



**CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET METIERS
CHAIRE D'ECONOMIE ET DE GESTION DE LA SANTE
CENTRE REGIONAL DE PACA
AIX EN PROVENCE**

LE DEVELOPPEMENT DURABLE

**QUELLES OPERATIONNALISATIONS
POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ?**

**MARIE ALESSANDRI
SOUS LA DIRECTION DE LAURENCE HARTMANN**

**Jury du 8 janvier 2010
Magali Décugis - Christian Maillard – Laurence Hartmann – Maxime Vincent**

**MAGISTER GESTIONNAIRE D'ETABLISSEMENTS MEDICAUX ET MEDICO SOCIAUX
SESSION 2010**



**CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET METIERS
CHAIRE D'ECONOMIE ET DE GESTION DE LA SANTE
CENTRE REGIONAL DE PACA
AIX EN PROVENCE**

LE DEVELOPPEMENT DURABLE

**QUELLES OPERATIONNALISATIONS
POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ?**

**MARIE ALESSANDRI
SOUS LA DIRECTION DE LAURENCE HARTMANN**

**Jury du 8 janvier 2010
Magali Décugis - Christian Maillard – Laurence Hartmann – Maxime Vincent**

**MAGISTER GESTIONNAIRE D'ETABLISSEMENTS MEDICAUX ET MEDICO SOCIAUX
SESSION 2010**

Le Conservatoire National des Arts et Métiers n'entend accorder aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part que « *les copies ou reproductions strictement réservées à l'usage du copiste et non destinée à une utilisation collective* » et, d'autre part, que « *les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration* », « *toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite* » (alinéa 1 de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du code pénal.

« La clarté ne naît pas de ce qu'on imagine le clair, mais de ce qu'on prend conscience de l'obscur. »

Carl Gustav Jung

« Ne pas prévoir c'est déjà gémir. »

Léonard de Vinci

« La règle n'est pas modèle fixe, c'est le souffle inspireur qui structure »

Shitao 1642-1707

« Les portes de l'avenir sont ouvertes à ceux qui savent les pousser. »

Coluche

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE I - CONTEXTE	2
CHAPITRE 1 -L'émergence et la diffusion du concept	2
I - Le développement durable est un concept flou et malléable... ..	2
1 - A l'origine, une prise de conscience.....	2
2 - ... qui génère une mobilisation internationale	4
3 - ... fondée sur des compromis.....	6
4 - ... que la France s'approprie lentement.....	11
II - A la base d'une mobilisation nationale... ..	14
1 - ... qui s'institutionnalise peu à peu.....	14
2 - ... dynamisée par la construction européenne.....	14
3 - ... conduisant à une stratégie nationale du développement durable.....	16
4 - ... définissant des priorités.....	17
III - ... S'imposant aux établissements de santé.....	21
1 - ... au travers du référentiel de certification HAS V2010.....	23
2 - ... et d'une convention nationale avec les fédérations hospitalières	24
PARTIE II - LE DEVELOPPEMENT DURABLE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE	26
CHAPITRE 1 -La démarche Haute Qualité environnementale (HQE).....	26
I - Contexte	26
II - La Qualité Environnementale (QE) des Bâtiments	27
1 - Définition formelle de la Qualité Environnementale	28
2 - Définition exigentielle de la Qualité Environnementale	28
III - Système de Management Environnemental (SME)	30
1 - Le Système de Management d'Opération (SMO).....	30
2 - Certification de la démarche HQE	36
IV - Conclusion.....	37
1 - Les points positifs	37
2 - Les points de vigilance.....	39
CHAPITRE 2 -Le développement durable dans la certification V2010	41
I - Contexte	41
II - Les critères phares	43
1 - Un critère spécifique.....	43
2 - Des critères intégrés	46
III - La certification de système de management environnemental	64
1 - Des principes similaires.....	65
2 - Certification ISO 14001 versus certification EMAS	65
IV - Conclusion.....	70
1 - Les points positifs	70
2 - Les points de vigilance.....	73
CONCLUSION.....	76
TABLE DES ANNEXES	77
BIBLIOGRAPHIE	101

Table des illustrations

Tableau 1 : Tableau de référence des 14 cibles HQE	28
Tableau 2 : Les champs d'interactions entre les cibles du référentiel HQE	29
Tableau 3 : Exemples de Profil de QEB visé par 3 établissements différents	32
Tableau 4 : Impact des phases opérationnelles du projet sur les cibles HQE.....	33
Tableau 5 : Différences EMAS ISO 14001	68
Tableau 6 : Les critères HAS de DD	70
Tableau 7 : Paramètres de réussite de la démarche de développement durable.....	75
Figure 1 : Le développement durable selon le Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement en 1998	12
Figure 2 : Processus de management d'opération HQE	31
Figure 3 : Les exigences relatives au profil de QEB pour la certification HQE	36
Figure 4 : Eléments de définition du pilotage de la performance	45
Figure 5 : La roue de Deming.....	65
Figure 6 : Evolution possible du management de la qualité vers un management global intégrant la qualité l'environnement et la sécurité	69
Graphique 1 : Répartition des coûts selon la phase du projet	35
Graphique 2 : Durée relatives des phases du projet	35
Graphique 3 : Répartition de la consommation d'énergie par postes.....	47

Liste des abréviations

ADEME : Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie
ADH : Association des Directeurs d'Hôpital
AMO : Assistance à la Maîtrise d'Ouvrage
ANFH : Association Nationale de Formation Hospitalière
APD : Avant Projet Détaillé
APS : Avant Projet Sommaire
AP-HM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide Soignant
ASH : Agent de Service Hospitalier
ATEQUE : ATelier d'Evaluation de la QQualité Environnementale
BBC : Bâtiment Basse Consommation
Bq : Bécquerel
CACIC : Centrale d'Achat de Conseil et d'Information des Cliniques
C2DS : Comité pour le Développement Durable en Santé
CCLIN : Centre de Coordination et de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CFDD : Commission Française du Développement Durable
CH : Centre Hospitalier
CHI : Centre Hospitalier Intercommunal
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CMED : Commission Mondiale pour l'Environnement et le Développement
CNIID : Centre National d'Information Indépendante sur les Déchets
CO₂ : Dioxyde de carbone
COV : Composés Organiques Volatils
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRIIREM : Centre de Recherche et d'Information Indépendante sur les Rayonnements
Electro Magnétiques non ionisants
CRIIRAD : Commission de Recherche et d'Information Indépendante sur la RADioactivité
CSTB : Centre Scientifique et Technique du Bâtiment
DAOM : Déchets Assimilés aux Ordures Ménagères
DASRI : Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux
DD : Développement Durable
DE : Déclaration Environnementale
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation Sanitaire
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EDF : Electricité De France
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMAS : Eco Management and Audit Scheme
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la personne Privés
FHF : Fédération Hospitalière de France
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GDR : Gestion Des Risques
GIEC : Groupe d'Experts Intergouvernemental sur l'Evolution du Climat
GR : Gestionnaire des Risques
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS: Haute Autorité de Santé
HPST: Hôpital, Patients, Santé, Territoire
HQE: Haute Qualité Environnementale
IRSN : Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire
ISO : International Organization for Standardization
JACIE : Joint Accreditation Committee ISCT-& EBMT
LED : Diodes Electro Luminescentes
MAINH : Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MRHRS : Management des Ressources Humaines Responsable Socialement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
PACTES : Projet d'Amélioration des Conditions de Travail dans les Etablissements de Santé
PCG : Projet de Conception Générale
PDCA : Plan Do Check Act
PEP : Pratiques Exigibles Prioritaires
PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information
PNAAPD : Plan National d'Action pour des Achats Publics Durables
PNRM : Plan National sur les Résidus de Médicaments dans les eaux
PNSE : Plan National Santé Environnement
PO₄³⁻ : Phosphate
PRESST : PROjet Européen de Santé et de Satisfaction des soignants au Travail
PST : Plan Santé au Travail
PUCA : Plan d'Urbanisme Construction Architecture
QE : Qualité Environnementale
QEB : Qualité Environnementale des Bâtiments
REX : Réalisation EXpérimentale
RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques
RSE : Responsabilité Sociale (ou Sociétale) des Entreprises
SEDD : Stratégie Européenne de Développement Durable
SME : Système de Management Environnemental
SMO : Système de Management d'Opération
SNDD : Stratégie Nationale de Développement Durable
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
T2A ou TAA : Tarification A l'Activité
TMS : Troubles Musculo-Squelettiques
UGAP : Union des Groupements d'Achats Publics
UICN : Union Internationale pour la Conservation de la Nature
UNIHA : UNIon des Hôpitaux pour les Achats
UNTEC : Union Nationale des Economistes de la Construction
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

INTRODUCTION

Le sommet de Copenhague, qui vient juste de se terminer sur une déclaration d'intention juridiquement non contraignante, rassure les uns et indignes les autres. Pourquoi tant de passion et d'incompréhension sur un sujet qui a priori touche au bien-être de tous les êtres humains sur cette Terre ? « *Nous n'héritons pas de la Terre de nos ancêtres, nous l'empruntons à nos enfants* », a pourtant écrit Antoine de Saint-Exupéry, traduisant poétiquement cet enjeu primordial. Cette phrase maintes fois rebattue pour médiatiser l'intérêt des préoccupations que recouvrent le développement durable, est approuvée à l'unanimité. Le développement durable semble donc aller soi. Il se diffuse à l'ensemble des agents économiques, l'Etat, les ménages mais également les entreprises désormais citoyennes et socialement responsables. Les établissements de santé, comme toute organisation productrice d'activité, sont ainsi concernés car ils génèrent d'importantes externalités négatives en termes environnementaux. Ils présentent pourtant cette particularité, par leur mission même, de se retrouver protecteurs et guérisseurs de ce qu'ils ont contribué à créer.

L'introduction de préoccupations de développement durable dans des critères du référentiel de certification des établissements de santé, publié par la Haute Autorité de Santé, amène un profond questionnement, pour qui souhaite saisir la véritable signification de ce concept et aller au-delà du Petit Prince. L'objet de ce mémoire est d'en saisir la traduction qui permettra d'envisager son opérationnalisation par l'univers hospitalier.

Ainsi, dans une première partie (*Partie I Contexte*), composée d'un seul chapitre (*Chapitre 1 L'émergence et la diffusion du concept*), nous nous attardons à retracer les grands moments de l'histoire de ce concept qui s'avère flou et mouvant, mais qui, par la volonté d'acteurs institutionnels de premier plan, s'est précisé et figé dans ses contradictions. Pour autant, il nous a semblé, ne serait-ce que par curiosité intellectuelle, utile et fondamental de comprendre comment et par quels procédés, il s'est maintenant imposé au secteur de la santé. Nous faisons tous partie d'un monde et celui des établissements de santé s'insère, en interconnexion avec d'autres, dans un champ plus vaste dont nous devons percevoir les influences et les enjeux pour pouvoir en saisir les opportunités. Car gérer un établissement de santé suppose aujourd'hui la pro activité créatrice et l'anticipation responsable dans un contexte ultra règlementé et plus soucieux de ses ressources.

Dans la deuxième partie (*Partie II Le développement durable dans les établissements de santé*), composée de deux chapitres, nous présentons à partir d'initiatives probantes les opérationnalisations possibles de ce concept par les établissements de santé. Le premier relate les modalités d'une démarche novatrice dans le secteur de la santé, appliquée particulièrement à la construction et à la rénovation des établissements (*Chapitre 1 La démarche Haute Qualité Environnementale*). Le second détaille les critères du manuel de certification et propose une analyse pour chacun d'eux, illustrée d'exemples concrets, mettant en lumière leurs enjeux, les éventuelles contradictions qu'ils recouvrent et l'évolution prévisible des exigences. (*Chapitre 2 Le développement durable dans la certification V2010*).

Chaque chapitre se termine sur la mise en exergue des bénéfices qui en découlent et des points de vigilance à garder en mémoire pour pouvoir tenter de surmonter les difficultés qui peuvent se présenter. Car en se déclinant du plus loin qu'il soit possible de remonter, jusqu'aux établissements de santé, le développement durable a gardé ses contradictions premières qu'il convient de gérer, au mieux, dans l'objectif de servir l'intérêt général.

PARTIE I - CONTEXTE

Nombreuses sont les références au développement durable aujourd'hui qui toutes font appel au triptyque de base, environnement, social et économie et à l'illustre définition du rapport Brundtland. Cependant, nos recherches nous ont conduit à constater qu'il n'en a pas toujours été ainsi et pour comprendre l'engouement d'aujourd'hui, il faut revenir aux origines et percevoir la lente maturation et stabilisation de ce concept devenu incontournable (*Chapitre 1 L'émergence et la diffusion du concept*). Nous verrons que le développement durable s'est construit autour d'une problématique générale remettant au départ en cause le modèle de développement des « *pays riches* » au détriment des « *pays pauvres* ». Mais la nécessité d'obtenir un consensus le plus large possible a conduit les accords internationaux à donner une place variable aux trois composantes du développement durable (*I Le développement durable est un concept flou et malléable...*). Pour l'opérationnaliser dans chaque Etat du monde, les gouvernements s'en sont emparé et La France, sous l'impulsion particulière de l'Europe a formalisé une Stratégie Nationale de Développement Durable (*II ... A la base d'une mobilisation nationale...*) Dès lors, les marges d'interprétations du concept se déclinent selon celle-ci, qui fixe des orientations dont nous ne discuterons aucunement la pertinence. Nous présentons simplement dans notre constat de départ, les priorités définies, qui ont des implications dans toutes les politiques de notre gouvernement, y compris les politiques de santé. Ceci nous conduira à établir, les axes d'intervention des établissements de santé dans ce domaine (*III ... S'imposant aux établissements de santé*).

CHAPITRE 1 - L'émergence et la diffusion du concept

I - Le développement durable est un concept flou et malléable...

Le concept de développement durable est polysémique par le fait que sa construction et ses délimitations, encore aujourd'hui sujettes à controverses, sont le fruit de l'évolution de différents compromis entre acteurs ayant, au-delà d'intérêts divergents, des logiques propres, de nature civique ou marchande (Gabriel et Gabriel, 2004 ; Gendron, 2006), et dont l'objectif est d'établir les règles de développement d'un projet, visant un équilibre harmonieux entre la Terre et ses habitants. Objectif ambitieux, s'il en est que de concilier des divergences dans une harmonie, tant et si bien que tour à tour, les accords, au gré du poids des acteurs dominants, valorisent l'une ou l'autre des préoccupations centrales de ce fameux « *développement* » qui se veut « *durable* » : l'économie, l'environnement et le social.

1 - A l'origine, une prise de conscience...

L'origine de la réflexion est la constatation préoccupante de la dégradation de l'environnement du fait de la croissance économique et industrielle. Les externalités négatives de l'économie (pollution de l'eau, de l'air, production de déchets) sont dès les années 1960 durement ressenties par certaines instances internationales, telles que l'Union Internationale pour la Conservation de la Nature (UICN), au point que le Club de Rome¹ publie, en 1972, un rapport intitulé « *Halte à la croissance ?* »²

¹ Club de Rome, créé en 1968 par l'industriel italien Aurelio Peccei, rassemble des industriels, des scientifiques et de hauts fonctionnaires ayant pour objectif de débattre des problématiques de croissance économique en lien avec les problèmes d'environnement dans un contexte de croissance soutenue.

² Rapport Meadows, D, (1972), « Massachusetts Institute of Technology », MIT, Groupe d'étude de dynamique des systèmes.

Ce document scientifique, souligne qu'aussi longtemps qu'est recherchée la croissance annuelle de la production industrielle, une dégradation significative des qualités de vie (due à l'épuisement des ressources, à la pollution ou à la pénurie alimentaire) est inévitable avant 2100. L'économie (à travers la croissance des externalités négatives) est dénoncée comme allant à l'encontre du développement écologique et social et plus fondamentalement, la qualité de vie est opposée au niveau de vie.

En d'autres termes, plus le niveau de vie, qui représente un indicateur économique de bien-être, lié au pouvoir d'achat et aux possibilités d'offre, augmente, et plus la qualité de vie, intégrant les externalités négatives de la croissance de la production, baisse.

Pour le Club de Rome, « *la dynamique d'une population croissante d'individus qui consomment et polluent de plus en plus dans un monde fini, mène nécessairement à une catastrophe environnementale ; quel que soit le scénario testé, la croissance exponentielle que l'on enregistre aboutit à un effondrement de la dynamique du système socio-économique mondial, du fait notamment de l'épuisement des ressources naturelles et ce, à un horizon temporel assez rapproché.* » (cité par Domenach et Picouet, 2000)³.

Les exemples ne manquent pas : augmentation de l'effet de serre, destruction de la couche d'ozone, appauvrissement de la biodiversité, érosion des terres arables, diminution et pollution de l'eau, diminution des réserves d'énergies. La croissance démographique et ses effets en termes de forte consommation des ressources sont donc pointés du doigt comme cause principale des problèmes auxquels les sociétés humaines sont confrontées dans leur cadre de vie qui est la Terre. La dénonciation scientifique va donc à l'encontre du modèle fordiste en vigueur qui lie accumulation de richesse et croissance de la consommation, et le rôle de l'économie passe de vecteur de progrès à cause de détérioration.

Le rapport lance un slogan de « *croissance zéro* » tout en mettant l'accent sur la redistribution des richesses au niveau mondial. Cette posture défendue par le Club de Rome n'a pas été unanimement admise et la controverse est dès lors importante, dans les milieux scientifiques tout d'abord où elle a un grand écho qui retentit encore parfois aujourd'hui. Alors que les économistes de l'environnement défendent la poursuite de la croissance, l'économie écologique propose une approche alternative de la problématique environnementale allant au-delà des analyses économiques traditionnelles : des travaux ont fait émerger des concepts pour aborder la problématique des relations entre société et environnement, comme le concept « *human carrying capacity of the Earth* » (capacité de charge humaine de la Terre, c'est à dire le nombre d'individus que peut supporter la Terre sans se dégrader, soit en quelque sorte l'équivalent de « *l'empreinte écologique* » conçue en 1999 par Wackernagel et Rees et vulgarisé par le WWF).

Le rapport du Club de Rome a en outre servi de terreau aux mouvements écologistes et aux organisations internationales de défense de la nature qui ont saisi cette opportunité pour accroître la dénonciation de la dégradation de l'environnement du fait des actions néfastes de l'Homme. La controverse ainsi alimentée, est relayée et interprétée par de nombreux médiateurs (médias et organismes politiques, scientifiques, professionnels) ; interprétation d'autant plus large qu'une incertitude scientifique demeure, tandis qu'à travers l'objet d'un intérêt général (la qualité de vie) elle implique tout citoyen, sans qu'il ne participe directement à la construction du problème.

³ DOMENACH.H, PICOUE.T.M, (2000), « Population et environnement », Paris, PUF. Cité par TSAYEM DEMAZE M. (2009), « Paradoxes conceptuels du développement durable et nouvelles initiatives de coopération Nord-Sud : le Mécanisme Pour un Développement Propre », Le Mans, UMR CNRS, publié dans CyberGéo : European Journal Of Geography.

2 - ... qui génère une mobilisation internationale

2.1 - La Conférence de Stockholm en 1972 : les premiers jalons

La pression exercée alors sur les responsables politiques dans les pays développés a contribué à la mobilisation de la communauté internationale, amenant l'ONU à adopter des résolutions⁴ et à convoquer des sommets planétaires pour débattre de l'état de l'environnement. L'intermédiation politique s'est avérée nécessaire, au moins pour permettre aux différentes parties d'engager des négociations. C'est ainsi que la conférence des Nations unies tenue à Stockholm en 1972 est généralement considérée comme l'acte initial de la genèse du développement durable. Cette conférence, aussi désignée « *Sommet sur l'environnement humain* », ou « *Premier sommet de la Terre* », a servi de cadre pour un débat mondial sur les problèmes d'environnement engendrés par la croissance démographique et les activités anthropiques. Ce sont surtout les pays du Nord qui se sont mobilisés pour cette conférence, préoccupés par la dégradation de l'environnement en lien avec la croissance économique et industrielle alors que les pays du Sud étaient plus préoccupés par les problèmes de pauvreté et de sous-développement. Les discussions et les négociations entre ces deux catégories de pays ont donné une consistance au concept d'« *écodéveloppement* » qui était alors une préfiguration du concept de « *développement durable* ». Par ce concept d'écodéveloppement, l'ONU voulait mettre l'environnement au centre des préoccupations de la communauté internationale, considérant que l'environnement regorge de ressources naturelles indispensables au développement et que l'amélioration des conditions de vie, notamment dans les pays du Sud, ne devrait pas se faire au détriment de la préservation de l'environnement. Ainsi, les Nations Unies offrent un projet plus conciliant : le principe 8 de la déclaration de la conférence de Stockholm sur l'environnement humain admet que « *le développement économique et social est indispensable si l'on veut assurer un environnement propice à l'existence et au travail de l'homme et créer sur la terre des conditions nécessaires à l'amélioration de la qualité de la vie.* »⁵ Il s'agissait donc déjà de concilier environnement et développement en promouvant une approche éco-centrée du développement, c'est-à-dire un développement « *écologiquement viable* », basé sur l'« *utilisation rationnelle* » des ressources fournies par l'environnement (Vivien, 2004). D'une dénonciation par opposition, le projet proposé évolue en recherche de consensus.

L'impact de cette conférence n'a pas été aussi retentissant que celui de la conférence de Rio en 1992, aussi, le concept d'« *écodéveloppement* » n'a pas perduré et l'expression « *sustainable development* », proposée par H. Kissinger en 1974, lui a progressivement ravi la vedette (Maljean-Dubois et Mehdi, 1999). Mais c'est avec le rapport Brundtland publié en 1987 que l'expression « *sustainable development* » a véritablement émergé et consacré la naissance officielle du développement durable à l'échelle mondiale.

2.2 - Le rapport Brundtland : l'acte de naissance du développement durable

En 1982, à l'occasion du 10^{ème} anniversaire du sommet de Stockholm (Stockholm + 10), l'ONU a voulu faire un état des lieux de l'environnement et du développement dans le monde. C'est à cette fin que l'Assemblée Générale de l'ONU a adopté la résolution 38/161 du 19 décembre 1983 créant une commission spéciale dénommée Commission Mondiale pour l'Environnement et le Développement (CMED).

⁴ La création du Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE) en 1972 est l'un des principaux résultats de la Conférence de Stockholm.

⁵ <http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?DocumentID=97&ArticleID=1503&l=fr>

Cette commission avait pour mandat de produire un rapport sur la perspective de l'environnement global à l'horizon 2000 et au-delà, avec des recommandations pour un développement soutenable. La présidence de la commission fut confiée à Madame Gro Harlem Brundtland, précédemment Ministre de l'Environnement et Premier Ministre du gouvernement norvégien. Le rapport de la commission, communément désigné rapport Brundtland, a été rendu public en 1987. Intitulé « *Our Common Future* » (*Notre Avenir à Tous*), ce rapport fait une prospective globale de l'environnement mondial et de l'humanité en tentant d'incorporer les dimensions écologiques, économiques, sociales et politiques pour proposer un « *développement durable* » (Annexe 1 page 78 Extrait du Rapport Brundtland).

L'expression originale, en anglais, est « *sustainable development* ». Elle a été traduite en français tour à tour par « *développement soutenable* », « *développement viable* » et enfin « *développement durable* », cette dernière expression ayant connu un succès qui a consacré son adoption à la quasi unanimité aujourd'hui. Cette conception du développement place l'Homme au centre des préoccupations, en le mettant toutefois devant ses responsabilités et en le prévenant des risques qu'il encourt et fait encourir à la Terre par la façon dont il use et abuse des ressources procurées par l'environnement. C'est dans le chapitre 2 de ce rapport que le concept « *sustainable development* » est précisément défini sous la forme qui fait référence aujourd'hui : « *Sustainable development is development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs* ». « *Le développement durable est un mode de développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la possibilité, pour les générations futures, de pouvoir répondre à leurs propres besoins* »

Cette définition englobe de facto un concept d'équité. Si le développement économique traditionnel a pour objet d'améliorer l'équité entre les pays développés et en voie de développement au sein d'une même époque, la notion de développement durable introduit dans l'analyse économique la dimension de temps et promeut une équité entre les individus de différentes générations.

En précisant que : « *deux concepts sont inhérents à cette notion : le concept de « besoins », et plus particulièrement des besoins essentiels des plus démunis, auxquels il convient d'accorder la plus grande priorité, et l'idée des limitations que l'état de nos techniques et de notre organisation sociale imposent sur la capacité de l'environnement à répondre aux besoins actuels et à venir.* », le rapport Brundtland prend en compte non seulement les problématiques à l'origine du développement durable (limite des ressources et satisfaction des besoins) mais soutient une poursuite de la croissance qui doit permettre de répondre aux besoins humains à la condition de « *faire en sorte qu'elle engloutisse moins de matières premières et d'énergie et que ses fruits soient répartis plus équitablement* » (CMED, 1989, p.61).

Et tout en adoptant une conception du développement priorisant l'humain, c'est-à-dire une approche mettant un accent particulier sur la satisfaction des besoins redéfinis comme devant « *intégrer des variables non économiques telles l'éducation et la santé comme des fins en soi, la pureté de l'air et de l'eau, la protection de la nature dans toute sa beauté.* », le rapport limite les besoins essentiels à l'emploi et à la capacité de consommation qu'il procure : « *le besoin primordial est de survivre, c'est-à-dire de travailler* » (CMED, 1989, p.64). Dès lors, en adoptant cette approche restrictive des besoins, le rapport Brundtland, tout en s'adressant particulièrement aux pays du Sud, reste conforme aux pratiques économiques habituelles et renonce à interroger les rapports de force à l'origine de la définition des besoins.

Cette commission va plus loin, en identifiant problème et solution : « *Les problèmes environnementaux les plus graves à l'échelle de la planète sont essentiellement dûs à la grande pauvreté qui prévaut dans le Sud et aux modes de consommation et de production non durables pratiqués dans le Nord.* »⁶ La solution est dès lors de modifier les modes de consommation et de production, mais sans remettre en cause fondamentalement la place de l'économie car elle représente le moyen de l'amélioration des échanges Nord-Sud, et de la satisfaction des besoins. Comme l'indique Zaccaï (2002)⁷, l'approche proposée par le rapport de la CMED doit être interprétée dans le sens d'une recherche de compromis entre Nord et Sud : il s'agit dans la définition de la relation environnement-développement, de prendre en compte les préoccupations du Sud sans porter atteinte aux acquis du Nord et plus précisément au style de vie des pays industrialisés. Ce faisant, le rapport Brundtland évacue toute allusion politique relative à une requalification réelle du développement. Cette requalification impliquerait une redistribution des ressources et donc une planification de la production, ce qui suppose l'existence d'un planificateur au lieu du libre fonctionnement du marché.

C'est ce rapport qui va inspirer le G7 de Toronto en 1988 et amener les 7 grands à placer le développement durable au cœur des politiques de chaque nation, et à créer le GIEC⁸, dont la mission consiste à étudier la responsabilité humaine dans le changement climatique et de proposer des solutions d'atténuation et d'adaptation.

3 - ... fondée sur des compromis...

Si l'expression et l'idée de développement durable font l'unanimité, le rapport Brundtland n'en épuise pas le contenu, ce qui laisse aux acteurs qui s'en emparent, la possibilité de le modeler selon leurs points de vue, leurs intérêts et systèmes de valeurs. Dès lors, de nombreuses conférences et conventions sont à l'origine de plans d'actions.

3.1 - La Conférence de Rio en 1992

La Conférence de Rio ou « *Sommet de la Terre* » reste encore aujourd'hui, la plus importante conférence internationale jamais réunie, 178 Etats se sont engagés à lier les enjeux du développement économique et social à ceux de l'environnement pour créer un monde plus solidaire, préservant les ressources et les milieux naturels. Il en est résulté l'adoption de deux textes principaux juridiquement non contraignants : la Déclaration de Rio et l'Agenda 21, accompagnés de conventions thématiques⁹.

La déclaration de Rio regroupe, autour du terme de développement durable, l'ensemble des valeurs communes qui ont permis de créer le consensus autour de la question de l'environnement et du développement et les formalise en 27 principes, centrés sur 5 dimensions identifiées auparavant par le rapport Brundtland : L'efficacité économique (principes 8, 12 et 16), la protection environnementale (principes 4, 7, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19 et 23), l'équité (principes 1, 3, 5 et 6), la gouvernance (principes 2, 9, 20, 21, 22 et 27) et la paix (principes 24, 25 et 26).

⁶ Rapport sur le site http://www.are.admin.ch/are/fr/nachhaltig/international_uno/unterseite02330/

⁷ ZACCAÏ.E. (2002), « Le développement durable. Dynamique et constitution d'un projet ». Coll. Ecopolis n°1, Bruxelles : PIE-Peter Lang, 358p, cité par Belem, G. 2009, Quelle gouvernance pour la mise en œuvre du développement durable ? L'expérience de l'industrie minière du Mali. Thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en sciences de l'environnement, Université du Québec, Montréal.

⁸ GIEC : Groupe d'Experts Intergouvernemental sur l'Evolution du Climat

⁹ Parmi les conventions thématiques, on notera notamment : la convention sur les changements climatiques (ratifiée le 21 décembre 1993) qui sera suivie de réunions internationales et de la rédaction du protocole de Kyoto en 1997, la convention sur la biodiversité, adoptée le 22 mai 1992 à Nairobi et signée par 152 pays à Rio, la déclaration sur les forêts (déclaration de principe non contraignante), la déclaration sur la désertification.

Les quatre premiers sont particulièrement importants puisqu'ils décrivent quelques uns des fondements incontestés du développement durable :

- Le Principe 1 rappelle la dimension anthropocentrée de la notion de développement durable : « *Les êtres humains sont au centre des préoccupations du développement durable* », ajoutant par ailleurs qu'« *ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature.* »
- Le Principe 2 insiste sur l'aspect holistique du développement durable, mettant en exergue le fait qu'un objectif global de durabilité n'a de sens que s'il est respecté par chaque nation « *conformément à la Charte des Nations Unies et aux principes du droit international* » et selon une stratégie qui doit être propre à chaque nation, en fonction de ses réalités propres (« *selon leur politique d'environnement et de développement* »). Cet aspect est également renforcé dans l'Agenda 21 des Nations Unies au chapitre 28, où il est précisé le rôle fondamental des collectivités locales dans l'application locale et concrète du concept de développement durable. Un principe qui sera résumé par la suite par la formule efficace : « *Penser globalement, agir localement* ».
- Le Principe 3 s'attache quant à lui à rappeler cet aspect récurrent et fondateur du développement durable qui est relatif à l'équité inter et intra générationnelle, se rapprochant en cela très fortement de la définition du rapport BRUNDTLAND puisqu'il est affirmé cette fois-ci que « *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* ».
- Le Principe 4 souligne l'interdépendance et la nécessité de transversalité d'approche entre développement et environnement en vue de l'adoption d'une stratégie de développement durable : « *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* ».

A travers ces quatre premiers principes, un cadre conceptuel semble émerger assez nettement, dans lequel le développement durable va progressivement pouvoir s'affirmer. L'Agenda 21 qui l'accompagne est un document de type stratégique et à vocation opérationnelle, c'est sans doute le plus important de ces textes juridiquement non contraignants. Dans la perspective de la mise en œuvre du développement durable, il fait le point des grandes questions qui préoccupent l'humanité et formule un programme d'actions à réaliser tout au long du 21^{ème} siècle en faisant appel à des principes opérationnels tels que la précaution, la responsabilité, la coopération, la participation et la transparence. Les États signataires de cet Agenda 21 s'engagent à entreprendre des politiques de développement durable aux niveaux national (agenda 21 national), régional (agenda 21 régional) et local (agenda 21 local).

En plus des 3 Déclarations juridiquement non contraignantes, Rio a débouché sur la signature et la ratification de 3 conventions internationales sur l'environnement¹⁰, ce qui montre qu'en réalité, la préoccupation majeure était d'ordre environnemental et non la lutte contre la pauvreté. Outre ces Déclarations et Conventions, le sommet de Rio est à l'origine de la création de la Commission du Développement Durable des Nations Unies. Elle se réunit annuellement pour faire le point sur la mise en œuvre des politiques internationales de développement durable, ainsi que pour développer la coopération entre Etats en matière de développement durable.

¹⁰ Ces conventions portent sur les changements climatiques (CCNUCC Convention Cadre des Nations Unies sur le Changement climatique, entrée en vigueur le 21 mars 2004), la diversité biologique et la désertification.

Il est important de noter que cette conférence scelle l'avènement mondial du développement durable, mais qu'elle laisse souveraineté aux Etats de l'opérationnaliser en fonction de leurs spécificités locales sur leur territoire. En cela, ce texte représente à la fois une conclusion magistrale à plus de vingt années de négociation internationale sur la question de l'environnement et du développement, mais également une invitation à l'appropriation du concept naissant de développement durable par les participants à la Conférence (et, plus largement, par l'ensemble de la société civile). C'est-à-dire, selon Gabriel Patrick, que l'Agenda 21 est « *un système de légitimité procédural, [...] (qui a construit) des procédures d'action acceptables par le plus grand nombre, [...] (et diffusé) ces procédures auprès d'une masse d'acteurs toujours plus importante.* »¹¹. Ce système est par nature issu des représentations sociales des groupes les plus influents, qui à partir d'un projet suffisamment global pour être consensuel, orientent et enracinent peu à peu leur interprétation du problème et les solutions envisageables, qu'il ne reste plus aux acteurs « *du terrain* » qu'à façonner et appliquer de manière pragmatique.

De nombreuses conférences ont suivi en déclinant de la même manière le développement durable dans divers secteurs¹². Ainsi, Selon Gabriel Patrick, s'est mis en place progressivement « *un mécanisme de diffusion et de surveillance de la conformité des actions des membres* ».

3.2 - Le sommet mondial de Johannesburg en 2002

Dénommée Sommet Mondial sur le Développement Durable, cette conférence des Nations Unies a fait le point sur la mise en œuvre du développement durable dix ans après la conférence de Rio de Janeiro (Rio + 10). Moins médiatisé, ce sommet a insisté davantage sur les aspects sociaux (équité, dialogue des cultures, santé, pauvreté) que sur les aspects environnementaux du développement durable. Considéré comme un échec ou à tout le moins comme un sommet aux résultats mitigés, il a révélé les difficultés de l'implémentation du développement durable dans le monde.

Il a été constaté que si le développement durable et ses trois piliers (économique, social et environnemental) sont conceptuellement novateurs, leur mise en application concrète s'apparente à une véritable gageure. L'opposition idéologique et politique entre les pays du Sud et ceux du Nord est restée vivace. Pendant que ceux du Sud continuent d'insister sur la lutte contre la pauvreté et réclament des crédits additionnels et l'annulation de leurs dettes afin de parvenir au développement, ceux du Nord continuent de se montrer surtout préoccupés par des questions d'environnement (réchauffement climatique et biodiversité) tout en souhaitant la mise en œuvre d'un cadre international favorable à l'accélération de la croissance économique.

Des avancées significatives n'ont pas eu lieu en matière d'application des décisions contenues dans les textes fondateurs, et selon Tubiana¹³, au niveau international, les questions sociales font l'objet d'affirmations avec les premiers principes de Rio mais ne sont pas traitées comme un problème commun nécessitant une coordination internationale comme c'est le cas pour l'environnement.

¹¹ Gabriel Patrick, 2007, Les enjeux stratégiques du développement durable, AIMS XVIème Conférence Internationale de Management Stratégique, Montréal, 23 pages.

¹² Le Caire en 1994 pour la population, Copenhague en 1995 le sommet social, Pékin en 1995 le sommet des femmes, Istanbul en 1996 Habitat II, le sommet des villes. Les grandes conventions sur la biodiversité ou le climat signées en 1992 à Rio ainsi que les conventions sur la désertification, les différentes réunions sur les forêts et sur l'eau ont leur propre agenda. Les conventions sont dirigées par la Conférence des Parties signataires (COP) qui se réunissent à un rythme annuel.

¹³ Tubiana, 1. 2001. « Le développement durable: un nouvel enjeu de la coordination internationale »; Les Cahiers français, no 302, Mai-juin.

D'une manière générale, l'émergence du concept de développement durable et la remise en cause de la croissance ont favorisé un investissement intensif dans la recherche de solutions à la problématique environnementale alors que la question des inégalités est restée quasiment entière.

L'acte final du sommet est l'adoption de deux documents : la Déclaration de Johannesburg qui engage les États signataires à mettre en œuvre les principes du développement durable, et le Plan d'Application de Johannesburg qui est destiné à guider les gouvernements dans les actions et les politiques à entreprendre pour le développement durable. Ces deux documents recommandent une série de mesures pour réduire la pauvreté et pour protéger l'environnement, elles concernent l'eau, la santé, l'énergie, l'agriculture et la diversité biologique. En somme, Johannesburg n'a rien apporté de nouveau par rapport à Rio ; *«les pays riches ont recyclé les promesses qu'ils n'ont pas su respecter depuis 20 ans»*, s'indignait Jeffrey Sachs, conseiller de Kofi Annan, alors Secrétaire Général de l'ONU, à la fin du sommet.

Toutefois, sur le plan conceptuel, on a noté à Johannesburg une évolution de l'importance accordée respectivement à chacun des trois piliers du développement durable. Alors que les préoccupations d'ordre économique prévalaient aux origines du développement durable dans les années 1970 et qu'à Rio c'est le couple environnement-économie qui était mis en avant, à Johannesburg, le social était en première ligne.

Schématiquement, il y a deux grands courants de développement durable :

- Le développement durable « faible » qui exige que l'utilité totale obtenue grâce à la croissance économique soit la même pour chaque génération, ce qui implique que le stock de capital agrégé pour chaque génération soit maintenu. C'est-à-dire que la baisse du stock de capital naturel soit systématiquement compensée par une hausse appropriée de capital « fabriqué » par l'Homme (dans la mesure où sa valeur utilitaire, dans une optique de croissance économique, reste la même)
- Le développement durable « fort », issu de l'approche économique écologique impose quant à lui la stabilité du stock de capital naturel, dès lors, le simple maintien de la valeur agrégée du stock de capital par les moyens proposés par l'approche dite « faible » ne peut être accepté.

Ces deux courants s'opposent conceptuellement et idéologiquement et il a fallu près de trente ans pour que les grands acteurs internationaux, sous l'égide des Nations Unies parviennent à définir et s'engager, de manière consensuelle un développement durable. L'exigence de préservation du capital naturel repose sur des règles minimales de prudence qui seront à la base du principe de précaution. Pour Daly (1990)¹⁴, ces règles comprennent trois composantes:

- (1) les taux d'exploitation des ressources naturelles renouvelables doivent être égaux ou inférieurs à leur taux de régénération,
- (2) les taux d'émission des déchets doivent être égaux ou inférieurs aux capacités d'assimilation et de recyclage des milieux dans lesquels ils sont rejetés,
- (3) l'exploitation des ressources naturelles non renouvelables doit se faire à un rythme égal ou inférieur à celui de leur substitution par des ressources renouvelables.

¹⁴ Daly H.E. (1990) « Toward Some Operational Principles of Sustainable Development », *Ecological Economics*, 2, 1-6, cité par Vivien, F-D. 2004. « Un panorama des propositions économiques en matière de soutenabilité ». *Vertigo*, La revue en sciences de l'environnement sur le Web, Vol 5, n° 2, 25 p.

Cependant, comme le souligne Vivien (2004)¹⁵, la difficulté principale réside dans la détermination des limites d'exploitation des ressources naturelles ainsi que dans la définition des conditions de répartition de ces contraintes au sein de la société. Finalement, il est nécessaire de déterminer les institutions qui permettront aux acteurs économiques de prendre les décisions optimales en fonction des différentes contraintes. C'est précisément le rôle des différentes Conférences internationales visant à s'accorder sur des objectifs concertés comme par exemple le Protocole de Kyoto, dont les objectifs ont été rediscutés à Copenhague en décembre 2009. En fixant des objectifs quantifiés de rejet de CO₂, en envisageant différentes options en matière de répartition des permis de droits à polluer, l'élaboration d'un ensemble de normes socio-environnementales encadrant un ensemble d'activités économiques semble ne pas relever de l'impossible.

3.3 - Entre Rio et Johannesburg, l'engagement suscité des entreprises

En 1997, constatant la mondialisation et que les grandes conventions internationales en matière d'environnement de droits de l'homme ou du travail tardent à être ratifiées et mises en œuvre par certains pays, les Nations Unies interpellent les entreprises, principalement les multinationales, pour qu'elles s'engagent directement. Est ainsi lancée une première initiative sur les rapports de développement durable : la Global Reporting Initiative, qui propose un référentiel d'indicateurs permettant de mesurer l'avancement des programmes de développement durable des entreprises. La production des rapports doit suivre un certain nombre de principes : transparence, dialogue avec parties prenantes, exhaustivité, précision du contexte, garantie de fiabilité des données et accès libre au rapport. En 1999, le Secrétaire général des Nations Unies, lance l'initiative du Pacte Mondial (Annexe 2 page 79 Global Compact), officiellement lancé au siège de l'ONU en juillet 2000, invitant les sociétés à adopter dix principes universels, sur les droits de l'homme, les normes de travail et l'environnement, et la lutte contre la corruption dans l'esprit d'un « *développement responsable et durable* ».

Le programme d'action de Johannesburg (2002) conforte ce mouvement et propose d'« *encourager le secteur industriel à améliorer ses résultats sur les plans social et environnemental grâce à des initiatives volontaires concernant, par exemple, des systèmes de management environnemental, des codes de conduite, des mesures de certification et la publication d'information sur des questions environnementales et sociales, en tenant compte d'éléments tels que les normes de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) et les directives de l'Initiative mondiale sur les rapports de performance (Global Reporting Initiative) concernant les données relatives à la durabilité, en gardant à l'esprit le principe 11 de la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement* »¹⁶.

Les entreprises sont donc sommées de prendre des engagements au nom de leur responsabilité sociétale et de les respecter. Bon nombre d'entre elles affichent des visions, des valeurs ou des engagements dans le développement durable et la RSE¹⁷. Cependant comme ce cadre d'engagements n'est pas lié à un mécanisme d'évaluation, il peut se limiter à l'affichage de bonnes intentions ou à des positions incohérentes avec les engagements pris. A titre d'exemple, 335 entreprises françaises avaient signé en juin 2004 le Pacte mondial, ce qui représente près de 20% des signataires.

¹⁵ Vivien, F-D. 2004. « Un panorama des propositions économiques en matière de soutenabilité ». Vertigo, La revue en sciences de l'environnement sur le Web, Vol 5, n° 2, 25 p.

¹⁶ Ce principe demande que de telles normes n'imposent pas un coût économique et social injustifié aux pays en développement.

¹⁷ RSE : Responsabilité Sociale des Entreprises.

Or certaines de ces mêmes entreprises ont milité contre l'introduction du principe de précaution dans la Constitution française (Brodhag, 2003)¹⁸ alors que le Pacte Mondial précise dans l'un de ses principes que « *les entreprises sont invitées à appliquer l'approche de précaution face aux problèmes touchant l'environnement* ».

