

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
MOMA

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'UNIVERSITE
" MANAGEMENT DU DEVELOPPEMENT DURABLE EN SANTE "

Dans le cadre de Ma Santé 2022 – Réforme du financement
du système de Santé : comment faire du développement
durable un compartiment à part entière du nouveau modèle
de financement ?

Présenté par :

BIZIEN Laurent

Jury :

Monsieur NARO, Gérald, Professeur Sciences de Gestion, MOMA,
Université de Montpellier

Monsieur TOMA, Olivier, Fondateur Agence Primum Non Nocere,
Béziers

Madame FONTENELLE, Laurence, RAQ Coordinatrice de soins,
Lamalou les bains (Directrice de mémoire)

Année :

2 décembre 2019

Un glossaire est fourni.

Dans l'introduction, des marques [] sont identifiées dans le texte. Ces marques ont pour but de faciliter le repérage des différentes parties et sous-parties du mémoire identifiées dans la table des matières.

Exemple :

Le texte « des parties prenantes [1.1.6] est un enjeu central de la stratégie » renvoie à la sous-partie « 1.1.6 Les parties prenantes des ES-ESSMS », laquelle sous-partie est indiquée dans la table des matières comme renvoyant à la page 25.

Dans le présent mémoire, il est entendu par :

- DD : le développement durable.
- « établissement de Santé » ou « structure/organisation » : les établissements sanitaires ainsi que les établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- ES-ESSMS : les établissements sanitaires (ES) ainsi que les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).
- Ma Santé 2022 : la stratégie « Ma Santé 2022 : un engagement collectif »
- Rapport Aubert : le rapport de la Task Force « Réforme du Financement du système de santé »
- RSE : la responsabilité sociétale des entreprises et assimilable par extension aux organisations, sous le terme de responsabilité sociétale des organisations (RSO).

REMERCIEMENTS

Je remercie Madame Laurence Fontenelle, directrice du mémoire et membre du jury, Pr Gérald Naro, membre du Jury, et Monsieur Olivier Toma, membre du Jury, pour l'analyse faite de mon mémoire, leurs conseils lors de cette année universitaire et pour les échanges à venir.

Je remercie l'équipe pédagogique et chacun.e des intervenant.e.s du CESEGH qui ont fait de cette année universitaire une source incroyable d'enrichissement du savoir, du savoir-faire et du savoir être.

Un mot pour la promotion 2018-2019-2020 du DU MDDS : une aventure humaine intense, faite de rires surtout et de larmes aussi, une parenthèse dans une vie.

Je remercie mon entourage qui a été soutenant tout au long de ces mois de travail du DU Management du Développement Durable en Santé et qui m'ont adressé le courage et l'énergie nécessaires à la finalisation du mémoire.

Accountability 1000 (AA1000) : norme permettant de mesurer les performances sociales et éthiques d'une entreprise par rapport à des critères objectifs; publiée en novembre 1999 par l'Institute of Social and Ethical Accountability

AA1000SES (AA1000 Stakeholder Engagement Standard) : La norme AA1000 d'engagement des parties prenantes (AA1000SES) est un cadre d'application générale permettant d'évaluer, de concevoir, de mettre en œuvre et de communiquer l'engagement des parties prenantes.

Accréditation¹ : Reconnaissance formelle par un organisme indépendant, en général un organisme d'accréditation, qu'un organisme de certification est compétent pour procéder à la certification. L'accréditation n'est pas obligatoire mais elle est un gage de confiance supplémentaire. L'organisme de certification dit «accrédité» a fait l'objet d'une vérification pour garantir sa conformité à des Normes internationales.

ADD'AGE : Action Développement Durable au service du grand AGE

ADEME : Agence de l'Environnement et de la Maitrise de l'Énergie

AFAQ : Association Française pour l'Assurance de la Qualité

AFNOR : Association Française de NORMALISATION

AFSSAPS (ex) : Agence Française de Sécurité SANitaire des Produits de Santé devenue L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) depuis le 1^{er} mai 2012

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. Groupement d'intérêt public qui a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

APD : aide publique au développement

ATIH : Agence Technique de l'Information Hospitalière

C2DS ou CDDS : Comité pour le Développement Durable en Santé. Association de loi 1901, C2DS fédère les acteurs du soin et de l'accompagnement ainsi que leurs parties prenantes autour du développement durable.

CGEDD : Conseil Général de l'Environnement et du Développement Durable

CNCC : Compagnie Nationale des Commissaires aux Comptes

DCS : Dépense Courante de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DMA : Dotation Modulée à l'Activité

¹source : <https://www.iso.org/fr/certification.html>

DPEF : Déclaration de Performance Extra Financière

DRAAF : Direction Régionale de l'Alimentation de l'Agriculture et de la Forêt

DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendante

ES : Etablissement Sanitaire

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

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

FHF : Fédération Hospitalière de France

FHP : Fédération Hospitalière Privée

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FNAQPA : Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Agées

FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile

FREC : Feuille de Route pour l'Economie Circulaire

GES : Gaz à Effet de Serre

GIEC : Groupe Intergouvernemental d'experts sur l'Evolution du Climat

GISD : Global Investors for Sustainable Development Alliance. Traduit par

l'Alliance des investisseurs mondiaux pour le développement durable.

Grenelle : Le terme « Grenelle » fait référence aux accords de Grenelle (du nom de la rue où est située le ministère du Travail) conclus suite aux manifestations de mai 1968. Il désigne désormais des grandes négociations réunissant différentes parties prenantes (représentants du gouvernement, associations professionnelles, ONG, etc.)

GRI : Global Reporting Initiative. Initiative internationale de diverses parties prenantes visant à créer un cadre commun à la production volontaire de rapports sur l'ensemble des pratiques économiques, écologiques et sociales d'une entreprise. En juin 2000, la GRI a publié les "Lignes directrices pour la production de rapports Développement durable" (Sustainability Reporting Guidelines).

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé
Autorité publique indépendante à caractère scientifique, dotée de la personnalité morale et disposant d'une autonomie financière. Mise en place le 1er janvier 2005, l'institution a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie.

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HQE : Haute Qualité Environnementale

IDD (Durable en Santé ®) : Indicateur du Développement Durable

IFAQ : Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ISO : International Organization for Standardization. Traduit par organisation internationale de normalisation.

LTECV (Loi) : Loi de Transition Energétique pour la Croissance Verte

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

MODD : Mon Observatoire du Développement Durable

NEXEM : organisation professionnelle des employeurs associatifs et des organismes privés non lucratifs du champ médico-social, social et sanitaire

Norme : ensemble de procédures, pratiques ou spécifications bénéficiant d'une large reconnaissance.

NRE (Loi) : Nouvelles Régulations Économiques

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique (organisation internationale d'études économiques)

ODD : Objectif de Développement Durable

OIT : Organisation Internationale du Travail

OTI : Organisme Tiers Indépendant

Pacte (Loi) : Plan d'Action pour la Croissance et la Transformation des Entreprises

Partie prenante : personne, communauté ou organisation influant sur les opérations d'une entreprise ou concernées par celles-ci. Les parties prenantes peuvent être

internes (salariés par exemple) ou externes (clients, fournisseurs, actionnaires, financiers, communauté locale, etc.).

PDL (région) : Pays de la Loire

PIB : Produit Intérieur Brut

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PNSE : Plan National Santé Environnement

PNSP : Plan National de Santé Publique

PNUE : Programme des Nations unies pour l'Environnement

QVT : Qualité de Vie au Travail

RPS : Risques Psycho Sociaux

SNTEDD : Stratégie Nationale de Transition Ecologique vers un Développement Durable

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SYNERPA : SYndicat National des Etablissements et Résidences privés pour Personnes Agées

THQSE ® : Très Haute Qualité Sanitaire, Sociale et Environnementale

TMS : Troubles Musculo-Squelettique

UNICANCER : Fédération Nationale des Centres de lutte contre le cancer

UNIOPSS : Union Nationale Interfédérale des œuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux

USD : United-States Dollars

« Notre maison brûle et nous regardons ailleurs »,
Jacques Chirac, Président de la République française,
2 septembre 2002,
4^{ème} Sommet de la Terre à Johannesburg, Afrique du Sud.

