus tard l'adoption de mesures effectives visant à prévenir la dégradation de l'environnement.

PRINCIPE 16

Les autorités nationales devraient s'efforcer de promouvoir l'internalisation des coûts de protection de l'environnement et l'utilisation d'instruments économiques, en vertu du principe selon lequel c'est le pollueur qui doit, en principe, assumer le coût de la pollution, dans le souci de l'intérêt public et sans fausser le jeu du commerce international et de l'investissement.

PRINCIPE 17

Une étude d'impact sur l'environnement, en tant qu'instrument national, doit être entreprise dans le cas des activités envisagées qui risquent d'avoir des effets nocifs importants sur l'environnement et dépendent de la décision d'une autorité nationale compétente.

PRINCIPE 18

Les Etats doivent notifier immédiatement aux autres Etats toute catastrophe naturelle ou toute autre situation d'urgence qui risque d'avoir des effets néfastes soudains sur l'environnement de ces derniers. La communauté internationale doit faire tout son possible pour aider les Etats sinistrés.

PRINCIPE 19

Les Etats doivent prévenir suffisamment à l'avance les Etats susceptibles d'être affectés et leur communiquer toutes informations pertinentes sur les activités qui peuvent avoir des effets transfrontières sérieusement nocifs sur l'environnement et mener des consultations avec ces Etats rapidement et de bonne foi.

PRINCIPE 20

Les femmes ont un rôle vital dans la gestion de l'environnement et le développement. Leur pleine participation est donc essentielle à la réalisation d'un développement durable.

PRINCIPE 21

Il faut mobiliser la créativité, les idéaux et le courage des jeunes du monde entier afin de forger un partenariat mondial, de manière à assurer un développement durable et à garantir à chacun un avenir meilleur.

PRINCIPE 22

Les populations et communautés autochtones et les autres collectivités locales ont un rôle vital à jouer dans la gestion de l'environnement et le développement du fait de leurs connaissances du milieu et de leurs pratiques traditionnelles. Les Etats devraient reconnaître leur identité, leur culture et leurs intérêts, leur accorder tout l'appui nécessaire et leur permettre de participer efficacement à la réalisation d'un développement durable.

PRINCIPE 23

L'environnement et les ressources naturelles des peuples soumis à oppression, domination et occupation doivent être protégés.

PRINCIPE 24

La guerre exerce une action intrinsèquement destructrice sur le développement durable. Les Etats doivent donc respecter le droit international relatif à la protection de l'environnement en temps de conflit armé et participer à son développement, selon que de besoin.

PRINCIPE 25

La paix, le développement et la protection de l'environnement sont interdépendants et indissociables.

PRINCIPE 26

Les Etats doivent résoudre pacifiquement tous leurs différends en matière d'environnement, en employant des moyens appropriés conformément à la Charte des Nations Unies.

PRINCIPE 27

Les Etats et les peuples doivent coopérer de bonne foi et dans un esprit de solidarité à l'application des principes consacrés dans la présente Déclaration et au développement du droit international dans le domaine du développement durable.

Annexe III : Charte de l'environnement



Le peuple français
proclame solennellement
son attachement aux Droits
de l'Homme et aux principes de la
souveraineté nationale tels qu'ils ont été
définis par la Déclaration de 1789,
confirmée et complétée par
le préambule de la Constitution
de 1946, ainsi qu'aux droits
et devoirs définis dans la Charte
de l'environnement
de 2004.



Charte de l'environnement

loi constitutionnelle n° 2005 - 205 du 1er mars 2005

« Le peuple français,

« Considérant,

*« Que les ressources et les équilibres naturels ont
conditionné l'émergence de l'humanité ;*

*« Que l'avenir et l'existence même de l'humanité
sont indissociables de son milieu naturel ;*

*« Que l'environnement est le patrimoine commun
des êtres humains ;*

*« Que l'homme exerce une influence croissante
sur les conditions de la vie et sur sa propre évolution ;*

*« Que la diversité biologique, l'épanouissement
de la personne et le progrès des sociétés humaines sont
affectés par certains modes de consommation ou de production
et par l'exploitation excessive des ressources naturelles ;*

*« Que la préservation de l'environnement doit être recherchée
au même titre que les autres intérêts fondamentaux de la Nation ;*

*« Qu'afin d'assurer un développement durable, les choix
destinés à répondre aux besoins du présent ne doivent pas
compromettre la capacité des générations
futures et des autres peuples à satisfaire leurs propres besoins ;*

« proclame :

Article 1
Chacun a le droit de vivre dans un environnement
équilibré et respectueux de la santé.