4 - ... que la France s'approprie lentement

Ainsi initié par les Nations Unies qui ont tout mis en place pour s'assurer de l'appropriation du concept par les acteurs de terrain, le développement durable va progressivement s'imposer au niveau européen et national. La Commission Européenne, va dès le milieu des années 1990 accélérer ce mouvement d'appropriation « *par le haut* » en l'intégrant au cœur de sa politique et en le traduisant en critère d'attribution de financement dans nombre de ses appels à projet, ainsi que dans la législation communautaire. Tant et si bien qu'à partir de la seconde moitié de la décennie 1990, le développement durable devient pour nombre d'organismes publics, parapublics, associatifs et même privés une référence incontournable, véritable point de passage obligé. Pour autant, l'intérêt de la France pour le développement durable fut relativement tardif. Elle n'était pas représentée dans le cadre de la CMED¹⁹, on ne trouve quasiment pas trace ni mention du développement durable dans les politiques françaises du début des années 1990. Assimilé vaguement aux problématiques environnementales²⁰, puis aux problématiques d'aide au développement, le terme reste flou même après Rio.

Le premier geste véritablement significatif de la part du gouvernement sera la création, en avril 1994, de la Commission Française du Développement Durable (CFDD), à l'origine envisagée comme un organe de négociation²¹, dans la perspective des futures conférences internationales. Après les élections présidentielles de 1995, la CFDD sera rattachée au ministère de l'environnement et placée sous la présidence de Christian BRODHAG²². C'est à partir d'ici que va se populariser en France la traduction du développement durable sous l'approche qui vise à situer la soutenabilité comme étant à l'intersection des sphères économique, sociale et environnementale. En faisant son entrée dans la loi française (code rural) par l'intermédiaire de la loi BARNIER²³, qui reprend dans son introduction, quasiment mot pour mot, la définition donnée par le rapport BRUNDTLAND, le développement durable s'affirme et quatre grands principes sont également introduits dans la loi :

- le principe de précaution : il spécifie que des mesures doivent être prises lorsqu'il existe des raisons suffisantes de croire qu'une activité ou un produit risque des dommages graves et irréversibles à la santé et à l'environnement. Il permet d'assurer un niveau élevé de protection de l'environnement et de la santé humaine, animale ou végétale dans le cas où les données scientifiques du problème ne permettent pas une évaluation complète du risque ;

¹⁸ BRODHAG C., 2003, Le principe de précaution, les Echos, vendredi 4 avril, cité par Christian Brodhag, Natacha Gondran et Karen Delchet, 2004, Du concept à la mise en œuvre du développement durable : théorie et pratique autour de guide SD 21000, Vertigo, La revue en sciences de l'environnement sur le Web, Vol 5, n°2.

¹⁹ CMED Commission Mondiale pour l'Environnement et le Développement.

²⁰ Une référence aux travaux internationaux sur le développement durable apparaît dans le Plan National pour l'Environnement présenté par Brice Lalonde en 1990, sans mention de volonté d'application au cas français.

²¹ Le premier décret constitutif date de mars 1993 (Décret n°93-744 du 29 mars 1993 portant création de la commission française du développement durable) et sera revisité suite au changement de gouvernement, avant même que soient nommés les membres de la CFDD.

²² Christian BRODHAG est actuellement le Délégué interministériel en charge du développement durable, dépendant du Ministère mais sous l'autorité directe du premier ministre.

²³ Loi 95-101 du 2 février 1995, Loi relative au renforcement de la protection de l'environnement.

- le principe pollueur-payeur : il vise à prévenir et réparer les dommages à la nature causés par un site ou une activité industrielle ;
- le principe d'action préventive et de correction : il concerne les atteintes à l'environnement et vise à utiliser les meilleures techniques possibles à un coût économique acceptable ;
- le principe participation-information : il donne le droit à chaque citoyen d'avoir accès aux informations relatives à l'environnement, y compris celles relatives aux substances et activités dangereuses. Le citoyen doit être associé au processus d'élaboration des projets ayant une incidence importante sur l'environnement ou l'aménagement du territoire

L'officialisation du concept a eu pour mérite d'amener le Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement à donner sa propre définition du développement durable. En juin 1998, le ministre l'a ainsi défini selon les termes de la définition du rapport Brundtland, lui attribuant par ailleurs comme objectif de « *permettre à tous les peuples de la planète d'accéder à un niveau satisfaisant de développement social et économique, d'épanouissement humain et culturel, sur une terre dont les ressources seraient utilisées plus raisonnablement, les espèces et les milieux mieux préservés* »²⁴. Un commentaire fait dans le Code permanent Environnement et Nuisances suggère que « *la protection de l'environnement (...), la cohésion sociale et un développement économique susceptible de modifier les modes de production et de consommation sont les trois pôles du développement durable* »²⁵. Dominique VOYNET va confirmer cette traduction et cette approche triptyque en affirmant que le développement durable doit se fixer des « *objectifs d'équité sociale, d'efficacité économique et d'amélioration de l'environnement* »²⁶. Le Ministère officialisera cette traduction du développement durable en affichant en couverture de son appel à projet sur les « *outils et démarches en vue de la réalisation d'agendas 21 locaux* » la traduction schématique de cette approche de la soutenabilité.

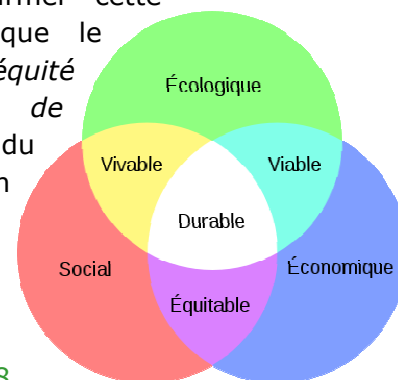


Figure 1 : Le développement durable selon le Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement en 1998

Le développement durable se résume depuis à une définition, celle du rapport BRUNDTLAND, trois objectifs (équité sociale, efficacité économique et amélioration de l'environnement) auxquels sont enfin rattachés trois principes, rescapés en particulier de la déclaration de Rio : le principe de solidarité, le principe de précaution et le principe de participation²⁷ (qui sera qualifié de gouvernance par certains). Ainsi, même si l'UICN, inventeur du terme à son origine, mentionnait déjà en 1980 combien il était nécessaire de « *tenir compte des facteurs sociaux et écologiques, ainsi que des facteurs économiques* »²⁸, cette traduction n'a pas été retenue par les Nations Unies dans le processus de négociation jusqu'à Rio, la problématique restant axée autour de deux pôles (et non trois).

²⁴ Réponse ministérielle n. 6471, JO Sénat, Q du 4 juin 1998.

²⁵ Code permanent Environnement et Nuisances, 15 février 2000.

²⁶ VOYNET D., in MATE (1998) Les outils et démarches en vue de la réalisation d'Agendas 21 locaux, Dossier de présentation, Ed. MATE.

²⁷ Notons que ces trois principes étaient déjà retenus dans la loi BARNIER et accompagnaient la définition du rapport BRUNDTLAND. Par contre, le principe pollueur – payeur, présent dans la loi BARNIER, a ici disparu.

²⁸ UICN, créée en 1948 sous l'égide de l'UNESCO. La notion de développement soutenable apparaît véritablement pour la première fois dans la « Stratégie Mondiale pour la Conservation », document commandé par le PNUE et WWF à l'UICN, et publié en 1980.

Cette approche a donc ressurgi afin de favoriser l'appropriation du développement durable et améliorer sa lisibilité, après Rio. Tout en se précisant sensiblement, les contours du développement durable se sont également élargis, ou plus précisément assouplis, au cours de ce processus de transformation en un point de passage obligé, sans doute pour permettre une appropriation la plus large possible en présentant une forme optimale du point de vue de son caractère consensuel. D'ailleurs, Corine Gendron et Jean-Pierre Revéret²⁹ soulignent que : *« le succès du concept de développement durable tient notamment à son caractère flou et malléable qui le rend propice à des interprétations aussi larges et diversifiées que contradictoires, et facilite d'autant sa diffusion et son appropriation par les différents groupes sociaux. »*

Par ailleurs, Yannick Rumpala démontre dans son ouvrage³⁰, que la montée en visibilité des enjeux environnementaux aux niveaux médiatiques et institutionnels n'a pas entraîné de remise en cause du primat de l'économie dans les priorités gouvernementales ; mieux, le maintien de cette subordination des questions environnementales aux questions économiques semble avoir participé au développement de politiques publiques dans le secteur de l'environnement ces quinze dernières années.

Nous retiendrons donc une conclusion de Corine Gendron et Jean-Pierre Revéret³¹ : *« le développement durable que l'on présente comme une révolution paradigmatique est bien souvent davantage une utopie qu'un véritable projet de société alternatif qui pêche par excès d'optimisme en imaginant que le processus politique, à l'instar de la main invisible, saura rallier tous et chacun autour d'un grand projet commun d'intérêt général. Plutôt que d'éliminer le caractère conflictuel fondamental des rapports sociaux, on peut s'attendre à ce que la question environnementale préside à une reconfiguration de ces rapports. Si bien que le développement durable constitue bien davantage un nouveau cadre à l'intérieur duquel pourront se nouer de nouveaux compromis qui tiendront compte, cette fois, des contraintes écologiques. »*

Partant, il est clair aujourd'hui que le rôle des acteurs publics dans la formulation de la traduction du concept sous cette forme triptyque a grandement participé à l'officialiser, le légitimer et le figer dans ce champ conceptuel qui, à force de répétition, d'imitation et de récupération, s'est progressivement stabilisé. Devenu suffisamment alléchant, facilement appréhensible et malléable, auréolé de bonnes intentions, et assurant enfin à chaque organisme s'en revendiquant, l'assentiment et la générosité des acteurs publics, le concept de développement durable a connu dès lors un essor extraordinaire. Mais pour être effectif et dépasser son statut de slogan, le développement durable doit être compris comme un **agencement hiérarchisé** des pôles économie, environnement et société où le développement social est envisagé comme un objectif, l'économie comme un moyen et l'intégrité de l'environnement comme une condition, l'équité étant à la fois un moyen, une condition et une fin du développement durable (Gendron & Revéret, 2000). Dans cette perspective, le développement doit respecter l'intégrité de l'environnement en préservant les grandes régulations écologiques (climat, biodiversité, eau etc.) et contribuer effectivement au mieux-être des personnes et des sociétés; l'économie étant instrumentalisée à cette fin. De cette manière, les décisions doivent être évaluées au regard des objectifs sociaux et environnementaux, ce qui a des implications politiques.

²⁹ Corine Gendron et Jean-Pierre Revéret, 2000, Le développement durable, In Économie et Sociétés, Série F, n° 37, « Développement » -I, 912000, p. 111-124

³⁰ Rumpala.Y (2003), Régulation publique et environnement, questions écologiques, réponses économiques, L'Harmattan.

³¹ Corine Gendron et Jean-Pierre Revéret, 2000, opus cité

II - A la base d'une mobilisation nationale...

1 - ... qui s'institutionnalise peu à peu...

C'est donc surtout à partir de 1995 que le développement durable s'affirme et se diffuse par nos institutions. Le Comité 21 est créé cette année-là, avec la vocation de suivre les avancées réalisées en France. Les références explicites au développement durable vont ensuite se multiplier dans les textes de loi :

- dans le domaine des transports, la loi n°96-1236 du 30 décembre 1996 sur l'air vise à rationaliser l'utilisation de l'énergie et à définir une politique publique intégrant l'air en matière de développement urbain,
- la loi n°99-586 du 12 Juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale, fournit de nouveaux instruments techniques et juridiques, devant favoriser la mise en œuvre de politiques de développement durable,
- la loi n°99-533 du 25 juin 1999, Loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire va beaucoup plus loin dans l'intégration du concept dans le cadre législatif en définissant de nouveaux modèles de développement et d'aménagement du territoire. Une partie essentielle du texte officialise le rôle central des collectivités locales dans le processus de concrétisation et d'application du concept de développement durable, notamment dans la gestion de l'eau, répondant en cela au chapitre 28 de l'Agenda 21. Cette loi institue aussi une délégation parlementaire à l'aménagement et au développement durable du territoire, signant par là que le développement durable devient incontournable dans la vie politique.
- La loi n°2000-1208 du 13 Décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain apporte des modifications substantielles au code de l'urbanisme pour la préservation des zones présentant un intérêt écologique.

Ce mouvement sera par la suite formidablement accéléré sous l'impulsion de l'Europe.

2 - ... dynamisée par la construction européenne

L'engagement international pris dans le cadre de l'ONU en 1992 lors du Sommet de la Terre, a été intégré dans l'article 2 du traité d'Amsterdam entré en vigueur le 1er mai 1999 : *« La Communauté a pour mission, par l'établissement d'un marché commun, d'une Union économique et monétaire et par la mise en œuvre des politiques ou des actions communes visées aux articles 3 et 3 A, de promouvoir dans l'ensemble de la Communauté un développement harmonieux, équilibré et durable des activités économiques, un niveau d'emploi et de protection sociale élevé, l'égalité entre les hommes et les femmes, une croissance durable et non inflationniste, un haut degré de compétitivité et de convergence des performances économiques, un niveau élevé de protection et d'amélioration de la qualité de l'environnement, le relèvement du niveau et de la qualité de vie, la cohésion économique et sociale et la solidarité entre les États membres. »*. L'orientation générale est donnée, il s'agit de promouvoir une croissance qui favorise le développement (l'amélioration de la qualité de la vie), l'emploi et la protection sociale (lutte contre le chômage et toutes les inégalités), tout en préservant l'environnement. Dans la continuation de ce traité, le Conseil européen de Lisbonne (2000) lance la stratégie de Lisbonne, axe majeur de politique économique et de développement, dont l'objectif est de faire de l'Union européenne *« l'économie de la connaissance la plus compétitive et la plus dynamique du monde d'ici à 2010, capable d'une croissance économique durable, accompagnée d'une amélioration quantitative et qualitative de l'emploi et d'une plus grande cohésion sociale »*.

La mise en œuvre passe par la réalisation de réformes globales et interdépendantes, ayant l'innovation comme moteur de changement, l'économie de la connaissance, le renouveau social et environnemental comme champ d'application. La nécessité d'efficacité enjoint les Etats à la Révision Générale des Politiques Publiques, inscrite dans l'Agenda de Lisbonne et lancée officiellement en France le 10 juillet 2007, avec l'objectif affiché de développer une culture du résultat qui devrait conduire à l'efficience, à l'utilisation optimale de l'argent public, dans tous les secteurs, en suivant le cap général donné par l'Union : « *maîtriser et rationaliser les dépenses publiques tout en améliorant la qualité des politiques publiques* ».

En décembre 2000, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne mentionne le principe du développement durable³². Un an plus tard (Conseil Européen de Göteborg en 2001), la stratégie de Lisbonne a été infléchie pour y introduire des dimensions environnementales, la stratégie européenne de développement durable (SEDD) est adoptée et impulse une politique agricole et une politique de la pêche, communes (préservation de l'environnement), tout en renforçant sa politique de développement rural (développement économique). D'autres mesures concernent la lutte contre l'exclusion sociale, la préparation des conséquences du vieillissement de la société, la réduction de l'effet de serre et l'amélioration de la qualité des transports publics locaux. Après l'échec de la constitution (2004), le traité de Lisbonne³³ (2007) qui est entré en vigueur au 1er décembre 2009, accorde à la lutte contre le changement climatique un statut prioritaire.

Ainsi, l'Europe veut se placer en première ligne pour servir d'exemple au relèvement des défis du développement durable. La SEDD, modifiée en 2006, oriente les objectifs globaux vers l'amélioration constante de la qualité de vie des générations actuelles et futures en créant des communautés durables, capables de gérer et d'utiliser efficacement les ressources et d'exploiter le potentiel d'innovation écologique et sociale de l'économie, assurant ainsi la prospérité, la protection de l'environnement et la cohésion sociale. Les principaux enjeux définis sont les changements climatiques et les énergies propres, les transports durables, les modes de production et de consommation durables, les menaces pour la santé publique (avec en particulier une stratégie de lutte contre le VIH et des plans de lutte contre les inégalités de santé), la gestion des ressources naturelles, l'intégration sociale, la démographie et les mouvements migratoires et la lutte globale contre la pauvreté dans le monde.

Nous sommes donc dans une conduite de changement à l'échelle européenne (voire internationale), à une phase stratégique de réorientation économique visant le développement d'un nouveau modèle de croissance permettant de répondre au défi climatique et, plus globalement, de développer des nouveaux modes de consommation et de production beaucoup plus sobres en ressources naturelles. Les responsables politiques et économiques de la plupart des pays du monde sont aujourd'hui convaincus que la sortie de la crise financière et économique actuelle, passera par la « *croissance verte* », qui repose sur le développement simultané d'un certain nombre de filières « *vertes* ».

³² Article 37 sur la protection de l'environnement, cette Charte est juridiquement non contraignante.

³³ Traité de Lisbonne: dernier traité en date, signé par 27 Etats membres le 13 décembre 2007, modifie le traité sur l'UE et le traité instituant la CE et accorde entre autres une personnalité juridique à l'UE qui pourra dès lors conclure des accords internationaux dans tous ses domaines de compétences : compétence exclusive pour la conservation des ressources biologiques de la mer dans le cadre de la politique commune de la pêche, compétence partagée pour la politique sociale, la cohésion économique sociale et territoriale, l'agriculture et la pêche, l'environnement, les transports, l'énergie, les enjeux communs de sécurité en matière de santé publique, compétence de coordination pour la protection et l'amélioration de la santé humaine, l'industrie, l'éducation, la formation professionnelle, la jeunesse et le sport.

A la croisée de la stratégie de Lisbonne qui vise à faire de l'Europe l'économie de la connaissance la plus dynamique du monde en favorisant l'innovation, et de la SEDD qui priorise la lutte contre le changement climatique, se trouvent « *les gisements de croissance verte* », qu'il est d'autant plus urgent de développer que le Parlement Européen, alors sous la présidence de notre actuel Président de la République, a adopté le 17 décembre 2008, le paquet énergie-climat. C'est un plan d'action opérationnel visant à traduire de manière concrète, obligatoire et contrôlable, les engagements pris par l'Union européenne : diminuer d'au moins 20% ses émissions de gaz à effet de serre à l'horizon 2020 (le sommet international de Copenhague de décembre 2009 n'ayant abouti qu'à une déclaration politique non contraignante), améliorer de 20% son efficacité énergétique et atteindre une proportion de 20% d'énergies renouvelables à l'horizon 2020. Le paquet porte sur l'ensemble des secteurs : bâtiment, industrie, transport, énergie et produits de consommation. Les objectifs sont donc très ambitieux et la taxe carbone³⁴ fait partie de la panoplie des instruments disponibles et choisis pour les atteindre à moindre coût. Chaque Etat devant s'organiser selon une stratégie propre.

3 - ... conduisant à une stratégie nationale du développement durable

Le premier séminaire gouvernemental sur le développement durable qui s'est tenu le 28 novembre 2002 a marqué la volonté du gouvernement de lui donner une dimension majeure et de l'inscrire au cœur de l'action publique. A cette occasion, il a commencé à traduire ses engagements en instaurant en 2003 une stratégie nationale du développement durable définie pour cinq ans (SNDD 2003-2008), orientée en particulier vers la mobilisation des services de l'Etat. 64 mesures de court et moyen termes ont été arrêtées autour de 6 axes stratégiques : « *Le citoyen, acteur du développement durable* », « *Territoires* », « *Activités économiques, entreprises et consommateurs* », « *Prévenir les risques, les pollutions et autres atteintes à la santé et à l'environnement* », « *Vers un Etat exemplaire* », et enfin « *Action internationale* ».

La Charte de l'environnement³⁵, élaborée en 2004 et adossée à la Constitution en 2005, (Annexe 3 page 80 Loi constitutionnelle n°2005-205 du 1^{er} mars 2005 relative à la Charte de l'environnement), réaffirme et porte au niveau constitutionnel les quatre principes issus de la déclaration du sommet de Rio (le principe de précaution, le principe pollueur-payeur, le principe d'action préventive et de correction, et le principe participation-information).

La mise en œuvre de la SNDD a été marquée par l'élaboration d'un Plan climat³⁶ actualisé en novembre 2006 et d'un Plan National Santé Environnement en 2004 (PNSE1). En effet, l'impact sur la santé humaine des altérations de l'environnement est l'un des volets majeurs de la politique de santé publique ainsi qu'un thème central de la politique environnementale. Le PNSE1 (2004-2008) rassemblait des actions visant à réduire les atteintes à la santé des Français liées à la dégradation de l'environnement (air, eau, produits chimiques).

³⁴ L'article 5 du projet de loi de finances pour 2010 relatif à l'instauration d'une taxe carbone a été adopté le 23 octobre en première lecture à l'Assemblée nationale. La Suède et le Danemark ont été les premiers à mettre en place une contribution climat énergie, dès la première moitié des années 1990. L'Allemagne s'est engagée à l'adopter en 2012.

³⁵ Notons que sur les dix articles que comporte la charte, quatre (art. 4, 5, 6 et 9) font directement référence aux impacts économiques.

³⁶ Le plan climat prévoit une évaluation des impacts du changement climatique sur sept thèmes : Santé, Agriculture/forêts/ressources en eau et pêche, Risques naturels et assurances, Énergie, Urbanisme/cadre bâti/infrastructures de transport, Tourisme, Approche transversale et territoriale.

Dans le prolongement de la SNDD, le gouvernement a lancé en 2007 une démarche de consultation, « *le Grenelle de l'environnement* », conformément au principe 10 de la déclaration de Rio qui énonce que « *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 [...] 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* », afin de définir de nouvelles actions. Après quatre mois de concertation, les conclusions du « *Grenelle de l'environnement* » ont été rendues le 25 octobre 2007. Un grand plan national d'investissement durable a été lancé sur quatre ans pour développer l'énergie, les « *moteurs* » du futur, la biodiversité et la santé environnementale.

La Loi n°2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement (1) parachève la formalisation des objectifs et la loi Grenelle 2, en préparation, devrait permettre l'adaptation du droit français aux nouvelles exigences définies par la loi Grenelle 1. La thématique de la santé environnementale est considérée comme « *un thème écologique central, au cœur du Grenelle, au même titre que le changement climatique ou la protection de la biodiversité* ». L'élaboration de ce deuxième Plan National Santé-Environnement (PNSE 2) s'inscrit à la fois dans la suite du premier PNSE (PNSE 1), assurant sa continuité et bénéficiant de ses enseignements ; mais également, dans la suite des tables rondes du Grenelle Environnement dont il décline 21 de ses engagements. Il s'articule avec l'ensemble des autres plans de santé publique, le plan de santé au travail (PST1 2005/2009, PST2 2010/2014) et complète les plans destinés à protéger l'environnement. Il est orienté selon deux axes principaux, la réduction des inégalités environnementales (inégalités de sensibilité aux agents pathogènes en fonction de l'âge ou de l'état de santé de chacun, inégalités liées au contexte socio-économique, inégalités géographiques liées à l'inhomogénéité des altérations de l'environnement sur le territoire) et la réduction des expositions responsables de pathologies à fort impact santé sur la santé (cancers, maladies cardiovasculaires, pathologies respiratoires...).

Ainsi, la France s'est fixé des objectifs ambitieux en matière de développement durable. L'organisation de la mobilisation se veut décroisée, opérationnalisée de façon territoriale (locale), selon des axes prioritaires définis en concertation et devant servir une amélioration globale de la qualité de l'environnement. La coopération, la transversalité, le partage d'expériences et la recherche d'informations sont les maîtres mots de cette phase de transition devenue incontournable. Les axes prioritaires étant définis selon des plans nationaux, il convient que tous les acteurs puissent travailler à leur mise en œuvre. Pour se faire, l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME), propose des solutions aux entreprises, aux collectivités et aux citoyens soucieux de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'air, la prévention de la production de déchets, la promotion des énergies renouvelables, la lutte contre la pollution des sols et les nuisances sonores.

4 - ... définissant des priorités...

Le changement climatique, la consommation d'énergie, la production de déchets, les menaces pour la santé publique, la pauvreté et l'exclusion sociale, la gestion des ressources naturelles, la perte de biodiversité, l'utilisation des sols, le développement économique, sont autant de défis dont l'ampleur et l'interdépendance nécessitent une approche transversale dépassant l'horizon des politiques et des actions sectorielles. Ils appellent la mobilisation et la coopération de tous.

Ainsi, la SNDD 2009-2012 promeut une approche décloisonnée du développement durable et fixe 9 axes prioritaires en cohérence avec la SEDD :

1 : Changements climatiques et énergie propre : ce défi consiste à réduire les émissions des gaz à effet de serre, développer les énergies renouvelables, faire des économies d'énergie et préparer l'adaptation aux conséquences du changement climatique

2 : Transports et mobilité durables : il s'agit de transférer une part de la demande de transport routier vers des modes de transports plus respectueux de l'environnement (maritime, ferroviaire, fluvial), de réduire les besoins de mobilité, favoriser les transports collectifs, développer des modes de transports alternatifs et poursuivre les efforts de sécurité routière

3 : Production et consommation durable : il s'agit d'agir tout au long du cycle de vie du produit, de sa production jusqu'à son élimination et au recyclage, de développer les écolabels, de promouvoir les systèmes de management environnementaux et une alimentation saine

4 : Conservation et gestion des ressources naturelles : il s'agit d'utiliser plus efficacement les ressources naturelles, de lutter contre la dégradation de l'environnement, les pollutions de l'air, de l'eau, des sols, de développer le recyclage

5 : Santé publique, prévention et gestion des risques : outre les objectifs du PNSE2 et du PST2, le défi consiste à assurer l'équité dans l'accès aux soins et aux services de santé, moderniser notre système de protection sociale et de santé pour en assurer la pérennité conformément, à la loi de 2008 « *Hôpital, Patient, Santé et Territoire* ». Accroître notre capacité d'anticipation et de veille en matière de risques sanitaires émergents (nanotechnologies, ondes électromagnétiques, etc.) les maladies émergentes (chikungunya, pandémies grippales) et l'extension, liée au changement climatique, de certaines maladies endémiques (paludisme, etc.).

6 : Inclusion sociale, démographie et immigration : ce défi repose sur l'égalité des chances, et se traduit par des efforts de compensation des handicaps, la lutte contre toutes les discriminations, la volonté de réduire la pauvreté et d'assurer la pérennité des régimes sociaux en gérant les impacts de l'évolution démographique.

7 : Pauvreté dans le monde et défis internationaux en matière de développement durable : aide publique au développement, Objectifs du Millénaire pour le développement, renforcer la gouvernance internationale, réguler la mondialisation.

8 : Education et formation, Recherche et développement : ce défi repose sur le principe d'égal accès à l'éducation et la formation pour fournir aux citoyens les outils pour s'épanouir personnellement, s'intégrer socialement et participer à la société de la connaissance promue au niveau européen par la Stratégie de Lisbonne et la SEDD. La stratégie de recherche et d'innovation est axée sur l'efficacité énergétique et l'adaptation au changement climatique.

9 : Gouvernance : ce défi repose sur la participation des acteurs à toutes les étapes de la démarche de développement durable, conduite en mode projet, piloté, favorisant l'approche transversale qui permet de concilier le développement économique avec l'amélioration du bien-être, la cohésion sociale, avec la protection des ressources environnementales et du climat. L'évaluation est primordiale dans la perspective d'une amélioration continue.

Dans chacun de ces neuf défis (sauf peut-être le n°7), toutes les entreprises peuvent trouver des orientations à mettre en œuvre en leur sein.

Les établissements de santé, comme toutes les entreprises peuvent donc opérationnaliser ces grands axes. Cependant, avant d'entrer dans les détails de cela, il nous semble opportun de faire le lien entre le développement durable, le système de santé et les objectifs poursuivis par nos réformes successives, de façon à percevoir l'articulation, non forcément affichée en première intention. En effet, parallèlement à la SNDD, la Révision Générale des Politiques Publiques engagée en 2007, consiste dans le secteur de la santé, sous l'impulsion de la stratégie de Lisbonne qui enjoint à travailler à la pérennité, notamment financière des systèmes de santé et à la réduction des inégalités de santé, à poursuivre les réformes engagées depuis les années 80. La durabilité du système est envisagée au travers de la maîtrise et la rationalisation des dépenses, dont l'efficacité allocative (part des ressources nationales affectées à la santé) et productive (value for money) sera optimisée par une réorganisation générale et profonde de l'offre de soins et par une régulation optimale du système.

Selon Stéphane Tizio³⁷, « une politique de santé contribue au développement durable si elle conduit à l'efficacité productive du système de soins, si elle améliore l'équité dans le recours aux soins, si elle permet la pérennité d'un financement du système de santé et enfin, si elle répond aux attentes légitimes de la population. »

Le rapport stratégique national 2009 sur la protection sociale et l'inclusion sociale transmis à la Commission européenne³⁸, énonce que la France s'efforce d'améliorer le coût-résultat des soins de santé et de réduire les inégalités en matière de santé en accordant davantage d'attention aux soins primaires, à la prévention, à la promotion de la santé, à l'amélioration de la coordination et à l'utilisation rationnelle des ressources.

La décentralisation, accompagnée de la contractualisation avec les offreurs de soins, la mise en place des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire, visant une meilleure répartition de l'offre sur tout le territoire, la mise en place de la T2A dont l'objectif est de maîtriser médicalement les dépenses et d'améliorer la productivité des établissements de santé, les contrats de bons usages et les références médicales opposables, la certification des établissements, destinés à garantir, en dépit des efforts de productivité exigés, des soins d'une qualité et d'une sécurité optimale, participent d'une volonté de réguler l'offre de soins.

Tandis que l'extension de la couverture d'assurance maladie aux plus démunis avec la mise en place de la CMU, puis de la CMUC vise l'objectif d'équité en matière d'accès aux soins, les remboursements de médicaments dont le service médical rendu est jugé faible par la HAS, la mise en place de franchises médicales de 50 euros annuels sur les actes médicaux et de biologie, puis de 50 centimes d'euro par boîte de médicament prescrite, de 50 centimes pour tout acte paramédical (kinésithérapie, soins infirmiers...) ainsi que 2 euros pour chaque transport sanitaire, en ambulance comme en taxi, auxquelles s'ajoutent le forfait de 1euro par consultation, l'augmentation du forfait hospitalier et le forfait de 18 euros pour les actes lourds (actes dont le coût est supérieur ou égal à 91 euros ou les actes dont le coefficient est supérieur ou égal à 50), visent la réduction des dépenses de l'assurance maladie et la responsabilisation des assurés sociaux, mais pénalisent en fait les malades et les pauvres en voulant réguler la demande de soins.

³⁷ Tizio, S. (2002), Santé et développement durable, proposition d'une grille de lecture de la contribution des politiques de santé au développement durable, LATEC - Document de travail - Economie (1991-2003), LATEC, Laboratoire d'Analyse et des Techniques Economiques, CNRS UMR 5118, Université de Bourgogne

³⁸ Chaque année la France transmet un rapport stratégique national concernant la protection sociale et l'inclusion sociale. La synthèse des rapports nationaux des Etats membres permet à la Commission européenne de suivre la progression vers les objectifs de la stratégie de Lisbonne.

En fait la complexité du système rend plus que difficile la poursuite d'objectifs contradictoires, voire antagonistes que sont l'équité en terme d'accès aux soins et l'efficacité et la réduction des dépenses. La loi du 21 juillet 2009, Hôpital Patients, Santé, Territoire, parachève les réformes antérieures et en quatre grands chapitres et cent trente cinq articles, structure une modernisation globale du système de santé, apportant ainsi des réponses aux grands enjeux que sont l'accès de tous aux soins : la lutte contre les « déserts médicaux », le décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social, l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, la santé des jeunes et, d'une manière générale, la coordination du système de santé.

- TITRE Ier MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Consacré à la réforme de l'hôpital, il modernise le fonctionnement de l'hôpital et les liens entre médecine de ville et hôpital sont renforcés. Le pilotage de l'hôpital, sous la conduite du chef d'établissement, véritable « patron », est recentré sur le projet médical, cœur du projet d'établissement. Le président de la commission médicale d'établissement (CME), élabore le projet médical, avec la CME et sous l'autorité du chef d'établissement. L'objectif est de mieux adapter l'offre de soins aux nouveaux besoins de la population, aux évolutions techniques et aux attentes des professionnels de santé. L'évolution de la médecine impose notamment de travailler sur les complémentarités entre l'hôpital de proximité et les plateaux techniques les plus sophistiqués. C'est le sens de la création des communautés hospitalières de territoire (CHT), qui permettront aux établissements de coordonner leurs interventions, dans une logique de gradation des soins, pour mieux répondre aux besoins de la population des territoires.

- TITRE II ACCES DES TOUS A DES SOINS DE QUALITE

L'accès aux soins ne peut cependant reposer uniquement sur l'hôpital, au risque de l'engorger. Aucun patient ne saurait être orienté vers l'hôpital ou y rester par défaut. Le deuxième titre de la loi entend ainsi améliorer la répartition des médecins sur le territoire et l'accès aux soins de ville. Les soins de premier recours font leur entrée dans le code de la santé publique et la filière de médecine générale est ainsi revalorisée. Pour assurer un meilleur accès au médecin de garde, la permanence des soins sera désormais organisée au niveau de chaque région, prenant ainsi en compte les spécificités locales. Le nombre de médecins formés sera davantage décliné, en fonction des besoins locaux. Les coopérations entre professionnels de santé seront facilitées et permettront de renforcer le rôle des paramédicaux dans le système de santé. Enfin, les dispositifs de la loi favorisent le développement de nouvelles formes d'organisation des cabinets de groupe.

- TITRE III PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE

Le titre III est consacré à la santé publique et a pour objet de renforcer notre politique de prévention. L'inscription dans la loi de l'éducation thérapeutique des patients facilitera et organisera son extension, et permettra ainsi d'améliorer les conditions de vie et la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. La volonté de protection de la santé des jeunes se traduit par des mesures d'interdiction de vente d'alcool aux mineurs et l'interdiction totale de la vente des cigarettes « bonbons ».

- TITRE IV ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SANTE

Ce titre consacre la création des agences régionales de santé (ARS). Ces nouvelles agences réuniront les forces de l'Etat et de l'Assurance maladie au niveau régional en simplifiant les structures, dans une logique de guichet unique, harmonisant ainsi sept structures complémentaires (RGPP).

Elles auront pour mission de décliner au niveau territorial les objectifs de la loi : faciliter l'accès aux soins, l'accès à l'information, décroiser les soins de ville et ceux dispensés à l'hôpital et ainsi simplifier le parcours de santé des patients, et développer la qualité et la sécurité du système de santé.

Même si les décrets d'application soulèvent de nombreuses réactions corporatistes et ne sont point encore établis, cette loi marque un tournant décisif de la politique de santé française. Nous insistons sur le fait que d'une manière générale nous avons assisté à la transition d'un système de soins à un système de santé, accordant une part toujours plus croissante à la santé publique (seul pan de la santé où l'Europe se permet une forme de souveraineté sur les politiques nationales), la prévention et l'éducation à la santé, ce dernier thème étant au cœur de cette loi, et maintenant à la santé environnementale, qui est institutionnalisée au travers d'une commission de l'Agence Régionale de Santé, créée par cette même loi.

Sur le plan macro-économique, il s'agirait d'une nouvelle répartition des ressources allouées aux actions de soins et de santé, les actions présentes orientées vers la santé permettant de modérer les allocations futures de celles orientées vers le soin. En d'autres termes, la valorisation d'actions ayant pour objectif de préserver sinon d'empêcher de se dégrader un peu plus l'état de santé permettrait de diminuer les dépenses consacrées aux soins ; la production du bien « *santé publique* » induirait la diminution de la consommation future du bien « *soin* ». La formalisation des stratégies de santé via des plans thématiques (cancer, maladies chroniques, maladies rares, facteurs environnementaux, comportements à risque et conduites addictives) et des programmes ciblés (Alzheimer, diabète, infections nosocomiales, soins palliatifs, urgences, tabac, nutrition) en est l'expression.

Tout cela, bien que selon le point de vue duquel on se place, peut être éminemment discutable, procède du développement durable, et il nous semblait important de l'évoquer avant d'aborder le rôle que les établissements de santé ont à jouer dans l'opérationnalisation effective du concept.

III - ... S'imposant aux établissements de santé...

Les établissements de santé sont concernés par le développement durable à de multiples titres. D'un point de vue économique d'une part, si l'on considère l'injonction du retour à l'équilibre budgétaire comme un pas vers la pérennité financière. D'autre part, partenaires du système de santé publique, ils dispensent des soins pour répondre aux besoins des générations actuelles et doivent dès maintenant grâce à leurs orientations stratégiques, anticiper leurs réponses aux besoins des générations futures. En tant qu'acteurs de santé publique, ils interviennent dans les domaines de la prévention, de l'éducation à la santé, du dépistage. Ils sont également des acteurs de la gestion des risques sanitaires liés à l'environnement.

De plus, les établissements de santé et le développement durable partagent une communauté de valeurs : prendre soin, améliorer le quotidien et la qualité de vie, prévenir et guérir, penser à l'avenir, s'occuper de tous sans discrimination... Ce sont quelques-uns des piliers du système de soins français et des objectifs d'une politique socialement responsable. Avec 3,8% du PIB en 2008 (DREES Les comptes nationaux de la santé en 2008), le poids de l'hospitalisation française oblige en effet les établissements de santé à s'impliquer dans une démarche durable, qui s'inspire notamment du principe déontologique Hippocratique « *primum non nocere, deinde curare* ».

Ils sont aussi concernés par le développement durable en tant que structures consommatrices de ressources et acheteurs de biens et services, en tant que producteurs de déchets et émetteurs de gaz à effet de serre, et enfin en tant qu'employeurs et acteurs sociaux de nombreux territoires. En effet, les établissements de santé représentent plus d'un million de salariés, plus de 60 millions de mètres carrés de locaux et plus de 15 milliards d'euros d'achats.

D'autre part, un français sur deux se rend dans un établissement de santé chaque année, leur empreinte environnementale et leur capacité à influencer le marché sont importantes, ils ont donc une capacité d'entraînement considérable sur les politiques publiques locales, sur les sous-traitants et sur l'ensemble de la société.

Leur engagement résolu dans des démarches de promotion du développement durable représente un enjeu majeur pour l'atteinte des objectifs ambitieux du Grenelle Environnement. Mais en l'absence de politique ou de coordination nationale en la matière (comme pour les Infections Associées aux Soins par exemple), il convient d'intégrer un volet développement durable dans les projets stratégiques hospitaliers, qui puisse s'adapter à des cadres de référence type agenda 21 ou Global Compact.

La Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) a réalisé une étude d'impact pour estimer la charge supplémentaire issue de l'introduction de la taxe carbone dans la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux privés non lucratifs³⁹. En effet, selon l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME), la taxation de 17 euros par tonne de CO₂ *« impacterait le secteur de la santé et de l'économie sociale à hauteur de 0,05% de sa valeur ajoutée »*, rapporte la Fédération. Néanmoins, ce calcul n'intègre pas les dépenses de carburant qui pour certains, comme les établissements prenant en charge l'Hospitalisation à domicile (HAD), *« constituent un poste de dépenses énergétiques particulièrement important »*. La FEHAP a donc réalisé cette étude, ajoutant qu'à ce jour aucun établissement sanitaire et médico-social *« n'a réalisé de véritable bilan carbone ou d'études s'en approchant »* et précisant que les données ne peuvent être exhaustives.

Les simulations de l'impact budgétaire donnent les résultats suivants pour le coût de la taxe carbone : 69 787, 01 euros pour les établissements de santé assurant des activités de Médecine Chirurgie et Obstétrique (MCO), 4 653, 45 euros pour les établissements de santé assurant des activités de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), 33 930 euros pour les établissements de santé assurant une activité d'Hospitalisation A Domicile (HAD) et 4 848, 61 euros pour les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Les résultats obtenus permettent à la FEHAP d'indiquer que, dans le contexte actuel de tensions budgétaires, *« 0,1% à 0,2% des charges représente un enjeu important »*, pouvant représenter *« un problème sérieux, de nature à s'aggraver avec l'augmentation prévisible de la valeur de la tonne carbone »*. En outre, cette taxe comporte des inconvénients sérieux pour les EHPAD en finissant par peser sur le tarif hébergement acquitté par les résidents et provoquera par conséquent une augmentation de leur reste à charge. Ce qui est en contradiction avec l'obligation de limitation de reste à charge posée par la loi HPST.

³⁹ HOSPIMEDIA, 5 octobre 2009, Taxe carbone dans les établissements sanitaires et médico-sociaux non lucratifs, l'impact financier représente un enjeu important.

La réalisation de leurs missions dans le cadre de la stratégie nationale de développement durable implique qu'ils soient économes des ressources. L'injonction d'en « *faire plus avec moins ?* » transparait d'ailleurs en filigrane des échanges en juin 2007 lors des 16^{èmes} journées de l'Association des Directeurs d'hôpital (ADH) sur « *la performance hospitalière et le management durable* ». Ce colloque a servi de catalyseur à ce thème innovant en 2007, encore alors peu abordé ou intégré dans le monde hospitalier, qui repose sur une gestion économiquement solide, sur une responsabilisation sociale et sur le respect de l'environnement, apte à produire un impact sociétal positif.

Mais au-delà de ces considérations d'efficacité budgétaire, les établissements sont de plus en plus conscients de l'enjeu écologique et environnemental. Les différentes actions de sensibilisation comme les campagnes du Comité pour le Développement Durable en Santé (C2DS), du Centre National d'Information Indépendante sur les Déchets (CNIID), les conférences organisées dans le cadre d'Hôpital Expo, la communication nationale entre autres, participent à la prise de conscience générale de la profession, car il faut aujourd'hui répondre de manière plus satisfaisante aux attentes de la population dans un environnement social, technique, financier et réglementaire en évolution. D'ailleurs, dès 2005, le 34^{ème} congrès de la fédération internationale des hôpitaux à Nice soulignait déjà que « *l'hôpital a par sa vocation, ses missions et ses activités, une plus grande responsabilité et un devoir d'exemplarité dans la mise en place d'une stratégie de développement durable* ».

Si la composante environnementale n'est pas la priorité première à l'hôpital, celle-ci n'est pas ignorée et fait désormais partie intégrante des projets d'établissements dans un nombre grandissant d'établissements de santé. Selon l'enquête Baromètre du Développement Durable en santé 2008, réalisée par l'Association des élèves directeurs d'hôpitaux de l'EHESP⁴⁰, elle n'est majoritairement pas considérée par les établissements comme un coût (5%), mais plutôt comme un investissement (18%). Ainsi, dans 1 établissement sur 5, il existe aujourd'hui des instances opérationnelles de pilotage ou de consultation sur ces thématiques. Ces chiffres montent même à 37 % en ce qui concerne les CHU, plus d'1 sur 4, posséderait un service dédié à part entière aux thématiques environnementales. Il ressort donc de cette enquête que « *plus un établissement est gros, plus il est à même de dégager des moyens et des ressources humaines, matérielles, organisationnelles et intellectuelles nécessaires à la prise en compte du développement durable au sein de son activité* ». Ainsi, au vu des enjeux énormes qui se présentent, la Haute Autorité de Santé, soucieuse de généraliser cette prise en compte, souhaite impulser la transversalité de la démarche d'intégration du développement durable.

1 - ... au travers du référentiel de certification HAS V2010...

Ainsi, dans la suite de la proclamation constitutionnelle et législative de la Charte de l'environnement (article 6) qui énonce que « *Les politiques publiques doivent promouvoir un développement durable* », la Haute Autorité de Santé vient de publier le manuel de certification, dans sa version 2010, des établissements de santé. Il y apparaît de nouveaux critères, dont l'engagement de l'établissement dans le développement durable. Elle explicite que « *l'objectif dans la V2010 est d'engager les établissements à promouvoir le développement durable dans leur stratégie et dans leur management* »⁴¹.