« Rien n'est plus fort qu'une idée dont l'heure est venue. »

Victor Hugo

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS 2

REMERCIEMENTS 3

GLOSSAIRE 4

TABLE DES MATIERES 8

INTRODUCTION 12

PROBLEMATIQUE 15

1 Concepts et cadre de la recherche 20

1.1	Santé et système de santé français	20
1.1.1	Les ordres de grandeur	20
1.1.2	« Ma santé 2022 : un engagement collectif »	21
1.1.3	La Santé et ses déterminants	21
1.1.4	Le budget de la Santé	22
1.1.5	Lien entre les objectifs de santé et de dépenses : le CPOM réunit plusieurs acteurs	23
1.1.6	Les parties prenantes des ES-ESSMS	25
1.2	Composants de la qualité des soins telle que définie par l’OMS et lien avec le DD	26
1.2.1	Vue multidimensionnelle de la santé	26
1.2.2	Vue multidimensionnelle de la qualité	27
1.2.3	Vue multidimensionnelle du risque	28
1.2.4	Vue multidimensionnelle du coût	29
1.3	Développement durable : approches et cadre de son essor	30
1.3.1	Le développement durable, les ODD et les équilibres	31
1.3.2	Le cadre national, mesures pour une responsabilisation grandissante	34
1.4	Changement, subi ou volontaire, de paradigme	40
1.4.1	Financer la lutte contre le changement climatique et ses impacts	40
1.4.2	Intégrer les risques dans le modèle économique ou comment gérer les externalités négatives	42
1.4.3	Le DD comme levier de performance	44
1.5	Régulation du Financement des ES-ESSMS, de la quantité à la qualité	44
1.5.1	Régulation des dépenses de santé précédant l’actuelle stratégie nationale de santé	45
1.5.2	Un nouveau cap de financement avec la stratégie nationale de santé (2018-2022)	47

1.5.3	Un financement à la qualité : l'IFAQ	49
1.5.4	Dispositif des expérimentations innovantes en santé	51
2	Le DD applicable en Santé : état des lieux et ouvertures	52
2.1	Cadre d'application du DD en Santé	53
2.1.1	Les orientations Santé de la Stratégie nationale de santé, plans et liens avec les ODD	53
2.1.2	Les conventions interministérielles et inter fédérations d'application du DD en Santé	56
2.2	Photographie du DD en établissements de Santé en France	57
2.3	Outils d'évaluation du DD	58
2.3.1	Outils d'auto-évaluation et d'évaluation volontaire du DD en Santé	58
2.3.2	L'évaluation réglementaire du DD en Santé	62
2.3.3	Ouverture à une autre forme d'évaluation externe du DD : la déclaration de performance extra-financière (DPEF)	68
2.3.4	Normer pour mesurer et rendre opposable	71
2.4	Pour un essor du développement durable, entre incitation et sanction, les avis divergent	75
3	Méthodologie de la recherche	78
3.1	Méthodologie de la recherche dans le cadre du mémoire / phase 1 du projet professionnel	78
3.1.1	Etude documentaire	78
3.1.2	Entretiens	78
3.2	Méthodologie complémentaire (liée au plan d'actions) / phase 2 du projet professionnel	79
3.2.1	Etude documentaire	79
3.2.2	Entretiens à mener	80
3.2.3	Enquête	82
3.2.4	Recherche action	83
4	Plan d'actions	84
4.1	Communiquer sur la recherche théorique menée	84
4.2	Approfondir l'analyse documentaire initiée lors de la recherche théorique	84
4.3	Mener les deux recherches-actions	84
4.3.1	Identifier et gérer les parties prenantes pour mener la recherche-action	84
4.3.2	Concevoir la démarche de mise en œuvre de la recherche-action	85

4.3.3	Poser le diagnostic	85
4.3.4	Expérimenter	85
4.3.5	Evaluer l'expérimentation	85
4.4	En parallèle des recherches-actions, renforcer l'essor du DD	85
4.4.1	Favoriser une cartographie plus exhaustive du DD en santé	85
4.4.2	Développer le reporting du DD et la communication sur la RSE	86
4.5	Evaluer	86
4.6	Calendrier pour l'essor du DD en santé (en région Pays de la Loire en première intention)	86
5	Discussion des résultats de la recherche	87
6	Conclusion	88
7	Bibliographie	92
ANNEXES	99	
1.	Schéma du cadre de cohérence pour 5 ans de la stratégie nationale de santé	100
2.	Analyse des discours prononcés lors des rencontres nationales santé-environnement les 14 et 15 janvier 2019 à Bordeaux.	101
3.	PLFSS 2020 – Tableau de l'ONDAM détaillé par sous-objectifs	102
4.	La problématique du management des parties prenantes et application au développement durable	103
	La problématique du management des parties prenantes	103
	La problématique du management des parties prenantes appliquées au développement durable	103
5.	Approche schématique des grandes catégories de risques en établissement de santé	104
6.	Les chiffres clés des Risques Psychosociaux (RPS)	105
7.	Extrait du tableau de bord de suivi des stratégies nationales qui concourent aux ODD / Exemple ODD n°3 santé et bien-être	106
8.	La France et les « neuf limites planétaires »	107
9.	Suivi des objectifs de la France en matière de transition énergétique et solidaire	108
10.	Evolution du cadre législatif du reporting RSE en France	109
11.	Extrait du rapport sur les 10 indicateurs de richesse 2018	110
12.	Modèles de gestion systémique des risques	111

13. La situation économique et financière des hôpitaux publics et des établissements privés (extraits)	112
14. Ma Santé 2022 : Des objectifs de la réforme aux outils utilisés / focus sur le paiement à la qualité et à la pertinence	115
15. Ma Santé 2022 : Evolution de la répartition des financements prévus entre 2018 et 2022 / focus sur le paiement à la qualité et à la pertinence	116
16. Indicateurs IFAQ 2019	117
17. Extrait de la synthèse de la stratégie nationale de santé 2018-2022 illustrant le nombre de fois où la qualité est citée (20 fois)	118
18. Synthèse des principaux plans de santé publiques intégrant le plan national de santé publique 2018-2022, d'après HCSP (2019), pp. 86-94	119
19. Synoptique PRSE3 Pays de la Loire 2016-2020	120
20. Objectifs de résultat fixés par la Convention portant engagements mutuels dans le cadre du Grenelle de l'Environnement avec les fédérations hospitalières	121
21. Analyse de l'évolution des conventions en faveur du DD en établissements de santé	122
22. MODD 2018 / Répartition des répondants par région	123
23. MODD 2018 / maturité des structures sur les volets du développement durable en 2018 (Extrait)	124
24. Schéma du développement durable intégré dans les outils du management	125
25. MODD 2018 / Quels tableaux de bord de performance sont utilisés dans votre structure ?	126
26. Objectifs du reporting RSE et hiérarchie des rapports financiers et extra-financiers	127
27. Déclaration de performance extra-financière 2018 Groupe ELSAN (extrait)	128
28. Analyse des principales normes liées à la RSE et concordance avec les ODD	129
Cette norme est remplacée par NF ISO 26000 Novembre 2010 / Lignes directrices relatives à la responsabilité sociétale	129
29. Le nouveau standard GRI4, divisé en 4 séries (2018)	130
30. Les 17 Objectifs de Développement Durable (ODD)	131
31. Questionnaire auprès des étudiant.e.s du DU MDDS (promotion 2018-2019-2020) sur le remplissage des outils de diagnostic et de pilotage du DD en établissement de santé	132
32. Rapport RSE 2017 - Complément au rapport d'activité général du Centre Hospitalier Carcassonne	133

RESUME 134

En 2000, à l'occasion de la parution du Rapport sur la santé dans le monde, le Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS²) questionne :

« Que faut-il pour avoir un bon système de santé ? Qu'est-ce qui le rend équitable ? Et comment savoir si un système de santé est aussi performant qu'il devrait l'être ?

[...] Il va de soi que les réponses dépendent du point de vue de la personne interrogée. Un ministre de la santé défendant son budget au parlement, un ministre des finances s'efforçant de partager équitablement les deniers publics sollicités de toutes parts, un directeur d'hôpital débordé que l'on presse de libérer des lits, un médecin ou une infirmière à court d'antibiotiques dans un centre de santé, [...] une mère cherchant à faire soigner son enfant [...] et un groupe de pression militant pour l'amélioration des services ont tous leur propre opinion. Le rôle de l'Organisation Mondiale de la Santé est d'aider tous les intéressés à parvenir à un jugement équilibré.³ »

Une présentation du système de santé, de la santé et de ses déterminants permettra d'apprécier le cadre dans lequel se place la présente recherche [1.1]. La définition de la qualité des soins [1.2] permet d'aborder ses concepts et d'orienter les propos sur les risques et les coûts inhérents à l'activité des établissements de santé.