Article 2
Toute personne a le devoir de prendre part à la
préservation et à l'amélioration de l'environnement.

Article 3
Toute personne doit, dans les conditions définies
par la loi, prévenir les atteintes qu'elle est susceptible
de porter à l'environnement ou, à défaut, en
limiter les conséquences .

Article 4
Toute personne doit contribuer à la réparation
des dommages qu'elle cause à l'environnement,
dans les conditions définies par la loi.

Article 5
Lorsque la réalisation d'un dommage, bien qu'in-
certaine en l'état des connaissances scientifiques,
pourrait affecter de manière grave et irréversible
l'environnement, les autorités publiques veillent,
par application du principe de précaution et
dans leurs domaines d'attributions, à la mise en
œuvre de procédures d'évaluation des risques
et à l'adoption de mesures provisoires et
proportionnées afin de parer à la réalisation du
dommage.

Article 6
Les politiques publiques doivent promouvoir un déve-
loppement durable. À cet effet, elles concilient la pro-
tection et la mise en valeur de l'environnement, le
développement économique et le progrès social.

Article 7
Toute personne a le droit, dans les conditions et
les limites définies par la loi, d'accéder aux
informations relatives à l'environnement détenues
par les autorités publiques et de participer à
l'élaboration des décisions publiques ayant une
incidence sur l'environnement.

Article 8
L'éducation et la formation à l'environnement
doivent contribuer à l'exercice des droits et
devoirs définis par la présente Charte.

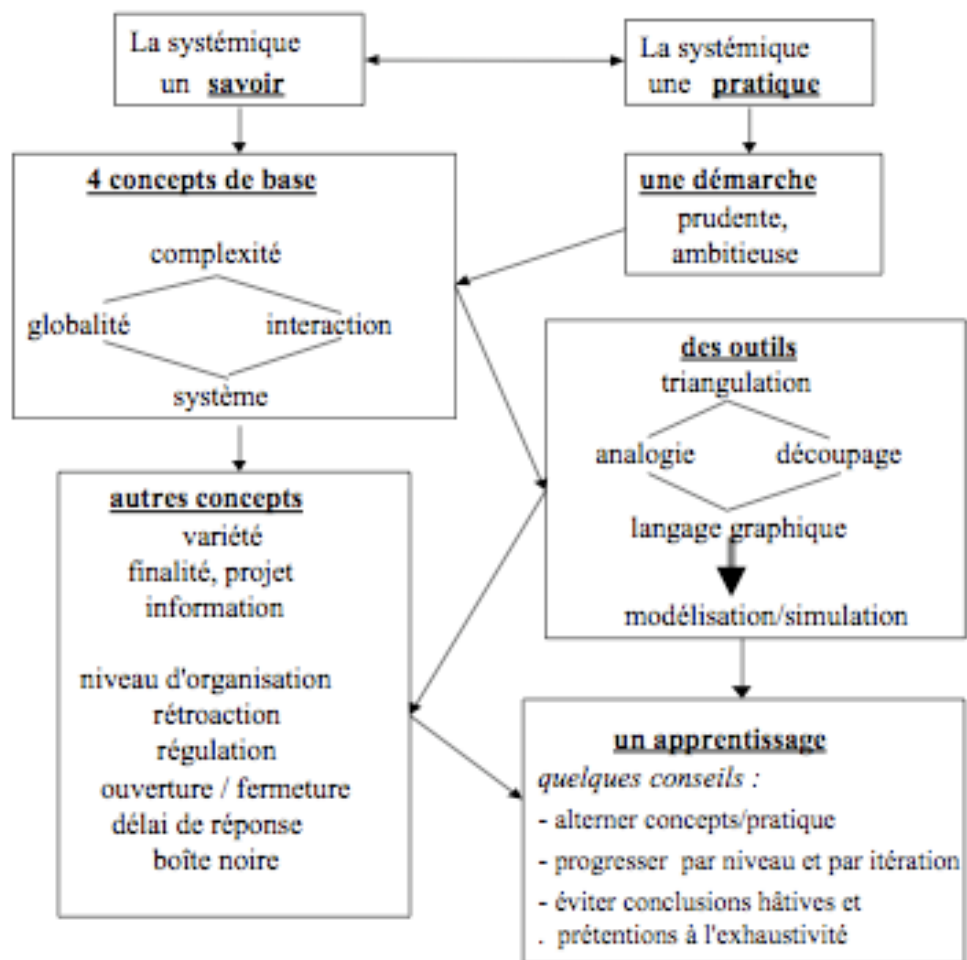
Article 9
La recherche et l'innovation doivent apporter
leur concours à la préservation et à la mise en
valeur de l'environnement.