⁴⁰ EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

⁴¹ HAS, Manuel de certification des établissements de santé V2010, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, novembre 2008.

Rappelons que la procédure de certification des établissements de santé, introduite par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière est une procédure obligatoire qui a pour objectif « *de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement* ». Initialement instituée « *afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins* », le pas supplémentaire que franchit la Haute Autorité de Santé consiste à faire poser un diagnostic de développement durable à tous les établissements en définissant en amont dans son référentiel les trois dimensions du développement durable.

En souhaitant que les valeurs, les missions et les activités des établissements de santé incorporent les enjeux du développement durable et notamment les notions de responsabilité sociale et environnementale, que la démarche d'amélioration continue de la qualité s'inscrive dans une perspective de continuité et de durabilité et que la gestion des risques soit élargie aux risques environnementaux, la HAS enjoint tous les établissements de santé à envisager une méthodologie pour s'engager dans le développement durable. Plusieurs principes de management portés par le développement durable étaient déjà intégrés par la certification (prise en compte des parties prenantes, approche participative, prise en compte des dimensions qualité, sécurité, environnement, gestion des ressources humaines), il est donc maintenant incontournable de construire les indicateurs de développement durable en établissement de santé, afin de réaliser ce diagnostic et entrer dans la démarche d'amélioration continue dans ce domaine-là aussi.

Déjà quelques établissements précurseurs comme la Clinique Champeau à Béziers avec la norme ISO 14001, l'Institut Paoli Calmette à Marseille avec le règlement Européen EMAS et l'hôpital de Brest avec l'agenda 21 se sont lancés dans une démarche devant conduire à une approche globale de la prise en compte du développement durable, d'autres moins ambitieux ont commencé par des initiatives éparses mais effectives et ont permis d'isoler des « *bonnes pratiques* ». L'association du C2DS les mutualise et a construit un instrument d'évaluation afin de mettre en place un indicateur destiné à mesurer l'empreinte écologique de chaque établissement, d'établir des comparaisons nationales et créer une émulation. Selon Olivier Toma, son président, celui-ci pourrait devenir un critère de sélection pour des patients qui ont le choix entre plusieurs établissements.

2 - ... et d'une convention nationale avec les fédérations hospitalières

Pour parachever l'incitation majeure du gouvernement aux établissements de santé d'entrer dans cette nouvelle ère, une convention, (Annexe 4 page 81), portant engagements mutuels dans le cadre du Grenelle de l'environnement a été signée le 27 octobre 2009 avec les fédérations hospitalières FHF⁴², FEHAP⁴³ et l'ADEME⁴⁴. L'engagement des ministères du Développement durable et de la Santé, ainsi que de l'ADEME, aux côtés de ces deux fédérations hospitalières constitue une reconnaissance des efforts importants accomplis en matière de Développement Durable par un certain nombre d'établissements, et une invitation pour ceux qui ne sont pas encore engagés, à une prise de conscience de leur impact social et environnemental.

Il est important de noter que, si des expérimentations sont en cours et si le ministère souhaite capitaliser les expériences, aucune stratégie globale n'est encore élaborée.

⁴² FHF: Fédération Hospitalière de France.

⁴³ FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs.

⁴⁴ ADEME: Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie.

Néanmoins, les objectifs sont clairs : intégrer les enjeux du développement durable dans les pratiques professionnelles des acteurs de santé et prendre en compte systématiquement ces enjeux dans l'évaluation des projets et dans les processus de décisions, intégrer des critères de « *performance développement durable* » dans le management, amplifier les programmes de formation et les actions de sensibilisation et envisager le développement durable des établissements de santé au niveau de leur territoire d'installation et d'influence dans le cadre d'un dialogue renforcé avec les acteurs locaux.

Il s'agit de modifier les comportements des établissements de santé, et c'est tout un arsenal de mesures qui devra infléchir les politiques internes en matière de gestion de l'eau, de l'électricité, des déchets. A commencer par une diminution de la consommation d'eau qui, selon Jean-Louis Borloo, « *ne doit pas se faire au détriment de l'hygiène, qu'il s'agisse du lavage des mains et des surfaces ou de la prévention de la légionellose par soutirage régulier de l'eau des robinets peu utilisés* ». Pour initier ces changements de comportement, le personnel des établissements de santé jouera un rôle essentiel et devra recevoir, à cet égard, des formations spécialisées et être régulièrement sensibilisé aux enjeux du développement durable, conformément à l'Annexe XVI de la Circulaire DHOS/RH4 no 2009-215 du 15 juillet 2009⁴⁵ relative aux axes et actions de formation prioritaires, qui place la sensibilisation à la démarche de développement durable dans les établissements de santé comme prioritaire pour 2010. Concernant l'énergie, les bâtiments neufs devront intégrer des critères HQE et les bâtiments existants subiront des audits pour traquer les surconsommations et tenter de recourir le plus largement possible aux énergies renouvelables. Des actions devront être entreprises dans le cadre du Plan National d'Action pour des Achats Publics Durables (PNAAPD), conformément à la circulaire du 1^{er} Ministre du 3 décembre 2008⁴⁶, ainsi que dans les transports et déplacements des personnels et des visiteurs.

Qui dit objectifs et critères, dit aussi indicateurs d'évaluation et la convention prévoit de quantifier les réalisations et progrès des établissements de santé en matière de développement durable en s'appuyant sur des indicateurs mesurables, et évaluables, concentrés dans le « *Baromètre du développement durable en établissements de santé* », qui a été actualisé par l'ensemble des signataires de la convention.

Le ministère du Développement durable et l'ADEME s'engagent, pour leur part, à soutenir les initiatives des établissements de santé, à les soutenir dans la mise en place d'outils appropriés, à la mise en place de démarches de développement durable et à les conseiller en matière d'aides et de financements pour leurs projets.

Les professionnels saluent la signature de cette convention tout en regrettant manquer de moyens pour y parvenir efficacement. « *L'hôpital ne peut plus s'exonérer de réfléchir à l'impact qu'il a sur la ville et l'environnement, nous nous devons d'être exemplaires. Mais nous devons avoir les moyens d'investir pour véritablement changer notre organisation* », avoue Jean-Marie Le Guen, président du conseil d'administration de l'AP-HP. Ainsi, le développement durable semble s'imposer aux établissements de santé, sous cette forme hiérarchisée : 1 économique, 2 environnemental, 3 social et nous verrons dans la partie suivante, ce que peut recouvrir son opérationnalisation.

⁴⁵ Circulaire DHOS/RH4 no 2009-215 du 15 juillet 2009 relative aux axes et actions de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant disposition statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

⁴⁶ Circulaire du 3 décembre 2008 relative à l'exemplarité de l'Etat au regard du développement durable dans le fonctionnement de ses services et de ses établissements publics.

PARTIE II - LE DEVELOPPEMENT DURABLE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Les établissements de santé sont déjà soumis à de multiples exigences du fait de leur environnement très règlementé. Néanmoins, la récente convention signée avec le gouvernement formalise un engagement d'amélioration. Nous verrons donc comment un établissement peut opérationnaliser le développement durable en son sein, au travers de la démarche HQE (*Chapitre 1 La démarche Haute Qualité Environnementale*) et de la certification V2010 (*Chapitre 2 Le développement durable dans la certification V2010*).

CHAPITRE 1 - La démarche Haute Qualité environnementale (HQE)

Ce chapitre a pour objet de présenter la démarche HQE, ses origines (*I Contexte*) et ce qu'elle recouvre en matière d'exigences (*II La qualité environnementale*). Nous verrons qu'elle met en œuvre des systèmes de management opérationnel spécifiques (*III Système de management environnemental*). Nous terminerons par les opportunités et les limites que peut présenter une telle démarche pour les établissements de santé (*IV Conclusion*), ce qui nous permettra de faire le lien avec le chapitre suivant.

I - Contexte

La question environnementale dans la construction n'est pas nouvelle puisqu'elle apparaît déjà dans l'article 2 de la LOI 85.704 du 12/07/1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée : « *Le maître d'ouvrage définit dans le programme les objectifs et les besoins qu'elle (l'opération) doit satisfaire ainsi que les contraintes et exigences de qualité sociale, urbanistique, architecturale, fonctionnelle, technique et de protection de l'environnement relatives à la réalisation et à l'utilisation de l'ouvrage* ».

La démarche HQE est issue d'un programme de recherche déployé par le Plan Construction Architecture (créé en 1971), dénommé depuis 1998 PUCA (Plan d'Urbanisme Construction Architecture) au sein du Ministère de l'équipement, sur la constatation que le secteur du bâtiment consomme à lui seul 50% des ressources naturelles, 40% de l'énergie, 16% de l'eau et produit plus de 50% des déchets⁴⁷. La mission confiée à l'atelier de travail ATEQUE (Atelier d'Evaluation de la Qualité Environnementale) était de définir de façon objective la qualité environnementale d'un bâtiment et de mettre en œuvre des REX, des réalisations expérimentales de « *Chantiers verts* » de 1993 à 1996.

A la fin du programme de recherche, les conclusions étant positives et encourageantes, les protagonistes créèrent l'Association HQE en 1996 pour faire pérenniser les avancées et développer la Qualité Environnementale des Bâtiments (QEB) de manière concertée. C'est une association à but non lucratif et reconnue d'utilité publique depuis janvier 2004. Ses missions sont de définir la qualité environnementale pour un bâtiment et le cadre de vie bâti, proposer une démarche opérationnelle pour obtenir cette qualité et en assurer la promotion. Elle a élaboré deux référentiels qui sont la base d'application de la HQE :

- Référentiel sur la Définition Explicite de la Qualité Environnementale
- Référentiel sur le Système de Management Environnemental (SME) pour le maître d'ouvrage

⁴⁷ MIQCP Mission Interministérielle pour la qualité des constructions publiques

En décembre 2002, le Centre Scientifique et Technique du Bâtiment (CSTB) a produit deux référentiels suivants en vue de préparer le cadre d'une certification de la démarche HQE pour certains types de bâtiments tertiaires.

- Référentiel du SMO (Système de Management d'Opération)
- Référentiel de la QEB (Qualité Environnementale des Bâtiments)

Ensuite, à l'initiative de professionnels et d'institutionnels et portée par le Ministère de la Santé (Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier, MAINH) et la Caisse des Dépôts (adhérente de l'Association HQE), une commande d'un référentiel technique de certification HQE (Haute Qualité Environnementale) spécifique aux établissements de santé a été passée à Certivéa, filiale du Centre Scientifique et Technique du Bâtiment (CSTB). Ce référentiel est aujourd'hui disponible et applicable à compter du 1^{er} juillet 2008. Il comprend le même découpage que le référentiel de la QEB.

Il permet aux hôpitaux et cliniques de faire certifier, de manière volontaire, leurs efforts pour produire des bâtiments réduisant les factures d'eau et d'énergie (très supérieures à celles du tertiaire classique du fait de leurs particularités), leurs émissions de CO₂ (plus de 20 établissements entrent dans le système de quotas européens d'émissions de CO₂). Il certifie la poursuite de 14 cibles environnementales de la démarche HQE. Ce référentiel peut être utilisé par tous les acteurs de l'immobilier de santé dont le parc public couvre plus de 60 millions de m², soit l'équivalent de tout le parc de l'Etat français y compris les universités. Il s'inscrit dans le contexte du Grenelle de l'Environnement visant à concevoir, rénover et gérer le patrimoine public de manière exemplaire, et dans le cadre de la poursuite d'une politique d'investissement hospitalier très soutenue avec notamment le plan Hôpital 2012.

Le discours du ministre de la santé Xavier Bertrand le 13 février 2007 lors de la présentation du Plan Hôpital 2012 et confirmé par la circulaire DHOS/F2/2007/248 du 15 juin 2007 pose la HQE incontournable pour construire l'Hôpital de demain : « *L'un des critères d'éligibilité sera la maîtrise des coûts. Un autre la consommation réduite d'énergie et l'intégration de critères environnementaux dans la conception des nouveaux locaux. Le référentiel HQE devrait ainsi être adapté aux bâtiments hospitaliers. [...] Il est impératif d'intégrer le critère environnemental. [II] souhaite que nous construisions autrement, qu'aucun nouveau projet ne soit financé s'il omet la dimension environnementale. Il convient de concevoir les nouveaux bâtiments hospitaliers dans une logique de développement durable et de réduction des dépenses énergétiques.* »⁴⁸

II - La Qualité Environnementale (QE) des Bâtiments

La réalisation d'un bâtiment dans le cadre d'une démarche HQE, regroupe, d'une part des considérations déjà connues par les acteurs de la construction (maîtres d'ouvrage, programmeurs, équipes de conception) mais souvent mal maîtrisées (maîtrise de l'énergie, confort thermique, confort acoustique), d'autre part un ensemble de disciplines nouvelles qui tendent à devenir incontournables (gestion des déchets, gestion et économies d'eau, techniques de déconstruction,...). La démarche HQE constitue ainsi une approche transversale, sur l'ensemble des disciplines, assortie d'une obligation de continuité sur l'ensemble des phases du projet. Elle nécessite une vision synthétique de l'ensemble de ces considérations dont il convient de maîtriser les interactivités comme contraintes majeures du processus de conception.

⁴⁸ In Discours de Xavier Bertrand lors de la Conférence Nationale sur l'Investissement Hospitalier du Plan Hôpital 2007 au Plan Hôpital 2012 le mardi 13 février 2007 à l'Institut Pasteur. http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_070213xb.pdf

L'Association HQE a donné deux définitions de la qualité environnementale des bâtiments (QEB) : l'une formelle, servant en quelque sorte de socle, l'autre exigentielle, tournée vers l'action.

1 - Définition formelle de la Qualité Environnementale

« La qualité environnementale d'un bâtiment correspond aux caractéristiques de celui-ci, de ses équipements et du reste de la parcelle, qui lui confèrent une aptitude à satisfaire les besoins de maîtrise des impacts sur l'environnement et la création d'un environnement sain et confortable. »

Cette description s'inscrit dans une définition normative de la qualité selon la norme ISO NF EN 84.02 : « La qualité d'une entité correspond à l'ensemble des caractéristiques de cette entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins implicites et explicites. »

Le principe consiste, par une approche du projet de la construction en coût global, à réduire les impacts du bâtiment sur l'environnement extérieur (au niveau planétaire, régional et local) et à réduire les impacts du bâtiment sur les usagers (confort et santé). La démarche HQE répond ainsi au triple objectif du développement durable, la responsabilité environnementale (réduction de l'impact environnemental), sociale (qualité de vie des usagers) et économique (recherche d'efficacité globale).

2 - Définition exigentielle de la Qualité Environnementale

La définition exigentielle de la qualité environnementale est le grand apport de l'Association HQE. Elle constitue une utile clarification et une mise en ordre opérationnelle d'exigences environnementales particulières appelées « cibles ». Les 14 cibles retenues sont classées selon 2 domaines et 4 familles.

Tableau 1 : Tableau de référence des 14 cibles HQE

MAITRISER LES IMPACTS SUR L'ENVIRONNEMENT EXTERIEUR	CRÉER UN ENVIRONNEMENT INTERIEUR SATISFAISANT
ECOCONSTRUCTION	CONFORT
1 Relation des bâtiments avec leur environnement immédiat	8 Confort hygrothermique
2 Choix intégré des produits, systèmes et procédés de construction	9 Confort acoustique
3 Chantier à faible impact	10 Confort visuel
	11 Confort olfactif
ECOGESTION	SANTÉ
4 Gestion de l'énergie	12 Qualité sanitaire des espaces
5 Gestion de l'eau	13 Qualité sanitaire de l'air
6 Gestion des déchets d'activité	14 Qualité sanitaire de l'eau
7 Maintenance, pérennité des performances environnementales	

Certivéa Référentiel QBES, 2008

Les initiateurs de ces cibles insistent sur l'approche qui doit en être faite et qui ne peut être que systémique, chacune d'elles ne pouvant être considérée isolément. En d'autres termes, à chaque étape de l'élaboration ou de la programmation d'un projet, le choix d'un objectif et des moyens pour l'atteindre est susceptible de modifier le système dans son ensemble, voire de le déstabiliser ou d'entraîner des contre-performances. Ainsi, la conduite d'une démarche HQE nécessite des arbitrages qui seront réalisés en fonction du niveau d'objectifs poursuivis sur chaque cible, du budget alloué, des compétences disponibles, des aléas rencontrés et surtout de la capacité du maître d'ouvrage à maintenir le cap.

Tableau 2 : Les champs d'interactions entre les cibles du référentiel HQE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 Relations harmonieuses														
2 Produits systèmes														
3 Chantier														
4 Energie														
5 Eau														
6 Déchets d'activités														
7 Maintenance pérennité														
8 Confort hygrothermique														
9 Confort acoustique														
10 Confort visuel														
11 Confort olfactif														
12 Qualité sanitaire														
13 Qualité de l'air														
14 Qualité de l'eau														

Source : Référentiel pour la QEB des ES Certivée CSTB, 2008

Ce tableau met en évidence des cibles très transversales comme les cibles n°1, 2 et 7 qui demandent une conception intégrée. De plus il montre qu'il est nécessaire que les cibles de confort d'ambiance et de qualité de l'air intérieur soient traitées d'une manière globale en maîtrisant correctement leurs interactions. La conception est une démarche itérative et intégrée de par les interactions entre les cibles. Prenons quelques exemples pour exposer la complexité des arbitrages :

- Concernant la cible 2 « *Produits et systèmes* », les critères retenus pour cette cible sont de nature différente, chacun d'entre eux pouvant intervenir aux différentes phases du bâtiment. Un produit estimé polluant lors de la fabrication peut ainsi s'avérer limiter fortement les impacts environnementaux à d'autres phases du cycle de vie du bâtiment. Aucune règle n'existant pour prioriser les critères (qualitatifs avec des normes de type NF XXX ou quantitatifs avec des pourcentages d'utilisation de matériaux renouvelables par exemple), le maître d'ouvrage décide en fonction de sa propre évaluation du risque, avec les limites que cela comporte.
- Concernant la cible 4, les besoins de chauffage, d'éclairage ou de climatisation peuvent apparaître étroitement dépendants les uns des autres voire antagonistes. Au maître d'ouvrage de dresser ses priorités, en fonction de son projet. A cela s'ajoutent des paramètres financiers liés au surcoût éventuel des énergies renouvelables. A lui encore de privilégier l'environnement sur le coût ou l'inverse. Une économie d'énergie peut par ailleurs s'avérer défavorable à la préoccupation de la qualité de l'air.

La préoccupation de la durabilité des bâtiments n'est pas une nouveauté dans le secteur de la santé : les montants des investissements réalisés pour des opérations de reconstruction ou de rénovation étant souvent colossaux, la durée des travaux étant généralement de plusieurs années (15 ans pour le CHU de Tours) et la réglementation évoluant à un rythme soutenu, il est bien évident que les maîtres d'ouvrage ont souhaité faire en sorte que le « *livrable* » ne soit pas déjà obsolète au jour de livraison.

Cependant, les préoccupations concernant l'environnement et plus particulièrement la maîtrise des dépenses énergétiques en phase d'exploitation furent l'apanage de quelques précurseurs en France comme par exemple le CH d'Alès qui a commencé son projet HQE en 2000 ou le CHU de Toulouse en 2004, alors que le référentiel HQE Etablissements de Santé n'existait pas encore. Il ressort des expériences⁴⁹ que les choix sont cornéliens et qu'il est impossible de satisfaire toutes les cibles à des niveaux très performants : il s'agit de hiérarchiser les priorités. Ainsi, seule une méthodologie de conception rigoureuse, pilotée de manière intégrée depuis l'esquisse jusqu'à la livraison du bâtiment peut permettre d'atteindre les objectifs environnementaux définis au départ par le maître d'ouvrage.

III - Système de Management Environnemental (SME)

La démarche HQE comprend, outre l'objectif de qualité environnementale défini par les 14 cibles, un système de management environnemental SME. Le référentiel du Système de Management Environnemental définit le cadre de conception et de mise en œuvre du SME du maître d'ouvrage pour optimiser l'obtention de la Qualité Environnementale (QE) des bâtiments et pour maintenir leur QE en cours de fonctionnement. Selon les termes de la norme internationale ISO 14001, le SME 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 œuvre, réaliser, passer en revue et maintenir la politique environnementale* ». La norme ISO 14004 propose des lignes directrices générales concernant les principes, systèmes et techniques de mise en œuvre du SME, elle décrit des modes opératoires à réaliser pour la mise en place, le suivi et la recherche de cohérence dans le SME avec les prescriptions et exigences de la norme ISO 14001. Elle est un complément indispensable mais ne peut pas être utilisée dans un système de certification.

Un maître d'ouvrage commande la construction, l'adaptation des ouvrages ou gère leur utilisation. Ceux-ci, du fait des ressources consommées, des émissions, des effluents et des déchets produits, ont un impact sur l'environnement quelle que soit la phase de vie du bâtiment (réalisation, exploitation, adaptation, déconstruction). Le maître d'ouvrage doit gérer et diriger ses propres services et ses fournisseurs (maîtres d'œuvre, entreprises, etc.) afin de réduire l'impact environnemental de ses opérations, notamment en phases programmation et conception.

Même si la question technologique est cruciale, la réalisation de la QE est d'abord une question de management environnemental et d'assurance de la Qualité Environnementale. De nombreux problèmes techniques doivent être résolus et la méthode la plus fiable pour y parvenir est de s'appuyer sur une organisation efficace et rigoureuse, objet du SME.

1 - Le Système de Management d'Opération (SMO)

Le Système de Management d'Opération (SMO) permet au maître d'ouvrage de maîtriser tout le processus de réalisation d'une opération, dans le cadre de son périmètre d'action, afin d'en optimiser la Qualité Environnementale et de communiquer les résultats obtenus grâce à la mise en œuvre de la démarche HQE.

⁴⁹ <http://www.hopitech.org/Journees/hopitech2008/index.phtml>

Sa mise en œuvre relève d'une décision du maître d'ouvrage qui souhaite faire certifier son opération HQE tertiaire ou simplement mener son opération en suivant les principes de la Haute Qualité Environnementale.

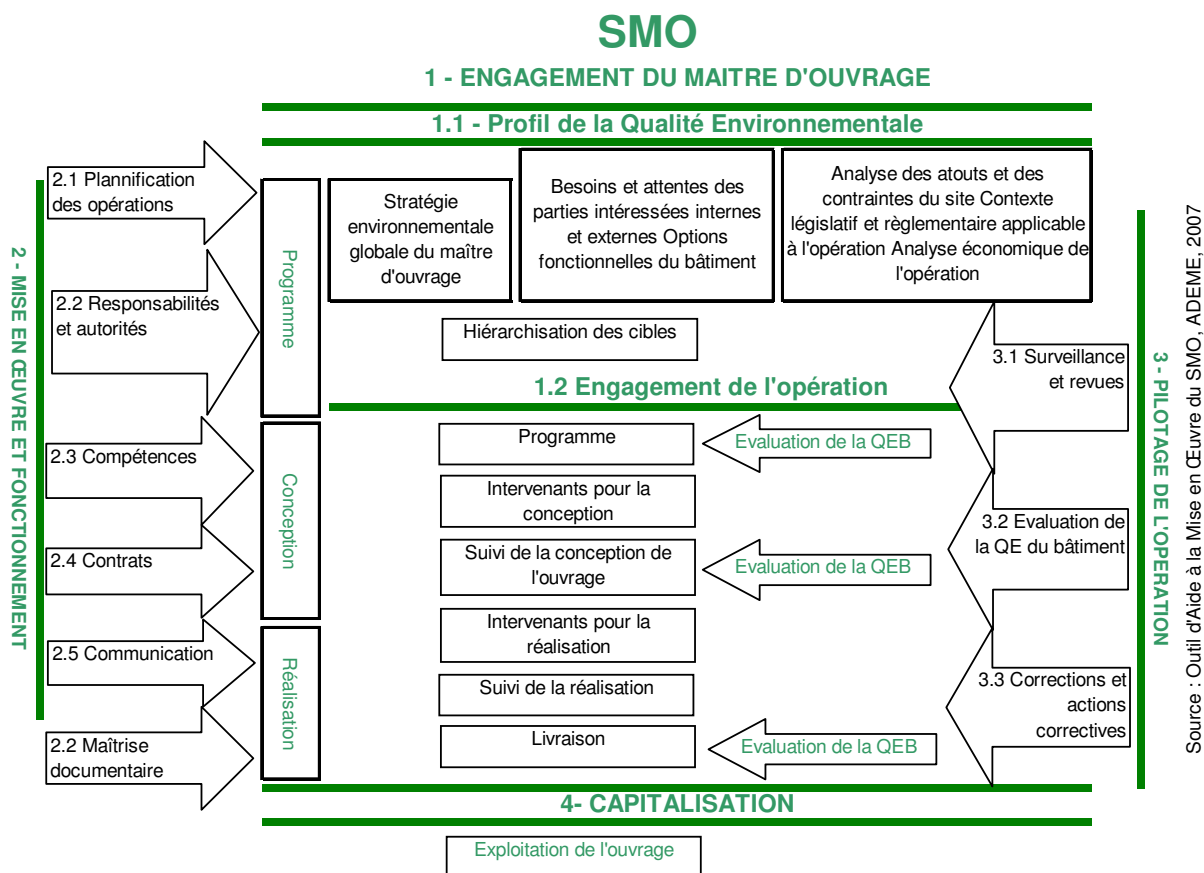


Figure 2 : Processus de management d'opération HQE

La démarche HQE propose donc une méthode pour réaliser un projet, qui peut éventuellement aboutir à une certification. Il ne s'agit pas de cumuler des solutions écologiques, mais de conduire un projet globalement orienté vers la performance environnementale. Elle concerne aujourd'hui les constructions neuves et les réhabilitations de grande ampleur et elle devrait progressivement être adaptée aux rénovations. Le résultat obtenu est de HQE parce qu'il a été pensé, planifié, organisé, et parce qu'il a rassemblé tous les moyens techniques, matériels et humains nécessaires pour aboutir au résultat qui avait été prévu au départ.

L'ADEME a réalisé un Outil d'Aide à la Mise en Œuvre du SMO, il constitue un soutien méthodologique, un guide opérationnel listant les étapes et les documents incontournables, mais n'est en aucun cas une recette miracle, car chaque projet est unique, spécifique et original. Ainsi, il ne s'agit pas de reprendre des solutions qui ont pu marcher sur d'autres projets et qui peuvent s'avérer contre productives sur un autre.

La grande difficulté est de garder une cohérence globale du projet dans le temps et l'espace : l'ouvrage construit aujourd'hui doit vivre demain et pour une durée généralement très longue (50 ans) et il devra être déconstruit un jour. Cette cohérence de temps doit être intégrée dès la conception du projet. La cohérence d'espace est recherchée par des réflexions concernant des dimensions macros (impact urbain du projet, impact environnemental et impact social par la prise en compte des usagers et des personnels qui y travailleront) et des dimensions micros (la parcelle, l'orientation du bâtiment jusqu'au choix des matériaux du gros œuvre mais aussi des aménagements).

François Mourgues, Directeur général du CHU d'Alès, (Hopitech 2008) souligne à ce propos que « *Les projets compliqués n'atteignent jamais des objectifs fantastiques, les premiers vaisseaux pour aller dans l'espace étaient rustiques, c'est d'ailleurs pour ça que les astronautes sont revenus...* ». C'est-à-dire que les choix relèvent d'abord du bon sens, de la fonctionnalité, en intégrant les problématiques futures de maintenance voire en ménageant des possibilités d'évolution ultérieures à la construction même (prévoir des locaux techniques pouvant accueillir des aménagements ultérieurs de chauffage solaire par exemple ou rechercher la standardisation des pièces de façon à pouvoir transformer l'usage qui en est fait en fonction de l'évolution de l'activité).

Mais la démarche HQE commence par l'engagement du maître d'ouvrage (SMO §1), un engagement formel sur le profil de la qualité environnementale du bâtiment visé (SMO §1.1) qui est ensuite communiqué (SMO §2.5) à tous les intervenants parce qu'il engendrera des comportements, des choix, des approfondissements spécifiques qui devront être formalisés par des contrats (SMO §2.4). Bien que des modifications de ce profil soient acceptées durant le pilotage de l'opération (SMO §3.3), le maître d'ouvrage formalise son engagement (SMO §1.2) dans un document qui servira de référence à toutes les étapes de l'opération.

Tableau 3 : Exemples de Profil de QEB visé par 3 établissements différents

			Et. Hospit. du Bessin			CHU Toulouse			CHR Orléans		
			Base	Performant	Très performant	Base	Performant	Très performant	Base	Performant	Très performant
Ecoconstruction	1	Relations harmonieuses									
	2	Procédés et produits									
	3	Chantier									
Ecogestion	4	Energie									
	5	Eau									
	6	Déchets d'activités									
	7	Maintenance pérennité									
Confort	8	Confort hygrothermique									
	9	Confort acoustique									
	10	Confort visuel									
	11	Confort olfactif									
Santé	12	Qualité sanitaire									
	13	Qualité de l'air									
	14	Qualité de l'eau									

Source : Synthèse Hopitech 2008

Cet engagement peut être perçu comme un excès de formalisme surtout dans le cadre d'une certification, mais ce formalisme est nécessaire à la légitimisation et à la cohérence des actions, favorisant la convergence de tous dans la même direction. Cet aspect est d'autant plus important pour les projets hospitaliers dans la mesure où ceux-ci concernent de nombreux acteurs, engagés pour une période généralement assez longue (plusieurs années).

Chaque projet est unique du fait de la spécificité de chaque opération, de par sa localisation géographique, le contexte réglementaire qui s'applique (même quand il s'agit d'une même typologie d'ouvrage), la fonctionnalité dépendant des activités qui seront accueillies et les parties intéressées (poids des élus, la maîtrise d'ouvrage, le personnel, le directeur de l'établissement, les usagers, les relations externes).

La définition des objectifs du projet consiste à faire des recoupements entre les caractéristiques du contexte (réglementation, budget, délai de réalisation, atouts et contraintes du site), et les différents besoins des parties intéressées, conduisant à un arbitrage et à des priorisations qui représentent le meilleur compromis. Le résultat de cette étape fondamentale est la fixation du profil de qualité environnementale par rapport aux 14 cibles avec des niveaux de performance visés sur chacune d'elles.

Une fois l'engagement formalisé, le maître d'ouvrage doit veiller à établir des conditions de mise en œuvre et de fonctionnement (SMO §2) qui assureront la réussite de son projet, c'est-à-dire l'atteinte du profil environnemental visé. Cela passe par une planification (SMO §2.1) rigoureuse des différentes étapes (programmation, conception, réalisation) en identifiant pour chacune, les actions et activités, les responsabilités et autorités (SMO §2.2), les contrôles, les moyens, méthodes et documents utilisés et les enregistrements à conserver (SMO §3.1 Surveillance et revues). La planification peut évoluer et s'enrichir au fur et à mesure de l'avancement du projet, mais tout doit être tracé et justifié dans le SMO (SMO §2.6 Maîtrise documentaire).

Phase ayant un fort impact sur la cible Phase ayant un impact sur la cible		Phases opérationnelles												
		Implantation	Programme	Esquisse	APS avant Projet Sommaire	APD Avant Projet Définitif	PRO/DCE Dossier Consultation des Entreprises	ACT Assistance Compétences Techniques	Chantier	AOR Assistance aux Opérations de Réception	Aménagements intérieurs	Gestion	Guide ADEME Qualité Environnementale des Bâtiments, 2007	
1	Relations harmonieuses		Définition des exigences					Vérification des exigences		Vérification des exigences				
2	Procédés et produits													
3	Chantier													
4	Energie													
5	Eau													
6	Déchets d'activités													
7	Maintenance, pérennité													
8	Confort hygrothermique													
9	Confort acoustique													
10	Confort visuel													
11	Confort olfactif													
12	Qualité sanitaire													
13	Qualité de l'air													
14	Qualité de l'eau													

Tableau 4 : Impact des phases opérationnelles du projet sur les cibles HQE

Ce tableau montre l'importance de l'impact des différentes phases du projet sur chacune des cibles HQE. Il s'agit donc de penser à évaluer les répercussions de tout choix et toute action sur les objectifs environnementaux, à chacune des étapes du projet.

Il est bien évident que seul, le maître d'ouvrage ne peut faire ces évaluations. La constitution de l'équipe de la maîtrise d'œuvre (architectes, bureaux d'études structure, fluides, thermique, acoustique, Ergonome, Paysagiste, Urbaniste) est essentielle. Il lui appartient donc de s'entourer des compétences techniques en adéquation avec le profil HQE visé (SMO §2.3 Compétences). Par ailleurs, même si un bureau d'étude est chargé des calculs de haut niveau, il convient de pouvoir y apporter un regard critique. C'est pourquoi, en fonction des compétences internes, il est souhaitable, même si cela ajoute un surcoût, de contracter le soutien d'une Assistance à la Maîtrise d'Ouvrage (SMO § 2.3.1 Choix d'Assistance Technique) pour maîtriser les aspects managériaux de l'ensemble de l'opération, tant au niveau de la conception qu'au niveau de la réalisation. Sur les petites opérations, le niveau des budgets ne permet pas de financer une mission AMO pour la mise en œuvre de la démarche HQE ; ce sont souvent les maîtres d'œuvre qui jouent ce rôle de conseil et d'assistance auprès du maître d'ouvrage.

Pour concevoir le bâtiment dans les objectifs définis, le délai conditionne l'étendue et la profondeur des études techniques d'avant-projet, ce qui a pour conséquence des ambitions plus modérées sur certains aspects. Les normes, notamment la réglementation thermique appliquée aux bâtiments tertiaires interviennent particulièrement dans les choix concernant la gestion de l'énergie qui sont déterminés dès l'esquisse. L'avant projet est le moment où les solutions envisagées au stade de l'esquisse sont développées, les simulations thermiques, d'éclairage, les études acoustiques et techniques sont effectuées et vont permettre de chiffrer les économies générées en exploitation pour permettre au maître d'ouvrage d'appréhender l'opération en coût global (APS Avant Projet Sommaire). Les choix architecturaux et techniques sont ensuite entérinés définitivement en fonction de leur impact environnemental et de leur pertinence économique (APD Avant Projet Détaillé). La complexité des arbitrages et des choix à opérer en termes de définition architecturale, techniques de bâti, matériaux devant prendre en compte des paramètres environnementaux implique des ajustements qui doivent être contenus dans les budgets.

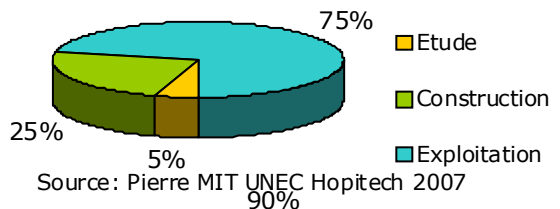
Il existe des logiciels de simulation de performances environnementales permettant, en entrant les paramètres du bâtiment, les matériaux, les systèmes techniques, de définir les performances environnementales. Les calculs de simulation sont basés entre autres sur l'analyse du cycle de vie du bâtiment. C'est un outil qui émane de la série de normes internationales ISO 14000. Ils prennent en compte les impacts environnementaux de la fabrication des matériaux, de la construction, de l'exploitation jusqu'à la déconstruction voire au recyclage des déchets, ainsi que l'énergie que le bâtiment va consommer et les impacts amonts qui en découlent (comptabilité environnementale des impacts liés à la production, l'acheminement et le stockage de cette énergie consommée).

Un inventaire des substances émises et puisées dans l'environnement (matières premières, combustibles, émission dans l'air, dans l'eau, dans le sol, déchets) est effectué. L'analyse est ensuite réalisée à partir de bases de données existantes (base suisse Ecoinvent ou base française Inies par exemple) qui mentionnent pour chacun des matériaux ou systèmes des indicateurs environnementaux. Les paramètres sont multiples et ceux concernant le rejet de CO₂ sont agrégés pour n'avoir plus qu'un seul indicateur équivalent CO₂, les problèmes d'acidification sont mesurés en équivalent SO₂, les problèmes d'eutrophisation (marées vertes) équivalent PO₄³⁻, etc...

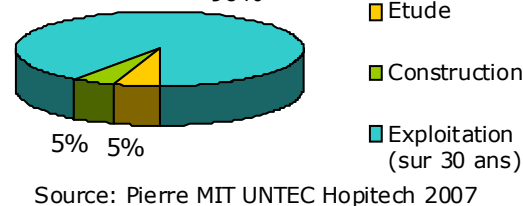
Sont mis ensuite en balance, les impacts environnementaux liés à la fabrication des matériaux avec les impacts de leur utilisation sur la performance environnementale d'exploitation. Par exemple un isolant peut générer plus d'impact à sa fabrication qu'un autre, mais s'avérer plus performant au niveau thermique et l'économie faite sur les dépenses de chauffage, compense largement les impacts supplémentaires liés à la fabrication. Bruno Peuportier, ingénieur au centre énergétique de l'Ecole des Mines de Paris ajoute que l'état actuel des connaissances permet de déterminer des solutions techniques performantes en terme de protection de l'environnement et de dépenses énergétiques, mais il souligne le faible développement jusqu'en 2004 des études épidémiologiques concernant l'impact sur la santé de certaines substances et d'interactions entre les substances ; ces données manquaient pour concevoir des bâtiments parfaitement respectueux de la santé. C'est ainsi que le formaldéhyde, composé volatil présent dans de nombreux matériaux d'usage courant (mousses isolantes, laques, colles, vernis, encres, résines, papier, produits ménagers, bois agglomérés et contreplaqués) est présent dans certaines constructions, réalisées avant que son caractère cancérigène ne soit démontré.

Ainsi, nous voyons que, bien que la technicité des calculs à la base des arbitrages soit très pointue, les paramètres pris en compte sont agrégés et les solutions imaginées ne peuvent concilier toutes les exigences : le résultat illustre la maxime de Dominique Lévy-Chédeville : « *Choisir, c'est renoncer* »⁵⁰. Le maître d'ouvrage n'a de cesse que de gérer les contradictions pour arrêter définitivement les paramètres du bâtiment (PCG Projet de Conception Générale) qui devront quoi qu'il advienne entrer dans son budget. La méthode UNTEC (Union Nationale des Economistes de la Construction) est utilisée pour établir les chiffrages.

Graphique 1 : Répartition des coûts selon la phase du projet



Graphique 2 : Durée relatives des phases du projet



Ces deux graphiques montrent qu'il est primordial de chiffrer avec exactitude les charges d'exploitation dès l'étude de faisabilité. L'intégration de tous les coûts en amont du projet permet de mieux appréhender les surcoûts de construction qui deviennent relatifs eu égard aux charges d'exploitation. Ainsi, la démarche HQE raisonne en coût global et peut être prise comme une opportunité.

Pour que le passage de la conception à la réalisation du projet s'effectue sans perdre la qualité environnementale voulue et conçue, il convient de décrire avec précision les ouvrages afin que les entreprises disposent de toutes les informations nécessaires pour traduire dans les faits la qualité environnementale projetée. Un cahier de conception environnementale qui réunit et synthétise l'ensemble des préconisations relatives à la QEB est produit. Les processus de réalisation qui vont permettre de limiter les nuisances du chantier et son impact sur l'environnement sont définis, ainsi que les modalités d'exploitation et de maintenance nécessaires pour assurer la pérennité de la QEB dans le temps, car la performance d'un bâtiment dépend autant de la conception que des comportements des utilisateurs.

Ainsi, pour que le chantier puisse se réaliser et obtenir les niveaux de performance définis au stade du projet, le maître d'ouvrage doit rester vigilant tant sur les compétences des entreprises recrutées (DCE Dossier de Consultation des Entreprises), que sur le respect effectif des engagements HQE formalisés dans leur contrat, dans leurs prestations. L'AMO est à ce stade un précieux collaborateur puisqu'il va prendre en charge toute la question de la sensibilisation, l'information, l'animation nécessaire aux bons comportements HQE sur le chantier. Un livret d'accueil destiné aux personnels intervenant sur le chantier est distribué, et la direction de l'exécution des contrats de travaux est responsable et doit répondre des agissements de ses ouvriers.

L'AMO peut en outre réaliser différentes mesures en cours et en fin de chantier (acoustique, éclairage, étanchéité à l'air) pour s'assurer de la bonne conduite des travaux (SMO §3.1 Surveillance et revues).

⁵⁰ Dominique Lévy-Chédeville, L'Homme aux passions tristes,

Le référentiel fixe en outre des étapes imposées et d'autres recommandées pour évaluer la performance environnementale du projet (SMO §3.2 Evaluation de la QEB). Ceci permet de réagir tant que le projet n'est pas trop avancé, réajuster les caractéristiques de l'opération ou revoir les objectifs. Cela permet également de mettre en place les actions de management qui permettront d'éviter que la dérive ne se reproduise sur de prochains projets (SMO §3.3 Corrections et actions correctives).

A la livraison du bâtiment, il s'agit de réaliser le bilan de l'opération en évaluant si le résultat final obtenu correspond aux ambitions de profil HQE prévu (même réajusté en cours de route), s'il y a des écarts de QEB à la livraison et pendant les premières années de vie de l'ouvrage, si les parties intéressées sont satisfaites. Le fait de recenser les dysfonctionnements observés en cours d'opération en terme de management et d'organisation, leurs causes et comment ils ont été résolus permet d'améliorer le système de management, les principes de pondération pour la définition de la politique environnementale, de façon à pouvoir enrichir le démarrage de tout nouveau projet.

La démarche HQE est véritablement une démarche d'approche qualité et d'amélioration continue (SMO §4 Capitalisation). Chaque opération immobilière est un prototype. Le contexte, le programme et les acteurs varient selon les opérations. Le SME d'un maître d'ouvrage doit être reproductible d'une opération sur l'autre, en donnant comme objectif l'amélioration continue d'une opération tout au long des différentes phases mais également de l'ensemble des opérations les unes par rapport aux autres.

2 - Certification de la démarche HQE

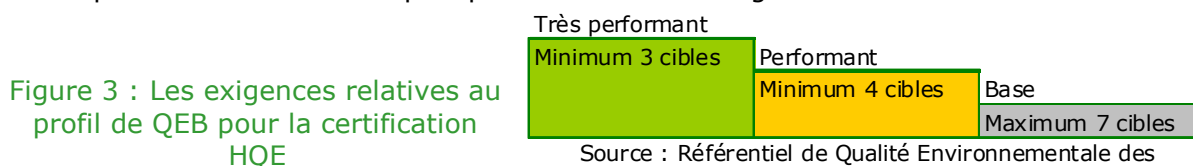
La démarche HQE est volontaire et ne peut porter que sur certaines cibles choisies par le maître d'ouvrage en fonction des exigences stratégiques prioritaires, des spécificités de son projet et pour lesquelles il est lui est possible d'investir.

En revanche, la certification de la démarche HQE est une démarche elle aussi volontaire mais qui porte sur la totalité des cibles (la Qualité Environnementale du Bâtiment) dont les performances définissent un profil de QE, et sur le Système de Management d'Opération (SMO).