La prise en compte des différents intérêts, nombreux et paradoxaux, des parties prenantes [1.1.6] est un enjeu central de la stratégie des établissements de santé. L'équilibre pour ces établissements consiste à composer avec plusieurs facteurs, qui, vus selon une approche financière, se limiteraient à :

- la nécessité de développer son activité et son attractivité dans un secteur concurrentiel,
- l'impératif de maîtriser la trajectoire économique contractualisée dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM),
- la recherche de qualité de prise en charge des usagers, dont la qualité des soins et la maîtrise des risques.

Dans cette vision réduite ne sont pas évoqués les enjeux sociaux ou environnementaux.

² L'Organisation Mondiale de la Santé est une institution spécialisée de l'Organisation des Nations unies (ONU) pour la santé publique

³ OMS (2000)

Pour répondre à l'enjeu de durabilité d'une structure au sein d'un territoire de santé, la gouvernance d'établissement privilégie une approche davantage systémique. Elle concilie les enjeux économiques, sociaux ainsi qu'environnementaux, soit les piliers du développement durable.

Des facteurs endogènes plus pressants s'ajoutent au cadre d'évolution des établissements de santé. Pour exemple, comment les établissements de santé intègrent les objectifs de développement durable [1.3.1] et répondent en 2019 à la question :

« Comment réduire les émissions de gaz à effet de serre d'au moins 40 % d'ici 2030, dans un esprit de justice sociale ? »⁴

Avec les publications régulières du groupe intergouvernemental d'experts sur l'évolution du climat (GIEC) sur les risques de changement climatique en lien avec l'activité humaine, la connaissance scientifique et la prise de conscience publique s'étendent. L'urgence d'agir pour le climat est devenue d'autant plus audible que les impacts de son dérèglement s'évaluent à plusieurs points du PIB mondial.

Le cadre national réglementaire fournit plusieurs lois, notamment depuis 2001 (NRE, Grenelle, ...), en faveur d'une responsabilisation grandissante de tous les acteurs [1.3.2].

Le financement s'organise pour atténuer et prévenir les impacts du dérèglement climatique, [1.4.1]. L'intégration des risques environnementaux dans la stratégie des établissements grandit [1.4.2].

L'équilibre de déploiement du développement durable est propre à chaque stratégie d'établissement et s'adapte au contexte dans lequel la structure évolue, souvent contrainte par les systèmes de régulation financière mis en œuvre [1.5.1].

La financiarisation grandissante de la santé depuis les années 1980 dans les établissements tend les relations entre les parties, de façon caricaturée : en administration/soignants/usagers. Entre les injonctions paradoxales de veiller à la qualité de la prise en soin de la personne accueillie tout en ayant moins de ressources à y consacrer (saving money vs saving lives), le point de rupture n'est-il pas atteint (grève des urgences, EPHAD bashing) ? En 2019, en réponse à « la colère, l'épuisement et le désarroi »⁵, le gouvernement octroie des moyens complémentaires (750 M€ d'ici 2022 pour le pacte de refondation des urgences⁶, 1,5Mds € pour le plan d'urgence pour l'hôpital public).

⁴ Question posée aux citoyens dans le cadre de la convention citoyenne pour le climat www.conventioncitoyennepourleclimat.fr

⁵ HOSPIMEDIA (2019)

⁶ Ministère des solidarités et de la santé (2019-a)

La considération de cette situation appuie notre propos en faveur d'un changement de paradigme, orienté notamment vers davantage de qualité au profit du patient et de considération du travail des professionnels de santé.

C'est le sens des réformes du système de financement appuyées par le rapport Aubert en liminaire de Ma Santé 2022 [1.5.2]. De nouvelles modalités de financement apparaissent en complément de la rémunération à l'activité : l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité IFAQ [1.5.3], et de façon dérogatoire, l'innovation en santé (article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018 [1.5.4]).

Avec Ma Santé 2022 et l'ouverture à de nouvelles modalités de financement une opportunité se présente de relier le développement durable et le financement des établissements de santé.

La seconde partie du mémoire présente la façon dont l'essor du développement durable au sein des établissements de santé peut répondre à leurs enjeux à la fois social et environnemental sans contraindre leur prospérité économique.

Tout d'abord, la stratégie nationale de santé et ses différents plans [2.1.1] donnent le cap à tenir pour les établissements. Le lien entre les établissements et les objectifs de développement durable (ODD) est établi au travers notamment de conventionnements entre l'Etat, les fédérations hospitalières et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance [2.1.2].

La trajectoire étant donnée, afin d'agir nous avons le besoin premier de connaître la situation de départ en termes de maturité du DD en santé en France [2.2]. Cet instantané questionne les outils mobilisés (auto-évaluation [2.3.1]) et ceux mobilisables de façon complémentaire (évaluation externe volontaire ou obligatoire [2.3.2]).

Que ces outils soient spécifiques ou non au secteur de la santé (exemple de la déclaration de performance extra-financière [2.3.3]), les référentiels utilisés constituent la pierre angulaire de l'évaluation [2.3.4].

Cette seconde partie conclut sous la forme de questionnements sur la façon de favoriser le développement durable, entre incitation et sanction [2.4].

Je constate dans mon environnement proche, à la fois personnel et professionnel, des prémices de prise de conscience de la situation alarmante actuelle face aux enjeux climatiques. Toutefois je regrette dans ces sphères un niveau moindre de connaissance des tenants et aboutissants du développement durable, dont la vision est régulièrement réduite à l'environnement, parfois plus précisément encore au thème des déchets et de « je fais le tri à la maison ».

J'entends souvent le message qui consiste à faire porter la responsabilité de la situation à d'autres que soi, « qu'on n'est pas aidé que ce soit par l'Etat, les industriels, etc. ». Je reprends alors l'histoire du colibri racontée par Pierre Rabhi pour faire ma part, en pensant à notre santé, notre avenir et aux générations futures.

Dans ma pratique professionnelle, j'essaye de faire ma part et d'accélérer la régulation des facteurs qui font que notre « planète brûle ». Mon action consiste à promouvoir le DD auprès des établissements de santé selon une approche d'efficience. Travaillant au sein d'une mission d'appui à la performance des établissements de santé⁷ en Pays de la Loire, j'ai pour rôle de piloter l'axe Efficience et Développement Durable de cette mission, en lien avec l'ARS et l'ADEME ligériennes. Les principes d'actions déployés sont : informer, former, partager dans le cadre de réseaux, accompagner sur le terrain, outiller les établissements de santé sur le sujet de l'efficience et du développement durable.

Vue sous l'angle économique, j'ai pour mission de répondre au besoin entendu de « montrer que faire du DD ça marche », autrement dit que les actions de DD sont génératrices d'économies substantielles. L'enjeu est de convaincre les parties prenantes notamment les plus influentes ou réfractaires de favoriser les démarches de DD et, en cible, d'intégrer le DD dans les stratégies d'affaires des établissements, dans le projet d'établissement et dans le CPOM. J'entends que le sujet de la gestion des énergies (performance énergétique des bâtiments de santé et consommation des énergies par les usagers) est un levier fort avec un retour sur investissement qu'il faut prioriser.

J'exprime, de façon complémentaire, un besoin d'ouverture des orientations de mon activité vers un spectre plus global et équilibré du DD, qui intègre les dimensions sociale et sociétale, et une couverture des différents sujets environnementaux.

Mes travaux de recherche sont animés par l'envie d'accélérer la transition et de faire évoluer le paradigme actuel vers davantage de considération de l'humain et de l'environnement, et ce

⁷ Mission d'Appui au service de la Performance des Etablissements et Services sanitaires et médico-sociaux

de façon complémentaire au prisme économique, soit dans une approche de performance globale. Autrement dit, j'éprouve le besoin, d'amener dans les échanges avec les parties prenantes (décideurs stratégiques, financeurs, établissements et institutions du système de santé), un programme d'actions qui va au-delà du sujet de la sobriété et de la transition énergétique des établissements, pour aller vers le sujet de la qualité de la prise en charge globale de l'utilisateur.