Article 10
La présente Charte inspire l'action européenne
et internationale de la France. »



Pour en savoir plus : www.ecologie.gouv.fr

Annexe IV : L'approche systémique



CRITÈRE 1.e Engagement dans le développement durable. Le développement durable est « la capacité des générations présentes à satisfaire leurs besoins sans empêcher les générations futures de satisfaire leurs propres besoins ». Rapport Brundtlandt, 1987). Par ailleurs, le développement durable apporte une vision globale et à long terme en conciliant trois dimensions : - une gestion économique fiable ; - un établissement socialement intégré ; - un établissement de santé écologiquement respectueux.			
N1	N2	N3	N4
Les enjeux liés au développement durable sont identifiés.	Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement. L'établissement associe les acteurs du milieu économique, social, associatif et environnemental à la définition de ses actions et programmes développement durable.	Un programme pluriannuel définissant des objectifs prioritaires est décliné à moyen et long terme en tenant compte des impacts environnementaux, économiques et sociaux.	L'établissement a défini une politique de développement durable intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement.

Annexe VI : Les recoupements entre la procédure de certification HAS et la démarche HQE

	SME	Cible 1	Cible 2	Cible 3	Cible 4	Cible 5	Cible 6	Cible 7	Cible 8	Cible 9	Cible 10	Cible 11	Cible 12	Cible 13	Cible 14
.1	X														
.6a	X														
.7a	X														
.7b	X														
.9a			X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
.9b			X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
.9c									X	X	X	X	X	X	X
.10b	X														
.10d	X														
.10e								X							
.11	X														
.13a								X	X				X	X	X
.15a						X		X	X			X	X	X	X
.15b			X			X		X					X		X
.15c			X		X			X	X	X		X	X	X	
.15d							X					X	X		
.15e						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
.16a								X							
.16d								X							
.17b	X														
.17c	X														
.22b											X		X		
.23a													X		
.44a	X														
.44d	X														
.44f	X														
	12		4		3	5	4	10	7	5	3	7	11	7	7

Les références relatives au SME sont en abscisse.

Les références relatives à la procédure de certification sont en ordonnées

Annexe VII : Fiche projet du CH de St Brieuc



Fiche projet :
Intitulé du projet

<u>Origine du projet :</u> -		
<u>Objectifs :</u> -		
<u>Indicateurs de résultat :</u> -		
<u>Domaine d'application :</u> -		
<u>Documents de référence, recommandations :</u> -		
<u>Groupe de travail :</u> -		
<u>Chef de projet :</u> -		
<u>Date</u>	<u>Suivi du projet</u> (ce qui est réalisé)	<u>Participants</u>
<u>Calendrier</u>	<u>Planification</u> (Ce qui est à réaliser : précisez notamment la méthode, l'état des lieux, les échéances, la communication interne et externe,...)	<u>Participants</u>
<u>Bilan :</u> Dont résultats et comparaison (interne ou externe) et devenir du groupe. 		