La performance associée aux cibles de QEB se décline selon 3 niveaux :

- BASE : niveau correspondant à la performance minimum acceptable pour une opération HQE. Cela peut correspondre à la réglementation si celle-ci est suffisamment exigeante sur les performances de l'ouvrage, ou à défaut à la pratique courante
- PERFORMANT : niveau correspondant à de bonnes pratiques
- TRES PERFORMANT : niveau calibré par rapport aux performances maximales constatées dans des opérations à haute qualité environnementale, tout en veillant à ce qu'il reste atteignable

L'attribution du certificat est subordonnée à l'obtention d'un profil minimum sur les 14 cibles qui est déterminé au départ par le maître d'ouvrage :



Ce profil de QEB est propre à chaque contexte, donc à chaque opération et sa pertinence doit être justifiée à partir du référentiel du SMO qui formalise des enjeux de QEB du maître d'ouvrage, des options fonctionnelles, des exigences légales et réglementaires, des besoins et attentes des parties intéressées, de l'évaluation des coûts.

Dans tous les cas, la cible n°4 « *Gestion de l'énergie* » est traitée au niveau Performant ou Très performant (pour les parties de bâtiment devant respecter la Réglementation Thermique en vigueur).

Certivéa, qui attribue les certificats HQE pour les établissements de santé, réalise 3 audits : en fin de programmation, en fin de conception et en fin de construction. Ils ont pour vocation de valider le SMO (Système de Management de l'Opération, composant du SME) et les qualités environnementales exigées, prévues et obtenues. A l'avenir, un quatrième audit devrait être conduit en phase d'exploitation.

Les références du manuel de certification HAS et les cibles HQE ont des points de recoupement identifiés. Ainsi, le caractère contraignant de la réglementation hospitalière et de la procédure de certification HAS favorise le fait que certaines cibles du référentiel HQE soient déjà acquises (à partir du moment où la conformité est effective). Le tableau présenté en Annexe 5 page 94 montre les points de recoupement entre les références du manuel de certification V2010 et les cibles HQE.

- 06 : gestion des déchets d'activité au sens des déchets de chantier, du tri sélectif des déchets courants et du traitement des eaux usées et vannes (assainissement collectif obligatoire : cf. règlement sanitaire)
- 12 : conditions sanitaires des espaces (qualité d'asepsie des locaux)
- 13 : qualité de l'air : ventilation
- 14 : qualité de l'eau : légionellose; qualité des espaces: nettoyabilité ; qualité des matériaux : poussière, particules,) qui sont maîtrisées par les CLIN⁵¹.

Néanmoins, il convient d'anticiper l'évolution des réglementations, notamment thermiques, pour valider de fait la démarche de certification HAS (qui, elle, est obligatoire).

IV - Conclusion

1 - Les points positifs

La grande spécificité de la démarche HQE repose sur la logique de coût global sur laquelle se fonde normalement tout projet de construction (prise en compte du coût d'investissement et du coût de fonctionnement). Cet argument relativise le surcoût généralement associé à la HQE, immédiat par le temps supplémentaire inhérent au management de projet et différé par les choix des solutions sélectionnées visant à « *une meilleure adéquation des bâtiments à leurs usages, une meilleure qualité de service offert à leurs utilisateurs, une maîtrise de l'ensemble des charges, une recherche de la pérennité des bâtiments et installations ou encore une maîtrise des facteurs de vieillissement et de dégradation* »⁵². En intégrant aussi les « *coûts indirects, liés aux impacts sur l'environnement au titre de la construction, de l'exploitation et de la destruction puis de la remise en état des terrains, [mais aussi] liés au fonctionnement urbain induit par l'immeuble et ses utilisateurs, ainsi qu'à la santé et au confort de ses occupants* »⁵³, nous pouvons alors parler de « *coût global de durée de vie* » (life cycle coast).

⁵¹ CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

⁵² In Collectif, mai 1999, Intégrer la qualité environnementale dans les constructions publiques, Gap (05), CSTB, p.78.

⁵³ In Collectif, mai 1999, Intégrer la qualité environnementale dans les constructions publiques, Gap (05), CSTB, p.86

La démarche HQE répondrait ainsi au principe 16 de la Déclaration de Rio, qui précise que « *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 sa pollution* »⁵⁴.

Depuis 2004, il y a une accélération formidable des ambitions environnementales avec de nouveaux objectifs fixés par le Grenelle de l'environnement. L'objectif assigné dès 2010 est celui des bâtiments à basse consommation d'énergie. Il est concevable d'ailleurs que cela aille encore plus loin puisque les solutions technologiques permettent aujourd'hui de concevoir des bâtiments à énergie positive (qui produisent plus que ce qu'ils ne consomment). Les solutions techniques pour des bâtiments de plus en plus économes en énergie existent et devraient se généraliser, modifiant l'attention portée par les architectes à des paramètres comme celui de la perméabilité à l'air, qui jusqu'à présent n'était pas primordial. En revanche, certains équipements techniques conciliant le haut rendement et la qualité de l'air par exemple, ne sont pas encore mis au point par les fabricants. D'une manière générale, le surcoût de la HQE a été évalué à environ 5% sur la base des normes actuelles, mais une estimation réalisée sur le projet du CHU de Toulouse⁵⁵ intégrant les normes BBC⁵⁶ (Bâtiment Basse Consommation) a chiffré ce surcoût à 8% au minimum et pouvant aller jusqu'à 15% selon les solutions techniques envisagées.

La singularité de la démarche HQE est qu'elle fait travailler ensemble des acteurs qui auparavant avaient l'habitude de se succéder sur les différentes phases. Le défi qui est imposé nécessite une collaboration croisée de tous les acteurs, l'acte de construction ne devant plus être un relai entre ces acteurs mais un véritable travail d'équipe initié par un nouvel état d'esprit, rassemblant maître d'ouvrage, architecte, bureaux d'études techniques, spécialistes divers, entreprises de travaux, utilisateurs, services techniques.

Centrée au départ sur l'environnement, cette démarche crée une dynamique beaucoup plus large en englobant la durée de vie du bâtiment, l'analyse des attentes des futurs utilisateurs, l'intégration même du bâtiment sur sa parcelle, dans son environnement, ses liens avec la commune, mais aussi des aspects sociaux comme l'amélioration des conditions de travail des personnels des chantiers, la réduction des accidents du travail, la maîtrise des charges de fonctionnement et la prise en compte accentuée des questions de santé. La Qualité Environnementale dans la construction et la Démarche HQE offre ainsi une bonne illustration du principe 4 de la Déclaration de Rio : « *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.* »⁵⁷ Et comme le souligne François Mourgues, Directeur général du CHU d'Alès, (Hopitech 2008) : « *Faire de la HQE, il faut le vivre comme de l'assurance qualité parce qu'on en a envie. En faire, ça veut dire que c'est une politique institutionnelle, qu'il faut suivre et animer sans relâche.* »

⁵⁴ <http://www.un.org/french/events/rio92/rio-fp.htm>

⁵⁵ Présentation de Maurice Joël, architecte du projet de construction du CHU de Toulouse, Hopitech 2008

⁵⁶ Normes BBC : consommations d'énergie primaire inférieure à 50KWh/m²/an

⁵⁷ <http://www.un.org/french/events/rio92/rio-fp.htm>

2 - Les points de vigilance

Il faut bien noter que la démarche HQE n'a de sens que si elle est poursuivie au stade de l'exploitation au travers d'un bon usage du bâtiment. Ainsi, cela peut passer par la distribution d'un livret d'accueil destiné aux usagers du bâtiment, la sensibilisation des usagers et des personnels aux économies d'énergie, l'exposé des principales caractéristiques environnementales du bâtiment, de ses règles de bonne utilisation et la promotion de gestes verts. Bien après la fin du chantier, les effets bénéfiques de la démarche ne peuvent perdurer sans la formation des personnels et des gestionnaires à l'entretien du bâtiment. Des mesures régulières devraient pouvoir afficher les performances du bâtiment (températures intérieures/températures extérieures, hygrométrie, qualité de l'air, consommation d'énergie, consommation d'eau, production d'énergie renouvelables) afin de suivre la qualité de l'utilisation du complexe et de ses performances environnementales.

En tout état de cause, nous ne pouvons que souligner les compromis nécessaires relatifs à la complexité des calculs d'une part, que nous avons évoquée, mais encore tout simplement pour des raisons spécifiques aux établissements hospitaliers dont les exigences en termes de réglementation peuvent aller à l'encontre des possibilités environnementales : la recherche d'économies en énergie se heurte à l'impératif de sécurité des approvisionnements énergétiques pour des usagers déjà fragilisés, ou encore l'utilisation d'eau de pluie dans le réseau sanitaire n'est pas autorisée, notamment pour les chasses d'eau, alors que d'autres bâtiments tertiaires l'ont mis en pratique.

Le référentiel HQE spécifique aux établissements hospitaliers est tout récent (1^{er} juillet 2008) et les établissements qui se sont lancés auparavant dans la démarche en suivant le référentiel des bâtiments tertiaires sont des pionniers. Ils ont permis les ajustements nécessaires à l'élaboration de ce référentiel adapté. Aujourd'hui la démarche est encouragée de façon à diffuser largement une nouvelle culture d'écoconstruction hospitalière et à progressivement amener les établissements à intégrer les nouvelles exigences découlant du Grenelle de l'environnement : réduction en moyenne de 50% du CO₂, réduction des consommations d'énergie d'au moins 35 à 40% en 10 ans, rénovations et aménagements pour répondre à la loi de 2005 sur l'accessibilité aux handicapés.

Cependant, le dossier de presse relatant la Conférence Nationale sur l'Investissement Hospitalier du Plan Hôpital 2007 au Plan Hôpital 2012, précise que « *sur le plan environnemental, il convient de concevoir les nouveaux bâtiments hospitaliers dans une logique de développement durable mais en assumant les conséquences de projets plus coûteux en investissement initial* ». ⁵⁸ En l'état, la question du développement de la HQE dans les constructions hospitalières reste posée, son éventuel surcoût n'étant pas couvert : a priori, non seulement le maître d'ouvrage doit défendre une politique volontariste dans le domaine, mais en outre, il doit dégager des excédents de financement sur son budget d'investissements pour rendre ces projets opérationnels.

Or, depuis 2008, les dépenses d'un établissement de santé sont contraintes par les recettes que son activité lui garantit du fait de la mise en place de la T2A à 100% pour tous les établissements. Le second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A affirme que « *depuis 2004, la rentabilité des cliniques privées du secteur ex-OQN s'est globalement améliorée, tandis que celle des établissements publics du secteur ex-DG s'est globalement détériorée* ».

⁵⁸ In http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hopital_2012/dossier_de_presse.pdf

Il observe aussi qu' « au cours de la période 2003-2007, une croissance en moyenne plus rapide des charges que des produits dans le secteur ex-DG cependant que la situation est inverse dans le secteur ex-QQN. » ⁵⁹

Même si la T2A⁶⁰ est jugée par les directeurs globalement plus simple et plus équitable, qu'elle a su dynamiser la gestion et permettre « une diffusion des moyens en rapport avec la réalité des soins », (Véronique Anatole-Touzet, directrice du centre hospitalier régional (CHR) de Metz-Thionville), que « c'est un élément moteur indissociable de la mise en place de la comptabilité analytique et d'outils de gestion », (Philippe Roussel, directeur du CH du Mans), et qu'elle a su introduire une culture économique chez tous les partenaires, y compris les partenaires sociaux, la lisibilité du dispositif et la stabilité des tarifs lui font aujourd'hui cruellement défaut : « c'est un art divinatoire pour connaître le montant des recettes », déplore ainsi Pierre Vollot, (directeur du centre hospitalier intercommunal (CHI) Loire-Vendée-Océan)⁶¹.

En l'espèce, nous ne pouvons que nous interroger sur les effets à long terme de ce mode de financement sur la marge de manœuvre laissée aux établissements pour investir conséquemment dans l'écoconstruction ou l'écorénovation. C'est pourquoi, l'opérationnalisation du développement durable ne peut se réduire à cette approche exemplaire certes, mais centrée sur la construction. Pour Olivier Toma, « une démarche environnementale ne prend du sens que si le Maître d'ouvrage hospitalier témoigne d'une volonté farouche de faire du développement durable, de mutualiser les pratiques entre Maîtres d'Ouvrage concernés pour créer des outils sur cette base et d'utiliser exclusivement des matériaux sains et non polluants »⁶² Pour lui, la démarche environnementale est une démarche globale qui commence par le management environnemental, ce dernier se déclinant naturellement sur le soin mais aussi en termes d'éducation pour la santé et de prévention thérapeutique. Une telle approche répond au devoir d'exemplarité des établissements de santé. Mais avant de l'aborder, nous verrons comment les critères du nouveau référentiel de certification 2010 publié par la HAS, peuvent impulser la démarche.

⁵⁹ DREES, septembre 2009, Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A, Série Etudes et Recherches, sous la présidence d'Alain Coulomb.

⁶⁰ T2A : Tarification A l'Activité

⁶¹ HOSPIMEDIA, 27 novembre 2008, T2A Efficace mais instable, équitable mais illisible, les directeurs d'hôpital sont unanimes sur la critique.

⁶² Olivier Toma, Directeur de la Clinique Champeau de Béziers, Président du C2DS, propos recueillis lors de la journée Act'santé 2009 sur le thème du Développement Durable, organisée par la Chambre du Commerce et de l'Industrie à Marseille le 30 septembre 2009.

CHAPITRE 2 - Le développement durable dans la certification V2010

I - Contexte

Un établissement de santé doit globalement répondre à trois grandes finalités stratégiques : répondre aux besoins de santé dans le cadre du territoire de santé auquel il appartient, conformément aux orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, assurer la qualité de son activité, dans le cadre notamment de la meilleure prise en charge possible du patient et optimiser son efficience économique et organisationnelle. Ces dernières années, les réformes se sont succédées afin de structurer les établissements de santé sur ces finalités et après avoir été tournées vers des modalités de contrôle externe de niveau national, elles visent maintenant à donner une plus grande autonomie et une responsabilisation des établissements. Nous avons dans notre premier chapitre, développé le mouvement général qui s'est insinué dans notre société par l'avènement du développement durable en indiquant le sens général des politiques européennes et nationales. Nous proposons maintenant d'interpréter les réformes successives de notre système de santé au travers du prisme du développement durable.

Le législateur s'est d'abord attaché à répondre et à suivre les besoins de santé des populations (adaptation quantitative et qualitative de l'offre de soins) avec l'obligation du Projet d'établissement (1991) et la mise en place des SROS (1996). Cet axe correspond selon nous à l'**axe social** du développement durable de la santé, visant l'équité dans l'accès aux soins, bien que nous ne puissions nier qu'il y ait aussi une préoccupation économique à cela, en lien avec la volonté d'encadrer l'offre de soins.

Les réformes doivent permettre aux établissements d'avoir une démarche de performance globale et de leur donner les moyens de leurs ambitions. Le Contrat d'Objectifs et de Moyens (1996), le découplage des secteurs d'activité par la Nouvelle Gouvernance (2005) et la responsabilisation des établissements par les réformes de financement (T2A, EPRD) en sont les instruments. Cet axe correspond à l'**axe économique** du développement durable en insistant sur la nécessité de disposer au mieux de toutes les ressources qui ne sont pas inépuisables, de maîtriser leur utilisation et de ne pas les gaspiller. Ici, nous ajoutons que nous ne pouvons nier le versant social, entendu comme la participation de toutes les personnes concernées au niveau qui convient aux processus de décisions de l'organisation et qui correspond au principe 10 de la déclaration de Rio.

Enfin, l'accréditation, aujourd'hui dénommée certification a été lancée et vise « *l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins* ». Cet axe correspondant selon nous à l'**axe environnemental** du développement durable à l'échelle réduite d'un établissement de santé, en ce sens qu'il correspond au sens strict à l'environnement le plus proche du patient lorsqu'il vient consommer les soins que nécessitent son état de santé. La V1 (1996) avait un objectif de management de la qualité et introduit notamment la gestion des risques, la V2 (initiée en 2005) visait le management par la qualité destiné à assurer la satisfaction des patients, prônant une approche processus obligeant à une gestion coordonnée des risques. La V2010, se veut simplifier la procédure en la ciblant sur les PEP (pratiques exigibles prioritaires destinées à observer un niveau d'atteinte de qualité sur des points jugés essentiels), en renforçant les exigences sur les EPP (évaluation des pratiques professionnelles introduites par la précédente version pour médicaliser la certification et déployer la démarche qualité sur les activités cliniques et medicotechniques en développant « la gouvernance clinique »), qui doivent être généralisées à l'ensemble de l'établissement, et en intégrant la prise en compte d'indicateurs nationaux de qualité généralisés par la HAS, des indicateurs

nationaux du tableau de bord des infections nosocomiales généralisés par le Ministère de la Santé et les indicateurs et les tableaux de bord élaborés à des fins de pilotage interne ou dans le cadre de démarche d'EPP (cette dernière prise en compte permet de valoriser le travail de recueil demandé aux établissements de santé). Ici, nous ajoutons que nous ne pouvons non plus nier ni le versant social, nécessairement impacté du fait des modifications organisationnelles que cette démarche a entraîné par la transversalité et la pluri professionnalité mises en œuvre pour la réaliser, ni le versant économique (ne serait-ce qu'en considérant le coût de la non qualité).

La loi HPST de 2009 parachève la transformation de ce secteur en insistant dans les trois domaines : elle instaure la Communauté Hospitalière de Territoire comme une organisation nécessaire, porte la gestion des risques au rang d'obligation réglementaire, institutionnalise l'éducation thérapeutique et conduit à l'avènement des ARS qui devront gérer territorialement les trois pôles, économique, environnemental et social. Nous notons que cette organisation territoriale peut s'interpréter comme l'application du principe de subsidiarité selon lequel la responsabilité d'une action publique doit être allouée à la plus petite entité capable de résoudre le problème d'elle-même. C'est donc le souci de veiller à ne pas faire à un niveau plus élevé ce qui peut l'être avec plus d'efficacité à une échelle plus faible, c'est-à-dire la recherche du niveau pertinent d'action publique, et par là, la maîtrise et la rationalisation des dépenses publiques tout en améliorant la qualité des politiques publiques, conformément à la stratégie de Lisbonne, dont nous avons vu au chapitre 1 qu'elle correspondait au versant social du développement durable au niveau européen.

Ainsi donc, nous ne pouvons que souligner la complexité de la prise en compte des domaines environnemental, économique et social selon le niveau de réflexion auquel on se situe et selon le cadre de référence auquel on l'applique. En tout état de cause, d'une mise en œuvre « *macro* » au niveau national qui a ses implications « *micros* » au niveau des établissements, le développement durable doit maintenant se décliner au niveau « *micro* » des établissements pour concourir à l'atteinte des objectifs « *macros* » fixés au niveau national et international.

Le Bilan de la mise en œuvre du programme de gestion des risques dans les établissements de santé depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2 / E4 n°176 du 29 mars 2004 relative à la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques en établissement de santé⁶³, montre que les facteurs qui ont eu le plus d'impact auprès des établissements de santé sur la mise en place d'une démarche de gestion des risques, sont dans l'ordre d'importance, les procédures d'accréditation et de certification, les nouvelles réglementations et l'incitation émanant des autorités publiques nationales (circulaires, recommandations...), bien loin devant les accidents ou presque accidents ayant eu lieu dans les établissements, les évolutions assurancielles et l'évolution des contentieux (nombre, nature...). Il est donc logique d'avoir introduit un critère de développement durable dans la certification V2010 pour constituer une incitation forte à l'opérationnalisation du concept dans les établissements de santé. La convention signée en novembre dernier, la renforce et constitue un engagement affirmant la volonté des établissements d'entrer dans l'ère du développement durable.

⁶³ Bilan de la mise en œuvre du programme de gestion des risques dans les établissements de santé depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2 / E4 n°176 du 29 mars 2004 relative à la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques en établissement de santé, Rapport du diagnostic établi suite à l'analyse des résultats de l'enquête nationale sur la gestion des risques pour la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Bureau qualité et sécurité des soins en établissement de santé (E2), publié en septembre 2009, 161 pages.

II - Les critères phares

1 - Un critère spécifique

1.1 - Le critère 1.b Engagement dans le développement durable

Critère 1.b Engagement dans le développement durable		
E1 Prévoir	E2 Mettre en œuvre	E3 Evaluer et améliorer
Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement. Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.	La stratégie liée au développement durable est déclinée dans un programme pluriannuel. Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement. L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux. Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.

Manuel certification V2010 HAS

Le manuel préconise d'avoir réalisé en premier lieu un diagnostic de développement durable. Il s'agit donc d'établir avec la plus grande exactitude possible, un état des lieux concernant les trois dimensions du développement durable : économique, environnemental et social. En identifiant les écarts entre ce qui est et ce qui devrait être ou pourrait être, il sera alors possible d'établir une stratégie qui s'inscrira au projet d'établissement. Plus l'étendue des trois dimensions sera grande lors de l'analyse initiale et plus la prise en compte du développement durable sera intégrée à la stratégie de l'établissement, l'objectif prioritaire étant d'assurer la pérennité de l'établissement à long terme. La convention précise ainsi que le développement d'une offre de soins responsable (Défi n°5 de la SNDD), s'insérant parfaitement au SROS, répondant aux besoins de son bassin de population, générant des synergies internes et/ou externes, assurant la qualité de ses prestations et optimisant son efficacité économique et organisationnelle, en définitive conduisant à l'efficacité de l'utilisation de l'argent public, relève du développement durable. Il ne sera donc pas faux d'attribuer un changement d'activité ou d'organisation à une préoccupation de développement durable. La stratégie globale de l'établissement devrait donc pouvoir correspondre à la définition de Gendron & Revéret (2000), envisageant le développement social comme un objectif, l'économie comme un moyen et l'intégrité de l'environnement comme une condition, l'équité (de traitement des patients et des personnels) étant à la fois un moyen, une condition et une fin du développement durable. L'antagonisme décisif se situe à notre sens au niveau de la prise en compte du développement social, selon qu'il est pris en compte au niveau global de la région (répondre au mieux aux besoins des patients) ou au niveau de l'établissement même, qui se doit de contribuer au développement de son personnel ne serait-ce que pour assurer la meilleure réponse possible aux besoins des patients qui y sont hospitalisés. Pas de survie possible sans patient, mais pas de survie non plus possible sans personnel ou avec un personnel dépassé, peu impliqué et démotivé.

Par ailleurs, l'intégrité de l'environnement, pris comme une condition, ouvre la réflexion de l'écologie hospitalière, avec les préoccupations environnementales relevant de la gestion de l'eau, de l'air, de l'énergie, des déchets de toutes sortes, mais aussi, si l'on considère l'environnement, et plus précisément l'environnement de travail, comme ne devant pas nuire aux personnes, concerne des préoccupations relevant de la gestion des risques professionnels, y compris les risques psychosociaux, la prévention des accidents du travail (Défi n°5 de la SNDD) et plus généralement une réflexion sur les conditions de travail. Ces dernières préoccupations ayant une incidence certaine sur l'aspect économique, en termes de coûts directs (indemnités journalières, absentéisme) et de coûts, non moins réels mais plus difficilement appréhendables (désinvestissement, démotivation, attitudes de retrait).

A l'heure de l'incontournable recherche de gain de productivité, dans un secteur de services (où le personnel est directement en contact avec le client), plutôt travaillistique (par opposition à capitalistique), où les charges de personnel représentent plus de 50% du total des charges, il est selon nous irresponsable de ne pas prendre en compte assez cet aspect dans une stratégie globale de développement durable.

Ainsi, l'économie et la gestion de l'eau, de l'énergie, l'amélioration du traitement des déchets peut contribuer au redressement économique de l'établissement tout en jouant un rôle dans la préservation de l'environnement (Défi n°4 de la SNDD) et la lutte contre le réchauffement climatique (Défi n°1 de la SNDD), tandis que l'amélioration des conditions de travail, la formation professionnelle continue, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences peut contribuer à la pérennisation des performances de l'établissement tout en permettant l'accomplissement professionnel des personnes (Défi n°8 de la SNDD). L'intégration de travailleurs handicapés, la recherche de l'égalité homme femme, le maintien en emploi des seniors par l'aménagement des postes de travail et le développement de la fonction tutorale peuvent faire de même, partie d'une stratégie de développement durable (Défi n°6 de la SNDD).

Concernant l'action de santé publique de l'établissement, en termes de prévention et d'éducation à la santé, le développement de l'éducation thérapeutique (qui n'est à ce jour pas encore reconnue par le PMSI), la recherche de l'autonomisation du patient par l'acquisition de compétences, dans la mesure de ses capacités, afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, dans le suivi mais aussi dans l'administration de ses soins et traitements, en partenariat avec les soignants, constitue de même un axe possible de stratégie de développement durable (Défi n°5 de la SNDD). Cela peut constituer un positionnement dans l'offre de soin, en articulation avec les plans nationaux de santé publique (Plan obésité par exemple). Des actions dirigées vers la promotion d'une alimentation saine, combinées à la distribution de repas (biologiques ?) équilibrés, rendent concevable qu'un établissement travaille stratégiquement à développer un avantage concurrentiel basé sur l'offre de prestations hôtelières haut de gamme : c'est un axe de développement durable comme un autre (Défi n°3 de la SNDD) et une possibilité de se démarquer sur le marché.

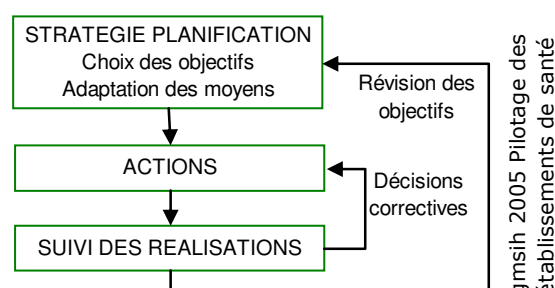
Mais l'éducation thérapeutique peut se décliner pour tout patient atteint de maladies chroniques (diabète, asthme, insuffisance coronarienne, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique), comme de maladies de durée limitée (épisodes aigus nécessitant un traitement anticoagulant ou antalgique prolongé). Les pathologies en cause nécessitent au quotidien de la part des patients une observance du traitement et de la surveillance (prise de médicaments, suivi de régime, auto-surveillance de paramètres biologiques) afin d'éviter la survenue de complications. Des bénéfices sont attendus en termes de résultats directs (modification des savoirs et des comportements, amélioration de la santé, amélioration de la qualité de vie) et en termes économiques (diminution des coûts pour le patient, amélioration du rapport coût-efficacité des dépenses de santé). Cette préoccupation de développement durable fait l'objet du critère 23.a spécifique que nous ne traiterons pas avec les suivants. Une réflexion doit être menée, suivie des modifications organisationnelles nécessaires (plus de temps accordé, participation de l'entourage, nécessité de respecter la liberté individuelle), la mise en place d'un système d'évaluation des effets à court, moyen et long terme sur la santé et la qualité de vie des patients, sur le changement des pratiques individuelles et professionnelles et sur l'incidence économique qui dépasse le strict cadre de l'établissement. Les professionnels doivent en outre être formés et disposer d'outils techniques et pédagogiques.

Pour revenir à la lutte prioritaire contre le changement climatique et la nécessaire minimisation des rejets de gaz à effet de serre, la convention signée en novembre dernier assure aux établissements la possibilité de se faire financer 50% de leur bilan carbone par l'ADEME, qui constituera une base à partir de laquelle, les axes d'améliorations pourront être envisagés. Ce bilan permet d'identifier les sources de rejets ainsi que leur quantification. Il est alors possible d'établir un plan d'actions visant à les réduire en appliquant la loi de Pareto (élimination de 20% des sources conduit à une réduction de 80% des émissions), étant entendu que les arbitrages se font toujours en tenant compte des investissements nécessaires. C'est ainsi que des actions en direction des transports peuvent s'avérer soutenables en termes d'investissement et conduire à une réduction d'émission non négligeable : les plans de déplacement d'entreprise, l'achat de véhicules électriques, ou de vélos, l'incitation au covoiturage (qui peut être optimisée par une gestion intelligente des plannings), la formation à l'écoconduite sont des pistes possibles de réalisation d'une stratégie de développement durable (Défi n°2 de la SNDD).

D'une manière générale, les établissements de santé sont d'énormes consommateurs de produits en tout genre et cet axe est aussi stratégique en termes de développement durable, que ce soit par le développement du recyclage de ce qui peut l'être (le développement de l'usage unique est contraire à cela dans des perspectives d'hygiène), ou la politique d'achat éco responsables qui est reprise par un critère spécifique que nous verrons en suivant (Défi n°3 de la SNDD).

Le manuel ajoute qu'une stratégie doit être élaborée et déclinée dans un programme pluriannuel suivi et réajusté régulièrement, ce qui correspond au Défi n°9 de la SNDD (participation des acteurs à toutes les étapes de la démarche, conduite en mode projet, piloté, favorisant l'approche transversale). Ce qui suppose de définir des objectifs d'amélioration ou de changement à partir du diagnostic établi et comprend des invariants, formant une boucle de contrôle représentée par la figure ci-contre :

Figure 4 : Eléments de définition du pilotage de la performance



gmsih 2005 Pilotage des établissements de santé

La planification suppose de déterminer :

- Où ai-je l'intention de me rendre ? C'est la cible, conditionnée par ma STRATEGIE.
- La planification découle de la stratégie puisqu'elle détermine dans quelles conditions de PERFORMANCE (au plan économique) j'ai l'intention de m'y rendre. La réponse à cette question conditionne les moyens à mettre en œuvre pour atteindre la cible.
- Enfin, le plan d'action répond à la question COMMENT vais-je m'y prendre pour atteindre ma cible, compte tenu des ressources dont je dispose ?

Après ce bref aperçu de ce que recouvre ou peut recouvrir une stratégie de développement durable, il est aisé d'affirmer que chaque établissement va l'élaborer, en fonction de ses priorités, de ses possibilités financières, techniques, organisationnelles et humaines, selon une interprétation et une intégration qui lui sera propre et unique, puisqu'elle s'inscrit dans son projet d'établissement. Néanmoins, nous pressentons que la diffusion du concept pourra se lire au travers du nombre de politiques impactées par sa prise en compte. Celui qui ne l'intégrera qu'au niveau de sa politique qualité et gestion des risques sera à considérer comme initiant sa démarche, même si les actions et les résultats sont remarquables, parce que le développement durable, finalement, devrait pouvoir impacter toutes les politiques de l'organisation.

En effet, les objectifs de la convention sont clairs : intégrer les enjeux du développement durable dans les pratiques professionnelles des acteurs de santé et prendre en compte systématiquement ces enjeux dans l'évaluation des projets et dans les processus de décisions, intégrer des critères de « *performance développement durable* » dans le management, amplifier les programmes de formation et les actions de sensibilisation et envisager le développement durable des établissements de santé au niveau de leur territoire d'installation et d'influence dans le cadre d'un dialogue renforcé avec les acteurs locaux et toutes leurs parties prenantes. Dès lors, il s'agit d'entraîner l'ensemble des collaborateurs dans une même direction et il nécessite de pouvoir apporter des réponses à d'autres questions :

- POURQUOI faut-il atteindre cette cible ? La capacité à communiquer clairement les raisons qui sous-tendent la décision prise est une condition indispensable pour obtenir l'adhésion et gérer le changement.
- Le plan d'action doit se décliner, de façon cohérente, à tous les niveaux de l'organisation. Il s'agit de déléguer à un certain nombre de RESPONSABLES des tâches qui apportent une contribution partielle à l'atteinte de l'objectif d'ensemble. Il faut aussi coordonner dans le temps les mouvements d'ensemble, ce qui impose de préciser le QUAND ?
- C'est à ce stade de mise en œuvre opérationnelle de la planification qu'il faut prévoir les repères, jalons ou INDICATEURS, qui vont permettre, dans le cours de l'action, de donner l'image la plus précise possible de la progression vers la cible visée.

La réalisation de la stratégie relève de la conduite de projet, sur laquelle nous ne nous attarderons pas ici. Après ce premier critère fondamental, nous allons passer en revue les autres critères présentés par la HAS comme relevant du développement durable et présenter pour chacun d'eux, des exemples d'actions qui ont été mises en œuvre dans divers établissements. Nous tenterons de souligner la complexité des choix, des arbitrages, mettant en lumière des pistes de réflexion. Nous ne recherchons pas l'exhaustivité mais simplement illustrer ce que peut recouvrir le développement durable de manière concrète pour chacun d'eux, qui font en premier lieu l'objet du système de gestion des risques des établissements de santé.

2 - Des critères intégrés

Le secteur hospitalier compose depuis plusieurs années déjà avec la question environnementale : il assume la gestion de ses déchets, gère les sources radioactives, assure la prévention du risque toxique et chimique. Le référentiel « Sécurité sanitaire dans les établissements de santé : textes applicables », élaboré initialement en 1999 puis réactualisé sous l'égide de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, offre aux professionnels de santé un rappel des principaux textes qui constituent le corpus réglementaire de la sécurité sanitaire et régissent son contrôle. Il peut être utilisé par les établissements de santé comme outil de suivi des risques réglementés. Ces risques sont classés selon les grands domaines suivants :

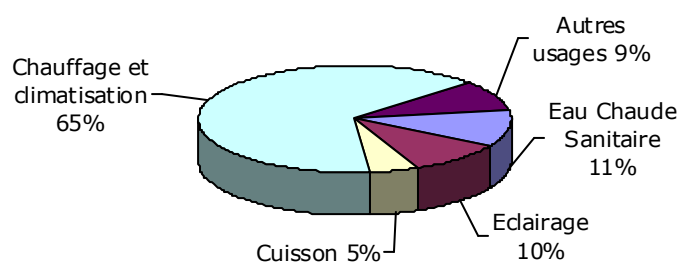
- Sécurité d'utilisation des produits et vigilances : PSL et hémovigilance, biovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, réactovigilance, radiovigilance
- Gestion du risque infectieux : organisation de la lutte contre les infections nosocomiales et liées aux soins, stérilisation, désinfection, prévention de la transmission de la maladie de Creutzfeldt-Jakob
- Sécurité et activités de soins : anesthésie, chirurgie, périnatale, urgences, HAD

- Sécurité des personnes et des locaux : sécurité des personnes (personnel, patients, visiteurs), prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante, protection contre les risques liés aux fluides et fluides biologiques, protection contre les rayonnements ionisants, plans d'urgence, protection contre les risques chimiques (solides, liquides, gaz et vapeurs anesthésiques, manipulation des produits cytostatiques), sécurité incendie, sécurité électrique, activités susceptibles d'être soumises à la réglementation des installations classées pour la protection de l'environnement
- Sécurité alimentaire : hygiène alimentaire, eau d'alimentation
- Sécurité des fluides : eaux à usage technique, eau chaude sanitaire, gaz à usage médical, qualité de l'air
- Gestion des déchets : Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux (DASRI) et pièces anatomiques, déchets à risques radioactifs, déchets à risques chimiques ou toxiques, effluents liquides.

La gestion des risques d'une manière générale et des risques environnementaux, qu'ils soient à minima relatifs à l'environnement strict du patient qui est hospitalisé et du personnel ou de manière plus élargie, relatifs à l'environnement physique et naturel de l'établissement, s'est inscrite de manière défensive, en réponse aux multiples obligations réglementaires et non de manière anticipative face à des contraintes supplémentaires. La certification marque ainsi une impulsion forte à porter les efforts au-delà du respect réglementaire, car l'hôpital est un grand consommateur d'énergie mais aussi et surtout un gros producteur de déchets.

Ce sont ainsi 700000 tonnes de déchets qui sortent des hôpitaux français chaque année⁶⁴, qui représentent un coût non négligeable pour leur traitement et leur élimination. Par ailleurs, sont avancés par le magazine Bio Santé, des chiffres de l'ordre de 400 à 1 200 litres d'eau par jour et par patient en moyenne et l'utilisation de 500 g de piles par lit et par an. De même, la facture énergétique représenterait environ 1,5 % du budget d'un établissement. Selon l'ADEME, la branche santé représenterait même 11% des consommations d'énergie du secteur tertiaire.

Graphique 3 : Répartition de la consommation d'énergie par postes



Source EHESP Baromètre du DD 2008

Le graphique ci-dessus, issu de l'enquête réalisée par les élèves de l'EHES depuis deux ans, révèle les postes de consommation les plus gourmands en énergie et sur lesquels les actions doivent être prioritaires car d'ici 2050, les émissions de gaz à effets de serre devront être divisées par 4 et le secteur de l'Hôpital devra bien entendu y contribuer ou payer la taxe carbone. Les efforts sont attendus en termes d'impacts maîtrisés sur l'environnement extérieur mais également de confort intérieur pour le personnel et les patients. Ainsi, la gestion de l'eau, la gestion de l'énergie et la gestion des déchets, forment les principaux axes d'actions sur lesquels les établissements de santé se mobilisent déjà et doivent accentuer leurs efforts. La nouvelle version du référentiel de certification HAS encadre d'ailleurs ces priorités en portant son attention sur ces critères.

⁶⁴ Journées de l'architecture, Hôpital Expo 2006, Frédéric VARNIER, élève directeur d'hôpital, ENSP Rennes.

2.1 - Le critère 7.a La gestion de l'eau

Critère 7.a Gestion de l'eau		
E1 Prévoir	E2 Mettre en œuvre	E3 Evaluer et améliorer
Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie et validée par l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents). La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.	Un plan de maintenance préventif et curatif des installations élaboré avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) est mis en oeuvre. Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) et tracés. Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré. Un suivi des différents types de rejets est assuré.	Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.

Manuel certification V2010 HAS

Le manuel indique qu'une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau doit être définie, suivie et contrôlée, dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales. La réglementation sur la prévention de la légionellose par exemple, implique des prélèvements réguliers et la purge régulière des tuyauteries (plan de maintenance préventif). L'enjeu peut devenir juridique, pour preuve la mise en examen en tant que personne morale de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris en septembre 2009, neuf ans après les faits, pour homicide involontaire, blessures involontaires, erreur de conception et de réalisation et fautes caractérisées, car l'apparition de légionelles dans le réseau d'eau de l'hôpital européen Georges Pompidou, peu après son ouverture en 2000, avait causé la mort de plusieurs patients.

Par ailleurs, la nature des effluents et les risques qu'ils génèrent doivent être identifiés, contrôlés et maîtrisés. La réglementation sur les rejets et flux toxiques des établissements de santé, impose selon le type de substances, des prétraitements spécifiques, l'élimination en centre spécialisé (mercure, bains usés de radiologie) auxquels s'ajoutent des objectifs nationaux de réduction de l'ensemble des émissions, diffuses comme ponctuelles, de substances dangereuses d'ici 2015 (réglementation européenne) qui vont nécessiter le renforcement des contrôles, (l'inventaire des rejets, pluvial et boues d'épuration). L'apparition de substances émergentes (PNSE2) élargit le périmètre de la réduction des sources de pollution et introduit le renforcement de la surveillance du rejet de résidus de médicaments dans l'eau.

Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, et Chantal Jouanno, secrétaire d'État chargée de l'écologie, ont lancé le 23 novembre 2009 le Plan national sur les résidus de médicaments dans les eaux (PNRM), intervenant car le PNSE2 a alerté sur le problème des résidus de médicaments, comme les antibiotiques, les antidépresseurs ou encore les bêtabloquants, qui se retrouvent rejetés dans les milieux aquatiques par les selles ou les urines quand ils ne sont pas dégradés par l'organisme. De fait, la communauté scientifique s'interroge sur cette présence à l'état de traces, ainsi que sur leurs effets sur l'environnement et la santé humaine. Le plan doit donc permettre d'apprécier la pertinence du passage d'une surveillance exploratrice par des campagnes de mesures à une surveillance réglementaire de nouvelles substances, et porter sur les mesures de gestion des risques sanitaires, notamment sur les actions possibles de réduction des émissions à la source. De nouvelles exigences à anticiper en matière réglementaire...

La radioactivité d'origine médicale dans les cours d'eau en aval des grandes améliorations françaises est une réelle problématique mise en évidence récemment par des mesures réalisées dans la Garonne, le long des berges de Toulouse et en aval d'une station d'épuration, par la CRIIRAD (Commission de Recherche et d'Information Indépendantes sur la Radioactivité). Elle a découvert la présence d'iode 131, un élément radioactif dû à la médecine nucléaire, utilisé essentiellement pour les curiethérapies.

Cette situation, selon les études menées par la CRIIRAD, n'est pas spécifique à la région midi-pyrénéenne. Comme l'indique à Hospimedia⁶⁵ Jean-Marc Peres, responsable du service d'étude et de surveillance de la radioactivité de l'environnement de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), « *ce que l'on constate à Toulouse, on peut le constater partout en France* ». Si cette présence n'est pas avérée dangereuse dans l'immédiat, et même s'il s'agit d'un radioélément dont la période de vie est courte, soit environ huit jours, ce qui fait qu'au fur et à mesure des rejets, la radioactivité ne pourra pas augmenter et ne se cumulera pas, elle appelle néanmoins des questions sur les raisons de cette présence et la recherche de solutions pour l'éviter.

La réglementation en la matière a été renforcée par l'arrêté du 23 juillet 2008 portant sur les effluents et les déchets contaminés par les radionucléides, elle impose aux établissements de santé de ne pas rejeter plus de 10 becquerel (Bq) par litre dans les réseaux d'assainissement pour la radiothérapie et plus de 100 Bq pour les patients traités à l'iode 131, alors que les dispositions antérieures n'étaient que des recommandations⁶⁶. De même, précise l'IRSN sur son site, la réglementation impose aux établissements de santé le stockage systématique temporaire des urines et des selles des patients traités pour réduire le taux de Bq présent dans le réseau d'assainissement. Mais une fois traité par les stations d'épuration, il est tout de même possible de retrouver une proportion d'iode 131 dans les eaux des rivières en aval des stations car elles ne « *disposent pas de procédés spécifiques pour le traitement des produits radioactifs* ». Jean-Marc Peres explique que les établissements de santé ont plus de mal à stocker les selles des patients traités que les urines, notamment à cause du risque d'infections nosocomiales que cela représente. De fait, afin de protéger les patients soignés et de prémunir l'établissement contre ce type d'infection, les selles se retrouvent plus rapidement dans les réseaux d'assainissement, souvent avant que le taux de radioactivité ne soit diminué. Dans ce cas précis, la qualité des soins et les règles d'hygiène en matière de sécurité des soins priment sur la protection de l'environnement. Jean-Marc Peres estime que l'IRSN va donc devoir se pencher sur cette question afin que les établissements trouvent une façon de mieux stocker ces déchets et fassent des efforts en ce sens.

Si l'objectif est une empreinte écologique nulle, il pourrait être envisagé que les établissements disposent de leur propre station d'épuration, avant que leurs rejets ne rejoignent les réseaux urbains (principe de responsabilité), à moins qu'ils ne sous-traitent cette activité (principe du pollueur-payeur) ? En tout état de cause il convient que cette question soit traitée, au moins au nom du principe de précaution et de l'attitude d'exemplarité plébiscitée par les établissements. Cette question met en évidence la nécessité de l'appréhender selon le Principe 4 de la déclaration de Rio, qui souligne l'interdépendance et la nécessité de transversalité d'approche entre développement et environnement en vue de l'adoption d'une stratégie de développement durable : « *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* ». En effet, il se pourrait que la communauté toute entière bénéficie de l'amélioration de traitements des eaux usées, dans le cadre d'un Agenda 21 local, d'autant que la présence de radioactivité (beaucoup plus durable celle-là) n'est pas seulement due aux rejets des établissements de santé⁶⁷.