En pointant l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale du patient comme une raison d'être fondamentale d'un établissement de santé, je souhaite faire de la qualité des soins et de la maîtrise des risques associés le moteur du DD dans les établissements.

Ce qui fait sens pour moi est que le DD soit intégré au cœur de la qualité des soins et de la maîtrise des risques. Il m'attache aujourd'hui d'utiliser cet angle d'approche comme levier pour convaincre de l'intérêt à promouvoir le DD.

Plusieurs publications⁸ existent sur le lien entre le modèle de financement des établissements de santé et la qualité des soins, l'impact sur les pratiques des soignants ou encore sur le coût de la non-qualité. Elles présentent les limites d'un modèle essentiellement basé sur une rémunération à l'activité et l'ère du new public management.

En lien avec le modèle de financement actuel principal basé sur une rémunération à l'activité, l'avènement du principe de reddition sur le pilotage médio-économique s'est établi dans les établissements de santé à compter des années 2000. Le sujet de la performance globale incluant la performance extra-financière (performance RSE) et celui des outils de pilotage (balanced scorecard BSC, sustainability balanced scorecard SBSC) sont couverts par plusieurs publications⁹ et études¹⁰.

⁸ a) « Les effets de la mise en œuvre de systèmes de paiements prospectifs de type T2A sur la qualité », Bousquet F., Lombrail P. et Guisset AL (2006), Solidarité et santé ;

b) « Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères », Rapport IGAS RM2008-047P (2008), www.ladocumentationfrancaise.fr

c) « Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions », Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (2004), ANAES

⁹ a) Jean-Noel Chauvey, Gerald Naro. REPORTING ET PILOTAGE SOCIETAUX : REPENSER LA PERFORMANCE GLOBALE A L'AUNE DES PARADOXES DE LA RSE. Comptabilité sans Frontières..The French Connection, May 2013, Canada. pp.cd-rom, 2013. <hal-00992993> ;

b) Mouatassim Lahmini, Hajar. (2016). Y a-t-il un impact de la RSE sur la performance financière de l'entreprise : Etude empirique sur les sociétés marocaines cotées à la bourse de Casablanca. ;

c) Sahut, Jean-Michel & Mili, Mehdi & Teulon, Frederic. (2018). Gouvernance, RSE et performance financière : vers une compréhension globale de leurs relations ?. Management & Avenir. 101. 39. 10.3917/mav.101.0039.

¹⁰ MEDEF-Deloitte-EY (2019), *Bilan de mise en œuvre de la DPEF, "Déclaration de performance extra-financière - Quel bilan tirer de la première année de mise en œuvre ?"*, Juillet 2019

En revanche, le sujet spécifique de l'introduction du DD comme critère de financement des établissements de santé n'est aujourd'hui, à ma connaissance pas couvert par des travaux de recherche. Des réflexions existent toutefois sur ce sujet et sont portées au débat entre professionnels travaillant sur le sujet de la RSE appliquée au secteur de la santé¹¹.

Les apports de la recherche peuvent servir de point d'appui aux directions d'établissement en quête de financements nouveaux, basés sur la qualité en lien avec le DD et sur l'innovation en santé. En ce que les étapes liminaires à un financement au DD nécessitent de mesurer, évaluer la démarche de DD, le sujet de la recherche offre un cadre structurant pour le pilotage et le reporting du DD dans les ES-ESSMS.

Le sujet de recherche ouvre la possibilité d'un dialogue de gestion renforcé selon des critères de DD entre les établissements de santé et ses parties prenantes (HAS, ARS, Conseil départemental, Collectivités) avec à la clé des perspectives de financements nouveaux. Ce dialogue concourt à répondre aux objectifs territoriaux de développement durable en déclinaison de la stratégie nationale de santé (PRSE, schémas départementaux de l'organisation médico-sociale, Agenda 21). Une contractualisation de type CPOM peut servir de support à la formation du dialogue de gestion entre les parties prenantes.

Pour les salariés enfin, et notamment les soignants au contact du patient, l'enjeu du DD est de contribuer à donner un sens nouveau ou à redonner du sens à leur pratique, quotidienne, au profit du patient.

L'évolution du modèle de financement des établissements sanitaires et services médico-sociaux vers un modèle intégrant le DD répond à l'enjeu majeur de la lutte contre le dérèglement climatique.

Nous formulons deux hypothèses principales :

- Intégrer le DD dans le financement des établissements de santé relève d'un choix d'établissement mais surtout d'une responsabilité sociétale des financeurs (Etat et ses services, ARS, régions, conseils départementaux, collectivités locales, ...)
- Intégrer le financement du DD dans les processus d'amélioration de la qualité des soins des usagers est un marqueur de responsabilité sociétale de l'établissement, en ce que ce financement répond aux enjeux à la fois environnemental (actions en faveur du

¹¹ Quel développement durable en santé? [Article] / Bertezene, Sandra; Toma, Olivier; Marchandise-Franquet, CharlotteinRevue Territoire& santé,n°3,mai-juin 2016,pp.6-10

climat), social (qualité de prise en charge des usagers, santé et bien-être des professionnels de santé) et économique (prospérité et efficacité de l'établissement).

- Le paradigme actuel, essentiellement basé sur un modèle de recherche du profit pour une minorité au détriment des intérêts d'une majorité, encourage la consommation des ressources pour les besoins présents sans s'assurer que les générations futures disposeront des ressources suffisantes pour subvenir aux leurs. La prise en compte des intérêts des différentes parties prenantes est une base essentielle du nouveau modèle d'affaires attendu.
- Le financement selon des critères de DD nécessite au préalable de disposer d'une image fidèle de l'état des pratiques en matière de DD dans les établissements de santé.
- La mesure de la maturité du DD et de sa dynamique dans les établissements de santé est le point de départ d'un financement selon des critères de DD, invitant à analyser les outils disponibles et à faire un choix parmi plusieurs options (utiliser un seul outil ou plusieurs ? choisir un outil avec ou sans évaluation par un tiers externe ? créer un nouvel outil ?).
- A l'appui de la mesure de maturité en matière de DD, le choix des indicateurs constitue un point de discussion centrale, lieu d'arbitrage entre les différentes parties prenantes dont les intérêts sont parfois paradoxaux.
- Le référentiel utilisé pour les mesures nécessite d'être discuté afin d'arrêter un socle de recueil commun à l'ensemble des structures de santé. La concordance de l'outil avec les normes de reporting sur les ODD est un point de vigilance dans les critères de sélection du référentiel et de l'outil de mesure lié.
- L'évaluation de la donnée peut être le fait de différents profils d'acteurs (HAS, ARS, CAC, cabinets de conseil ou d'audit, bureaux d'études et/ou de certification) qu'il convient d'identifier notamment dans le but d'en évaluer les prérogatives actuelles.
- La méthode d'évaluation arbitre entre plusieurs approches qui s'appuient sur des critères de résultat de l'indicateur, de vérification du processus d'obtention de la donnée, d'évaluation de la démarche d'amélioration associée à l'indicateur.
- Entre l'option d'intégrer un dispositif de financement existant dans le droit commun ou celle d'innover en créant un nouveau dispositif de financement, voire combiner les deux options, un choix stratégique est à opérer.
- L'enjeu de financer les établissements par le DD questionne également la voie la plus opportune à mobiliser pour favoriser l'essor du DD (raisonnement selon une approche

comptable et de gestion des risques extra-financiers ; approche par les risques d'un point de vue de la qualité des soins, ...).

- L'éventail des financeurs possibles, de leurs moyens financiers et leviers d'actions en faveur du DD apparait comme une recherche à mener pour répondre à la faisabilité de financer les établissements de santé selon des critères de DD.

1 Concepts et cadre de la recherche

1.1 Santé et système de santé français

1.1.1 Les ordres de grandeur

Environ 39 000 structures sanitaires et médico-sociales composent le système de santé français dont près de 36 000¹² structures sociales et médico-sociales dont 3 089¹³ sont des établissements sanitaires qui assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades.

Le communiqué de presse sur la signature de la convention portant engagement des établissements de santé dans le cadre du Grenelle de l'environnement (2009), situe les enjeux du développement durable spécifiquement dans les établissements sanitaires. Ils « 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 ; un français sur deux se rend dans un établissement de santé chaque année ; 12,4 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois : ces établissements ont donc une capacité d'entraînement considérable sur les politiques publiques locales, sur les sous-traitantes 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. »

Dix ans plus tard ces données ont évolué mais sont toujours autant significatives d'autant qu'il convient d'y ajouter celles des établissements et services médico-sociaux complètent le paysage français. Les établissements de santé représentent plus de trois millions de personnes dont plus d'un million de professionnels en établissements sanitaires.

En 2000, l'OMS conclut que la France fournit les «meilleurs soins de santé généraux » à partir d'un classement¹⁴ basé sur cinq indicateurs de performance des systèmes de santé. En 2016, une étude internationale¹⁵ portant sur l'accès aux soins de santé et un indice de qualité classe la France en 20^{ème} position sur 195 pays.

¹² Source HAS (2018)

¹³ DGOS, 2018

¹⁴ OMS (2000)

¹⁵ The Lancet (2018)

En 2018, la France est au 3^{ème} rang du classement¹⁶ OCDE¹⁷ des dépenses de santé, qui représentent 11,7% de son produit intérieur brut (PIB), soit 275,9 milliards d'euros¹⁸.

Nous pouvons enfin retenir que les dépenses de santé représentent en France 3037 euros par habitant.¹⁹

1.1.2 « Ma santé 2022 : un engagement collectif »

« Ma santé 2022 : un engagement collectif », annoncée en septembre 2018 par le Président de la République, est présentée par le gouvernement comme une vision d'ensemble et des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé français.

Inscrit dans la stratégie nationale de santé 2018-2022²⁰, **Ma Santé 2022 fait surtout de la qualité et de la pertinence des soins le fil rouge de la transformation.**

Le gouvernement annonce « **une révision profonde du financement** » qui « **permettra de sortir de la seule logique du paiement à l'acte** au profit de rémunérations au forfait pour certaines pathologies chroniques et de primes à la qualité. ».

1.1.3 La Santé et ses déterminants

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la Santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »²¹

La santé de la population résulte à la fois de facteurs génétiques personnels, de comportements et d'habitudes de vie individuels, de liens sociaux, de conditions socio-économiques, culturelles et de l'environnement.

Ces facteurs désignés comme les « **déterminants de la santé** » n'agissent pas isolément, c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé²². Les établissements de santé sont identifiés



¹⁶ DREES (2019-a), p. 116, graphique 4

¹⁷ L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) est une organisation internationale d'études économiques

¹⁸ PIB établi en 2017 à 2291 Milliards d'euro selon « Les comptes de la Nation en 2017 », INSEE première n° 1697, mai 2018

¹⁹ DREES (2019-b)

²⁰ Annexe Schéma du cadre de cohérence pour 5 ans de la stratégie nationale de santé

²¹ OMS (1946)

²² ARS Pays de la Loire (2019)

comme l'un de ses déterminants en ce qu'ils influencent la santé des populations (santé au travail, environnement, ...).

En janvier 2019, lors de l'ouverture des Rencontres nationales santé-environnement, a été annoncé²³ le lancement de l'élaboration du plan « Mon environnement, ma santé », 4^{ème} plan national santé environnement, dont l'un des quatre axes vise à mieux connaître les expositions et les effets de l'environnement sur la santé des populations (« exposome »).

1.1.4 Le budget de la Santé

Dans le cadre du système international des comptes de la santé (*System of Health Accounts*) piloté par l'OMS, l'OCDE et Eurostat, l'agrégat utilisé pour les comparaisons internationales est la **dépense courante de santé (DCS)**.

La DCS correspond à la dépense de consommation finale de biens et de services de santé. Elle comprend toutes les dépenses courantes (hors investissement) engagées par les financeurs publics (l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales) et privés (organismes complémentaires, ménages) pour la fonction santé au cours d'une année.

Dans la progression de notre recherche, nous nous intéressons au pilotage des **dépenses courantes de santé** en France par le financeur le plus important²⁴, à savoir l'assurance maladie.

Pour orienter ses décisions, l'assurance maladie s'appuie sur l'**objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam)**²⁵, qui est l'outil de régulation des dépenses de l'Assurance maladie.

Chaque année, le Parlement fixe un objectif de dépenses maximales de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux, lors du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

Pour l'année 2020, l'objectif de dépenses d'Assurance Maladie²⁶ est fixé à 205,3 milliards d'euros, en progression de 2,3% par rapport aux prévisions d'exécution de l'ONDAM 2019.

L'ONDAM 2020 est réparti en sous-objectifs de dépenses²⁷, dont :

- 84,2 milliards euros pour les établissements sanitaires,

²³ Annexe Analyse des discours prononcés lors des rencontres nationales santé-environnement les 14 et 15 janvier 2019 à Bordeaux

²⁴ DREES (2019-b), p.12 graphique 3 et p.97 graphique 4

²⁵ DREES (2019-a), p. 87

²⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé, ministère de l'Action et des Comptes publics (2019), pp.14-15

²⁷ Annexe PLFSS 2020 – Tableau de l'ONDAM détaillé par sous-objectifs

- 21,6 milliards euros pour les établissements et services médico-sociaux,
- 3,5 milliards euros pour les dépenses relatives au Fonds d'intervention régional (FIR) des agences régionales de santé.

Afin de tenir cet objectif, **un montant global d'économies de 4,2 Mds € est nécessaire** pour la construction de l'ONDAM 2020. Ce montant d'économie repose pour partie sur des actions de pertinence et d'efficience engagées de manière pluriannuelle.

En lien avec la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé²⁸ et le plan lié intitulé « Ma santé 2022 » :

- L'objectif de dépenses pour les établissements sanitaire intègre notamment la poursuite de la montée en charge des mesures du plan «ma santé 2022» avec une **augmentation de la part du financement des établissements de santé à la qualité (IFAQ)**.²⁹
- L'évolution prévue pour le sous-objectif des dépenses relatif au FIR s'établit à +1% en 2020 avec une évolution des dépenses tenant compte de la montée en charge des mesures nouvelles décidées en 2018, et de l'accompagnement de mesures annoncées dans le cadre de «ma santé 2022».

1.1.5 Lien entre les objectifs de santé et de dépenses : le CPOM réunit plusieurs acteurs

Les institutions organisant et finançant l'offre de soins et médico-sociale sont présents aux échelons national, régional (Agence régionale santé ou ARS, conseil régional), départemental (conseils départementaux), territorial (collectivités locales).

Les ARS constituent l'ancrage territorial principal des politiques de santé. Les ARS sont en charge de la déclinaison et de la mise en œuvre régionale de la politique nationale de santé, de la définition d'une politique régionale de santé, de l'organisation des soins, de la veille et de la sécurité sanitaire ainsi que de la prévention dans leur région. Chaque ARS, en tant que tutelle, régit les demandes d'autorisation d'activité et notifie aux établissements de Santé les ressources d'assurance maladie.

Un outil majeur vient en appui de la régulation de l'offre de soins, il s'agit des **contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)**³⁰.

Le CPOM :

²⁸ Le Président de la République (2019-b)

²⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé, ministère de l'Action et des Comptes publics (2019), p.13

³⁰ DGOS (2012)

1. Décline les **objectifs du Projet Régional de Santé (PRS)** et des schémas départementaux tout en permettant une autonomie accrue des organismes gestionnaires ;
2. Est signé entre l'ARS et l'établissement de santé ou médico-social (signature en sus avec le conseil départemental pour certains établissements médico-sociaux) ;
3. Liste les autorisations dont dispose l'établissement, les activités spécifiques et missions de service public qui lui sont reconnues ainsi que les financements octroyés ;
4. Est un **intégrateur de l'ensemble des engagements contractuels** de l'établissement ;
5. Est un document stratégique, fondamental pour le pilotage tant par la tutelle que par l'établissement ;
6. **Constitue un levier de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** dans un cadre régulé des dépenses ;
7. S'inscrit dans une dimension pluriannuelle favorable à la gestion de projets, avec une durée initiale de 5 ans.

Les orientations du contrat sont fixées de manière concertée entre les différentes parties. Les orientations sont spécifiques à chaque contrat et à chaque situation, bien qu'elles s'appuient généralement sur deux éléments : d'une part les projets d'établissement et d'autre part la situation des établissements au moment de la contractualisation.