⁶⁵ HOSPIMEDIA, 30/10/2009, Comment parvenir à concilier qualité des soins et protection de l'environnement ? Dossier Ecologie et établissements de santé, un antagonisme dépassé.

⁶⁶ Autorité de Sûreté Nucléaire, Etat des lieux national de la radioprotection en médecine nucléaire en 2008.

⁶⁷ Pièces à conviction n°72, France 3, mercredi 11 février 2009, Uranium : le scandale de la France contaminée, à voir absolument sur <http://programmes.france3.fr/pièces-a-conviction/51415247-fr.php>.

Mais selon Véronique Humbert, ingénieur environnement et consultante Développement Durable pour les établissements de santé au cabinet Coaching durable, il n'existe aucune réglementation actuellement qui oblige les établissements de santé à traiter « *en final* » (après les décontaminations et traitements réglementaires) leurs effluents. Cependant, il convient de s'y préparer car les enjeux de la gestion des rejets et des effluents sont multiples, (limiter l'exposition des personnes, diminuer l'impact sur les réseaux d'assainissement et limiter les risques de dysfonctionnement des stations d'épuration) et les réglementations pourraient devenir de plus en plus contraignantes.

Elle suggère donc aux établissements de santé de signer une « *convention de déversement* ». En effet, même si cette convention reste facultative, elle est souhaitable pour les déversements significatifs. De plus, elle précise aux établissements les modalités juridiques, techniques et financières du déversement, garantissant ainsi une meilleure sécurité, et rappelle les droits et devoirs des parties signataires. Cela permettrait dans le même temps de prévenir les futures réglementations relatives à l'eau et à sa gestion. Le suivi des rejets, primordial également pour les établissements de santé, nécessite d'établir auparavant un véritable diagnostic s'appuyant sur la connaissance du niveau de pollution de l'établissement, du réseau d'assainissement mais aussi de la composition des rejets.

Les résultats d'une étude, réalisée au CH du Havre, ont par exemple démontré qu'il est possible de connaître en amont, ce qui est susceptible d'être rejeté, en analysant les étiquettes des médicaments et produits les plus consommés ou dangereux au sein de l'établissement. Une intervention au niveau des achats permet donc d'agir sur l'aval et d'améliorer les rejets et les effluents hospitaliers.

L'implantation d'une gestion durable de la ressource naturelle « *eau* » est une priorité écologique, mais aussi économique. En effet, d'un point de vue général, la consommation d'eau s'est largement multipliée ces quarante dernières années, tandis que les ressources en eau potable se sont raréfiées et d'autre part, le prix de la facture annuelle moyenne a augmenté de 25% en 13 ans. Dans le cadre de la convention signée récemment par les principales fédérations hospitalières, 75% des établissements de santé engagés devront avoir mis en place d'ici 2011 une politique de réduction de la consommation d'eau et avoir installé des équipements économiseurs d'eau. Les expériences de terrain se multiplient pour parvenir à remplir cet objectif.

Nous pouvons citer le CHU de Nice qui en modernisant sa blanchisserie, a changé le tunnel de lavage, installé un échangeur thermique et orienté le process vers la norme ISO 14001, a réalisé en 2008 un gain de 630 tonnes de vapeur, de 5000 mètres cube d'eau et fait une économie de 112 000 kWh d'électricité par rapport à 2007, soit un gain annuel de 38000 euros pour un investissement s'élevant à 85000 euros, indique Florent Bachelin, ingénieur responsable qualité et environnement. Le CHRU de Lille a misé sur l'installation de 28 compteurs sur son réseau d'eau afin d'identifier les fuites et réaliser ainsi des gains de fonctionnement, des travaux ont également été réalisés au niveau de la blanchisserie. L'investissement s'est avéré rentable puisqu'en 2009 la consommation d'eau s'est élevée à 783 400 euros par an, soit un gain de 166600 euros par rapport à 2005. La clinique Delay à Bayonne a, quant à elle mis en place un système de stockage dans une cuve-tampon de 5000 litres, des 15 à 20 mètres cubes journaliers de ses eaux issues de la dialyse, qu'elle utilise désormais pour l'arrosage, dans le fonctionnement des autoclaves et pour nettoyer à la vapeur (la méthode utilisée a été validée par le CCLIN Sud-Ouest : Centre de Coordination et de Lutte contre les Infections Nosocomiales). Un investissement de 5000 euros à la Clinique Chapeau pour récupérer les 5000 litres d'eau stérile déversés chaque jour dans les égouts a généré une économie de 30000 euros dès la première année.

2.2 - Le critère 7.c La gestion de l'énergie

Critère 7.c Gestion de l'énergie		
E1 Prévoir	E2 Mettre en œuvre	E3 Evaluer et améliorer
Un diagnostic énergétique est réalisé. Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.	Un plan de maintenance des installations est mis en œuvre. Un programme d'actions hiérarchisé de maîtrise de l'énergie est mis en œuvre.	Un suivi périodique est réalisé Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergies renouvelable est engagée

Manuel HAS
V2010

La gestion de l'énergie n'était pas abordée dans l'ancienne version autrement qu'au travers de la sécurité des installations et la conformité aux exigences réglementaires. Cependant, nous notons que la référence 7 de l'ancienne version, parlait d'optimisation des ressources et des moyens et enjoignait à la maîtrise des coûts. Les hôpitaux considèrent de manière générale que l'énergie constitue un enjeu majeur, soit 95 % des établissements dans le cadre du baromètre de l'EHESP.

Ainsi, selon le Baromètre 2008 du DD en santé, près de la moitié des établissements (47%) utilisent, en plus de l'électricité, au moins une autre source d'énergie, en particulier le gaz naturel, pour satisfaire leurs besoins énergétiques. Mais selon les conclusions du même rapport, ces initiatives sont généralement des actions ciblées et n'entrent finalement pas dans le cadre d'une démarche plus globale. Un diagnostic énergétique approfondi doit permettre à l'établissement d'identifier les principaux postes de consommation et de pertes et ainsi d'en dégager les lignes d'amélioration. Les architectes et sociétés d'ingénierie proposent désormais aux hôpitaux des sources d'énergie alternatives et des services énergétiques. Le CHU de Limoges a ainsi été le premier établissement à se doter d'une chaufferie biomasse. Celle-ci permettra de couvrir les deux tiers des besoins énergétiques pour chauffer le site principal de l'établissement via la consommation de 20000 tonnes d'un mélange écorce-plaque forestière. Selon la direction de l'établissement, en plus de réduire sa consommation de ressources fossiles et ses rejets de CO₂, la facture énergétique devrait baisser de 500000 euros par an ! En région Nord-Pas de Calais, la modification des installations thermiques pour les besoins de chauffage et d'eau chaude sanitaire au CH de Lens a permis la suppression du fioul lourd ainsi que la diminution de 6000 tonnes de CO₂ rejetés dans l'atmosphère. On peut encore citer la société régionale Tétratech Ingénierie qui travaille sur le projet du nouvel hôpital francilien, devant être livré courant 2010 et qui disposera, à sa mise en service, d'une centrale de trigénération (production combinée d'électricité, de chaleur et de froid) comportant un turbogénérateur de 3,5 MW, une chaudière industrielle à bois, des chaudières de secours (à fuel et gaz) et une centrale de production de froid. Ces installations doivent permettre à l'hôpital d'être moins dépendant des fluctuations du coût de l'énergie.

La gestion de l'énergie devient centrale car en dix ans, les consommations d'énergie thermique et électrique dans les hôpitaux de France ont augmenté respectivement de 25% et de 50% par lits. Le chauffage représente à l'heure actuelle les deux tiers de ces consommations, explique Patrick Bartolucci, directeur des travaux et des services techniques au CHU de Rouen. Des chiffres loin de s'aligner sur les 50 KWh/m² de consommation recommandés, notamment dans le cadre du Grenelle de l'environnement. De plus, l'énergie, au sens large, pèse relativement lourd dans le budget d'exploitation technique, au moins autant que la maintenance et en ces temps de maîtrise budgétaire, il convient alors de se demander comment s'organisent les établissements de santé et plus particulièrement les CHU. D'autant que l'ouverture totale du marché de l'électricité devrait être, sauf dérogation obtenue auprès de l'Union européenne (UE), effective dès 2010.

A l'heure actuelle, la moitié des plus gros établissements de santé ont fait valoir leur éligibilité et ont quitté les tarifs réglementés pour aller vers les tarifs dits libres. Pour les clients qui ont exercé cette éligibilité dès 2004, une baisse de 15 à 20% des prix a été constatée. Néanmoins, depuis 2007, la tendance s'est inversée, puisque les prix sont environ supérieurs de 30% aux tarifs régulés de l'opérateur historique. Par exemple au CHU de Rouen, les prix ont augmenté de 42%. Et à partir de 2010, les clients devront obligatoirement souscrire un contrat aux « *tarifs marché* » et non plus aux « *tarifs réglementés* », ce qui enjoint les établissements à trouver des solutions alternatives pour maîtriser leur consommation. (Annexe 6 page 95 Techniques pour diminuer la consommation énergétique par poste)

L'introduction massive des ampoules basse consommation par exemple, entre dans le cadre du plan climat-énergie, l'Union européenne a arrêté un calendrier de retrait progressif des ampoules traditionnelles (d'ici 2012) et la France a décidé d'anticiper, en les interdisant à l'horizon 2010. Selon l'ADEME « *le remplacement aujourd'hui de toutes les ampoules permettrait d'économiser 8 térawatts-heures de consommation d'électricité à l'horizon 2016 (soit l'équivalent de deux fois la consommation annuelle d'électricité des habitants de Paris).* » Cependant, alors qu'une ampoule à incandescence (ampoule traditionnelle) n'émet aucun champ magnétique, une ampoule basse consommation émet un champ magnétique dont l'amplitude se situe entre 10 et 150 milli-gauss selon les modèles disponibles sur le marché. Le champ magnétique naturel se situant autour de 0,1 milli gauss, une ampoule basse consommation multiplie donc le champ magnétique ambiant par un facteur qui peut aller de 100 à 1500 et ces champs magnétiques ont été classés comme cancérogènes par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Agence internationale sur le cancer⁶⁸.

Outre le fait que, comme l'a révélé une étude publiée en octobre 2003 par Environnement magazine, ces ampoules basse consommation contiennent du mercure, et doivent donc être jetées en tant que déchets dangereux, elles émettent également des radio-fréquences, mesurées par le CRIIREM (Centre de Recherche et d'Informations Indépendant sur les Rayonnement ElectroMagnétiques non ionisants), comme allant jusqu'à 200 volts par mètre, alors que la limite légale est de 27 volts par mètre. Le CRIIREM conseille donc d'éviter de les utiliser en lampe de chevet ou de bureau, ce qui réduit largement le champ d'utilisation de ces ampoules au sein des établissements.

Par ailleurs, suite à une opération promotionnelle de grande envergure sur les lampes à basse consommation engagée conjointement au début des années 90 par EDF et l'ADEME en Guadeloupe (en 5 mois, 350000 de ces ampoules ont été acquises par 43000 foyers), selon une information donnée par Alternative santé en janvier 2009, cette île des Antilles connaîtrait actuellement un pic mondial de l'incidence de cancers de la prostate. Les prochains développements des diodes électroluminescentes (LED), utilisées aujourd'hui surtout à faible puissance sur les appareils électroménagers, pourraient constituer une alternative préférable. Dans l'attente des progrès techniques et technologiques, il apparaît que les arbitrages sont difficiles, du fait des responsabilités, du principe de précaution, de la nécessité de rechercher des informations fiables, si tant est qu'elles existent (parce que de nombreuses études n'ont pas encore été réalisées concernant les effets de certains produits sur la santé) et exemptes de tout lobbies (si tant est que cela fût possible).

⁶⁸ World Health Organization International Agency for Research on Cancer, 2002, Iarc monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, volume 80, non ionizing radiation Part 1: static and extremely low-frequency electric and magnetic fields, IARC PRESS: "Extremely low-frequency magnetic fields are possibly carcinogenic to humans (Groupe 2B)"

Actuellement, les CHU, regroupés au sein du groupement UNIHA, « *réfléchissent à l'idée d'acheter l'électricité ensemble pour bénéficier d'un tarif hospitalier* ». Ils souhaiteraient en effet qu'un « *tarif hospitalier spécifique, peut-être sur le transport de l'électricité, pas forcément sur la fourniture, au titre de leur mission de service public* » soit mis en place. Cette solution n'a toujours pas reçu de réponse mais a déjà été présentée à quelques sénateurs.

Patrick Bartolucci, directeur des travaux et des services techniques au CHU de Rouen, rappelle également qu'avec 5 Terawattheure (TWh) pour l'ensemble du parc hospitalier national, les hôpitaux représentent un des plus gros acheteurs français d'électricité et que « *globalement, la consommation d'électricité progresse de 2 à 3 % par an* », un phénomène qui est constaté depuis 15 ans et qui est dû essentiellement à la climatisation et à la ventilation des bâtiments. Au CHU de Rouen, 20% des consommations concernent l'éclairage et 25% le froid et le renouvellement de l'air, nécessaires à la lutte contre les infections nosocomiales notamment. L'architecture des établissements impacte également la consommation d'énergie car elle n'a pas toujours été pensée en terme écologique. Ce qui n'est plus le cas actuellement avec les normes Haute Qualité Environnementales (HQE) ou les critères fixés, par exemple, pour retenir les projets immobiliers au titre du plan Hôpital 2012. D'autre part, aujourd'hui, l'heure est à la réduction des consommations et des émissions de gaz à effet de serre, objectifs renforcés par le protocole de Kyoto ou le Grenelle de l'environnement. Ainsi d'ici 10 ans, le ministère de l'Environnement a fixé pour les établissements publics des seuils à atteindre. « *Il faudra réduire de 50% les émissions de CO₂ et de 40% les consommations d'énergie* ». Un groupe de travail, regroupant des hôpitaux et la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) s'est donc réuni pour étudier les différents niveaux sur lesquels les hôpitaux pourront intervenir en vue de remplir ces objectifs.

2.3 - Le critère 7.e La gestion des déchets

Critère 7.e Gestion des déchets			Manuel certification V2010 HAS
E1 Prévoir	E2 Mettre en œuvre	E3 Evaluer et améliorer	
L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et d'effluents.	Le tri des déchets est réalisé.	Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	
La politique en matière de déchets est définie en concertation avec les instances concernées.	Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont organisées.	Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	
Les procédures de gestion des déchets sont établies.	Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	

Au niveau de la gestion de déchets, la nouvelle version ajoute la notion de valorisation des déchets, c'est-à-dire de recyclage. Depuis 1975, une réglementation définit les procédures à suivre dans la gestion des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI), à risque radioactif, à risque chimique, toxique ainsi que pour le rejet des effluents liquides. La majorité des déchets produits dans les établissements hospitaliers sont cependant des déchets non dangereux issus, des activités de restauration, des services administratifs ou encore des espaces verts. Ces déchets banals représentent 80% des déchets de l'hôpital qui en produit de la sorte environ 560000 tonnes par an. Les DASRI, quant à eux, représentent un volume de non moins 140000 tonnes par an. Les hôpitaux français produisent ainsi 3,5 % du total des déchets nationaux. Aussi, on peut deviner que la priorité des établissements se situe dans une limitation de leur production, mais également, dans un meilleur tri des déchets de soins sachant que le coût de traitement des DASRI représente 5 fois celui des déchets banals.

Grâce à une réflexion globale autour de la gestion des déchets, et consécutivement à la mise en place d'un système de tri efficace, l'AP-HM a ainsi réussi à réduire de 14% sa production de DASRI quand dans le même temps la production globale augmentait de 4%. Le prétraitement des DASRI, afin de les transformer en déchets ménagers et qu'ils rejoignent la filière de traitement classique est aussi une solution qui a permis par exemple au CHU de Limoges de réduire ses coûts de traitements en ne passant plus par un prestataire extérieur et en limitant le recours au transport. Par ailleurs, le système mis en place est source d'emploi (neuf agents en continu encadrés par deux techniciens) et source de rendements car le CHU facture 460 euros la tonne à ses clients.

La commande de produits en vrac permet de limiter les emballages tout en réduisant les coûts à la fois d'achat mais également d'élimination. Des sociétés de conseil, spécialisées notamment sur les thématiques de développement durable et de l'environnement aident aujourd'hui les établissements dans la mise en œuvre de stratégies de réduction des déchets et de maîtrise des coûts. Ainsi, Valérie Harrach, consultante associée de Ogip Qualité, déclarait récemment à Eurasanté au cours d'une interview, avoir permis à un établissement de soins une économie de 20000 euros grâce à l'élaboration d'une réflexion globale sur sa politique de tri.

La mise à disposition de containers spéciaux favorise le recyclage du papier, des piles, des cartouches d'imprimantes, des néons... La valorisation du papier est par exemple à l'AP-HM, passée de 131 tonnes en 2005 à 314 tonnes en 2008 et les films radiologiques ont disparu grâce à la gestion électronique des images médicales. D'une manière générale le développement du dossier patient informatisé constitue une avancée formidable en termes de réduction de consommation de papier (entre autres), mais nous pouvons citer une action vraiment spectaculaire du CHU de Saint-Etienne, qui dans le cadre d'une convention avec le Trésor Public, dont l'objectif premier est l'amélioration des services et circuits comptables, expérimente la dématérialisation de la feuille de paie qui permettra d'économiser 96000 feuilles de papier par an⁶⁹.

La réflexion sur les déchets ne se limite donc pas à la gestion ou la multiplication des filières d'aval, le tri à la source nécessite sensibilisation et formation de toutes les catégories de personnel et même des patients et de leurs visiteurs. Mais entraîner une véritable réduction à la source, peut nécessiter de nouvelles façons de travailler, de nouvelles habitudes à trouver, à définir dans l'organisation du travail, dans le choix du matériel, à prendre et à pérenniser. L'Hôpital Saint Joseph à Marseille a par exemple changé tous ses chariots à pansements, équipés dorénavant de deux sachets poubelles (DASRI et DAOM), dont celui qui est destiné aux DASRI est bien plus petit que l'autre, inclinant l'infirmière à n'y rejeter que ce qui doit l'être, mais concourant au respect scrupuleux des règles d'hygiène puisqu'elle se trouve dans l'obligation de le changer (étant tellement petit), à chaque pansement.

⁶⁹ Convention signée le 26 octobre 2007 entre le CHU de Saint Etienne et le Trésor Public pour s'engager dans une démarche d'amélioration des services et circuits comptables. Le CHU va pouvoir s'appuyer sur les équipes que le Trésor Public met à sa disposition pour améliorer sa gestion et mettre en place des solutions innovantes. La convention met en œuvre une organisation fondée sur la performance destinée à améliorer le contrôle des dépenses, la perception des recettes et la connaissance des coûts. Des équipes mixtes auditeront également les aspects juridiques, comptables et financiers de la rémunération et de la chaîne de facturation. Des moyens de paiements (cartes bleues, paiement en ligne, prélèvement automatiques) vont être généralisés. Ces actions feront l'objet d'une évaluation régulière par un comité de suivi mixte Trésor Public CHU de Saint Etienne.

2.4 - Le critère 7.b La gestion de l'air

Critère 7.b Gestion de l'air			Manuel certification V2010 HAS
E1 Prévoir	E2 Mettre en œuvre	E3 Evaluer et améliorer	
Une politique est définie en vue d'assurer la maîtrise du risque infectieux dans les zones à environnement maîtrisé. L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales. Des dispositions sont prévues en cas de travaux.	Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air en concertation avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) et le CHSCT sont mis en œuvre. La traçabilité des différentes interventions est assurée.	Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	

Le nouveau référentiel de certification introduit la notion de réduction des émissions atmosphériques, qu'il convient dès lors de pouvoir mesurer pour être en mesure d'affirmer que les actions mises en place les font diminuer. Ainsi, la réalisation d'un diagnostic devient une priorité, que l'ADEME propose de financer pour 50%, tout en apportant son expertise technique.

La qualité de l'air est aujourd'hui pratiquement exclusivement appréhendée à travers la lutte contre les infections nosocomiales. S'il n'y a pas d'obligation légale concernant l'installation d'un système de climatisation dans les établissements de soins, des services sensibles comme le bloc opératoire, la réanimation ou les services de néo-natalité sont équipés de système de rafraîchissement de l'air, et l'actualité météorologique de 2003 pose la question de la climatisation dans les autres parties de l'hôpital ou dans les maisons de retraite. Avec elle, se pose celle des risques de légionellose et de nombreuses circulaires les concernent, insistant notamment sur la maintenance de ces systèmes, car le germe s'y développe et prolifère comme dans les circuits de distribution d'eau chaude, et se transmet par voie aérienne, par l'inhalation d'eau contaminée diffusée en aérosols. Ainsi la prévention de ces risques repose avant tout sur une bonne conception, une gestion adaptée des équipements (circuit, tour aéroréfrigérante, système de traitement d'eau) et un programme de maintenance et d'entretien approprié aux conditions d'exploitation, qui bien sûr a un coût. Coût qui semble être en rapport avec l'absence fréquente de climatisation à l'hôpital, notamment dans de vieilles bâtisses réaménagées, ce qui est souvent le cas des maisons de retraite. D'une manière générale, la ventilation des bâtiments et le renouvellement de l'air intérieur appelle des solutions innovantes pour que la maîtrise de l'énergie ne se fasse pas au détriment de la qualité de l'air intérieur, et inversement.

Mais la spécificité de l'activité de soin amène un confinement particulier des espaces dans les établissements de santé et les polluants proviennent de trois principales sources intérieures : les constituants du bâtiment incluant les équipements et mobiliers (formaldéhyde, composés organiques volatiles [COV], fibres...), l'activité humaine (moisissures...) et l'activité professionnelle de soin (produits de soins, produits nettoyants et désinfectants...). Améliorer la qualité de l'air intérieur au sein d'un hôpital signifie donc aussi veiller notamment à la qualité des peintures, à la nature des colles utilisées pour fixer sols et protections murales ou présentes dans les meubles, à la qualité de matériau des sols, [dont le lavage de ceux en PVC peut occasionner la libération de phtalates (composés semivolatils cancérigènes)]⁷⁰, à la toxicité des produits nettoyants utilisés quotidiennement et à celle des produits de désinfection et de soins.

⁷⁰ Le PVC contient une substance toxique, le DEHP (di(2éthylhexyl)), un composant de la famille des phtalates reconnu cancérigène, mutagène et reprotoxique (CMR) de classe 2 par la Communauté européenne.

2.5 - Le critère 7.d Hygiène des locaux

Critère 7.d Hygiène des locaux			Manuel certification V2010 HAS
E1 Prévoir	E2 Mettre en œuvre	E3 Evaluer et améliorer	
Les actions à mettre en œuvre pour assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents). En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations. Les responsabilités sont identifiées et les missions sont définies.	Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées. Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en œuvre.	Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents). Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	

De par leurs missions et leur nature, les établissements de santé sont soumis à un cadre réglementaire et normatif spécifique concernant le respect des règles d'hygiène, supervisé par le CLIN. Le nettoyage et la désinfection des locaux sont organisés selon leur typologie et leur niveau de risque pour les patients, le bionettoyage des surfaces et des dispositifs médicaux font l'objet de protocoles et procédures spécifiques. Le choix des produits utilisés n'est pas neutre, ni en terme environnemental (biodégradabilité), ni en terme de répercussion sur la santé des professionnels et des patients qui peuvent inhaler des vapeurs toxiques.

Olivier Toma, Directeur de l'Ecoclinique Champeau à Béziers, fondateur de l'Association C2DS⁷¹ destinée à dynamiser le secteur et mutualiser les bonnes pratiques, préconise de réaliser un travail de veille pour éliminer les produits polluants, nombreux pour l'entretien et la stérilisation et de travailler avec les centrales d'achats pour trouver des alternatives aussi efficaces. Il avance l'exemple du nettoyage vapeur comme alternative à des produits toxiques, « *dont certains seraient à l'origine de la maladie de Parkinson* »⁷².

2.6 - Le critère 6.f Achats éco-responsables et approvisionnements

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements			Manuel certification V2010 HAS
E1 Prévoir	E2 Mettre en œuvre	E3 Evaluer et améliorer	
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif en associant les utilisateurs. La politique d'achat et de relations avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat écoresponsable.	Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence. L'établissement initie une démarche d'achat écoresponsable pour certains produits et/ou services.	Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place	

Par ce nouveau critère, la HAS indique que c'est l'ensemble des fournisseurs de l'établissement de santé, qui doit considérer sérieusement la composante environnementale : du prestataire de services aux fournisseurs de dispositifs médicaux en passant par les produits d'entretien, les ampoules et tubes électriques ou encore le papier graphique. Sa prise en compte par les acteurs publics est croissante car l'Etat français a pour objectif de devenir l'un des pays les plus engagés en Europe (UE) en termes de commandes publiques durables. Pour ce faire, la SNDD prévoit un Plan National d'Action des Achats Publics Durables (PNAAPD) pour répondre à cet objectif à l'horizon 2009. Le PNAAPD fixe tous les 3 ans (actuellement 2007-2009) des objectifs quantifiés au sein de toutes les administrations en termes, notamment, de diminution des émissions de gaz carboniques, d'économie d'eau, de réduction de la consommation énergétique, de recyclage du papier ou de nouvelles constructions HQE ou HPE (à Haute Performance Energétique).

⁷¹ C2DS : Comité pour le développement durable en santé

⁷² Olivier Toma, 22&23 mars 2007, Actes des XVI^{èmes} Journées Nationales ADH, Performance hospitalière et management durable : faire plus avec moins ?

En conséquence, le code des marchés publics impose désormais des objectifs de développement durable dans la définition des besoins ainsi que dans l'exécution du marché. L'acheteur colossal que représente l'hôpital est appelé à jouer un rôle pour privilégier cette démarche, car avec un budget de 65 milliards d'euros, et de par la diversité de ses achats, il peut influencer à la fois les pratiques des utilisateurs mais également la politique industrielle des fournisseurs. Ainsi, une entreprise peut se voir refuser un marché en raison de critères environnementaux jugés insuffisants et à l'inverse, une autre peut dégager un avantage concurrentiel en adoptant une stratégie axée sur le développement durable. La réforme du code des marchés publics indique en effet que le pouvoir adjudicateur peut stipuler que les produits ou services ayant obtenu un écolabel sont présumés satisfaire aux caractéristiques environnementales. Selon le baromètre 2008 du DD en santé, 37% des établissements ont déjà choisi de privilégier dans leurs achats des produits d'entretien et de désinfection respectueux de l'environnement et 1 établissement sur 2 a déjà introduit des critères de développement durable dans son cahier des charges. La marge de progression reste encore énorme lorsque l'on sait que seulement 8% des établissements sont impliqués dans la réalisation des objectifs du PNAAPD.

Plusieurs établissements de santé sont cependant moteurs dans la démarche et ont permis, sous l'impulsion de l'association C2DS, la réalisation de partenariats avec des centrales d'achats. Ainsi en mars 2007, une charte des achats responsables en santé était signée par les représentants de la centrale d'achats de l'hospitalisation privée (CAHPP), de la Centrale d'achat de conseil et d'information des cliniques (Cacic), du Club H et de l'Union des groupements d'achats publics (UGAP). Si ces débuts peuvent être jugés timides, aucun objectif de résultats n'est en effet fixé, ils ont le mérite a minima d'inciter à des choix d'alternatives écologiques. La centrale Club H est par ailleurs engagée dans l'utilisation d'emballages sans phtalates et évite le PVC dans les produits courants comme les tuyaux de perfusion.

2.7 - Le critère 3.d Qualité de vie au travail

Critère 3.d Qualité de vie au travail		
E1 Prévoir	E2 Mettre en œuvre	E3 Evaluer et améliorer
La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement. Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.	Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en œuvre.	Les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont évaluées. La satisfaction des personnels est évaluée.

Manuel HAS
V2010

Jasmine Sami, chef de projet de la Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins de la HAS, présente ce nouveau critère comme faisant partie de ceux qui concernent le développement durable dans la certification des établissements de santé. L'introduction de ce critère s'est avérée nécessaire pour préserver l'idée du triptyque consensuel, car alors que les démarches en matière de développement durable ne cessent de se multiplier, il est surprenant de remarquer qu'elles privilégient surtout la problématique touchant l'environnement et le sociétal⁷³. La gestion sociale interne à l'organisation reste souvent un volet écarté, si ce n'est délaissé au profit des parties prenantes externes qui représentent le plus souvent un poids économique et financier plus important à gérer pour l'établissement que les agents. L'intérêt d'aborder la place de l'éthique dans le management des ressources humaines et son importance considérable dans la démarche globale de responsabilité sociale de l'organisation réside en fait à rappeler les fondements du développement durable.

⁷³ Dossier XVI^{èmes} journées nationales ADH : performances hospitalières et management durable, Jadh, 2007.

A ce titre, les politiques de gestion de temps, de stress, des carrières, d'organisation du travail, de mobilité géographique peuvent permettre aux établissements de santé de pratiquer un management des ressources humaines responsable et socialement durable (MRHRS).

La naissance des pratiques du MRHRS⁷⁴ est due à plusieurs mouvements sociaux qui ont mis en évidence les notions de bien-être, de flexibilité et de fidélisation des employés. Défini comme « *la sensation agréable procurée par la satisfaction des besoins physiques et l'absence de tensions psychologiques* » (Robert 1985), les chercheurs en gestion retiennent souvent deux dimensions de la notion de bien être à savoir : la dimension physique (ou biologique) et la dimension psychologique. La notion de stress est quant à elle définie par rapport à celles-ci : « *le stress se manifeste par la dégradation du bien être de l'individu et ses conséquences se manifestent au niveau de l'organisation* » (Beehr et Newman, 1978)⁷⁵.

Actuellement, des tensions très vives existent dans les établissements hospitaliers : manque d'effectifs, judiciarisation accrue, retards dans l'accueil des patients, saturation des urgences, restructurations contestées. En 25 ans, les conditions de travail se sont certes améliorées, mais elles s'écartèlent de façon très perverse entre d'un côté la vocation et son aspect humanitaire, et de l'autre la tolérance à la souffrance des autres.

Une étude de Charles Gadea et Jean-François Caillard⁷⁶ (2009) rapporte que « *L'intensification actuelle du travail interagit avec des processus culturels ayant trait aux valeurs populaires que condense l'image d'un « bon travailleur », courageux et dur au mal. [...] celle-ci exerce une forme de contrôle social renforcé par l'intégration dans un environnement où tout le monde se connaît et où soignants et malades appartiennent à un monde où il est de règle de ne pas économiser sa peine. Les soignantes « baignent » donc dans un milieu socialement très homogène où le rapport au travail s'appuie sur une conception très instrumentale du corps. Il est avant tout considéré comme un outil mis à rude épreuve pour gagner dignement sa vie. Cet ethos de classe se double d'un ethos de genre lié à la définition du travail de soin et à la rhétorique du dévouement féminin, selon lesquelles la mission d'une soignante est de se consacrer aux autres, d'être attentive aux autres et peu à soi-même. De telles dispositions, solidement inscrites dans les esprits et dans leurs corps, conduisent à intérioriser les contraintes de l'organisation du travail et à « prendre sur soi » pour tenter de boucler, vaille que vaille, le programme de la journée. On ne s'étonnera pas de voir que toutes les AS et ASH rencontrées, n'ayant parfois que quelques mois d'expérience dans le métier, souffrent à des degrés variables de TMS⁷⁷. Tout se passe comme si les soignantes avaient intériorisé qu'elles doivent apprendre à travailler et, plus largement, à vivre avec « leurs TMS », autrement dit, comme si elles avaient renoncé à l'idée de bien-être. »*

Cette particularité sociologique du corps soignant implique d'être d'autant plus attentif et explique en partie l'introduction de ce critère par la HAS, consciente que les tensions exercées sur l'hôpital risquent de renforcer les dégradations des conditions de travail.

⁷⁴ MRHRS : Management des Ressources Humaines Responsable Socialement

⁷⁵ Beehr TA et Newman IE (1978), Job stress, employee health, and organizational effectiveness: a facet analysis, model, and literature review, *Personnel Psychology*, 31, 665-699, cite par El Kandoussi F et El Abboubi M, *Le Management des Ressources Humaines Responsable : quelles perspectives sous l'égide de la nouvelle législation du travail au Maroc ?* Cahier de recherche HEC Ecole de Gestion de l'Université de Liège, 2007.

⁷⁶ Charles Gadea, sociologue, Laboratoire Printemps, UMR CNRS 8085, Université de Versailles et Jean-François Caillard, Responsable du service de médecine du travail et pathologie professionnelle, CHU de Rouen, *La santé des soignants. Conditions de travail et rapport aux risques professionnels des professionnels du soin.*, 2009, 10 pages.

⁷⁷ TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

Selon l'étude de la DREES⁷⁸ (2009), l'organisation du travail dans le secteur de la santé répondant à des exigences d'égalité d'accès et de continuité des soins, les contraintes temporelles de travail, le dimanche et de nuit, y sont nettement plus répandues, notamment pour le personnel soignant (infirmières et aides-soignantes) et médical (médecins et pharmaciens), que dans la plupart des autres secteurs marchands de l'économie. *« Quand ils sont interrogés, les professionnels de santé déclarent souvent être contraints par un rythme de travail soutenu, des délais très courts, des demandes exigeant des réponses immédiates. S'ajoutent à cela de fortes contraintes liées au travail collectif et à une constante collaboration avec leurs collègues. En outre, la moitié des infirmières et des aides soignantes ainsi qu'un tiers des médecins déclarent ne pas pouvoir interrompre momentanément leur travail. En trois ans, un salarié sur deux affirme avoir ressenti une accentuation de ces contraintes de rythme, surtout lorsque son établissement a été confronté, durant la même période, à la montée de l'isolement ou à l'appauvrissement de ses usagers. »*

Le projet promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail (PRESST), initié par les instances de l'Union européenne, a conduit à la réalisation d'une étude⁷⁹ qui confirme le constat de l'abandon prématuré de la profession d'infirmière, dont les causes, outre la faible attractivité salariale et les contingences matérielles, qu'il s'agisse des contraintes horaires ou des difficultés du logement, se trouvent essentiellement dans le fait que l'exercice de la profession qu'elles ont choisie, tel qu'elle se transforme depuis près de 10 ans, n'offre plus in fine les possibilités d'exercer en accord avec leur formation à la « *démarche de soins* » et à la « *prise en charge globale du malade* », valeurs fondamentales de la déontologie. En quelque sorte, il apparaît légitime de composer avec ce qui relève des contraintes socioéconomiques générales, mais illégitime de s'accoutumer à ce qui atteint le cœur du métier.

En France, l'étude a été coordonnée par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui a envoyé près de 7.000 questionnaires à des soignants de 55 établissements différents (publics, privés, médico-sociaux, sanitaires...). L'analyse des résultats montre que 14,5% des soignants déclarent ressentir "souvent" l'envie de quitter définitivement leur profession. Ce même sentiment concerne 15,7% des infirmiers, 16,2% des infirmiers diplômés d'état (IDE) spécialisés, 13,3% des aides-soignants, 15,3% des cadres de proximité et supérieurs et 20% des médecins. Quand on connaît la situation tendue du marché du travail sur certaines de ces professions, les évolutions prévisibles de la démographie professionnelle il devient primordial de s'intéresser à la question.

Globalement, l'étude révèle que la volonté de quitter définitivement la profession est doublée chez les personnels soignants estimant leur santé physique ou mentale menacée ou atteinte (burn-out), multipliée par un facteur de 3 à 5 par l'insatisfaction par rapport à divers éléments du poste de travail, notamment le sentiment de mauvaise utilisation de leurs compétences, la crainte de plus tenir moralement face aux patients, l'insatisfaction face aux perspectives professionnelles, la crainte de ne pouvoir continuer de travailler ainsi jusqu'à 60 ans et même plus, la charge mentale excessive, la fatigue et le manque de possibilité d'échanger avec les collègues sur les difficultés rencontrées.

⁷⁸ DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, n°709 novembre 2009, L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes, 8 pages.

⁷⁹ Enquête PRESST initiée en 2004, auprès des personnels médicaux (SESMAT Santé et Satisfaction des Médecins Au Travail) et paramédicaux (NEXT Nurses' Early Exit Study) de 16 pays d'Europe, Croniques : Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail, Madeleine Estryn-Behar (PH, médecin du travail), Jean-François Négri (cadre supérieur de santé, président de l'ISIS), Olivier Le Nézet (statisticien), Droit Déontologie & Soins, 308-327, 2007, 21 pages.

Les médecins comme les soignants se déclarent autant insatisfaits du manque de soutien psychologique, de leurs possibilités réduites de donner aux patients la qualité des soins dont ils ont besoin et de la qualité des transmissions entre équipes successives. L'instauration des 35 heures à l'hôpital n'est pas étrangère à cet état de fait, l'organisation en a été modifiée, les collectifs de travail démantelés, le recours aux remplacements accentué, les chevauchements d'équipe pourtant nécessaires réduits au minimum (transmissions ciblées) et la durée habituelle de travail fréquemment dépassée pour les soignants (il n'est pas rare de devoir enchaîner une nuit à sa journée ou de devoir venir travailler un jour de repos) comme pour les médecins dont la moitié déclare travailler habituellement plus de 50 heures par semaine. De plus, toutes les catégories professionnelles avancent la crainte de plus en plus stressante de faire des erreurs.

Les effets négatifs ressentis des horaires imposés, des contraintes de rythme de travail accentuées, d'une qualité et des délais jugés extrêmement difficiles à respecter simultanément en cas de pics d'activité, de la confrontation de plus en plus fréquente à la violence des patients, des visiteurs, de l'augmentation de la demande d'informations, des plaintes, du contrôle plus pressant de l'encadrement dont le rôle évolue vers la gestion administrative et la régulation des conflits, de l'augmentation des tâches administratives (développement de la traçabilité), sont accentués par le sentiment de devoir travailler isolément et non en équipe.

Car l'évolution de l'organisation fait disparaître les collectifs de travail qui sont une ressource pour les opérateurs. L'intensification du travail à l'hôpital n'a pas comme seule conséquence de devoir se dépêcher, au détriment parfois des règles d'hygiène et de sécurité, elle affecte également profondément ce qui fait sens dans le travail des soignants, contribuant ainsi à leur épuisement professionnel. Et lorsqu'il n'est plus possible de moduler les objectifs ou les moyens, ni de puiser dans ses ressources personnelles, c'est-à-dire sur sa santé, intervient la dégradation de la qualité (Annexe 7 page 96 La régulation des compromis opératoires au travail). C'est un challenge pour les établissements car cela a des conséquences décisives pour les patients qui doivent bénéficier de la meilleure prise en charge possible, comprenant entre autres, l'accompagnement humain et l'empathie qui nécessitent une grande disponibilité.

À l'heure de la mobilité professionnelle, les infirmières n'hésitent plus à mettre en concurrence leurs employeurs potentiels, la société a changé, l'équilibre entre travail et vie professionnelle constitue un préalable à tout engagement, et les établissements doivent faire face aux difficultés de recrutement, aux maladies professionnelles et à leur corollaire l'absentéisme, aux conditions matérielles déficientes, à la problématique de l'organisation du travail, et anticiper le vide bientôt laissé par les personnels du papy-boom. Selon Maryvonne Bitaud et Muriel Lemaître, respectivement Directrice et Directrice adjointe du Pôle personnel et relations sociales du CHU de Nantes, « *la mise en place d'une politique durable des ressources humaines va bien au-delà du projet social tel que nous le formalisons aujourd'hui.* »⁸⁰

En définitive, tout n'est pas question de finance. La qualité d'une organisation du travail qui permette de partager les informations et les décisions avec des temps et des lieux adéquats, l'attention, l'écoute, la reconnaissance, le soutien psychologique, le tutorat, le travail collectif permettant de compter sur l'appui des collègues et de la hiérarchie et la mise en place de conditions de travail qui permettent la protection des valeurs professionnelles reviennent au centre du débat.

⁸⁰ Maryvonne Bitaud, Muriel Lemaître, Ressources Humaines : pour un management durable, in Gestions Hospitalières n°476, mai 2008, pp 313-315.

Selon elles, le management durable des RH vise à une gestion économe du capital humain : « *Il faut transmettre aux futures générations des professionnels de santé un bon état des lieux et des moyens les mieux appropriés à leurs besoins. Nous devons avoir comme objectif final, si nous comparons l'hôpital à la planète Terre, de le laisser plus propre après notre passage* » Pour cela, l'individualisation de la GRH au travers de la démarche métier⁸¹, porte l'enjeu à trouver l'articulation des intérêts individuels, collectifs et institutionnels. Les plans de formation sont faits pour suivre les mutations du système de santé, l'évolution des organisations et des pratiques professionnelles en développant les compétences collectives. L'évaluation des personnels est un outil permettant d'identifier les besoins et de négocier l'investissement de chacun dans une logique gagnant-gagnant. Le problème majeur de la fonction publique résidant en la déconnection de la notation, attachée à l'avancement, de la réalité des investissements personnels consentis dans leur travail.

La loi de modernisation de la fonction publique⁸² et les décrets sur la formation professionnelle tout au long de la vie des personnels (celui de la fonction publique hospitalière est en préparation) participent à satisfaire les besoins en soins des usagers par des agents formés. Surtout, cela donne la possibilité à chacun, à partir d'un droit individuel, de se responsabiliser pour construire son capital compétence lui permettant un développement professionnel approprié tout au long de sa carrière, soit dans des exercices professionnels de plus en plus pointus, soit pour accompagner des mobilités. Mais les possibilités d'évolution professionnelle ne sont pas généralisables à tout le monde, soit du fait des potentiels des agents, soit du fait qu'il est impossible d'accorder une absence pour formation dans l'intérêt du service (manque d'agent), soit encore du fait de la restriction des budgets (les préparations aux différents concours ne sont par exemple plus prises en charge).

Les possibilités de rétribution ressenties en adéquation avec l'investissement consenti restent donc faibles et essentiellement liées à l'assurance de l'emploi à vie. Ce qui, dans les conditions actuelles de travail mentionnées plus haut, ne saurait suffire à générer la motivation, l'implication et la mobilisation nécessaires pour aborder et réussir la transformation de l'hôpital en un système productif dynamique, efficient et performant. Outre le fait que les valeurs soignantes se sentent bafouées par la logique économique et financière, la décentralisation de la gestion sur les pôles, accentue la responsabilisation des cadres de proximité qui n'ont que de faibles marges de manœuvre pour récompenser leur personnel. En effet, si un pôle se trouve excédentaire mais que l'hôpital est déficitaire, le gain réalisé est englouti au nom de l'intérêt collectif.

Dès lors, il ne reste plus que l'amélioration des conditions de travail pour pallier à la pression de la productivité, renforcer l'attractivité, la fidélisation des métiers hospitaliers et médico-sociaux, et pour faire face à la pénurie de postulants. Inspiré du concept d'origine américaine « *Hôpital attractif* », qui associe qualité des soins et satisfaction du personnel, les antennes régionales de l'Association nationale de formation hospitalière (ANFH) en Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte-d'Azur ont expérimenté depuis deux ans auprès de 27 établissements de santé le projet, baptisé « *Pactes* » (Projet d'amélioration des conditions de travail dans les établissements de santé), basé sur l'innovation de la formation et la mobilisation des professionnels⁸³.

⁸¹ Décret n°2001-1347, 28 décembre 2001, Missions composition et fonctionnement de l'Observatoire national de l'emploi et des métiers de la fonction publique hospitalière.

⁸² Loi de modernisation de la fonction publique, n°2007-148 du 2 février 2007.