Les objectifs d'un CPOM doivent être en nombre limité, en cohérence avec les orientations du contrat, **déterminés en concertation entre les différentes parties** et sur la base d'éléments **mesurables** qui seront repris **par les indicateurs**. **Ils ne sont pas uniquement de nature financière**³¹. Le CPOM peut intégrer des objectifs précis en termes de qualité, d'améliorations architecturales, de conduite et de diversification des activités, de retour à l'équilibre (c'est-à-dire mettre un terme à une situation de déficits chroniques) qui est un objectif fréquemment décrit dans les CPOM.

Créés en 2002³², les CPOM sont obligatoires pour les établissements sanitaires depuis 2009³³. L'obligation est progressivement étendue aux établissements et services sociaux et médico

³¹ Ministère des solidarités et de la santé (2015)

³² Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

³³ Loi du 21 juillet 2009 (Hôpital patient santé territoire)

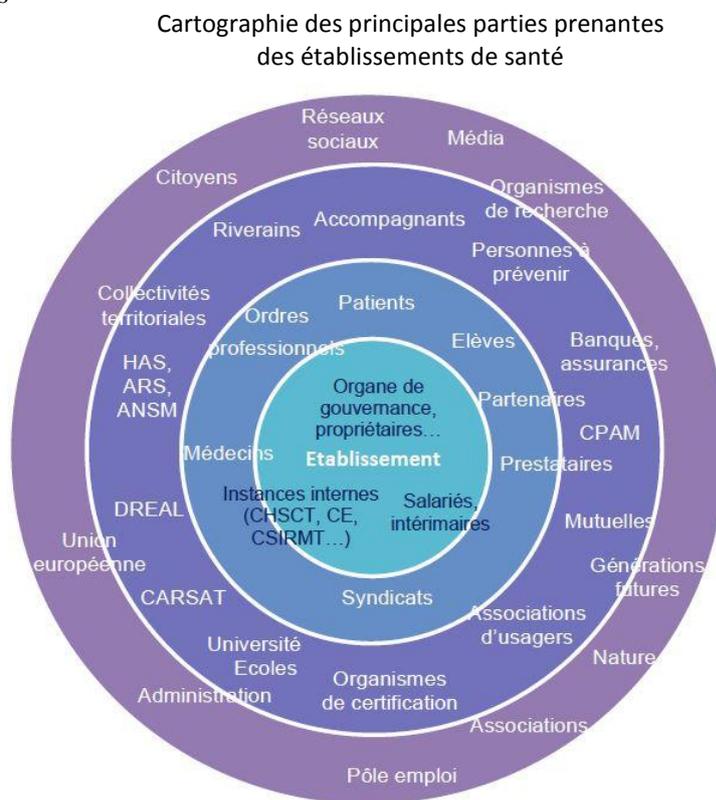
sociaux³⁴. Au 1er janvier 2022, l'ensemble des EHPAD et des ESMS relevant de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) devront avoir conclu un CPOM.

1.1.6 Les parties prenantes des ES-ESSMS

Connues en anglais sous le nom de **stakeholders**, les parties prenantes de l'établissement regroupent l'ensemble des acteurs qui participent à sa vie économique (salariés, patient-clients, fournisseurs, dirigeants-actionnaires, financeurs), des acteurs qui observent l'entreprise (syndicats, ONG), et des acteurs que l'entreprise influence plus ou moins directement (société civile, collectivité locale).

Dans un établissement de santé, « tout groupe ou individu qui peut influencer ou être influencé par la réalisation des objectifs de la firme » (Freeman, 1984) est défini comme une partie prenante. Cette définition relativement large permet d'englober l'ensemble des acteurs en interrelation avec les établissements de santé.

Les parties prenantes sont aussi « les groupes ou les personnes qui, volontairement ou involontairement, supportent un risque du fait de l'entreprise » (Clarkson, 1995).



³⁴ Loi n°2015-1702 de financement de la sécurité sociale(LFSS) pour 2016 : pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), la programmation des CPOM s'effectuera sur 6 années à compter du 01/01/2016 ; Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui stipule que pour les établissements accueillant des personnes âgées, les CPOM se substituent aux conventions tripartites pluriannuelles, à compter du 1er janvier 2017. La programmation des CPOM s'effectuera sur 5 ans à compter de la date d'échéance des conventions tripartites.

La multiplicité des approches, opposées parfois et pourtant complémentaires, renvoie à la théorie du management des parties prenantes (Peter Doyle, 1994)³⁵ selon laquelle il est nécessaire de prioriser les parties prenantes et par incidence les différents intérêts. Un classement selon les critères de pouvoir, légitimité et d'urgence (Mitchel, Wood, Agle, 1997) permet de prioriser les relations avec les parties prenantes.

A l'échelle d'un établissement de santé en tant qu'entreprise qui « peut être vue comme une constellation d'intérêts coopératifs ou concurrents » (Donaldson & Preston, 1995) l'enjeu de la construction du projet d'établissement et du CPOM sous-jacent est de porter ce consensus.

1.2 Composants de la qualité des soins telle que définie par l'OMS et lien avec le DD

Selon la définition de l'OMS, la **qualité des soins** est :

« Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le **meilleur résultat en terme de santé**, conformément à l'état actuel de la science médicale, au **meilleur coût** pour un même résultat, au **moindre risque** iatrogène et pour sa **plus grande satisfaction** en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

S'appuyant sur cette définition de l'OMS, il est possible à la fois de penser la qualité des soins et la santé dans un ensemble et de décliner cet ensemble dans chacune des composantes économique, sociale et environnementale du développement durable.

1.2.1 Vue multidimensionnelle de la santé

Par ce terme nous comprenons :

- la santé de la personne accueillie,
- la santé économique (équilibres financiers, rentabilité, capacité d'autofinancement et d'investissement),
- la santé environnementale (PNSE, qualité de l'air, insalubrité de l'eau, ...),
- la santé au travail (prévention de la pénibilité, préservation de l'intégrité physique et psychique, bien-être au travail, conditions de travail de qualité).

La santé-environnement selon une définition de l'OMS (1989) concerne « *les aspects de la santé humaine et du bien-être déterminés par des facteurs environnementaux (effets directs des agents chimiques, radiatifs et biologiques ; effets souvent indirects de l'environnement physique, social, psychosocial et esthétique), ainsi que les politiques de connaissance et de*

³⁵ Annexe La problématique du management des parties prenantes et application au développement durable

maîtrise des facteurs ayant des effets potentiels. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures ».

Cette définition reflète l'émergence dans le champ de la santé publique, depuis les années 1980, d'une conception globale de la santé qui reconnaît le rôle fondamental des déterminants de santé et l'importance d'agir hors du système de soins pour améliorer la santé de la population ou éviter qu'elle ne se détériore.

Une autre définition brève et claire de la santé-environnement est annoncée dans le Plan National Santé Environnement PNSE N° 2 (2009-2013) : « *Préoccupation majeure de santé publique, la thématique santé environnement regroupe les aspects de la santé humaine qui sont influencés par l'environnement, et notamment par les pollutions environnementales* ».

1.2.2 Vue multidimensionnelle de la qualité

Par ce terme nous comprenons :

- la qualité (et sécurité) des soins et de prise en charge de la personne accueillie (satisfaction patient, HAS, certification et évaluation, amélioration continue, ...),
- la qualité de vie au travail concourant à la qualité de prise en charge des patients,
- la qualité environnementale (ISO 14001, ...),
- la qualité comptable et de gestion financière (normes comptables, certification CAC, ratios financiers, ...).

Lors de la signature de la convention portant engagement des établissements de santé dans le cadre du Grenelle de l'environnement, la Ministre de la santé et des sports souligne que "*La qualité des soins, ..., ne doit pas être atteinte aux dépens de l'environnement*"³⁶.

En matière de qualité des soins, une étude de 2009³⁷ évoque la survenue de 275 000 à 395 000 événements indésirables graves (EIG), soit 6,2 EIG pour 1000 jours d'hospitalisation, soit environ un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits, un tiers d'entre eux étant considéré comme évitables. L'étude conclut que « ces résultats ne classent pas les organisations de santé parmi les activités les plus sûres ».

³⁶ Extrait de la déclaration de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, sur le respect du développement durable dans les établissements de santé, Paris le 27 octobre 2009.

³⁷ HAS (2012), p.17

Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé (HAS) parle de « résonance entre qualité de vie au travail (QVT) et qualité des soins »³⁸. Dans son guide méthodologique, l'HAS préconise que « **La mise en place d'une démarche QVT doit être imaginée comme un processus itératif étroitement corrélé à l'amélioration de la qualité des soins.** » Et le document « formalise la jonction entre des pratiques visant à améliorer la qualité de vie au travail et des pratiques visant à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, notamment dans le cadre de la démarche de certification. ».

Enfin, le ministère des solidarités et de la santé décrète³⁹ que les catégories d'**indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins** mentionnés sont les suivantes:

1. Qualité des prises en charge perçue par les patients;
2. Qualité des prises en charge cliniques;
3. Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins;
4. Qualité de la coordination des prises en charge;
5. Performance de l'organisation des soins;
6. Qualité de vie au travail;
7. Démarche de certification.

1.2.3 Vue multidimensionnelle du risque

Par ce terme nous comprenons :

- le risque associé aux soins (iatrogénie, légionnelle, épidémie, chimique, ...) et relatif à la sécurité des patients définie comme l'absence, pour un patient, d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé (OMS, CISP 2009),
- le risque économique (fermeture d'établissement, administration provisoire, ...),
- le risque environnemental (pollution de l'eau⁴⁰, de l'air, ...),
- le risque social (chômage, grève, épuisement, ...).

Le risque est défini comme l'exposition, souhaitée ou non, à un danger (exemple : une falaise est un danger, la grimper est un risque). Le risque n'est pas seulement une donnée objective. C'est aussi une construction sociale pouvant expliquer une perception et une acceptabilité non uniformes au sein des professionnels de santé, des patients, du public et des médias.

³⁸ HAS (2017-a)

³⁹ Décret N°2019-121 du 21 février 2019

⁴⁰ Depuis plusieurs années, la présence de traces de médicaments dans les eaux souterraines est recherchée. Entre 2015 et 2017, 72 substances ont été recherchées et 28 ont pu être retrouvées.

⁴¹ Commissariat général au développement durable (2019), p. 34

L'acceptabilité du risque suppose donc la prise en compte de trois niveaux : la société, les professionnels, les patients ou populations accueillies.

La prise de risque est indissociable de l'activité humaine, de celle d'un établissement de santé en particulier.

En réponse à ces risques, une démarche de gestion des risques est associée. Elle « a pour but d'assurer la sécurité des patients, et en particulier de diminuer le risque de survenue d'évènements indésirables associés aux soins »⁴². Dans un autre guide méthodologique, l'HAS⁴³ propose un état des lieux de la gestion des risques selon une approche par domaines de risques ou par un référentiel d'audit et y associe une approche schématique des grandes catégories de risques.⁴⁴

1.2.4 Vue multidimensionnelle du coût

Par ce terme nous comprenons que « la Santé n'a pas de prix mais elle a un coût », plusieurs coûts :

- le coût des dépenses de santé (Dépenses courantes de santé dont financement à l'activité T2A ou l'incitation financière à l'amélioration de la qualité IFAQ, ...),
- le coût environnemental (empreinte écologique, taxe carbone, ...),
- le coût social (les dépenses liées au personnel représentent 60 à 85 %⁴⁵ du budget d'un établissement public de santé, accidents du travail, maladies professionnelles, stress au travail, absentéisme, pénibilité, risques psychosociaux⁴⁶, ...).
- les coûts « cachés », car non comptabilisés, ni dans les comptes de résultat, ni dans les budgets.

Selon une étude sur le bilan de l'absentéisme⁴⁷, à l'échelle de la population active employée en France de 26 millions de personnes, l'absentéisme coûte 107,9 milliards par an (soit 4,7% du PIB ou encore l'équivalent de 16% des salaires versés). Le coût social du stress d'origine professionnel (dépenses de soins, celles liées à l'absentéisme, aux cessations d'activité et aux décès prématurés) est estimé à 2 à 3 milliards d'euros par an⁴⁸.

⁴² HAS (2012), p.9

⁴³ HAS (2012)

⁴⁴ Annexe Approche schématique des grandes catégories de risques en établissement de santé

⁴⁵ DGOS (2014)

⁴⁶ Annexe Les chiffres clés des Risques Psychosociaux (RPS)

⁴⁷ Savall H. Cappelletti L. (2018)

⁴⁸ Trontin C., Lassagne M., Boini S. et Rinal S. (2010)

Illustration du coût de la non-action en santé-environnement

Dans le rapport d'évaluation du troisième plan national santé environnement n°3 (2015-2019)⁴⁹ daté de 2018, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) pointe les coûts de la non-action en santé-environnement. Si les évaluations sont le plus souvent partielles, elles donnent un ordre de grandeur représentant plusieurs points de PIB :

- le coût de la pollution de l'air, en incluant à la fois la pollution atmosphérique et la qualité de l'air intérieur, a été évalué à 101,3 milliards d'euros annuels,
- le coût social du bruit en France s'élèverait à plus de 57 milliards d'euros annuels,
- le coût des effets sur la santé de l'exposition de la population aux perturbateurs endocriniens situerait le coût pour la France autour de 27 milliards d'euros annuels.

L'examen des données limité à ces trois aspects fournit un ordre de grandeur de 180 milliards d'euros, soit 7,8 points de PIB.

Ces coûts, multiples, s'analysent en **coûts sanitaires** impactant la dépense courante de santé du fait des pathologies contractées, mais aussi en **coûts non sanitaires**.

Dans un rapport sur le coût économique et financier de la pollution de l'air⁵⁰, daté de 2015, la commission d'enquête du Sénat a rappelé les résultats de différentes études montrant que ce coût est à la fois :

- « un **coût tangible**, qui s'appréhende à partir des dépenses de santé relatives aux pathologies imputables à la pollution de l'air et à la perte de productivité pour l'économie du fait de l'absentéisme et de la morbidité [...]
- un **coût intangible**, socio-économique, qui s'évalue à partir des pertes de bien-être pour la société engendrées par les pathologies et les décès prématurés associés à la pollution de l'air. ».

A présent que la qualité des soins et les concepts que nous avons choisis d'y lier sont posés, nous poursuivons avec une définition du développement durable

1.3 Développement durable : approches et cadre de son essor

Une précision sémantique du développement durable permet de poser le cadre de ses composants et de leurs équilibres. « Penser global, agir local ». Employée par René DUBOS⁵¹

⁴⁹ IGAS (2018), p. 74

⁵⁰ Sénat (2015), Schéma p. 95

⁵¹ René DUBOS (1901-1982). Agronome, biologiste et écologue français émigré aux Etats-Unis a participé aux travaux préparatoires du premier Sommet de la Terre à Stockholm en 1972.

lors du premier sommet sur l'environnement en 1972, cette formule semble résumer l'esprit du développement durable qui se décline aujourd'hui dans les objectifs de développement durable (ODD) et se traduit dans la responsabilité sociétale des entreprises (RSE) ou des organisations (RSO).

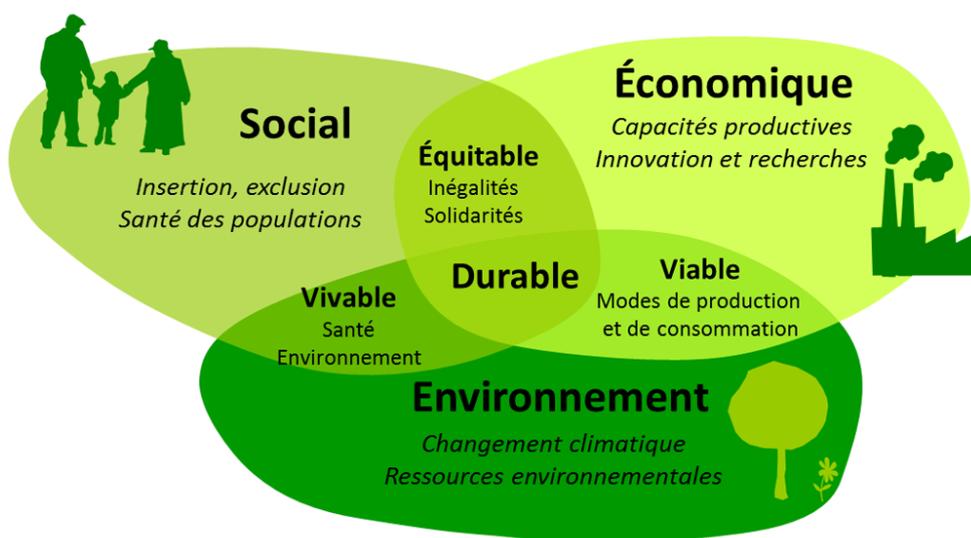
1.3.1 Le développement durable, les ODD et les équilibres

1.3.1.1 Développement durable et RSE-RSO

Depuis le premier sommet mondial sur l'environnement en 1972, la notion de développement durable s'est précisée au fur et à mesure. En 1987, le développement durable est défini comme « un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs. » (rapport Brundtland)⁵².