⁸³ HOSPIMEDIA 20/10/09, Amélioration des conditions de travail, moins de pression, plus de vocation.

Au total, 3000 agents (6% de l'effectif global de ces 27 établissements) ont été directement concernés à travers une série d'audits et de formations pour un coût total de 840000 euros. Les thématiques proposées se sont avérées pertinentes car chaque établissement a pu y trouver son intérêt. Elles recouvraient l'ergonomie et le tutorat ou encore un axe plus novateur de mise en place d'une activité physique au travail.

L'ergonomie s'est avérée le moyen de la réconciliation des contraintes professionnelles et administratives avec l'aménagement du poste de travail et de la personne qui l'occupe. C'est un nouveau vecteur d'approche de la manutention, des conditions de travail, d'étude des locaux et des matériels, de la circulation des personnes et des flux, pour un agencement des postes de travail et de l'espace et l'amélioration de la chaîne clients fournisseurs en interne, qui ont constitué une avancée significative du bien-être au travail. La formation a permis de donner aux référents les outils nécessaires pour mettre en œuvre des plans d'actions, en assurer le suivi et tout au long de cette mission, l'intérêt des personnels pour la démarche, leur implication et leur désir de voir les projets aboutir furent au rendez-vous. *« Le déplacement d'une cloison, l'installation d'une table autour de laquelle on s'assoit, l'accompagnement des jeunes recrues, l'activité physique pour permettre au personnel d'un service de gérontologie de souffler, peuvent apparaître comme de "petites mesures". Leurs effets se sont avérés déterminants dans le puzzle de l'organisation du travail entre les divers acteurs, parties prenantes, des médecins aux agents d'entretien »* témoigne Serge Malbec, ancien président de l'ANFH Languedoc-Roussillon et père du Pactes. En matière d'ergonomie, cela passe par exemple par l'adoption de chaussures adaptées aux sols glissants, une meilleure climatisation de certains espaces, la maintenance préventive des fauteuils roulants, l'acquisition de matériel pour faciliter la manutention des patients et le transfert des charges, l'achat de caisses rigides dotées de poignées pour le stockage des produits d'entretien, etc...

Concernant l'activité physique, les soignants ont été conviés à des séances de gym d'une vingtaine de minutes, prévues sur les temps de chevauchement au moment de la relève des équipes, pour évacuer le stress et la tension musculaire, une aubaine pour un corps qui par nature a l'habitude de s'occuper des autres et non de lui-même. La prise en compte des difficultés de travail est d'autant plus urgente que lorsque le personnel en vient à s'en plaindre, c'est que les ressources internes sont déjà complètement utilisées. Cette action peut par ailleurs contribuer au renforcement de la cohésion d'équipe par l'opportunité d'avoir une vie sociale à l'intérieur même du lieu de travail pour parler d'autre chose que du travail précisément, cela modifie les rapports humains et peut fluidifier les tensions. *« On partage les mêmes difficultés dans la vie professionnelle et on s'en libère ensemble »* rapporte Raymonde Kendek, cadre supérieur du pôle gérontologie du centre hospitalier intercommunal de Fréjus Saint Raphaël.

Dans l'esprit du compagnonnage, le tutorat vise pour sa part à enrayer le turn-over du personnel dans les services, qui impacte sur leurs compétences et peut contribuer à valoriser des personnes tout en permettant un transfert des compétences clé, voire constituer un poste aménagé pour les agents en fin de carrière. Quant à l'organisation des soins, elle passe par exemple, par une meilleure coordination médecins/équipe soignante lors des visites. *« On a pu faire reconnaître que la présence des infirmières n'était pas indispensable durant toute la visite, mais plutôt définie en fonction des patients à voir, et que le gain de temps récupéré leur permettait de faire face à leurs obligations de soins dans des conditions moins stressantes »*, résume ainsi Marie-Louise Diez, cadre de santé au centre hospitalier de Brignoles.

Acteur central de cette mise en place, le personnel s'est engagé dans une réflexion globale à long terme sur le travail de fond à l'intérieur des établissements. « *Plutôt que de parler moyens supplémentaires, agents et dirigeants se sont appliqués à trouver des moyens de mieux vivre leurs fonctions* », indique M. Ihamouchène, délégué régional de l'ANFH en Languedoc-Roussillon, cela a eu un effet très positif et la restitution de l'outil de travail sur la base d'une remise en question de l'organisation a redonné de l'espoir. Des aides-soignants aux directeurs, en passant par les agents, les infirmières, les cadres de santé, les partenaires et les prestataires, tous s'accordent à reconnaître les vertus thérapeutiques de cette action d'envergure qui est un signe fort donné aux agents sur la prise en considération de leur qualité de vie. « *Si les soignants vont bien, les malades aussi* » en conclut Isabelle Schuller, directrice des soins à l'hôpital Jean-Marcel, à Brignoles⁸⁴.

Cela devrait faire cas d'école puisque dans la suite de l'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 relatif à la prévention du stress au travail⁸⁵, qui a pour objet de transposer l'accord européen⁸⁶ en droit français et de prendre en compte les évolutions de la société sur ce sujet, le premier accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique a été signé, ce 20 novembre 2009⁸⁷, par Eric Woerth, la CFDT, FO, l'UNSA, la CFTC, la CGC et la Fédération hospitalière de France.

Cet accord est composé de 15 actions organisées autour de 3 axes : les instances et acteurs opérationnels en matière de santé et sécurité au travail, les objectifs et outils de prévention des risques professionnels et les dispositifs d'accompagnement des atteintes à la santé. Suite à cette ratification, les compétences des comités d'hygiène et de sécurité (CHS) sont élargies aux conditions de travail (CT). Il est désormais établi que chaque agent de la fonction publique (y compris les non-titulaires) sera rattaché à un CHSCT.

Un plan d'action national de lutte contre les risques psychosociaux (stress, harcèlement, etc.) va être mis en place. Le collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail⁸⁸ a présenté ses indicateurs provisoires⁸⁹ destinés à mesurer ce qui doit être prévenu, aux partenaires sociaux, ce 9 octobre 2009. Il a retenu six dimensions de risques à caractère psychosocial : les exigences du travail, la charge émotionnelle, l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et les relations de travail, les conflits de valeurs et l'insécurité socio-économique (Annexe 8 page 98 Résultats de l'enquête sur les risques psychosociaux au travail pour le secteur de la santé).

En matière de formation professionnelle quatre grandes priorités ont été dégagées : Renforcer le lien entre formation et emploi, créer un système plus juste permettant d'améliorer l'accès à la formation des salariés des petites et moyennes entreprises, des salariés peu qualifiés, des jeunes sortis sans qualification ou sans diplôme du système scolaire et les seniors, établir un système plus efficace qui passe par une évaluation renforcée des offres de formation et une amélioration de leur qualité, rendre l'individu acteur de son parcours professionnel ce qui signifie d'une part mieux informer, orienter et accompagner les personnes, d'autre part, simplifier l'accès aux dispositifs de formation et développer les outils individualisés.

⁸⁴ Cahier PACTES, ANFH, 2009, 48 pages.

⁸⁵ ANI du 2 juillet 2008 relatif à la santé, la sécurité et la prévention du stress au travail, applicable de manière obligatoire à toutes les entreprises quel que soit leur domaine d'activité ou leur effectif depuis le 7 mai 2009.

⁸⁶ Les partenaires sociaux européens ont signé le 8 octobre 2004 un accord sur le stress au travail dans le cadre de l'article 138 du Traité CE.

⁸⁷ HOSPIMEDIA, 20/11/09, Fonction publique : signature de l'accord sur la santé et la sécurité au travail.

⁸⁸ Ce collège a été constitué fin 2008, à la demande de Xavier Bertrand, alors ministre du Travail, suite au rapport Nasse et Légeron sur les risques psychosociaux au travail

⁸⁹ La liste définitive devrait être proposée courant 2011.

Concernant les accidents de service et les maladies professionnelles, la question de la charge de la preuve a été soulevée. L'employeur est en effet actuellement présumé responsable dans le privé tandis que dans la fonction publique, l'agent doit en apporter la preuve. Il a donc été prévu d'avancer sur cette problématique.

Le droit à un suivi médical post-professionnel pour les agents exposés à l'amiante et à des risques cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction a aussi été instauré, notamment suite au rapport récent de l'Autorité de Sureté Nucléaire qui constate que les exigences réglementaires relatives à la radioprotection des travailleurs ne sont pas suffisamment respectées dans les services de médecine nucléaire⁹⁰.

Enfin, l'accord planifie la création d'un observatoire de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique afin d'établir un état des lieux et de créer des dispositifs d'amélioration des conditions de travail. Cette question est donc hautement d'actualité et s'inscrit à la fois dans le cadre du Défi n°5 (Santé publique, prévention des risques, Plan Santé au Travail 2) et le Défi n°8 (Education, formation) de la SNDD.

Ayant largement passé en revue les opérationnalisations effectives ou futures du développement durable inhérentes aux critères de la nouvelle version de la certification HAS, nous allons maintenant discuter de la pertinence de faire certifier un système de management environnemental en dehors de la certification HAS.

III - La certification de système de management environnemental

Faisant suite aux démarches Qualité mises en place dans les entreprises dans les années 1980, le management environnemental désigne des méthodes de gestion et d'organisation de l'entreprise apparues dans les années 1990. C'est une démarche qui reste encore aujourd'hui innovante, car elle vise à prendre en compte de façon systématique l'impact des activités de l'entreprise sur l'environnement, à l'évaluer et à le réduire. Elle consiste donc à intégrer l'environnement dans la gestion et la stratégie de l'entreprise. Le management environnemental s'inscrit donc dans une perspective de développement durable car il implique une interdépendance entre développement économique et qualité de l'environnement. Compte tenu de la multiplicité des risques et des enjeux environnementaux qui concernent les établissements de santé, de l'accroissement des exigences réglementaires effectives et prévisibles (si l'on se réfère au grand programme européen) il peut être pertinent de s'engager dans une démarche spécifique. La simplification de la procédure de certification HAS passe d'ailleurs, entre autres, par la recherche de complémentarité avec d'autres systèmes de reconnaissances externes comme la certification ISO 9001 d'un secteur ou de l'établissement, une certification de service sur un domaine, une accréditation d'une activité comme par exemple l'accréditation d'un laboratoire ou l'accréditation JACIE sur une activité de greffe de moelle osseuse et bien entendu il en va de même pour une certification de système de management environnemental. La HAS met en œuvre depuis 2004 une politique visant à reconnaître ces différents systèmes afin de bénéficier de synergies entre les démarches, d'établir les complémentarités et d'éviter les redondances entre les procédures. Il s'agit de respecter la stratégie de l'établissement et d'identifier les champs sur lesquels une évaluation équivalente à celle de la certification des établissements de santé est apportée par une autre procédure permettant d'alléger les différentes étapes de cette dernière (auto-évaluation, visite) et/ou de valoriser la démarche entreprise dans le rapport d'accréditation (point fort, action exemplaire ou innovante).

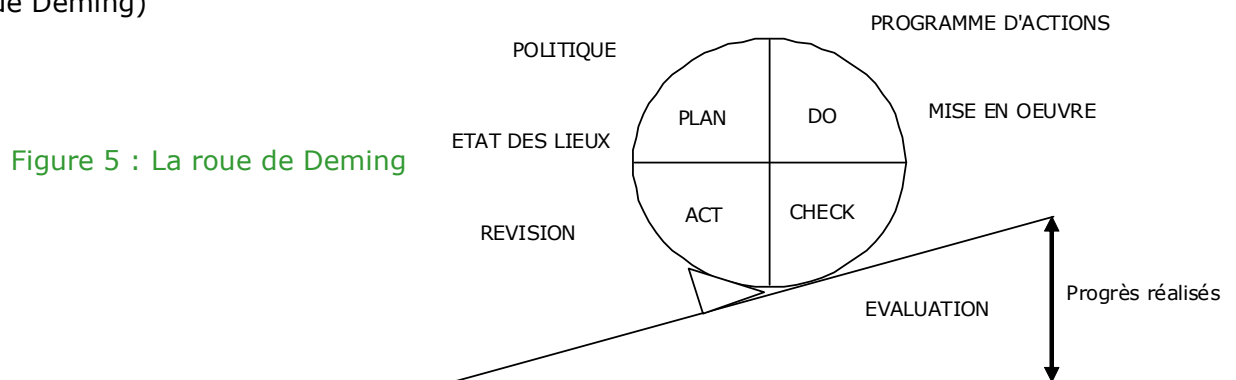
⁹⁰ Autorité de Sureté Nucléaire, Etat des lieux National de la Radioprotection en Médecine Nucléaire en 2008.

1 - Des principes similaires

Tout comme la démarche qualité, engager une démarche environnementale, c'est avant tout se pencher sur l'organisation de l'entreprise, l'engager dans un système d'amélioration continue, de prévention de la pollution, et de mise en conformité vis-à-vis de la législation. Il existe plusieurs normes et quelle que soit celle choisie, la démarche environnementale se traduit par la mise en place d'un système de management environnemental (SME).

« 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 œuvre, réaliser, passer en revue et maintenir la politique environnementale. » (ISO 14001).

Ainsi, le système de management environnemental est un système de management des risques environnementaux utilisant une méthode de gestion de la qualité : le PDCA (roue de Deming)



La certification HAS est une certification généraliste spécifique au champ de la santé et développée en dehors des travaux de normalisation classique. La certification HAS n'est pas une certification estampillée environnementale. Elle est une certification d'établissement condamnée à être simultanément un regard porté sur la dynamique effective d'une politique d'amélioration de la qualité, et de la satisfaction des standards de qualité à atteindre sur des points limitativement énumérés. Néanmoins, son principe repose sur la même logique d'amélioration continue et la gestion des risques est appréhendée globalement de la même manière. L'adoption d'un système de management environnemental spécifique ne pose pas de problèmes conceptuels fondamentaux, d'autant que les établissements s'astreignent déjà à une surveillance réglementaire très stricte qui relève de la sécurité et de la sécurité sanitaire.

2 - Certification ISO 14001 versus certification EMAS

Le management environnemental connaît de multiples applications. Peu d'établissements de France se sont engagés dans une démarche d'amélioration de la qualité environnementale, en recherchant la certification ISO 14001 (la Clinique Champeau de Béziers et la clinique Delay à Bayonne) ou l'EMAS (l'Institut Paoli Calmettes à Marseille), (Eco Management and Audit Scheme). Par ces initiatives, ils cherchent à donner leur pleine efficience à leur démarche environnementale respective, par la mise en place d'un Système de Management Environnemental. L'ISO 14 001 est un système de certification international qui permet en cinq grandes étapes de mettre en place un outil de gestion efficace de l'environnement dans l'activité de l'entreprise. Le système dit EMAS est similaire dans les grandes lignes, mais il est plus exigeant. C'est un système européen, organisé par un règlement de la commission européenne.

2.1 - La norme ISO 14001

La norme ISO 14001 est un référentiel de Système de Management Environnemental. Cela signifie qu'un SME qui respecte les exigences fixées par le texte de la norme peut être certifié ISO 14001. Cette norme internationale peut être adoptée par toutes les structures et pour tout type d'activité.

Le principe est identique à celui d'un SME :

- Une analyse environnementale plus détaillée
- Favoriser des solutions préventives plutôt que correctives
- L'engagement de conformité réglementaire
- Le principe d'amélioration continue
- L'audit de certification
- Audits de suivi périodiques

La certification ISO 14001 est une reconnaissance par une tierce partie indépendante, du respect des exigences de la norme par le SME. La certification est une preuve des qualités organisationnelles et de la capacité à maîtriser les risques liés aux activités au sein de l'établissement, elle apporte donc une crédibilité dans la communication en direction des partenaires (clients, institutions, tutelles, banques, actionnaires...). La certification valide également l'effectivité de l'amélioration continue du système mis en place.

Cela suppose de concrétiser un programme d'actions pour progresser de manière efficace étape après étape, et grâce au retour d'information que le système procure à intervalles réguliers (les différents indicateurs), il est possible d'améliorer les performances du système en continu. La certification signifie que l'établissement s'astreint à mettre en œuvre ce principe, de manière pérenne et des audits de contrôle sont effectués régulièrement afin de le vérifier. La norme n'exige pas de rapport environnemental.

La majorité des entreprises engagées dans l'ISO 14001 étaient déjà certifiées ISO 9001 (gestion de la qualité). Il s'agit pour beaucoup d'un prolongement naturel d'une stratégie de qualité totale du management. Si d'un point de vue pratique, l'écriture des consignes et de l'organisation en groupes de travail est familière, l'obtention d'une certification ISO 14001 constitue une démarche cohérente, facile à mettre en œuvre grâce à l'expérience acquise, mais aussi grâce aux nombreux points communs entre les deux référentiels. La norme ISO 14001 est moins contraignante à mettre en place que l'ISO 9001, du fait de sa documentation allégée par rapport au Système Qualité, elle représente néanmoins un effort de transcription et de classification des documents des établissements de santé certifiés HAS.

La norme ISO 14001 prévoit explicitement l'engagement de conformité avec la réglementation en matière d'environnement. Néanmoins, l'établissement peut être certifié même s'il n'est pas en conformité réglementaire. Il doit alors s'engager à se mettre en conformité dans un délai raisonnable, fixé avec le certificateur. De fait, la certification selon la norme ISO 14001 ne constitue pas une attestation de conformité réglementaire.

Le plus gros effort à fournir se situe à l'initiation de la démarche, en vue du premier audit de certification, qui contrôle que les éléments du SME mis en place couvrent bien tous les impacts environnementaux, et fonctionnent selon les exigences de la norme. Une fois le système validé, l'entreprise reçoit le certificat ISO 14001, qui est valable 3 ans sous réserve du résultat d'audits de suivi (en général 1x par an). Ces audits de suivi prennent moins de temps que l'audit de départ. L'audit de renouvellement du certificat intervient quant à lui tous les 3 ans, et s'appuie sur les 2 audits de suivi accomplis par l'entreprise.

2.2 - L'EMAS

Applicable et reconnu uniquement en Europe, l'EMAS est valable pour toute organisation, quelle qu'en soit la nature ou la forme juridique, publique ou privée. En adhérant à un EMAS, celle-ci s'engage sur les moyens d'arriver à une amélioration continue des résultats environnementaux. L'EMAS a été modifié en 2001, notamment par l'extension de son champ de possibilités et l'intégration de la norme ISO 14001. Pour qu'un site soit enregistré, l'entreprise candidate à l'EMAS doit :

- Réaliser une analyse environnementale du site : étude approfondie des impacts, des résultats et des problèmes en matière d'environnement. Alors que l'ISO 14001 peut n'être appliquée qu'à une partie des activités qui génèrent des risques environnementaux, l'EMAS est obligatoirement exhaustif.
- Adopter une politique environnementale qui assure la conformité du site à toutes les prescriptions réglementaires pertinentes en matière d'environnement, et vise à une amélioration constante et raisonnable des résultats. Cela suppose de définir un programme environnemental avec objectifs et actions correctives correspondantes.
- Mettre en place un système de management environnemental décrivant les modalités de mise en œuvre du programme, basé sur les recommandations de la norme ISO 14001 (la certification n'est pas obligatoire)
- Effectuer ou faire effectuer périodiquement des audits environnementaux (évaluation systématique, objective et périodique de l'efficacité du système et des performances environnementales de l'organisation)
- Rédiger au moins tous les 3 ans (au terme de chaque cycle d'audit) une déclaration environnementale dont les informations sont destinées au public. Celle-ci doit lui permettre de comprendre les impacts et les résultats environnementaux de l'organisation.
- Faire valider sa déclaration environnementale par un vérificateur environnemental agréé et demander l'enregistrement du site auprès du Ministère de l'Environnement.

Alors que la norme ISO 14001 certifie la manière par laquelle l'établissement gère l'environnement, le règlement EMAS va plus loin car son champ d'application et son enregistrement s'appliquent à la gestion environnementale globale de l'établissement. Il axe ainsi ses exigences sur l'amélioration effective des performances environnementales et non de la structure de gestion de l'environnement. La conformité réglementaire de l'entreprise est exigée pour un enregistrement EMAS, alors que la norme ISO 14001 demande un engagement de l'organisme à se mettre en conformité dans des délais raisonnables. La norme ISO 14001 est un peu plus facile à mettre en œuvre, mais n'offre pas le même niveau de performance environnementale que l'EMAS. De son côté, l'EMAS implique des changements plus importants que l'entreprise n'est peut être pas en mesure d'assumer dans l'immédiat, une participation plus importante du personnel dans la démarche est par exemple demandée.

Le fait que la déclaration environnementale (DE) prévue par le règlement doive être validée par un vérificateur agréé, constitue une garantie de fiabilité aux yeux des partenaires, des tutelles, de la HAS et du public. C'est une preuve de transparence et d'ouverture au dialogue. C'est un aspect extrêmement important pour les relations avec les usagers, les partenaires locaux et les riverains. Par ailleurs, l'engagement à l'amélioration continue des performances environnementales, couplé à la publication d'une DE faisant état chaque année de ces performances et de leur évolution est un engagement porteur de crédibilité, de sérieux, gage de la prise de responsabilité de l'établissement.

Comme l'ISO 14001, il s'agit d'une reconnaissance officielle, garantissant la bonne gestion des impacts environnementaux des activités, mais la déclaration environnementale (DE) peut représenter un obstacle pour certains qui hésiteraient à s'exposer en dévoilant des résultats certes conformes aux réglementations mais qui pourraient être contestés par les puristes de l'écologie qui prônent un impact nul. La DE constitue pourtant la grande force du règlement et toutes les entreprises qui s'y sont engagées constatent les effets positifs de l'affichage d'une transparence, qui donne une image vertueuse pouvant créer un avantage concurrentiel durable. La démarche de l'Institut Paoli Calmettes à Marseille a d'ailleurs été jugée action exemplaire par la HAS, ce qui n'a pas été le cas de la Clinique Champeau.

L'EMAS constitue donc une étape supplémentaire à l'ISO 14001, vers plus d'efficacité et de transparence environnementale. Il ne s'agit pas vraiment d'un choix, mais bien d'une progression vers plus de rigueur environnementale au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'EMAS.

L'essentiel est de construire un système adapté à la situation de l'établissement, à ses buts et ses possibilités. Il s'agit de fixer des objectifs, puis de les comparer aux caractéristiques de chaque référentiel, pour choisir celui qui répondra le mieux aux attentes et besoins.

Tableau 5 : Différences EMAS ISO 14001

ISO 14001	EMAS
Norme internationale conçue par le privé	Règlement européen
Applicable à tout ou partie d'un site	Applicable sur tout le site
Engagement à la conformité avec la réglementation	Obligation d'être en conformité avec la réglementation
Amélioration du système de management environnemental (amélioration du système lui-même): objectifs axés sur les procédures. L'amélioration des performances environnementales n'est pas explicite	Amélioration continue des performances environnementales (diminution des émissions, des consommations): objectifs axés sur les résultats
Information et formation des travailleurs suggérées	Information et formation des travailleurs obligatoires
Participation des salariés suggérée	Participation des salariés obligatoire.
Déclaration environnementale facultative	Rédaction et diffusion d'une déclaration environnementale obligatoire (transparence)

Source : Les systèmes de management environnemental Valérie Anne BARRIAT, FTU, 2003

Il est bien précisé que l'EMAS n'est pas une norme, mais les deux référentiels ISO 14001 et EMAS se ressemblent sur plusieurs points : l'engagement de la direction à appliquer une politique, la détermination des activités pouvant avoir un impact sur l'environnement, la définition d'objectifs et d'un programme d'actions environnementales et la mise en œuvre du programme, le suivi et l'évaluation, les corrections et améliorations.

Dans le contexte actuel de promotion de la protection et la préservation de l'environnement, il semblerait que l'EMAS soit une garantie plus fiable que l'ISO 14001. Mais ISO 14001 comme EMAS englobent de fait certains des critères intégrés de la certification V2010 (critères 7.a La gestion de l'eau, 7.b La gestion de l'air, 7.c La gestion de l'énergie, 7.e La gestion des déchets), couvrent une partie seulement des risques réglementés, élargissent leurs préoccupations à la pollution du sol par les transports et aux nuisances locales (bruit, poussières). La V2010 comprend un critère 6.e Fonction transport des patients, envisagée sous l'angle de la sécurité, de la qualité (confort, délais d'attente, respect de la confidentialité) et ces deux systèmes peuvent le compléter sous l'angle de la pollution et l'élargir aux visiteurs et au personnel. L'EMAS se centre aussi sur les critères 6.a Sécurité des biens et des personnes et 6.b Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux). Voir Annexe 9 page 100 Aspects environnementaux significatifs du tableau de bord de l'IPC.

Théoriquement, un établissement qui aurait opté pour la certification ISO 14001, qui serait certifié HAS et répondrait positivement à toutes les réglementations hospitalières pourrait être tout aussi vertueux qu'un établissement certifié HAS et enregistré au titre de l'EMAS. Il semblerait que le fait de compléter une certification HAS par une certification ISO 14001, puis par un EMAS relève d'une évolution progressive liant la maturité du système à l'élévation des exigences.

Lorsqu'une démarche de management visant l'excellence en matière de qualité s'étend à l'implication de tout le personnel sur la prévention, la maîtrise de tous les risques et les performances de l'organisme, elle devient une forme évoluée de management appelée « *management global de la qualité* » ou « *management intégré* ».

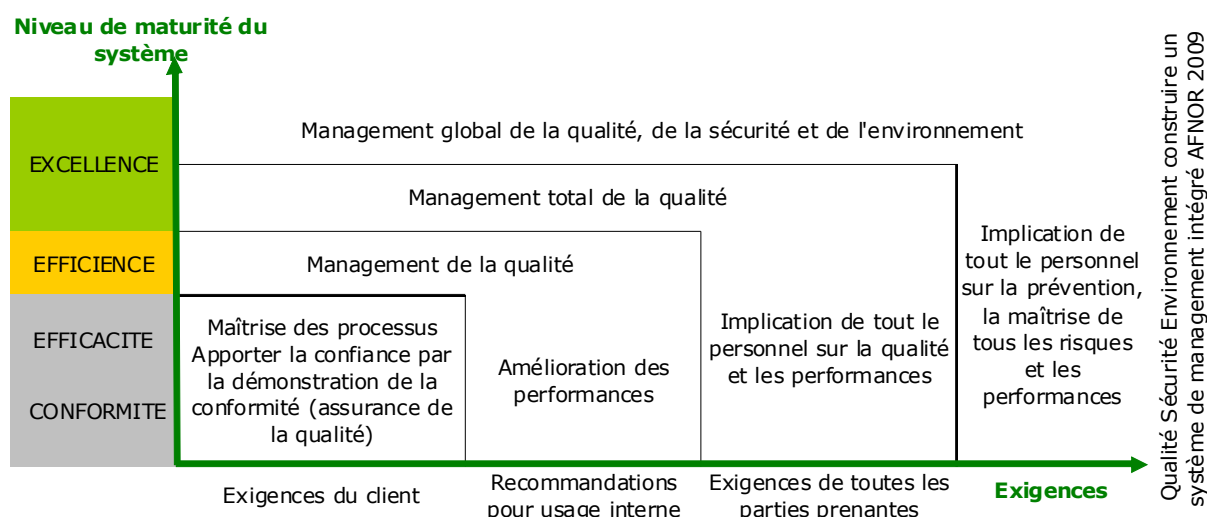


Figure 6 : Evolution possible du management de la qualité vers un management global intégrant la qualité l'environnement et la sécurité

La certification n'est alors qu'une reconnaissance externe, validant la démarche et ses performances, qui pourraient être obtenues sans certification. En fait les référentiels ont de nombreux points de recoupements, différenciés par le niveau d'exigence respectivement associé. Néanmoins, une certification environnementale, quelle qu'elle fût n'est pas une certification de développement durable.

Les objectifs du développement durable ne sont pas fondamentalement différents de ceux des normes ISO qui traitent des systèmes de management, des modèles d'excellence ou de ceux du référentiel HAS. Pour chacun de ces référentiels, il s'agit de faciliter la mise en œuvre d'un système de management qui renforce la pérennité et la compétitivité de l'établissement, la maîtrise des risques globaux et notamment environnementaux et la satisfaction des parties intéressées. Il permet d'atteindre la qualité requise d'une manière économiquement efficace.

Toutefois le développement durable adopte une pondération différente vis-à-vis des critères d'appréciation : par exemple l'ISO 14001 privilégie le poids de la performance environnementale, tandis que la norme ISO 26000 qui n'est pas conçue comme un référentiel de certification, et dont nous ne parlerons pas ici, privilégie la performance sociale. La certification HAS se singularise donc sur ce point, puisqu'elle intègre au moins un critère de performance sociale (critère 3.d Qualité de vie au travail). En définitive, elle souhaite initier une démarche concrète, pour anticiper l'évolution des réglementations en la matière, car l'accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique signé ce 20 novembre 2009 n'est qu'un début, il reste encore des directives européennes découlant des accords de Lisbonne à intégrer dans le droit français.

Une autre différence est l'importance donnée à la communication externe, à l'éthique et au partenariat avec les organismes externes. En effet, le développement durable exige des établissements de santé une transparence absolue dans leurs opérations de production et l'acceptation, par eux, d'être observés de l'intérieur. Sur ce point l'EMAS devance l'ISO 14001, mais là encore la certification HAS n'est pas en reste puisqu'elle implique que ses résultats soient diffusés publiquement, ainsi que les résultats se rapportant aux divers indicateurs nationaux.

En définitive, faire certifier un établissement ISO 14001 ou EMAS n'est pas faire du développement durable, mais faire de l'environnemental avec des préoccupations essentiellement écologiques dont les retombées positives profitent aux personnes, à leur santé (externalités positives de l'écologie sur le bien-être de la société). Choisir cette voie n'est donc pas incohérente pour un établissement de santé qui affirme et fait reconnaître ainsi son rôle effectif d'acteur exemplaire de santé publique. C'est un mode d'entrée comme un autre dans le développement durable qui présente de nombreux points de convergence avec la SNDD, le PNSE2, le PST2 et prend en compte la totalité des engagements de la convention, mais il demande à être complété. Ainsi, la certification HAS en introduisant le critère 3.d Qualité de vie au travail initie ce qui pourrait devenir une véritable démarche globale de développement durable.

IV - Conclusion

1 - Les points positifs

L'introduction des critères de développement durable dans la certification HAS participe d'une mouvance générale certes, mais qui a l'avantage de valoriser des initiatives d'établissements vertueux, les inciter à aller encore plus loin et porter ceux qui le seraient moins à le devenir. En inspirant le choix des critères d'un manuel spécifique applicable pour les établissements de santé, le développement durable s'apprécie selon la même philosophie que celle de la certification, une double approche, un regard porté sur une dynamique effective et pérenne et la satisfaction d'un certain niveau de qualité à atteindre sur des points limitativement énumérés, d'autant plus légitimes qu'ils s'inscrivent dans la continuité d'une dynamique nationale et même encore plus élargie, mais surtout parce que leur finalités touchent à l'essence même des fondements de l'existence des établissements de santé : préserver, maintenir et restaurer la santé.

Tableau 6 : Les critères HAS de DD

1.b	Stratégie	Engagement dans le DD
3.d	GRH	Qualité de vie au travail
6.f	Gestion des fonctions logistiques	Achats écoresponsables et approvisionnements
7.a	Qualité et sécurité de l'environnement	Gestion de l'eau
7.b		Gestion de l'air
7.c		Gestion de l'énergie
7.d		Hygiène des locaux
7.e		Gestion des déchets

L'objectif est une prise de conscience profonde conduisant par la réflexion, puis l'opérationnalisation, à la modification des comportements individuels, collectifs, organisationnels, managériaux, dans le but de préserver toutes les ressources et transmettre aux générations futures des modalités de fonctionnement saines, à tous les niveaux. Comme pour la certification HAS, il n'y a pas de mauvais élève en développement durable, il n'y a que des bonnes volontés qui s'expriment dans les efforts d'amélioration continue. Il n'y a donc pas d'opposition entre le développement durable et le management d'un établissement de santé, au contraire, le développement durable peut même être considéré comme le prolongement naturel d'une démarche d'excellence.

Chaque établissement est libre d'inscrire sa stratégie selon des modalités propres, avec une cohérence institutionnelle forte, gage de diffusion et d'appropriation des enjeux du développement durable. Toutes les actions peuvent se rattacher à la SNDD.

DEFIS SNDD 2009-2012	ETABLISSEMENTS DE SANTE
1 : Changements climatiques et énergie propre : ce défi consiste à réduire les émissions des gaz à effet de serre, développer les énergies renouvelables, faire des économies d'énergie et préparer l'adaptation aux conséquences du changement climatique	Bilan carbone - Gestion de l'énergie
2 : Transports et mobilité durables : il s'agit de transférer une part de la demande de transport routier vers des modes de transports plus respectueux de l'environnement (maritime, ferroviaire, fluvial), de réduire les besoins de mobilité, favoriser les transports collectifs, développer des modes de transports alternatifs et poursuivre les efforts de sécurité routière	Plan Déplacement Entreprise - Formation à l'éco conduite - Convention avec la régie de transports en communs - Incitation au co-voiturage - Visioconférence - Organisation du temps de travail -
3 : Production et consommation durable : il s'agit d'agir tout au long du cycle de vie du produit, de sa production jusqu'à son élimination et au recyclage, de développer les écolabels, de promouvoir les systèmes de management environnementaux et une alimentation saine	Cuisine et repas biologiques ? Education nutritionnelle en lien avec le PNSE2 - Achats éco responsables - Gestion de déchets - Recyclage
4 : Conservation et gestion des ressources naturelles : il s'agit d'utiliser plus efficacement les ressources naturelles, de lutter contre la dégradation de l'environnement, les pollutions de l'air, de l'eau, des sols, de développer le recyclage	Gestion de l'eau - Gestion de l'air - Hygiène des locaux - Installations soumises à autorisation - Lutte contre les infections nosocomiales
5 : Santé publique, prévention et gestion des risques : outre les objectifs du PNSE2 et du PST2, le défi consiste à assurer l'équité dans l'accès aux soins et aux services de santé, moderniser notre système de protection sociale et de santé pour en assurer la pérennité conformément, à la loi de 2008 « Hôpital, Patient, Santé et Territoire ». Accroître notre capacité d'anticipation et de veille en matière de risques sanitaires émergents (nanotechnologies, ondes électromagnétiques, etc.) les maladies émergentes (chikungunya, pandémies grippales) et l'extension, liée au changement climatique, de certaines maladies endémiques (paludisme, etc..).	Positionnement stratégique dans l'offre de soins - Coopérations - Prévention et éducation à la santé - Autonomisation du patient - Education thérapeutique - Prévention des risques naturels et technologiques - Prévention des risques professionnels
6 : Inclusion sociale, démographie et immigration : ce défi repose sur l'égalité des chances, et se traduit par des efforts de compensation des handicaps, la lutte contre toutes les discriminations, la volonté de réduire la pauvreté et d'assurer la pérennité des régimes sociaux en gérant les impacts de l'évolution démographique.	Egalité Homme Femme - Taux d'emploi des travailleurs handicapés - Maintien des seniors en emploi - Aménagement des postes de travail - Développement des tutorats - Lutte contre les discriminations
7 : Pauvreté dans le monde et défis internationaux en matière de développement durable : aide publique au développement, Objectifs du Millénaire pour le développement, renforcer la gouvernance internationale, réguler la mondialisation.	Actions humanitaires - Partenariat Public Privé
8 : Education et formation, Recherche et développement : ce défi repose sur le principe d'égal accès à l'éducation et la formation pour fournir aux citoyens les outils pour s'épanouir personnellement, s'intégrer socialement et participer à la société de la connaissance promue au niveau européen par la Stratégie de Lisbonne et la SEDD. La stratégie de recherche et d'innovation est axée sur l'efficacité énergétique et l'adaptation au changement climatique.	Formation Professionnelle Continue - VAE- GPEC - Mobilités - Carrières - Amélioration des conditions de travail
9 : Gouvernance : ce défi repose sur la participation des acteurs à toutes les étapes de la démarche de développement durable, conduite en mode projet, piloté, favorisant l'approche transversale qui permet de concilier le développement économique avec l'amélioration du bien-être, la cohésion sociale, avec la protection des ressources environnementales et du climat. L'évaluation est primordiale dans la perspective d'une amélioration continue.	Participation - Valorisation - Respect - Considération - Programme pluriannuel suivi et réajusté régulièrement

Abordé dans un premier temps comme le moyen de réaliser des économies substantielles les synergies découlant de la prise en compte de l'environnement participent de la rationalisation des dépenses de santé et ainsi à la pérennité de notre système. Les projets et engagements peuvent d'ailleurs être portés aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, au même titre que ceux concernant la gestion des risques.

L'élargissement de la gestion des risques aux risques environnementaux repose sur une organisation normalement déjà en place au sein des établissements et les actions visent à minimiser l'impact des différentes activités sur l'environnement. Le concept d'un établissement écologiquement respectueux illustre le principe 16 de la déclaration de Rio, et l'internalisation des coûts de protection de l'environnement, mais renforce la surveillance nécessaire de tous les types de rejets dont les effets à long terme ne sont pas forcément encore connus, notamment pour les résidus de médicaments. La démarche de développement durable incline donc à une réflexion globale de maîtrise de ses impacts en aval, mais peut aussi générer de l'innovation par des modifications en amont de la production de soins : une réflexion sur l'utilisation de certains médicaments et sur la prolifération de l'usage unique en sont des exemples.

L'application du principe de précaution ouvre la voie à des préoccupations nouvelles qui pourraient remettre en cause ou modifier des modèles jusqu'ici dominants. Les professionnels de santé peuvent s'épanouir au-delà de leur mission de « *soulager, soigner, éduquer, réinsérer* » dans un engagement en faveur de nouvelles pratiques, de nouveaux progrès médicaux, dans une obligation éthique de soins sûrs et durables. Médecins et soignants doivent mener la nécessaire réflexion de l'écoconception des processus de soins, c'est-à-dire répondre à la question : « *Comment soigner, à niveau de qualité au moins égal, tout en ayant une gestion durable des ressources ?* » La réflexion sur les chemins cliniques doit prendre en compte les filières ville-hôpital. L'avènement de la dimension environnementale dans la gestion des risques, aux côtés des dimensions alimentaire et sanitaire, conduit aussi à mettre en place de nouvelles organisations, de nouveaux modes de coopération, entre différentes professions à l'intérieur de l'établissement, mais aussi à l'extérieur et à l'échelle de son territoire.

Le rôle des gestionnaires et des managers est donc primordial dans l'intégration du développement durable dans le quotidien des services, médicaux et autres en favorisant l'initiative et l'innovation pour une meilleure efficacité et une plus grande utilité sociale. La répercussion de ces actions au sein de l'établissement, des conduites individuelles et de leur essaimage en raison de leur exemplarité, sera un facteur important pour la cohésion de la structure, son image interne et externe de façon à en faire un attrait pour les patients et assurer ainsi sa pérennité.

En raison de son caractère plus centré sur l'humain et son environnement naturel, il est fort probable que le développement durable devienne moins difficile « à vendre » en interne que le management de la qualité et des risques. Dans l'ensemble, le développement durable apparaît comme une notion au caractère mobilisateur fort. Il peut l'être d'autant plus que toutes les réformes dont font l'objet le système de santé et l'hôpital, ont cristallisé les tensions internes et nous l'avons vu, déconnecté les soignants de leurs valeurs déontologiques profondes. Même si un phénomène de mode peut lui être attribué, cela ne remet nullement en cause la légitimité des enjeux qu'il recouvre et c'est justement par sa capacité globale à donner du sens à l'action que le développement durable peut constituer un formidable élément fédérateur, donner un nouvel élan à ces professions et conduire à un renouveau du management à tous les niveaux.

Ainsi, comme en témoigne Benoît Leclerc, directeur général de l'AP-HP, « *La notion de développement durable doit être intégrée dans les modes de réflexion des managers au même titre que la tarification à l'activité ou les normes incendie* », c'est à cette condition qu'il pourra entraîner un phénomène d'acculturation progressif de l'ensemble des professionnels, des fournisseurs, des patients, des visiteurs qui aura l'effet, escompté par le gouvernement, d'entraînement de la société toute entière.

2 - Les points de vigilance

Si l'on se rapporte à ce que nous avons retenu de ce qu'est le développement durable, un **agencement hiérarchisé** des pôles économie, environnement et société, nous notons que la majorité des critères mis en avant par la V2010, mais surtout les axes prioritaires définis par la convention d'engagement des établissements de santé dans le développement durable encadrent l'interprétation qui peut être faite de celui-ci en privilégiant l'axe économie/environnement. Les parties se sont engagées à travailler principalement sur les domaines suivants :

- 1) Le management et le pilotage de la démarche développement durable
- 2) L'éco construction et la rénovation des bâtiments
- 3) La gestion optimisée des flux « eau » et « énergie » dans les bâtiments
- 4) La gestion des déchets
- 5) Le transport et le déplacement du personnel, des patients et des visiteurs
- 6) La politique d'achat
- 7) La formation et la communication sur les enjeux du développement durable

Ainsi, la perception d'un déséquilibre trop important entre les aspects économique, environnemental et social peut devenir contre-productif alors que la démarche doit s'appuyer justement sur la composante sociale de l'organisation. L'implication et la mobilisation de tout le personnel est un gage de réussite et de performance, tant au niveau de la qualité et de la sécurité des soins qu'au niveau de l'avancée dans le développement durable. Il est indispensable d'obtenir l'adhésion de tous pour conduire nos organisations vers une production de soins vertueuse.

Or, la mobilisation dépend de choix des politiques de ressources humaines qui ont nécessairement un rôle déterminant et une part de responsabilité dans le déclenchement, la position et l'intensité des comportements des individus, par l'orientation de leurs décisions et les pratiques qu'elles instaurent. L'articulation cohérente et équilibrée des trois facteurs de satisfaction que sont le mode de management, l'organisation du travail et le système de rétribution, favorise la mobilisation mais ne constitue aucunement la certitude de l'obtenir. Réciproquement, une incohérence ou un déséquilibre entre ces trois facteurs de satisfaction provoque à plus ou moins long terme et avec certitude, la démobilisation (Rondeau et Lemelin, 1991⁹¹ ; Pierre, 1995⁹² ; Wills et Labelle, 2004⁹³), la démotivation (Roussel, 2000⁹⁴) et les attitudes de retrait (« désimplication », Thévenet, 1993⁹⁵). En l'état actuel de la situation, la redéfinition des modes de rémunération, de rétribution intrinsèque (formation, promotion, VAE) et la revalorisation des statuts, sont à l'étude en haut lieu, déclenchent de nombreuses et vives réactions et ne sont pas encore opérationnelles. Le mode de management fondé sur la nouvelle gouvernance pêche encore par une trop faible association de la base. C'est pourquoi, compte tenu des tensions qui traversent le système, nous insistons sur la nécessité de prendre véritablement en compte l'amélioration des conditions de travail qui s'avère être, (l'unique ?) la voie la moins coûteuse, en tout les cas la plus certaine de redonner espoir à tous.

⁹¹ Rondeau, A., & Lemelin, M. (1991). Pratiques de gestion mobilisatrices. *Gestion*, 16 (1), pp. 26-32.

⁹² Pierre, J. (1995). Le dirigeant et le culte identitaire de l'entreprise : une résurgence du passé. Dans De Jacques Coeur à Renault : gestionnaire et organisations. *Presses de l'université des sciences sociales de Toulouse*.

⁹³ Wills, T., & Labelle, C. (2004). Faut-il se soucier des professionnels pour les mobiliser. *Une réanalyse des données*, 59 (4), pp. p-705-723.

⁹⁴ Roussel, P. (2000). La motivation au travail, concepts et théories. Les notes du LIRHE, note n°326.

⁹⁵ Thévenet, M. (1993). L'implication au travail, Les cahiers de l'ANVIE, Sciences Humaines, n°28, p32-35.

De plus, si la prise en compte et la gestion des risques environnementaux reposent sur l'organisation de gestion des risques déjà mise en place, le Bilan de la mise en œuvre du programme de gestion des risques dans les établissements de santé depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2 / E4 n°176 du 29 mars 2004 relative à la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques en établissement de santé⁹⁶, nous appelle à formuler quelques réserves ou du moins à pressentir quelques difficultés.

Selon celui-ci, alors que se profilent de nouveaux indicateurs de santé et la certification V2010, la gestion des risques dans les centres hospitaliers reste encore trop souvent l'affaire de non-spécialistes, pour des politiques peu mobilisatrices et cloisonnées géographiquement. Le rapport précise que si 90% des établissements de santé ont désigné un gestionnaire de risques (GR), et pour 57% d'entre eux il y a de cela plus de quatre ans, seul 1% des gestionnaires des risques répondent aux critères formulés par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Le constat, rappelé par Michèle Perrin, pour la DHOS, en préambule de la 4^{ème} journée sur la gestion des risques en établissements de santé, ce 1^{er} décembre 2009 à Lyon, laisse songeur⁹⁷. La diffusion d'une véritable culture de la sécurité et du risque et aujourd'hui des risques environnementaux est l'un des objectifs affichés du développement de la certification. Même si des avancées sont constatées, il reste encore un long pas à franchir pour que la gestion des risques (GDR) ne se développe pas uniquement sur le papier, mais passe du souci de conformité réglementaire à une réelle appropriation sur le terrain des objectifs et méthodes, et d'une affaire de spécialiste à celle de tous. De la même façon, il est probable que l'appropriation du développement durable ne se diffuse, en tout cas dans un premier temps, que sous une forme incomplète.

Pour l'heure, le constat est mitigé : même si les établissements ont commencé à structurer leur démarche de gestion des risques, *« sur les 1575 établissements sondés, seuls 26% répondent aux critères d'une mise en place d'une stratégie globale et formelle de GDR, 33% l'ont intégrée dans leurs fiches de postes et les objectifs de performance d'encadrement »*, constate l'étude alors que l'efficacité repose sur une gestion transversale et coordonnée. Marc Moulaire, du Groupement de coopération sanitaire des hôpitaux et établissements locaux d'Ardèche méridionale (GCS HELPAM) avance que ce qui manque, ce sont les connaissances apportées par un gestionnaire des risques, ainsi qu'une organisation structurée qui définisse de grandes orientations. La question de la spécialisation des gestionnaires des risques qui seraient formés et dédiés est ainsi mise en avant.

Le groupement de coopération sanitaire pourrait, selon Raymond Le Moign, directeur de l'accréditation et de la certification à la HAS, être la solution pour une approche plus globale et non sectorisée des risques sur un seul établissement. Des expériences comme celle du GCS HELPAM, ou du GCS Unité de cardiologie interventionnelle de Haute-Savoie montrent qu'une organisation collective de la gestion des risques, outre le fait d'améliorer leurs performances et leur cotation sur le référentiel HAS, a permis des économies substantielles sur les investissements et l'exploitation de la GDR, une mutualisation des compétences et, dans le cas de régions isolées comme l'Ardèche, un moyen de rompre l'isolement. La gestion coordonnée de la protection de l'environnement, le partage des bonnes pratiques durables, la mutualisation des compétences en termes de gestion durable pourrait être ce vers quoi le système doit tendre pour opérationnaliser le développement durable dans toute sa mesure.

⁹⁶ Opus cité.

⁹⁷ HOSPIMEDIA, 2/12/2009 Sécurité des patients dans les établissements de santé, le gestionnaire des risques doit encore se professionnaliser.

L'émergence des grands concepts managériaux a toujours été en liaison avec des phénomènes sociopolitiques. Pour autant le management traditionnel hiérarchique par fonction ou territoire, hérité du modèle militaire est encore solidement ancré dans la culture de l'écrasante majorité des établissements. L'ouverture à la concurrence, certes régulée, l'accroissement de la compétition qui l'accompagne et la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance sont en train, doucement mais inéluctablement d'éroder ce schéma conservateur qui privilégie le pouvoir de droit contre celui des compétences.

Cependant, il ne faut pas se faire d'illusion, adhérer au développement durable ne sera pas chose facile pour nombre d'établissements. La multiplication des initiatives « vertes » constitue un premier pas, mais dénuées de principes directeurs et non conduites selon une véritable politique fondée sur des valeurs, elles ne serviront qu'à donner bonne conscience et conforter les établissements qui auraient la faiblesse de croire qu'ils font du développement durable depuis toujours. Cela n'est pas sans rappeler la célèbre phrase du début des années de la certification : « *La qualité ? Mais on en fait déjà depuis toujours !* » Et la qualité du management ?

De même, aujourd'hui on peut dire : « *Et la durabilité du management ?* »

Il ne s'agit pas d'un effet de mode, mais d'un approfondissement des exigences, un nouveau paradigme de l'action publique qui trouve son application normale dans le champ de l'amélioration de la qualité dans les établissements de santé. L'histoire a montré que les changements paradigmatiques en matière de management étaient associés à des paramètres incontournables. Le premier est la peur de mourir qui se manifeste notamment lorsque les résultats sont catastrophiques. Le second est la capacité du plus haut responsable de l'établissement à exercer, dans la durée, un « *leadership rupturiste* » susceptible d'avoir un impact sur le changement des méthodes de travail, des comportements et des attitudes de tous.

Au-delà du concept managérial, de la même façon que la qualité, le développement durable ne portera ses fruits que si les établissements en adoptent la philosophie, en même temps qu'ils utiliseront les meilleures pratiques en termes d'outils et de méthodes. La prise en compte et la conjugaison de ces deux facteurs permettront de réunir les conditions pour un véritable changement, synonyme d'amélioration continue. En d'autres termes, pour qu'il y ait réellement changement, six paramètres devront être réunis.

Tableau 7 : Paramètres de réussite de la démarche de développement durable

PARAMETRES CONDITIONNELS	CONSEQUENCES EN CAS DE DEFAILLANCE
Leadership	Doute, perte de confiance
Visions, valeurs	Confusion, perte de la culture
Planification	Stagnation
Ressources	Frustration, démotivation
Savoir-faire (méthodes et outils)	Anxiété, stress et inefficacité
Reconnaissance et récompense	Résistance passive

QSE Construire un système de management intégré AFNOR 2009

A l'évidence, il suffit qu'un seul paramètre ne soit pas opérant pour que le changement résultant de l'amélioration continue ne produise pas les effets escomptés. Eviter qu'un ou plusieurs paramètres manquent devrait donc être le devoir de vigilance de tous les établissements.

Compte tenu des défis antagonistes que les établissements ont maintenant à relever, il s'avère de plus en plus inéluctable que leur devenir dépendra de leur capacité à surmonter l'antinomie entre la satisfaction des parties prenantes et les intérêts qui leur semblent de prime abord opposés. Dans la réalité ces intérêts ne sont plus du tout opposés mais plutôt interdépendants si on les regarde avec le filtre du temps.

CONCLUSION

Pour aborder pleinement le développement durable, il convient d'en saisir les contours, mouvants, selon les niveaux auxquels sont posées les définitions. Qu'ils soient international, européen, national, territorial ou à la simple échelle d'un établissement de santé ou d'un individu, tous s'accordent sur au moins un point : la préservation de l'environnement. L'enjeu du réchauffement climatique et des conséquences dramatiques qui en résulteraient si aucun effort n'était fait, est assez puissant pour mobiliser toutes les énergies. Et les établissements de santé, du fait de leur rôle majeur d'acteur de santé publique, se doivent d'être exemplaires à double titre : il serait inopportun et malhonnête de créer soi-même les causes de la venue de ses clients, de même qu'il est aujourd'hui prioritaire d'accompagner nos structures vers l'efficience dans un souci de pérennité de tout notre système de santé. La préoccupation environnementale découle en toute logique de l'élargissement de leur responsabilité, elles doivent intégrer, aux côtés des logiques gestionnaire, médicale et soignante, une logique citoyenne.

Ainsi, le développement durable constitue une formidable opportunité managériale, que ce soit en termes économique par des investissements générateurs d'économies de structure, amortissables à plus ou moins long terme et dont les bénéfices écologiques sont patents, en termes environnemental, par la limitation et la maîtrise de tous les rejets, participant de la responsabilisation inhérente au défi commun à tous, de transmettre un cadre de vie sain et non pollué aux générations futures, et en termes social, par l'utilisation économe et raisonnée des ressources humaines, qui sont sa première richesse, lui permettant de continuer de porter à tous les citoyens, des soins de la meilleure qualité et de la plus grande sécurité possible, et de pérenniser la réalisation de ses missions de service public. Cette opportunité reste évidemment basée sur des compromis, dont les arbitrages nécessairement encadrés par la quantité de ressources devenues rares à l'heure de la tarification à l'activité, conduisent à des choix qui peuvent s'avérer délicats, d'autant plus que les connaissances scientifiques ne sont pas exhaustives en la matière. Les enjeux financiers de court terme risquent de peser plus lourd que la recherche d'externalités positives à moyen et long terme, aux bénéfices plus diffus dans la société.

La démarche de développement durable reste un choix essentiellement politique d'établissement qui suppose un engagement fort de la direction pour opérationnaliser un axe stratégique essentiel. Peu importe le niveau d'avancement de la structuration interne de chacun, la certification impulse une nouvelle orientation qui va tirer tout le secteur vers le haut, dans tous les domaines, comme elle l'a fait depuis dix ans dans le champ de la qualité et de la sécurité des soins. Chacun à sa mesure et selon son stade de maturation organisationnelle va intégrer les enjeux du développement durable et, de petits gestes quotidiens participant d'une acculturation professionnelle et sociétale, à une plus large et plus globale prise en compte de la préservation des ressources, participera à l'accomplissement de l'intérêt général. Au fond, notre liberté se mesure à notre responsabilité. C'est le message du mahatma Gandhi : « *L'homme qui ne connaît aucune restriction n'a aucun espoir de se réaliser* ». En renonçant à la simplification qui conduit à bien des excès, nous entrons dans l'ère du complexe, en toute humilité. Comprendre le vivant, c'est accepter sa complexité. Combiner les connaissances, les savoir-faire, les expériences et les comportements pour atteindre une forme d'exemplarité : telles sont les compétences du monde hospitalier, où les valeurs sociétales supérieures sont affichées pour exiger l'implication de chacun, dans un esprit de participation et de concertation. Car dans le processus du développement durable, l'isolement doit être proscrit, il ne peut pas exister, il dépasse le cadre strict des institutions qui doivent s'insérer en cohérence dans leur territoire.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : 1987 Extrait du Rapport Brundtland	78
ANNEXE 2 : 2000 Global Compact	79
ANNEXE 3 : Loi constitutionnelle n°2005-205 du 1 mars 2005 relative à la Charte de l'environnement.....	80
ANNEXE 4 : 2009 Convention portant engagements mutuels dans le cadre du Grenelle de l'Environnement avec les Fédérations Hospitalières	81
ANNEXE 5 : Correspondance des cibles HQE aux références HAS 2010	94
ANNEXE 6 : Techniques pour diminuer la consommation énergétique par poste.....	95
ANNEXE 7 : La régulation des compromis opératoires au travail	96
ANNEXE 8 : Résultats de l'enquête sur les risques psychosociaux au travail	98
ANNEXE 9 : Aspects environnementaux significatifs du tableau de bord de l'IPC	100

ANNEXE 1 : 1987 Extrait du Rapport Brundtland

« 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 des limitations 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. Ainsi, les objectifs du développement économique et social sont définis en fonction de la durée, et ce dans tous les pays – développés ou en développement, à économie de marché ou à économie planifiée. Les interprétations pourront varier d'un pays à l'autre, mais elles devront comporter certains éléments communs et s'accorder sur la notion fondamentale de développement soutenable et sur un cadre stratégique permettant d'y parvenir (...).

Même au sens le plus étroit du terme, le développement soutenable présuppose un souci d'équité sociale entre les générations, souci qui doit s'étendre, en toute logique, à l'intérieur d'une même génération (...).

Le développement soutenable signifie que les besoins essentiels de tous sont satisfaits, y compris celui de satisfaire leurs aspirations à une vie meilleure (...).

Un niveau supérieur au minimum vital serait envisageable à la seule condition que les modes de consommation tiennent compte des possibilités à long terme. Or, nombre d'entre nous vivons au-dessus des moyens écologiques de la planète, notamment en ce qui concerne notre consommation d'énergie. Pour assurer un développement soutenable, il faut toutefois promouvoir des valeurs qui faciliteront un type de consommation dans les limites du possible écologique et auquel chacun peut raisonnablement prétendre (...).

Pour répondre aux besoins essentiels, il faut réaliser tout le potentiel de croissance ; le développement soutenable nécessite de toute évidence la croissance économique là où ces besoins ne sont pas satisfaits (...).

Ainsi, pour que le développement soutenable puisse survenir, les sociétés doivent faire en sorte de satisfaire les besoins, certes en accroissant la productivité, mais aussi en assurant l'égalité des chances pour tous (...).

Le développement durable n'est possible que si l'évolution démographique s'accorde avec le potentiel productif de l'écosystème (...).

Au sens le plus large, le développement soutenable vise à favoriser un état d'harmonie entre les êtres humains et la nature ».

ANNEXE 2 : 2000 Global Compact

Le Pacte Mondial invite les entreprises à adopter, soutenir et appliquer dans leur sphère d'influence un ensemble de valeurs fondamentales, dans les domaines des droits de l'homme, des normes de travail et de l'environnement, et de lutte contre la corruption. Les dix principes sont les suivants :

Droits de l'homme

Principe N°1 : Les entreprises sont invitées à promouvoir et à respecter la protection du droit international relatif aux droits de l'homme dans leur sphère d'influence ; et

Principe N°2 : à veiller à ce que leurs propres compagnies ne se rendent pas complices de violations des droits de l'homme.

Normes du travail

Principe N°3 : Les entreprises sont invitées à respecter la liberté d'association et à reconnaître le droit de négociation collective ;

Principe N°4 : l'élimination de toutes les formes de travail forcé ou obligatoire ;

Principe N°5 : l'abolition effective du travail des enfants ; et

Principe N°6 : l'élimination de la discrimination en matière d'emploi et de profession.

Environnement

Principe N°7 : Les entreprises sont invitées à appliquer l'approche de précaution face aux problèmes touchant l'environnement ;

Principe N°8 : à entreprendre des initiatives tendant à promouvoir une plus grande responsabilité en matière d'environnement ; et

Principe N°9 : à favoriser la mise au point et la diffusion de technologies respectueuses de l'environnement.

Lutte contre la corruption

Principe N°10 : Les entreprises sont invitées à agir contre la corruption sous toutes ses formes, y compris l'extorsion de fonds et les pots-de-vin.

ANNEXE 3 : Loi constitutionnelle n°2005-205 du 1 mars 2005 relative à la Charte de l'environnement

Article 1 A modifié les dispositions suivantes :

Article 2 La Charte de l'environnement de 2004 est ainsi rédigée :

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 :

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

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

Art. 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.

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

Art. 5. - Lorsque la réalisation d'un dommage, bien qu'incertaine 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.

Art. 6. - Les politiques publiques doivent promouvoir un développement durable. A cet effet, elles concilient la protection et la mise en valeur de l'environnement, le développement économique et le progrès social.

Art. 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.

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

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

Art. 10. - La présente Charte inspire l'action européenne et internationale de la France.

ANNEXE 4 : 2009 Convention portant engagements mutuels dans le cadre du Grenelle de l'Environnement avec les Fédérations Hospitalières

Entre

LE MINISTERE DE L'ÉCOLOGIE, DE L'ÉNERGIE, DU DEVELOPPEMENT DURABLE ET DE LA MER, EN CHARGE DES TECHNOLOGIES VERTES ET DES NEGOCIATIONS SUR LE CLIMAT

Représenté par Monsieur Jean-Louis BORLOO, Ministre d'Etat, Ministre de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement Durable et de la Mer, en charge des technologies vertes et des négociations sur le climat,

LE SECRETARIAT D'ETAT A L'ÉCOLOGIE Représenté par Madame Chantal JOUANNO, Secrétaire d'Etat à l'Ecologie,

LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Représenté par Madame Roselyne BARCHELOT NARQUIN, Ministre de la Santé et des sports,

L'AGENCE DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA MAITRISE DE L'ENERGIE, Etablissement public à caractère industriel et commercial, créée par la loi n°90-1130 du 19 décembre 1990 et régie par le décret n° 91. 732 du 26 juillet 1991, Représenté par, Monsieur Xavier LEFORT agissant en qualité de Secrétaire général,

d'une part, ET

La Fédération Hospitalière de France Représentée par Monsieur Jean LEONETTI, en qualité de Président,

La Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs, Regroupant les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux privés non lucratifs, Représentée par Monsieur Yves-Jean DUPUIS, en qualité de Directeur Général,

d'autre part.

Le MEEDDM, le Secrétariat d'Etat à l'écologie, le Ministère de la Santé, l'ADEME, la FHF et la FEHAP sont désignés ci-après, collectivement ou individuellement, les "Parties" ou la "Partie".

LES PARTIES :

Le MEEDDM : un ministère qui met son savoir-faire technique au service d'un objectif majeur, le développement durable

La feuille de route du ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la mer, en charge des technologies vertes et des négociations sur le climat (MEEDDM) résulte de deux événements sans précédent :

- La constitution du ministère lui-même, qui est à la fois en charge des politiques en matière d'énergie, de protection de l'environnement et de la mer ;
- Le Grenelle de l'environnement, qui a montré l'urgence d'une mobilisation générale pour faire face aux enjeux du changement climatique, de la hausse du coût de l'énergie et donc des nécessaires changements des modes de production et de consommation.

Cette feuille de route est organisée autour de quatre axes :

- Réorienter les moyens et les compétences vers les missions prioritaires, issues notamment du Grenelle ;
- Déployer une organisation simplifiée, optimisée et lisible, favorisant les synergies ;
- Accroître la performance, notamment par une évaluation appropriée ;
- Optimiser l'équilibre entre intervention directe, recours aux opérateurs ou au secteur privé, et appui sur les collectivités territoriales, au profit du citoyen.

Le Ministère de la Santé (MSS) : un projet de santé durable pour nos concitoyens

Améliorer l'état de santé global de la population et maintenir les valeurs solidaires qui fondent notre système de santé sont des impératifs essentiels. La récente loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est au cœur de ce projet de santé durable. Elle s'inscrit dans les grandes orientations engagées par le ministère :

- En améliorant l'accès de tous nos concitoyens à une offre de soins de qualité, en toute sécurité, sur l'ensemble du territoire ; la lutte contre les infections nosocomiales illustre avec succès cet objectif constant ;
- En définissant et mettant en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions qui concourent à la réalisation de la politique de protection contre les divers risques susceptibles d'affecter la santé, en liaison avec les autres ministères compétents. En matière d'environnement, le deuxième Plan National Santé Environnement fixe les actions prioritaires dans le domaine de la prévention des risques sanitaires liés à l'environnement. Les établissements de santé contribueront à leur mise en œuvre.

L'ADEME, établissement public national, contribue à la mise en œuvre des politiques de protection de l'environnement et de maîtrise de l'énergie, en cohérence avec la stratégie nationale de développement durable. Les services de l'ADEME et ses délégations régionales interviennent auprès des entreprises et des collectivités publiques en vue de leur apporter aide à la décision, expertise et assistance. L'ADEME a en outre pour mission de sensibiliser et d'informer les citoyens sur la gestion des déchets, les économies d'énergie, les énergies renouvelables, la réduction de la pollution de l'air et des nuisances sonores.

LA FHF réunit plus de 1000 établissements de santé. Leurs ressources sont allouées chaque année à hauteur de près de 50 milliards d'euro. L'hôpital public emploie plus de 800 000 agents au service des malades, et offre une capacité d'accueil de 330 000 places, soit les $\frac{3}{4}$ des lits d'hospitalisation en France. La FHF réunit par ailleurs 1500 structures médico-sociales qui viennent en aide aux personnes handicapées ou âgées. Le secteur public dispose d'une capacité d'hébergement de plus de 300 000 lits et emploie 55 000 agents.

LA FEHAP réunit 3150 établissements privés à but non lucratif. Le secteur privé non lucratif représente 88 % des capacités dans le secteur du handicap, 70% dans l'aide sociale à l'enfance et aux adultes et 35% dans le secteur personnes âgées. Dans le secteur sanitaire, la FEHAP représente 15 % des lits et 29 % des établissements de santé. Les établissements de la FEHAP emploient 187 000 professionnels salariés, offrent une capacité d'accueil de 205 000 lits et places et accueillent 2 630 000 usagers par an.

PREAMBULE

Engagés dans une mission de soins, les professionnels de santé se réfèrent à des valeurs qui sont proches de celles véhiculées par le Développement Durable. Agissant dans un cadre de tutelle avec l'Etat, sous le contrôle des autorités de santé, les établissements de santé assurent des missions de soins, d'enseignement, de recherche, de santé publique et de prévention. Les établissements de santé choisissent d'intégrer le progrès environnemental dans leurs actions, en partenariat avec les pouvoirs publics.

Les fédérations signataires s'entendent sur la mise en place d'une démarche approfondie de développement durable. Depuis 2008, elles se sont organisées pour mettre en place un outil de mesure de la performance et de pilotage d'une démarche environnementale dans leurs établissements, ci-dessous dénommé le Baromètre du Développement durable en Établissement de Santé.

Les fédérations s'engagent sur des principes directeurs qui permettront de définir des priorités majeures en matière de respect de l'environnement, d'évaluer les progrès réalisés par ses membres et d'impliquer les équipes.

Les activités de soins sont réglementées et encadrées par le ministère de la santé. Leur évaluation est assurée notamment par la démarche de certification de la Haute Autorité de Santé.

Les établissements de santé peuvent s'inspirer des dispositions de la circulaire du Premier ministre du 3 décembre 2008, s'appliquant à l'administration et à ses services déconcentrés.

LES PRINCIPES DIRECTEURS

Principe directeur n°1 : Évaluer objectivement notre performance en matière de Développement Durable.

Les fédérations s'engagent à quantifier leurs progrès en s'appuyant sur des indicateurs mesurables, opposables et évaluables concentrés dans le Baromètre du développement durable dans les établissements de santé, conçu par un comité de professionnels de santé, des fédérations hospitalières et du Ministère de la santé (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) Mission Nationale d'Appui à l'investissement (MAINH), Mission Nationale d'expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH) – ces dernières missions seront intégrées dans la future agence nationale d'appui à la performance hospitalière (ANAP)) - de l'agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) et avec le concours d'élèves directeurs d'hôpital de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP).

Chaque année, les fédérations solliciteront les établissements pour qu'ils se soumettent au Baromètre, étant entendu que cette démarche reste sous la pleine volonté et responsabilité de chaque établissement.

Elles évalueront la pénétration de cette démarche par le taux de participation au baromètre et par l'amélioration progressive des établissements dans leurs pratiques.

Les établissements de santé et médico-sociaux peuvent également suivre la gestion de leurs actions éco-responsables à l'aide des indicateurs de l'éco-responsabilité mis en place par l'ADEME et intégrant des données quantitatives sur l'ensemble des thématiques couvertes par la présente convention. Le site de reporting www.administration-durable.gouv.fr est accessible aux établissements publics. Les autres établissements peuvent suivre les mêmes indicateurs (tableur Excel), dont la compilation et le reporting des résultats annuels seront réalisés par l'ADEME sous réserve de leur communication à cette dernière.

Principe directeur n°2 : Intégrer les enjeux du Développement Durable dans les pratiques professionnelles des acteurs de santé

Il s'agit de prendre en compte les enjeux environnementaux, sociétaux et sociaux par la généralisation de la démarche d'éco-attitude, par le développement d'une offre de soins socialement responsable et par une démarche d'achats responsables.

Principe directeur n°3 : Prendre en compte systématiquement les enjeux du Développement durable dans l'évaluation des projets et dans les processus de décisions.

La prise en compte des enjeux en amont des projets s'avère essentielle pour garantir leur faisabilité, être en mesure de démontrer aux parties prenantes la cohérence entre les engagements affichés et les décisions prises.

Principe directeur n° 4 : Amplifier les programmes de formation et les actions de sensibilisation aux enjeux et aux projets de Développement Durable.

La formation et la sensibilisation des personnels hospitaliers est un élément essentiel de la mise en place d'une démarche de management durable, sans elles les modifications de culture et de comportements seraient compromises. Ces formations, internes aux établissements ou externes, sont préconisées dans la circulaire relative aux orientations de formation nationales du ministère de la santé 2010 et sont formalisées dans les programmes de l'EHESP ou des organismes de formation continue (ANFH, IFORE, UNIFAF, par exemple). Elles ne doivent cependant pas interférer avec la fonction centrale de ces personnels qu'est le soin et le développement personnel continu dans ce domaine.

Principe directeur n° 5

Intégrer des critères de performance Développement Durable dans le management des établissements de santé pour franchir une nouvelle étape, diffuser et ancrer les objectifs de Développement Durable dans toutes les catégories professionnelles des établissements : médicales, paramédicales, médico-techniques et sociales, administratives et techniques.

Principe directeur n°6

Envisager le développement durable des établissements de santé au niveau de leur territoire d'installation et d'influence.

Parce que les établissements de santé sont ancrés dans les territoires, les fédérations et le ministère de la santé entendent mettre en œuvre ces principes de Développement Durable dans le cadre d'un dialogue renforcé avec les acteurs locaux. A ce titre, elles participent dans une approche de collaboration aux projets des territoires qui sont essentiels à leur dynamique ou qui présentent une forte synergie avec ses objectifs de Développement Durable.

En conséquence, il a été convenu et arrêté ce qui suit :

ARTICLE 1. OBJET

La présente « convention-cadre » a pour objet de définir le cadre général des relations entre les Parties ainsi que les conditions dans lesquelles elles ont décidé de travailler sur des projets reconnus d'intérêt commun.

Compte tenu des orientations et missions du MEEDDM et du ministère de la santé et des sports, des missions de l'ADEME, et de la démarche volontaire des établissements de santé, les Parties s'engagent à travailler ensemble principalement sur les domaines suivants :

- 1) Le management et le pilotage de la démarche développement durable ;
- 2) L'éco construction et la rénovation des bâtiments ;
- 3) La gestion optimisée des flux « eau » et « énergie » dans les bâtiments ;
- 4) La gestion des déchets ;
- 5) Le transport et le déplacement du personnel, des patients et des visiteurs;
- 6) La politique d'achat ;
- 7) La formation et la communication sur les enjeux du développement durable.

Ces critères sont les axes de progrès volontaristes engagés par les fédérations.

Les établissements de santé adhérents à cette convention-cadre sont ceux qui décident de mettre en œuvre volontairement les engagements de cette convention.

Dans chaque domaine de coopération, des critères prioritaires seront déterminés et suivis dans le cadre de cette convention au travers d'indicateurs (voir en annexe le tableau de suivi des indicateurs). Les objectifs précis (hypothèses hautes) sont définis à l'horizon 2011 avec une étape intermédiaire en 2010. Sont concernés par cette démarche tous les établissements qui s'engagent volontairement dans le processus d'évaluation basé sur le baromètre annuel et/ou les indicateurs de l'éco responsabilité cités au principe directeur n°1.

ARTICLE 2. DOMAINES DE COOPERATION

Suivant les domaines définis à l'article 1, les Parties s'engagent à coopérer pour parvenir à des réalisations concrètes selon les modalités définies ci-après:

Article 2.1 Le management et le pilotage de la démarche développement durable

Objectif :

Les établissements de santé s'engagent à intégrer le développement durable comme une composante de leur management et à réduire leur empreinte écologique.

Cet engagement se traduit par :

- Une inscription du Développement durable dans le projet d'établissement (PE) et/ou dans les contrats de pôles ;
- Une clarification des responsabilités concernant les questions liées au développement durable dans l'établissement ;
- La mise en place de programmes ou plans d'actions stratégiques en matière de développement durable (Agenda 21, chartes environnementales, certification ISO 14001, démarche HQE ...) ;
- La formalisation et le suivi d'indicateurs mesurant les actions ayant un impact environnemental.

Critères de progrès

- % d'inscription du développement durable dans les PE et/ou contrats de pôle des établissements de santé ;
- % des établissements qui suivent l'impact environnemental de leurs activités par des indicateurs chiffrés.

Article 2.2 La gestion optimisée des flux d'eau et d'énergie des bâtiments

Objectifs : optimiser la gestion de l'eau et la gestion de l'énergie dans les bâtiments et développer le recours aux énergies renouvelables. Compte tenu des spécificités des activités de soins (permanence de fonctionnement des installations, sécurisation des équipements ...), la maîtrise de la consommation énergétique ne concerne pas ici les plateaux techniques concourant aux soins tels que blocs opératoires, services d'imagerie médicale, laboratoires d'analyse ... Ces activités sont incitées à maîtriser leur dépense énergétique par le choix d'équipements moins énergivores, dans la mesure où l'offre existe et à service médical rendu équivalent (cf supra, chapitre achats).

2.2.1 : L'eau

La diminution de la consommation d'eau dans les établissements de santé est un objectif prioritaire. Elle ne doit cependant pas se faire au détriment de l'hygiène, qu'il s'agisse du lavage des mains et des surfaces ou de la prévention de la légionellose par soutirage régulier de l'eau des robinets peu utilisés. Les efforts portent principalement sur le changement de comportements des personnels hospitaliers et des patients ainsi qu'à la mise en place progressive d'équipements moins consommateurs.

Critères de progrès :

- % d'établissements qui réalisent un état des lieux précis et détaillé de leur consommation d'eau, avec des indicateurs de suivi ;
- % des établissements qui s'engagent à mettre en place des politiques de réduction de consommation d'eau par l'information et la sensibilisation du personnel ;
- % des établissements qui s'engagent à installer des équipements économiseurs d'eau.

2.2.2 : l'énergie

La France a pris, dans le cadre de la Loi Grenelle, des engagements en terme de réduction des consommations d'énergie et d'émissions de gaz à effet de serre. Les objectifs fixés sont notamment de réduire les consommations d'énergie du parc des bâtiments existants d'au moins 38 % à 2020.

Les établissements de santé représentent un patrimoine immobilier de plus de 60 millions de m².

Parce que la lutte contre le changement climatique et la maîtrise des consommations énergétiques constituent un enjeu majeur, les établissements de santé s'engagent à contribuer aux engagements nationaux pris dans le cadre du Grenelle de l'environnement et à réduire de 20% d'ici 2012 la consommation énergétique des bâtiments afin de réduire leurs émissions de CO₂ liées à la consommation d'énergie.

Les établissements de santé s'engagent à :

· S'agissant des bâtiments neufs :

- Intégrer des critères HQE dans 100% des bâtiments neufs ;
- Tendre vers des objectifs de Très Haute Performance Energétique pour les bâtiments concernés par des activités tertiaires, tout en prenant acte des spécificités liées aux activités de soins.

· S'agissant des bâtiments existants :

- Réaliser des audits énergétiques des bâtiments pour connaître la consommation d'énergie par m², avec intégration systématique dans le cahier des charges d'une analyse des possibilités de recours aux énergies renouvelables ;
- Engager des actions de rénovation énergétique des bâtiments, au fur et à mesure des actions de rénovation lourde des bâtiments existants.

· S'agissant des énergies renouvelables :

- Poursuivre et favoriser dans la mesure du possible le recours aux énergies renouvelables lors de constructions neuves, de rénovations lourdes des bâtiments ou de remplacement d'installations thermiques en regard des possibilités techniques et économiques (solaire, bois, géothermie...).

Afin d'accompagner les établissements de santé dans ces initiatives, l'ADEME s'engage à :

- Partager ses connaissances sur les bonnes pratiques environnementales liées à la gestion environnementale des sites immobiliers ;
- Apporter des conseils dans les domaines de la construction et la rénovation de bâtiments, les sites et sols pollués avant achat de foncier, les énergies renouvelables en donnant notamment un avis critique sur les prestations de diagnostics énergétiques ;
- Apporter des conseils pour les études de faisabilité et lors de la réalisation d'opérations pilotes notamment pour les énergies renouvelables ;
- Conseiller les établissements de santé en matière d'aides et de financements pour ses projets, et de faire connaître les possibilités de soutien financier données au travers du Fonds Chaleur.

Critères de progrès

- % d'établissements qui s'engagent à mettre en place un suivi de leur consommation énergétique et des actions pour la diminuer ;
- Réduction de 20% de la consommation d'énergie dans les bâtiments du tertiaire et du résidentiel des établissements de santé ;
- Réduction de 20 % d'émissions de CO2 des bâtiments du tertiaire et résidentiel des établissements de santé ;
- % d'établissements qui réalisent des bilans ou audits énergétiques ;
- Nombre et m² des bâtiments neufs intégrant des cibles HQE (notamment dans le bilan Hôpital 2012) et le recours aux énergies renouvelables.

En ce qui concerne la réduction des gaz à effet de serre, l'ADEME propose d'utiliser la méthode Bilan Carbone® :

Cette méthode permet à toute activité d'évaluer son impact « effet de serre » en établissant un bilan des quantités de gaz à effet de serre (GES) émises pour assurer son fonctionnement. Les établissements de santé et établissements médico-sociaux peuvent utiliser cette méthode pour établir leur bilan des émissions, préalable indispensable avant tout arbitrage sur les actions de réduction des gaz à effet de serre à mettre en œuvre.

L'ADEME s'engage à proposer des cahiers des charges type pour la réalisation de Bilan Carbone® et à conseiller les établissements dans le suivi de ces diagnostics effet de serre grâce à son réseau des délégations régionales. A l'initiative des fédérations, elle pourra accompagner l'établissement d'un guide sectoriel sur le Bilan Carbone® dans le milieu hospitalier qui inclura la mutualisation des bonnes pratiques du secteur.

Pour réaliser le diagnostic Bilan Carbone®, les établissements pourront faire appel à un des bureaux d'études formés à la méthode ou envisager de former leur propre référent.

Les salariés des structures privées peuvent s'inscrire aux modules de formation proposés par l'ADEME ; les agents de la fonction publique hospitalière peuvent être formés via l'IFORE.

Article 2.3 La gestion des déchets

Objectifs : Mettre en place une démarche globale de réduction à la source, de tri, et d'optimisation de la valorisation des déchets produits par les établissements de santé.

L'exemplarité dans la filière de recueil et traitement des déchets de soins (DASRI) est liée au respect de la réglementation abondante existant depuis 1975.

S'agissant des déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM) et de certaines catégories de déchets d'activités de soins, les établissements de santé s'engagent à en améliorer le tri, le recyclage et la valorisation et d'en diminuer la quantité produite.

Améliorer le traitement des effluents liquides et gazeux. S'agissant en particulier des effluents liquides, les hôpitaux sont susceptibles de rejeter des effluents de nature spécifique, par rapport à ceux que les stations de traitement des eaux usées urbaines traitent habituellement. Il convient donc en premier lieu de mieux caractériser ces effluents et la gestion qui en est faite dans les établissements. Dans un second temps, la faisabilité d'un plan de bonne gestion sera étudiée au regard des exigences en matière de rejet des eaux vers les stations de traitement des eaux usées, et/ou dans le milieu aquatique récepteur.

Les établissements de santé s'engagent à :

- Informer et former les acteurs à la réglementation existante ;
- Réaliser des diagnostics déchets sur les différents types de sites ;

- Recenser les bonnes pratiques existantes ;
- Généraliser les bonnes pratiques sur l'ensemble des typologies de sites ;
- Mettre en place un reporting permettant de mesurer la performance ;
- Sensibiliser les personnels de santé et les services médico-techniques à la récupération à la source des déchets toxiques et des médicaments non utilisés ;
- Réaliser sous deux ans un bilan de la gestion des effluents liquides dans l'établissement et identifier les risques éventuels engendrés pour le fonctionnement des outils collectifs de traitement des eaux usées ou le milieu aquatique ;
- Sur la base de ce bilan, étudier la faisabilité d'un plan de gestion des effluents liquides ;
- communiquer largement auprès des hôpitaux sur l'utilisation de lessives sans phosphates pour les activités de blanchisserie et de vaisselle (engagement du Grenelle de l'environnement d'interdire l'utilisation des phosphates dans tous les produits lessiviels d'ici 2012) : encourager les hôpitaux à anticiper l'échéance de 2012 ;
- Accepter, dans le principe, de participer aux travaux du plan national sur les résidus médicamenteux co-piloté par le Ministère de la santé et des sports et le MEEDDM dans le cadre du 2ème plan national santé environnement ;
- Traiter leurs effluents gazeux.

Afin d'accompagner les établissements de santé dans ces initiatives, le MEEDDM et l'ADEME s'engagent à :

- Partager les connaissances sur les bonnes pratiques environnementales liées à la gestion des déchets ;
- Apporter des conseils, notamment dans le cadre de l'élaboration de diagnostics et la formalisation de cahiers des charges ;
- Accompagner les établissements de santé pour diffuser les bonnes pratiques et former les personnels hospitaliers ;
- Conseiller les établissements de santé en matière d'aides et de financements pour leurs projets ;
- Développer les connaissances concernant les effluents liquides des établissements de soins (présence de contaminants, flux, possibilités de traitement et de gestion au sens large) au travers d'études scientifiques et techniques qui associeront des établissements volontaires.

Critères de progrès

- % d'établissements qui organisent une collecte sélective des déchets recyclables ;
- % d'établissements qui mettent en place des filières de tri et de valorisation pour, au minimum, le papier, le verre, le plastique, les piles et les ampoules ;
- % des établissements ayant réalisé un diagnostic de la gestion de leurs effluents liquides ;
- % d'établissements qui traitent leurs effluents gazeux ;
- % des établissements utilisant des lessives sans phosphates.

Article 2.4 Le transport et les déplacements du personnel, des patients et des visiteurs

Objectif : Réduction des émissions de gaz à effet de serre liées aux transports d'ici à 2012

Les établissements de santé s'engagent à faire évoluer de façon substantielle leurs modes de transport – salariés, patients et visiteurs - de façon à accélérer la réduction des émissions de gaz à effet de serre.

Pour cela, ils s'engagent à :

- Intégrer dans leur flotte des véhicules propres et économes ou, a minima, éligibles au « bonus écologique » (plafond de 130 g de CO₂/km), sauf nécessités de service ;
- Favoriser le recours aux transports en commun pour leur personnel et les visiteurs ;
- Mettre en place des Plans de Déplacement d'Établissement ;
- Proposer et encourager des mécanismes de covoiturage ;

-
- Etablir des conventions avec la société de transports en commun et à proposer des tarifs préférentiels ;
 - Proposer des formations à l'éco-conduite aux personnels utilisant un véhicule (ambulanciers, services techniques, transports internes ...).

Afin d'accompagner les établissements de santé dans ces initiatives, le MEEDDM et l'ADEME s'engagent à :

- Aider les établissements de santé à étudier les modalités et la mise en place de mesures d'aides directes ou indirectes pour compenser partiellement le surcoût lié à l'investissement dans les véhicules propres et économes ou à bonus écologique.

Critères de progrès

- % et nombre d'établissements qui mettent en place un PDE ;
- % d'agents formés à l'éco-conduite (parmi les transports internes et fonctions logistiques) ;
- Augmentation de la flotte de véhicules propres et économes, éligibles au bonus écologique.

Article 2.5 : La politique d'achat

Les établissements de santé, par le volume et la diversité de leurs achats peuvent avoir un impact important et un effet d'entraînement dans de nombreuses filières professionnelles. Ils s'engagent par la présente à intégrer des critères environnementaux, sociaux ou sociétaux dans le choix des produits et services qu'ils achètent.

Objectif : Intégrer quand cela est possible des critères de développement durable dans les procédures d'achat des établissements de santé.

Cette démarche vise à intégrer progressivement des critères de développement durable dans les appels d'offre et le choix des fournisseurs, en fonction de la maturité du marché et des orientations définies par les établissements de santé et dans le respect des impératifs de qualité et de sécurité des soins.

Ces critères peuvent intervenir à tous les stades des appels d'offres et concernent, en première phase, les achats n'intervenant pas directement dans les soins au patient et n'impactant pas la sécurité sanitaire pour ces derniers.

La formation des acheteurs et prescripteurs à une meilleure compréhension et appropriation des enjeux du Développement Durable dans leur métier et leurs décisions d'achats constitue un levier essentiel à l'atteinte des objectifs.

Les établissements de santé s'engagent à :

- Informer et sensibiliser les prescripteurs internes sur l'offre achat responsable de manière lisible et compréhensible ;
- Informer et inciter les fournisseurs du secteur hospitalier à s'engager dans cette démarche et à leur proposer des produits et services éco-conçus, éco- ou socialement responsables ;
- Informer et encourager les centrales d'achats à intégrer dans le choix de leurs fournisseurs le respect de critères éco et socialement responsables, ainsi que la notion de « coût global » ;
- Dématérialiser les procédures et les actes (facturation, achat, approvisionnements, ...)
- Former leurs acheteurs aux achats responsables afin qu'ils intègrent des critères de Développement durable dans leur activité. Les critères auxquels les acheteurs recourent dans les décisions d'achat doivent se référer, quand cela est possible, aux normes et labels officiels en vigueur (écolabels officiels NF-Environnement et Ecolabel Européen, labels de l'agriculture biologiques, labels du commerce équitable).

Pour les achats « hors métier » :

- Engager une réduction des emballages et un partage de la responsabilité avec les fabricants quant à l'élimination des emballages ;
- Engager une réflexion sur le recours à l'usage unique, sans toutefois mettre en cause les acquis en matière d'hygiène des soins et de réduction des infections nosocomiales.

Afin d'accompagner les établissements de santé dans ces initiatives, le MEEDDM et l'ADEME s'engagent à :

- Tenir informés et faire bénéficier les établissements de santé des méthodologies et outils développés à destination des acteurs publics et privés en matière d'achats responsables et à proposer des formations ou modules de formation pour les acheteurs.

Critères de progrès

- % d'établissements de santé qui intègrent des critères développement durable dans leurs appels d'offres ;
- % d'établissements qui effectuent des achats auprès du secteur adapté ou protégé ;
- % d'établissements qui mettent en place une stratégie d'achat pour réduire les emballages sur les produits n'intervenant pas dans les actes de soins ;
- % d'établissements qui forment leurs acheteurs aux achats responsables ;
- % d'établissements qui interdisent des matériaux de construction et décoration qui contiennent des substances CMR1 et CMR2, voire certaines substances CMR3 selon les recommandations sur 2ème plan national santé environnement.

Article 2.6 La communication et la formation sur les enjeux du Développement Durable

Objectif : promouvoir la démarche de Développement Durable et sensibiliser en interne comme en externe les parties prenantes à cette démarche inscrite dans la stratégie des établissements de santé.

En effet, les établissements de santé considèrent leur apport au Développement durable comme le prolongement de leur contribution à l'intérêt général et au service public. Leur engagement se traduit par la promotion d'une pédagogie du Développement durable ayant pour cible aussi bien leur personnel que les patients et leur famille, les fournisseurs ou encore les partenaires.

Les établissements de santé capitalisent sur le potentiel que représentent leur personnel, les patients et leur ancrage territorial :

- 855 000 personnes employées dans le secteur public, 187 000 dans le privé non lucratif. L'hôpital étant souvent le premier employeur local ;
- 77% des français déclarent être allés dans un hôpital au cours des douze derniers mois ;
- Près de 4 000 établissements sur tout le territoire, constituant un maillage territorial fort.

Les établissements de santé s'engagent à :

- Relayer toutes les informations et recommandations formulées par les fédérations hospitalières concernant le développement durable ;
- Déployer des actions pédagogiques en faveur du développement durable via des actions de sensibilisation et de formation impliquant le personnel et les patients, les fournisseurs et/ou les partenaires intéressés ;
- Diffuser des messages sur le développement durable via les supports de communication disponibles ;
- Engager et développer des démarches d'éco-communication consistant à privilégier l'éco-conception des supports et outils de communication.

Afin d'accompagner les établissements de santé dans ces initiatives, le MEEDDM et l'ADEME s'engagent à :

- Collaborer avec les établissements de santé sur l'élaboration et la diffusion d'outils de communication sur le développement durable ;
- Mettre à disposition leurs outils pédagogiques pour d'éventuelles utilisations ;
- Autoriser les établissements de santé à utiliser les guides pédagogiques publiés par l'ADEME et adaptés au secteur hospitalier ;
- Intervenir dans des formations ou sensibilisations organisées à destination des personnels hospitaliers sur les enjeux environnementaux et, le cas échéant, participer à des groupes de travail thématiques organisés au sein des établissements hospitaliers, des régions ou par les fédérations ;
- Aider les établissements de santé à concevoir et diffuser une communication responsable.

Critères de progrès

- % d'établissements qui sensibilisent les patients et leur famille à leur rôle dans la démarche éco-responsable poursuivie par l'établissement, via les supports d'information existants (livret d'accueil, site internet, réseau de TV interne ...) ;
- % d'établissements qui informent leur personnel des enjeux du développement durable ;
- % d'établissements qui forment leur personnel à de nouveaux comportements permettant d'atteindre les objectifs de leur stratégie développement durable ;
- % d'actions de communication des établissements de santé qui sont éco-conçues.

ARTICLE 3. MISE EN OEUVRE DE LA CONVENTION CADRE

Article 3.1 Gestion des projets

Pour chacun des domaines de collaboration déclinés à l'article 2, des actions pourront être proposées et initiées tout au long de la durée de la Convention Cadre.

Chaque action prévue au niveau national, qui résultera des contacts entre les équipes du MEEDDM, du MSS, de l'ADEME et des fédérations hospitalières, sera formalisée par une fiche projet. Si l'ADEME apporte son concours financier à l'action envisagée, une convention d'application sera conclue entre les Parties. Les demandes d'aides financières aux projets seront instruites au cas par cas dans le respect des règles générales de l'ADEME.

En parallèle et afin d'en assurer le prolongement et la cohérence dans les établissements, les Parties se chargent de relayer cet accord au niveau régional :

- Le Ministère de la Santé et des Sports, éventuellement par l'intermédiaire des ARH (futurs ARS agences régionales de santé), si elles le souhaitent ;
- Le MEEDDM auprès de ses représentations en région ;
- L'ADEME auprès de ses délégations ;
- Les fédérations auprès de leurs Délégués Régionaux et de leurs adhérents.

Article 3.2 Pilotage et suivi de la Convention Cadre

La collaboration entre les parties se réalisera essentiellement par la tenue de réunions de travail et de fréquents échanges mutuels d'information.

Afin de suivre la réalisation des actions initiées à partir des domaines de collaboration visés à l'article 2 et, d'une manière générale, de favoriser et coordonner les échanges, les personnes suivantes sont chargées de veiller à la bonne mise en place et au suivi de la Convention Cadre :

- Pour le MEEDDM : Brigitte ARNOULD, chargée de mission, Commissariat Général au Développement Durable ;
- Pour le Ministère de la Santé : Chantal MAES, chargée de mission, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, sous direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé ;

-
- Pour l'ADEME : Raphaël GUASTAVI, chargé de mission, Département Acteurs Publics, Direction Clients ;
 - Pour la FHF : Marie-Christine BURNIER, directeur d'hôpital chargée du Développement durable ;
 - Pour la FEHAP : Stéphanie ROUSVAL, Directeur Adjoint du Secteur Sanitaire. Pôle Santé Social.

Un comité de pilotage qui réunira les principaux responsables des thématiques abordées sera constitué et se réunira une fois par an. Il examinera la synthèse des réponses apportées au Baromètre du développement durable en établissement de santé et fera évoluer ce questionnaire en fonction de l'avancée de la présente convention.

Un compte-rendu de ces réunions sera établi alternativement par chacune des Parties et adressé aux autres Parties. Ce compte rendu comportera notamment un bilan de la Convention Cadre sur la période donnée ainsi que les fiches projets correspondantes. Il pourra définir des actions de communication à organiser autour des résultats obtenus.

Par ailleurs, à l'occasion des journées « Manager le développement durable en établissement de santé » un séminaire d'échanges d'informations réunissant l'ensemble des responsables des projets communs du MEEDDM, de l'ADEME, du Ministère de la santé et des fédérations pourra se tenir, pour rendre compte des réussites et des difficultés rencontrées ainsi que de leurs origines.

Article 3.3 Concours financier de l'ADEME

De façon générale, l'appui des délégations régionales de l'ADEME aux établissements de santé dans la mise en œuvre d'actions entrant dans le cadre du présent accord cadre se fera dans la limite des moyens disponibles et dans le cadre d'un accord préalable permettant la prédéfinition des actions conduites à l'échelle régionale. Des aides financières peuvent être accordées au cas par cas. Il conviendra de contacter la délégation régionale concernée avant toute demande d'aide. Les aides financières apportées par l'ADEME sont conformes aux modalités générales d'attribution des aides définies par son Conseil d'Administration ; elles respectent, en particulier, les règles de l'encadrement communautaire des aides d'État. Il est rappelé que les opérations faisant l'objet d'obligations réglementaires ne peuvent pas être aidées financièrement par l'ADEME. Les systèmes d'aides de l'ADEME sont présentés de façon synthétique en annexe.

ARTICLE 4. DUREE DE LA CONVENTION CADRE

La Convention Cadre est conclue pour une durée de 3 ans à compter de sa date de signature par les Parties. Toutefois, ses dispositions resteront en vigueur jusqu'au terme de la dernière des actions menées dans le cadre de la Convention Cadre. Une évaluation annuelle de l'ensemble des actions menées dans le cadre de la Convention Cadre sera réalisée (à la date anniversaire de la signature de la présente convention) et transmise aux différentes parties. A l'issue de la durée de 3 ans, un bilan final des actions entreprises et de leurs résultats sera établi. La convention cadre sera évaluée au regard des objectifs de résultats affichés.

ARTICLE 5. ETENDUE DE LA CONVENTION CADRE

La convention cadre peut être étendue par avenant à de nouveaux organismes œuvrant dans le domaine de la santé. Elle peut également évoluer par l'élargissement des champs traités et par la mise en place de nouveaux indicateurs.

ARTICLE 6. COMMUNICATION AUTOUR DE LA CONVENTION CADRE

-
- 1. Les Parties s'engagent à communiquer sur la Convention Cadre ainsi que sur les actions de sensibilisation et d'information qui en découlent par le biais de communiqués de presse réguliers qui seront réalisés en commun.
 - 2. Chacune des Parties s'engage à informer les autres Parties préalablement à la mise en œuvre de toute action de communication liée aux actions conduites en commun dans le cadre de la Convention Cadre. Dans leur communication propre relative aux sujets traités en commun, quelle qu'en soit la forme, les Parties s'engagent à respecter les axes de communication et les messages principaux définis conjointement.
 - 3. Chacune des Parties s'engage à faire figurer le nom et le logotype des autres Parties, dans le respect de la charte graphique applicable à chacune des Parties, dans toutes les publicités ou publications d'information résultant effectivement de leur collaboration dans le cadre de la Convention Cadre.

A ce titre, chacune des Parties s'engage à remettre aux autres Parties la charte graphique de son nom et de son logotype, à la signature de la Convention Cadre.

ARTICLE 7. PIECES CONTRACTUELLES

La Convention Cadre est constituée des pièces suivantes, énumérées ci-après :

- Les présentes dispositions,
- L'annexe 1 : le baromètre du développement durable en établissement de santé, propriété de la société PG Promotion. Edition 2009, remise à jour annuellement et complétée en fonction des évolutions de cette convention ;
- L'annexe 2 : le tableau de suivi des indicateurs ;
- L'annexe 3 : répartition des établissements de santé en France ;
- L'annexe 4 : liste des délégations régionales de la FHF, de la FEHAP, de l'ADEME et des ARS ;
- L'annexe 5 : le système d'aides de l'ADEME.

Fait à Paris, le 27 octobre 2009

ANNEXE 5 : Correspondance des cibles HQE aux références HAS 2010

Références HAS	Cibles HQE		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		SME	Relations harmonieuses	Produits systèmes	Chantier	Energie	Eau	Déchets d'activités	Maintenance pérennité	Confort hygrothermique	Confort acoustique	Confort visuel	Confort olfactif	Qualité sanitaire	Qualité de l'air	Qualité de l'eau
1a	Valurs missions et stratégie de l'établissement															
1b	Engagement dans le développement durable															
1d	Politique des droits des patients															
1e	Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins															
1g	Développement d'une culture qualité et sécurité															
2a	Direction et encadrement des secteurs d'activité															
2d	Dialogue social et implication des personnes															
2e	Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement															
3a	Management des emplois et des compétences															
3b	Intégration des nouveaux arrivants															
3c	Santé et sécurité au travail															
3d	Qualité de vie au travail															
4a	Gestion budgétaire															
4b	Amélioration de l'efficience															
5c	Gestion documentaire															
6a	Sécurité des biens et des personnes															
6b	Gestion des infrastructures et des équipements															
6c	Qualité de la restauration															
6d	Gestion du linge															
6e	Fonction transport des patients															
6f	Achats écoresponsables et approvisionnement															
7a	Gestion de l'eau															
7b	Gestion de l'air															
7c	Gestion de l'énergie															
7d	Hygiène des locaux															
7e	Gestion des déchets															
8a	Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins															
8b	Fonction gestion des risques															
8c	Obligations légales et réglementaires															
8d	Evaluation des risques a priori															
8g	Maîtrise du risque infectieux															
10d	Accueil et accompagnement de l'entourage															
16a	Dispositif d'accueil du patient															
18a	Continuité et coordination de la prise en charge des patients															
18b	Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement															
		21	7		5	5	5	8	8	6	5	8	12	8	8	8

Source : Marie ALESSANDRI 2009

ANNEXE 6 : Techniques pour diminuer la consommation énergétique par poste

POSTES	SOLUTIONS POUR REDUIRE LA CONSOMMATION D'ENERGIE
Eclairage	Utilisation de lampes à faible consommation Éviter le sur-éclairage dans les pièces Optimiser la lumière naturelle Allumage et adaptation de l'intensité d'éclairage par automates (exemple : minuteur...)
Chauffage	Éviter le surdimensionnement des systèmes et choisir des technologies performantes (meilleur rendement) Amélioration du système de régulation Maintenance régulière Limiter les déperditions de chaleur par une bonne isolation Éviter une ventilation excessive Récupérer l'énergie gratuite (orientation du bâtiment suivant le soleil)
Eau Chaude Sanitaire	Réparation de fuites et isolation du réseau d'eau chaude Régulation optimale Utilisation de panneaux solaires ou de pompes à chaleur pour le chauffage ou le préchauffage
Blanchisserie	Remplacement des machines par du matériel à faible consommation en énergie Récupération d'énergie sur le poste lavage au niveau du dernier rinçage Récupération d'énergie sur l'air sur le poste séchage
Ventilation	Réduire le temps de fonctionnement si possible Utilisation de moteurs à vitesse variable
Production de froid	Optimiser la production de froid selon les besoins pour la climatisation et pour la cuisine Choisir des technologies performantes (meilleur rendement) ou innovantes comme le stockage du froid, la trigénération ou la production de froid par absorption
Appareils spécifiques groupes électrogènes ascenseurs	Difficulté à diminuer la consommation d'énergie des appareils spécifiques (radiologie, IRM) et la consommation de certains appareils est difficilement modifiable sans altérer la qualité du milieu (exemple : la stérilisation est un poste fortement consommateur d'énergie et d'eau mais dont le rôle est essentiel ; la stérilisation en heures creuses peut néanmoins permettre de réduire la facture d'électricité). Les groupes électrogènes sont des générateurs de secours, leur consommation n'est pas régulière Réduction de l'utilisation des ascenseurs en sensibilisant le comportement des travailleurs et des malades
Actions tarifaires	Le gestionnaire doit évaluer la puissance requise par son établissement et doit souscrire la puissance la plus basse possible pour que le prix de la prime fixe soit la plus faible Installation de « blocs de condensateurs » en aval du compteur électrique pour absorber l'énergie réactive (pénalité financière si celle-ci devient trop importante) Limiter les consommations en heures pleines et consommer en période creuse (coût du kWh dépend des plages horaires). Par exemple : programmer le chauffage de l'eau chaude pendant les périodes où l'électricité est au prix le plus bas

La maîtrise de l'énergie dans les établissements de santé Fiche technique PRISME n°4 Institut de l'énergie et de l'environnement de la Francophonie

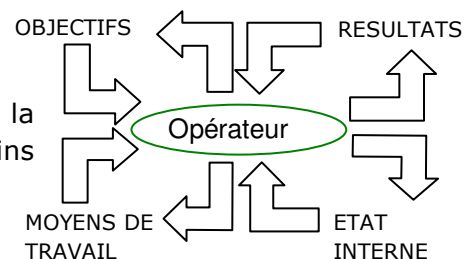
ANNEXE 7 : La régulation des compromis opératoires au travail

La régulation est le processus par lequel les personnes établissent des compromis opératoires entre le travail prescrit (objectifs assignés, cadences), le travail réel (les marges de manœuvres dont ils disposent pour réaliser les différentes tâches, l'organisation du travail, le matériel, la variabilité du travail, la possibilité de s'appuyer sur le collectif), les résultats produits et leur état interne, ce qui aboutit à l'activité de travail, c'est-à-dire le travail tel qu'il est réalisé englobant à la fois ses conséquences sur l'atteinte des objectifs de productivité et sur l'état interne des opérateurs. Tout opérateur va spontanément chercher à se ménager des marges de manœuvre dans le but soit d'atteindre les objectifs soit de ménager son état interne et/ou sa satisfaction personnelle au travail.

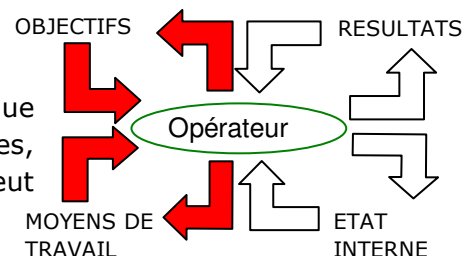
Lorsqu'on peut penser que les opérateurs sont tirés au flanc (c'est parfois vrai...) il faut envisager l'éventualité qu'ils ne peuvent plus disposer de marges de manœuvre suffisantes (possibilité de moduler les objectifs, ou les moyens de travail) pour atteindre des résultats satisfaisant sans toucher sérieusement à leur état interne. Or, la résistance et l'endurance de l'état interne de chacun est une variable individuelle qu'il convient de prendre réellement en compte au regard des caractéristiques psychosociales des individus (âge, formation, expérience, santé, contraintes familiales, etc...).

D'où l'intérêt de formaliser un bilan social annuel, de réaliser des enquêtes de satisfaction pour prendre la température des collectifs de travail, etc...

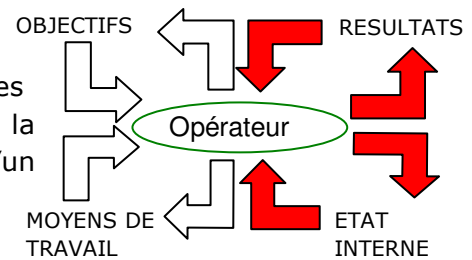
Dans une situation non contraignante (effectifs en nombre, matériel à disposition, peu de variabilité du travail, échéances souples), l'opérateur peut jouer sur les objectifs (pouvoir terminer les soins du matin après le repas par exemple) et les moyens de travail (prendre son temps avec un patient pour le bichonner par exemple) pour valoriser les résultats produits (s'assurer de la qualité du résultat produit, réaliser des soins supplémentaires, donner des explications, prendre le temps de soutenir une personne qui en a besoin par exemple) ou se préoccuper de son état interne (récupérer d'une rude journée de travail la veille par exemple...).



Dans une situation contraignante, il n'est pas possible d'agir sur les moyens et les objectifs de travail. Dans un premier temps, les résultats exigés seront atteints au prix de la modification de l'état interne, susceptibles de se traduire par des atteintes relatives à la santé. Dans un premier temps, l'opérateur se mobilise complètement pour peu qu'on lui ait annoncé un changement de situation très prochain, au cours du temps, le travail sous forte contrainte fatigue anormalement, il s'en suit des énervements, des crises, des tensions, puis si la situation perdure, la santé peut en être sérieusement affectée (fragilité physique, moindre résistance aux infections, risques plus importants d'accidents du travail, désinvestissement, dépression, burn out).



Dans un deuxième temps, (typique du débordement), l'opérateur ne peut plus atteindre les objectifs fixés, quels que soient les modes opératoires utilisés, il s'en suit une dégradation de la qualité des résultats obtenus ainsi qu'un désinvestissement de la tâche de l'opérateur qui privilégie alors son état interne.



L'intensification du travail hospitalier, les pics d'activité, les contraintes organisationnelles, font que le personnel se trouve entre ces deux temps avec la certitude qu'ils se trouvent dans le second temps lorsque par exemple ils sont en sous effectif. La notion de charge de travail peut être interprétée à l'aune de la compréhension de la marge de manœuvre dont un opérateur particulier dispose à un moment donné pour élaborer des modes opératoires pour atteindre les objectifs assignés sans effet défavorables sur son état interne. Si les personnes peuvent s'organiser pour travailler en équipe, en binôme par exemple, qu'elles ont le temps de réaliser les soins d'hygiène et de confort en répondant aux critères de qualité (douceur, temps, communication, etc...), alors elles disposent de marges de manœuvre suffisantes.

L'augmentation de la charge de travail se traduit par une diminution des modes opératoires possibles, il y a de moins en moins de manières possibles de s'organiser, les personnes travaillent seules, ne communiquent plus, des tensions et suspensions s'installent, le travail est bâclé.

Les résultats à ce jour exigés ne peuvent être atteints qu'au prix de modifications importantes de l'état interne et d'une dégradation considérable de la qualité. Si l'on considère en plus que les personnes qui ont un bas niveau de rémunération (perçu en deçà de leurs besoins) et une organisation des plannings qui pourrait être aménagée, ont souvent l'impression de ne pas être entendues, ni par le médecin, ni par les cadres, nous comprenons les compromis qu'elles effectuent à court terme (choix d'une posture de désinvestissement par exemple) ou à très long terme (choix d'accepter des conditions de travail pour des raisons personnelles, familiales, enjeu de la VAE, espoir nourri que cela va changer un jour...).

ANNEXE 8 : Résultats de l'enquête sur les risques psychosociaux au travail

AXE GENERAL	AXE ELEMENTAIRE	INDICATEUR N°	QUESTION	MODALITES	EDUCATION SANTE ACTION SOCIALE	ENSEMBLE
1- Exigences du travail	Quantité	1	On me demande une quantité de travail excessive	Toujours souvent	22,3	22,6
	Pression temporelle	2	Je dispose du temps de travail nécessaire pour faire correctement mon travail	Pas du tout d'accord pas d'accord	37,2	30,9
		3	Subir au moins 3 contraintes de rythme de travail parmi les suivantes: déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce; cadence automatique d'une machine ; autres contraintes techniques ; dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues ; normes de production, ou des délais, à respecter en une D33heure au plus; normes de production, ou des délais, à respecter en une journée au plus ; demande extérieure (clients, public) obligeant à une réponse immédiate; contrôles ou surveillances permanents (au moins quotidiens) exercés par la hiérarchie ; contrôle ou suivi informatisé.		21,5	34,1
		4	Devez-vous fréquemment interrompre une tâche pour une autre non prévue' et 'cela constitue un aspect négatif du travail'	oui oui	23,5	22,8
		5	Etes-vous obligé de vous dépêcher pour faire votre travail ?	Toujours souvent	46,1	48,5
	Complexité	6	Je dois penser à trop de choses à la fois	Toujours souvent	44,4	44,8
	Conciliation travail hors travail	7	j'ai du mal à concilier travail et obligations familiales	Toujours souvent	9	10,5
2- Exigences émotionnelles	Relation au public	8	Etes -vous en contact direct avec le public (usagers, patients, élèves, voyageurs, clients, fournisseurs)		89,1	69,9
		9	SI OUI, de vive voix en face à face	Toujours souvent	96,3	85,5
		10	par téléphone	Toujours souvent	38,5	54,4
		13	Je vis des tensions avec un public : usagers, patients, élèves, voyageurs, clients	Toujours souvent	16,8	11,2
	Empathie contact avec la souffrance		Au cours de votre travail , êtes vous amené à...?			
		11	à être en contact avec des personnes en situation de détresse	Oui	70,5	37,2
	Devoir cacher ses émotions	12	à devoir calmer les gens	Oui	73,4	47,4
		14	Dans mon travail, je dois cacher mes émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur	Toujours souvent	54,7	42,2
3- Autonomie, marges de manœuvre	Autonomie procédurale	15	Il m'arrive d'avoir peur pendant mon travail	Toujours souvent parfois	40,2	33,6
		16	Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment faire mon travail	Toujours souvent	16,5	19,7
	Prévisibilité du travail	17	Pouvez-vous interrompre momentanément votre travail quand vous le souhaitez ?	Non	59,8	38,3
			Pas d'information			
	Utilisation et accroissement de compétences	18	J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles	Pas du tout d'accord pas d'accord	16,5	20,3
		19	Mon travail me permet d'apprendre des choses nouvelles	Non	16,7	23,6
		20	Je peux employer pleinement mes compétences	Parfois jamais	10,6	12,9
	Participation représentation	21	Votre travail consiste-t-il à répéter continuellement une même série de gestes ou d'opérations ?	Oui	21,7	27,5
		22	Le personnel de l'entreprise a-t-il été consulté au moment de la mise en place de ces changements ? (parmi ceux qui ont signalé au moins un changement au cours des trois dernières années: changement dans les techniques utilisées, changement dans l'organisation du travail, restructuration-rachat-changement de l'équipe de direction, déménagement, autre changement qui a modifié votre travail ou celui de vos collègues)	Non		64

AXE GENERAL	AXE ELEMENTAIRE	INDICATEUR N°	QUESTION	MODALITES	EDUCATION SANTE ACTION SOCIALE	ENSEMBLE
4- Rapports sociaux relations de travail	Coopération soutien	23	Les collègues avec qui je travaille sont amicaux	Pas du tout d'accord pas d'accord	10,1	8,5
		24	Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener mes tâches à bien	Pas du tout d'accord pas d'accord	14,3	14,2
		26	Mon supérieur prête attention à ce que je dis	Pas du tout d'accord pas d'accord	20,2	20,5
		25	Mon supérieur m'aide à mener mes tâches à bien	Pas du tout d'accord pas d'accord	26,5	23,8
	Conflits harcèlement	27	Au cours de votre travail, êtes vous exposé à des agressions verbales, des injures, des menaces?	Toujours souvent	12,5	7
		28	Au cours de votre travail, êtes vous exposé à des agressions physiques ?	Toujours souvent	3,7	1,6
			Quelqu'un se comporte systématiquement avec vous de la façon suivante :			
		29	comportement méprisant (se comporte systématiquement avec vous de la façon suivante: "vous ignore, fait comme si vous n'étiez pas là" ou "tient sur vous des propos désobligeants" ou "vous empêche de vous exprimer" ou "vous ridiculise en public")	Oui	14,5	13,3
		30	déni de la qualité du travail ("critique injustement votre travail" ou "vous charge de tâches inutiles ou dégradantes" ou "sabote votre travail, vous empêche de travailler correctement")	Oui	12,5	10,3
		31	atteinte dégradante ("laisse entendre que vous êtes mentalement dérangé" ou "vous dit des choses obscènes ou dégradantes" ou "vous fait des propositions à caractère sexuel de façon insistante").	Oui	2,1	1,8
	Reconnaissance	32	Pensez-vous que votre travail est utile aux autres ?	Non		8,7
		33	Mon travail est reconnu à sa juste valeur	Parfois jamais	34,2	32,6
	Leadership clarté du pilotage du changement	34	Généralement, vous explique-t-on clairement ce que vous avez à faire dans votre travail ?	Non		33
		35	Recevez-vous des ordres ou des indications contradictoires ?	Oui	37,9	41,7
5- Conflits de valeurs	Conflits ethniques	36	Dans mon travail, je dois faire des choses que je désapprouve (vente abusive, réaliser des licenciements,...)	Toujours souvent parfois	35,1	33,5
	Qualité empêchée	37	J'ai les moyens de faire un travail de qualité	Parfois jamais	17,9	15,3
6- Insécurité socio économique	Sécurité de l'emploi du salaire	38	Je travaille avec la peur de perdre mon emploi	Toujours souvent parfois	13,7	22,8
		39	Dans les années à venir, pensez-vous devoir changer de qualification ou de métier ?	Oui		32,2
	Soutenabilité	40	Vous sentez-vous capable de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à 60 ans ?	Non	38,4	37,2

ANNEXE 9 : Aspects environnementaux significatifs du tableau de bord de l'IPC

ASPECT ENVIRONNEMENTAL	IMACTS POTENTIELS
Aspects environnementaux directs	
Emissions dans l'atmosphère	6.2.a
Oxyde et dioxyde de carbone	Epuisement des ressources naturelles, pollution de l'air, réchauffement de la planète
Vapeur d'eau	Epuisement des ressources naturelles, pollution de l'air, réchauffement de la planète
Rejets dans l'eau	6.2.b
Effluents d'imagerie médicale	Consommation de produits chimiques, pollution des eaux usées
Effluents de chambre de thérapie métabolique	Utilisation d'éléments radioactifs, pollution des eaux usées
Effluents de stérilisation	Utilisation de détergents/désinfectants, pollution des eaux usées
Effluents de nettoyage	Utilisation de détergents/désinfectants, pollution des eaux usées
Déchets dangereux	6.2.c
DASRI	Production de DASRI
Plomb	Production de déchets dangereux
Solvants	Production de déchets dangereux
Déchets non dangereux	6.2.c
DIB	Production de déchets
Graisses de cuisine et évacuation	Production de déchets
Piles et toners	Production de déchets
Papier	Production de déchets, consommation de papier, épuisement des ressources naturelles
Carton	Production de déchets
Déchets ménagers	Production de déchets
Pollution du sol	6.2.e
Parking voitures	Pollution du sol des parkings
Aires de livraison	Pollution du sol des aires de livraisons
Consommation de ressources naturelles	6.2.e
Eau	Consommation de ressources naturelles
Consommation d'énergie	
Electricité	Consommation de ressources naturelles
Gaz de ville	Consommation des ressources naturelles
Fuel	Consommation de matières premières, d'énergie, émission de polluants dans l'air
Nuisances locales	6.2.f
Bruit	Nuisances environnementales, bien-être des acteurs
Odeur	Nuisances environnementales, bien-être des acteurs
Poussières	Nuisances environnementales, bien-être des acteurs
Aspect visuel	Nuisances environnementales, bien-être des acteurs
Transport	6.2.g
Personnel	Nuisances environnementales, émissions de polluants dans l'air
Patients	Nuisances environnementales, émissions de polluants dans l'air
Visiteurs	Nuisances environnementales, émissions de polluants dans l'air
Fournisseurs	Nuisances environnementales, émissions de polluants dans l'air
Risque d'accident	
Incendie	Sécurité des personnes, émissions de polluants dans l'air
Explosion	Sécurité des personnes, émissions de polluants dans l'air
CFC Chlorofluorocarbure	Sécurité des personnes, émissions de polluants dans l'air
Ammoniac	Sécurité des personnes, émissions de polluants dans l'air
Exposition à la radioactivité	Sécurité des personnes, exposition à la radioactivité
Infections nosocomiales	Sécurité des personnes, contamination infectieuse
Utilisation de produits	
Peintures et solvants	Sécurité des personnes, contamination chimique
Gaz médicaux	Sécurité des personnes
Produits chimiques	Sécurité des personnes, contamination chimique
Désinfectants	Sécurité des personnes, pollution des eaux usées
Produits de nettoyage	Sécurité des personnes, pollution des eaux usées
Aspects environnementaux indirects	
Performance environnementale des fournisseurs	
Fournisseurs travaux	Risque d'accidents, production de déchets
Fournisseurs service achats	Consommation de matières premières, production de déchets
Prestataires extérieurs	Consommation de matières premières, production de déchets
Performance environnementale des acteurs	
Tabagisme	Nuisances environnementales, sécurité des personnes
Utilisation des locaux	Surconsommation d'énergie

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES

BITAUD M et LEMAÎTRE M Ressources Humaines : pour un management durable, in Gestions Hospitalières n°476, mai 2008, pp 313-315.

BEEHR TA et NEWMAN IE (1978), Job stress, employee health, and organizational effectiveness: a facet analysis, model, and literature review, Personnel Psychology, 31, 665-699, cité par El KANDOUSSI F et El ABBOUBI M, Le Management des Ressources Humaines Responsable : quelles perspectives sous l'égide de la nouvelle législation du travail au Maroc ? Cahier de recherche HEC Ecole de Gestion de l'Université de Liège, 2007.

BIENAYME.A 2008, Cahier de recherche EURISCO Cahier n°2008-04 Comment rendre le développement durable plus durable ?, Université Paris Dauphine, Mai 2008.

BRODHAG C 2003 Le principe de précaution, les Echos, vendredi 4 avril, cité par Christian BRODHAG, Natacha GONDRAN et Karen DELCHET, 2004, Du concept à la mise en œuvre du développement durable : théorie et pratique autour du guide SD 21000, Vertigo, La revue en sciences de l'environnement sur le Web, Vol 5, n°2.

DALY H.E. (1990) « Toward Some Operational Principles of Sustainable Development », Ecological Economics, 2, 1-6, cité par VIVIEN, F-D. 2004. « Un panorama des propositions économiques en matière de soutenabilité ». Vertigo, La revue en sciences de l'environnement sur le Web, Vol 5, n° 2, 25 p.

El KANDOUSSI F et El ABBOUBI M, Le Management des Ressources Humaines Responsable : quelles perspectives sous l'égide de la nouvelle législation du travail au Maroc ? Cahier de recherche HEC Ecole de Gestion de l'Université de Liège, 2007.

TSAYEM DEMAZE M. (2009), Paradoxes conceptuels du développement durable et nouvelles initiatives de coopération Nord-Sud : le Mécanisme Pour un Développement Propre. Le Mans, UMR CNRS, publié dans CyberGéo : European Journal Of Geography.

GADEA C, sociologue, Laboratoire Printemps, UMR CNRS 8085, Université de Versailles et CAILLARD JF, Responsable du service de médecine du travail et pathologie professionnelle, CHU de Rouen, La santé des soignants. Conditions de travail et rapport aux risques professionnels des professionnels du soin. 2009, 10 pages.

GENDRON C et REVERET J.P, 2000, Le développement durable, In Économie et Sociétés, Série F, n° 37, « Développement » -I, 912000, p. 111-124

PATRICK G, 2007, Les enjeux stratégiques du développement durable, AIMS XVIème Conférence Internationale de Management Stratégique, Montréal, 23 pages.

PIERRE, J. (1995). Le dirigeant et le culte identitaire de l'entreprise : une résurgence du passé. Dans De Jacques Cœur à Renault : gestionnaire et organisations. Presses de l'université des sciences sociales de Toulouse.

TIZIO S. (2002), Santé et développement durable, proposition d'une grille de lecture de la contribution des politiques de santé au développement durable, LATEC - Document de travail - Economie (1991-2003), LATEC, Laboratoire d'Analyse et des Techniques Economiques, CNRS UMR 5118, Université de Bourgogne

-
- TUBIANA, 1. 2001. « Le développement durable: un nouvel enjeu de la coordination internationale »; Les Cahiers français, no 302, Mai-juin.
- VIVIEN, F-D. 2004. « Un panorama des propositions économiques en matière de soutenabilité». Vertigo, La revue en sciences de l'environnement sur le Web, Vol 5, n° 2, 25 p.
- RONDEAU A., & Lemelin, M. (1991). Pratiques de gestion mobilisatrices. Gestion, 16 (1), pp. 26-32.
- ROUSSEL P. (2000). La motivation au travail, concepts et théories. Les notes du LIRHE, note n°326.
- THEVENET M. (1993). L'implication au travail, Les cahiers de l'ANVIE, Sciences Humaines, n°28, p32-35.
- WILS T. et LABELLE (2004). Faut-il se soucier des professionnels pour les mobiliser. Une réanalyse des données, 59 (4), pp. p-705-723.
- ZACCAÏ E. 2002, Le développement durable. Dynamique et constitution d'un projet. Coll. Ecolopolis n°1, Bruxelles : PIE-Peter Lang, 358p, cité par BELEM G. 2009, Quelle gouvernance pour la mise en œuvre du développement durable ? L'expérience de l'industrie minière du Mali. Thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en sciences de l'environnement, Université du Québec, Montréal.

OUVRAGES

- BELEM G. 2009 Quelle gouvernance pour la mise en œuvre du développement durable ? L'expérience de l'industrie minière du Mali. Thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en sciences de l'environnement, Université du Québec, Montréal.
- BOUTAUD A 2002 Elaboration de critères et indicateurs de développement durable pour les collectivités locales. Thèse de Doctorat en Sciences de la Terre et de l'Environnement, Ecole des Mines de Saint-Etienne/Centre SITE ADEME
- DION m, WOLFF D 2008, Le développement durable : Théories et applications au management, DUNOD
- DOMENACH H., PICOUE M., 2000. Population et environnement. Paris, PUF. Cité par TSAYEM DEMAZE M. (2009), Paradoxes conceptuels du développement durable et nouvelles initiatives de coopération Nord-Sud : le Mécanisme Pour un Développement Propre. Le Mans, UMR CNRS, publié dans CyberGéo : European Journal Of Geography.
- FROMAN b, GEY JM et BONNIFET F 2009, Qualité, Sécurité, Environnement : Construire un système de management intégré, AFNOR.
- OMS World Health Organization International Agency for Research on Cancer, 2002, Iarc monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, volume 80, non ionizing radiation Part 1: static and extremely low-frequency electric and magnetic fields, IARC PRESS.
- RUMPALA Y (2003), Régulation publique et environnement, questions écologiques, réponses économiques, L'Harmattan.

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE

ADEME 2007 Outil d'aide à la mise en œuvre du SMO

ADEME 2007 Qualité Environnementale des Bâtiments

ANFH Cahier PACTES, 2009, 48 pages.

ASN Autorité de Sureté Nucléaire, Etat des lieux National de la Radioprotection en Médecine Nucléaire en 2008.

Bilan de la mise en œuvre du programme de gestion des risques dans les établissements de santé depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2 / E4 n°176 du 29 mars 2004 relative à la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques en établissement de santé, Rapport du diagnostic établi suite à l'analyse des résultats de l'enquête nationale sur la gestion des risques pour la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Bureau qualité et sécurité des soins en établissement de santé (E2), publié en septembre 2009, 161 pages.

BARRIAT VA 2003 Les systèmes de management environnemental, FTU

CERTIVEA 2008 Référentiel pour la Qualité Environnementale des Etablissements de Santé

Circulaire du 3 décembre 2008 relative à l'exemplarité de l'Etat au regard du développement durable dans le fonctionnement de ses services et de ses établissements publics.

Circulaire DHOS/RH4 no 2009-215 du 15 juillet 2009 relative aux axes et actions de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant disposition statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Collectif, mai 1999, Intégrer la qualité environnementale dans les constructions publiques, Gap (05), CSTB, p.78.

Commissariat Général au Développement durable, février 2009, Stratégie Nationale du Développement Durable 2009-2012

Décret n°2001-1347, 28 décembre 2001, Missions composition et fonctionnement de l'Observatoire national de l'emploi et des métiers de la fonction publique hospitalière.

DREES, septembre 2009, Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A, Série Etudes et Recherches, sous la présidence d'Alain Coulomb.

DREES, DARES, octobre 2009, Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail. Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail.

DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, n°709 novembre 2009, L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes, 8 pages.

GMSIH 2005 Pilotage des établissements de santé

HAS, Manuel de certification v2010

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

Loi de modernisation de la fonction publique, n°2007-148 du 2 février 2007.

Mission Interministérielle pour la Qualité des Constructions Publiques, Constructions publiques, architecture et HQE, avril 2003.

VOYNET D., in MATE (1998) Les outils et démarches en vue de la réalisation d'Agendas 21 locaux, Dossier de présentation, Ed. MATE.

COMMUNICATIONS

Discours de Xavier Bertrand lors de la Conférence Nationale sur l'Investissement Hospitalier du Plan Hôpital 2007 au Plan Hôpital 2012 le mardi 13 février 2007 à l'Institut Pasteur. http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_070213xb.pdf

Dossier XVI^{èmes} journées nationales ADH : Performances hospitalières et management durable : en faire plus avec moins ?, Jadh, 22&23 mars 2007.

Enquête PRESST initiée en 2004, auprès des personnels médicaux (SESMAT Santé et Satisfaction des Médecins Au Travail) et paramédicaux (NEXT Nurses' Early Exit Study) de 16 pays d'Europe, Croniques : Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail, Madeleine Estryn-Behar (PH, médecin du travail), Jean-François Négri (cadre supérieur de santé, président de l'ISIS), Olivier Le Nézet (statisticien), Droit Déontologie & Soins, 308-327, 2007, 21 pages.

HOSPIMEDIA, 27/11/2008, T2A Efficace mais instable, équitable mais illisible, les directeurs d'hôpital sont unanimes sur la critique.

HOSPIMEDIA, 5/10/2009, Taxe carbone dans les établissements sanitaires et médico-sociaux non lucratifs, l'impact financier représente un enjeu important.

HOSPIMEDIA 20/10/2009, Amélioration des conditions de travail, moins de pression, plus de vocation.

HOSPIMEDIA, 30/10/2009, Comment parvenir à concilier qualité des soins et protection de l'environnement ? Dossier Ecologie et établissements de santé, un antagonisme dépassé.

HOSPIMEDIA, 20/11/2009, Fonction publique : signature de l'accord sur la santé et la sécurité au travail.

HOSPIMEDIA, 2/12/2009 Sécurité des patients dans les établissements de santé, le gestionnaire des risques doit encore se professionnaliser.

Journée Act'santé 2009 sur le thème du Développement Durable, organisée par la Chambre du Commerce et de l'Industrie à Marseille le 30 septembre 2009.

Journées de l'architecture, Hôpital Expo 2006, Frédéric VARNIER, élève directeur d'hôpital, ENSP Rennes.

Pièces à conviction n°72, France 3, mercredi 11 février 2009, Uranium : le scandale de la France contaminée, à voir absolument sur <http://programmes.france3.fr/pièces-a-conviction/51415247-fr.php>.

INTERNET

<http://www2.ademe.fr>

http://www.archi.fr/MIQCP/article.php3?id_article=782

Mission Interministérielle pour la Qualité des Constructions Publiques

<http://www.arpe-mip.com/html/1-5957-Semaine-DD-et-Sante-en-Midi-Pyrenees.php>

<http://www.assohqe.org>

<http://www.certivea.fr>

http://www.cniid.org/index.php?option=com_content&view=article&id=16&Itemid=12

Centre National d'Information Indépendante sur les Déchets

<http://www.developpement->

[durable.gouv.fr/article.php3?id_article=4074&var_recherche=plan+climat](http://www.developpement-durable.gouv.fr/article.php3?id_article=4074&var_recherche=plan+climat)

<http://ec.europa.eu/health->

[eu/care_for_me/quality_assurance/index_fr.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/quality_assurance/index_fr.htm)<http://www.hopitech.org>

Portail qualité de la santé publique européenne

http://europa.eu/legislation_summaries/energy/energy_efficiency/l27042_fr.htm

EUROPA Synthèse de la législation de l'UE

<http://www.hopitech.org/Journees/hopitech2007/index.phtml>

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/395/02.htm>

<http://www.mainh.sante.gouv.fr>

<http://www.noharm.org/>

Portail Health Care Without Harm

<http://www.un.org/french/events/rio92/rio-fp.htm>

<http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?DocumentID=97&ArticleID=1503&l=fr> Programme des Nations Unies pour l'Environnement

<http://www.reglementation-environnement.com/19990-droit-nucleaire-developpement-durable-etablissements-sante.html>

<http://www.sante-environnement.fr/actualites.php3>

<http://www.sante-environnement.fr>

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hopital_2012/dossier_de_presse.pdf

<http://www.sante-sports.gouv.fr/signature-de-la-convention-portant-engagement-des-etablissements-de-sante-dans-le-cadre-du-grenelle-de-l-environnement-discours-de-roselyne-bachelot-narquin.html?>

<http://www.touteleurope.fr/fr/actions/energie-environnement/l-europe-et-l-environnement.html>

<http://cubitus.senat.fr/rap/r08-543/r08-5430.html> En attendant la taxe carbone...

<http://www.who.int/hdp/en/index.html>

**TITRE : LE DEVELOPPEMENT DURABLE
 QUELLES OPERATIONNALISATIONS
 POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ?**

Auteur : Marie ALESSANDRI

**Magister Gestionnaire d'Etablissements Médicaux et Médicaux-
sociaux – Titre Professionnel RNCP Niveau I – Janvier 2010**

RESUME

L'introduction des préoccupations de développement durable dans le nouveau référentiel de certification de la Haute Autorité de Santé amène un profond questionnement pour qui souhaite saisir la véritable signification de ce concept. Ce mémoire retrace donc l'histoire du développement durable pour en extraire la quintessence, qui pourrait faire qu'il soit pleinement opérationnalisé par les établissements de santé.

La démarche Haute Qualité Environnementale est un exemple de prise en compte des dimensions économique, sociale et environnementale dans la construction ou la rénovation des établissements de santé, c'est une démarche projet, unique, qui conduit à l'édification des bâtiments de demain.

La certification HAS élargit la gestion des risques aux risques environnementaux et enjoint les établissements à un positionnement responsable, vis-à-vis des patients, de son personnel et de toute la collectivité.

Une gestion économique fiable pour un établissement socialement responsable et écologiquement respectueux suppose de résoudre des questions sensibles, de poursuivre des objectifs antinomiques à court terme, dont les enjeux dépassent le simple cadre des établissements mais pour lesquels ils ne disposent que de leurs ressources propres.

Une démarche de développement durable est donc contextualisée et suppose des arbitrages, dont ce mémoire propose d'analyser les enjeux et de les illustrer par des initiatives probantes.

MOTS CLES

DEVELOPPEMENT DURABLE - ETABLISSEMENT DE SANTE - CERTIFICATION