Couramment résumé aux seuls enjeux environnementaux (préservation des ressources), le développement durable est plus global, il est au carrefour des enjeux sociaux, économiques et environnementaux.

En veillant à répondre aux besoins sociaux et environnementaux, « il ne s'agit en aucun cas de mettre fin à la croissance économique, au contraire. » précise le



rapport Brundtland, il s'agit d'entrer « dans une nouvelle période de croissance » sans laquelle « nous ne pourrions jamais résoudre les problèmes de pauvreté et de sous-développement ».

1.3.1.2 Le cadre international du DD : les ODD

Avec ce rapport est ciblée la nécessité de proposer des stratégies à long terme.

Cela se traduit successivement :

⁵² ONU (1987)

- En 1992, par le programme « Action 21 » (ou Agenda 21). Adopté lors du sommet de la Terre de Rio, il s'agit d'un plan d'action pour le 21^{ème} siècle (40 chapitres et plusieurs centaines de recommandations).
- En 2000, par les huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Adoptés lors de Sommet du Millénaire au Siège de l'ONU, ils forment un plan approuvé autour de 8 objectifs et 18 cibles, à échéance 2015.
- En 2015, par dix-sept «Objectifs de développement durable» (ODD), à horizon 2030 (Agenda 2030)



Les 17 ODD et leurs 169 cibles, ou sous-objectifs, s'organisent schématiquement en quatre catégories :

1. une première qui reprend les objectifs du Millénaire pour le développement (pauvreté, faim, éducation, égalité des sexes),
2. une deuxième qui implique des objectifs relatifs à l'environnement (eau, assainissement, énergie, climat),
3. la troisième sur la gestion durable des territoires,
4. et la dernière sur la gouvernance, la justice et la paix.

Le 17^{ème} ODD est transversal et incarne les moyens de réalisation des ODD par la coordination, le partenariat, la coopération, la gouvernance entre les acteurs et entre les niveaux, qu'ils soient planétaires ou locaux.

Les ODD ont vocation à être déclinés au sein de tous les États. Il est demandé à ceux-ci d'élaborer un «Plan national d'actions», à partir des stratégies nationales de développement

durable existantes, et de mettre en place un dispositif d'évaluation de leurs progrès, en prenant notamment en compte 232 indicateurs mondiaux de mesure proposés par l'ONU.

En France, un tableau de bord des stratégies nationales qui concourent aux ODD est défini depuis juin 2018⁵³. Dans la liste des 98 indicateurs retenus pour composer ce tableau de bord, environ un tiers est composé d'indicateurs onusiens, un tiers d'indicateurs «alternatifs» (répondant à une définition qui n'est pas exactement celle de l'ONU, mais proche) et un tiers d'indicateurs «complémentaires», éclairant des aspects propres à la France. Il est ainsi possible de connaître les indicateurs français de suivi de chaque ODD (définitions et valeurs sur la période 2010-2016 voire 2017)⁵⁴.

A la question posée : « Bien vivre en France se fait-il au détriment de la planète ? »⁵⁵, le rapport 2019 sur l'état de l'environnement en France répond par l'affirmative en ce que

« La France dépasse le budget cible de 1,6 à 2,8 t de CO2 par personne et par an ; ses seules émissions territoriales s'élèvent à 4,9 t/hab. et l'empreinte CO2 de sa population liée aux importations est de 7,9 t/hab. »⁵⁶.

Face aux enjeux écologiques planétaires, dresser un état des lieux de l'environnement en France en 2019 ne peut se limiter au seul territoire national. Cette approche de bilan territorial, qui a prévalu dans les rapports nationaux est complétée par d'autres grilles de lecture. L'utilisation du concept des neuf limites planétaires⁵⁷ ou concept du Donut⁵⁸ s'inscrit ainsi dans cette volonté d'examiner l'impact global de la France sur les ressources planétaires⁵⁹.

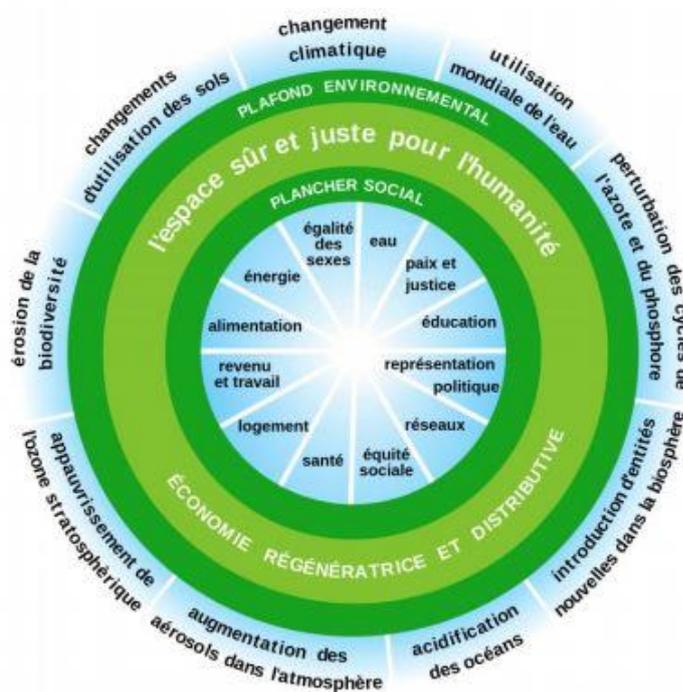


Schéma utilisé par le CGDD en 2019, inspiré du Concept du Donut des limites planétaires (Raworth K., 2012)

⁵³ Conseil national de l'information statistique (2018)

⁵⁴ Annexe Extrait du tableau de bord de suivi des stratégies nationales qui concourent aux ODD / Exemple ODD n°3 santé et bien-être

⁵⁵ Commissariat général au développement durable (2019), p. 159

⁵⁶ Ibid., p. 12

⁵⁷ Rockström et al. (2009)

⁵⁸ Raworth K. (2012)

⁵⁹ Annexe « La France et les « neuf limites planétaires »

Pour conclure sur le concept de DD, et avant de voir sa déclinaison possible en France, définissons un terme attendant au DD : la RSE ou RSO.

La plupart des définitions de la responsabilité sociétale des entreprises (RSE) décrivent ce concept comme l'intégration volontaire des préoccupations sociales et écologiques des entreprises à leurs activités commerciales et leurs relations avec leurs parties prenantes.⁶⁰

Il est aussi possible de dire de façon claire que la RSE/RSO est « la contribution des entreprises/organisations aux enjeux du développement durable » (Ministère de la transition écologique et solidaire, 2019).

1.3.2 Le cadre national, mesures pour une responsabilisation grandissante

1.3.2.1 La réponse française aux ODD

En réponse aux objectifs internationaux et européens, la France a engagé depuis plusieurs années une série de réformes des politiques publiques qui se poursuivent sous le présent quinquennat présidentiel « pour tenir compte des limites de notre planète avec à la clé une meilleure qualité de vie, une meilleure santé, plus de solidarité, d'emplois, d'activité et d'innovation »⁶¹.

i. Les principales réformes

En **2001**, la **loi relative aux Nouvelles Régulations Economiques, dite loi NRE**, à son **article 116**, impose un **reporting extra-financier** aux sociétés cotées en France et de droit français. Il s'agit d'une obligation de rendre des comptes quant aux conséquences sociales et environnementales de l'activité des entreprises (publication au sein du rapport de gestion annuel). Le contenu des informations sociales et environnementales à fournir, défini par un décret du 20 février 2002⁶², est applicable aux sociétés depuis le 1^{er} janvier 2003.

En **2005**, la référence au développement durable est inscrite dans la Constitution française en référence à la **Charte de l'environnement de 2004**⁶³. Elle indique notamment que « 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. ».

A compter de **2007**, dans le cadre du **Grenelle Environnement** l'Etat lance des grandes consultations auprès des collectivités locales, des ONG, des entreprises et des salariés dont les propositions doivent permettre la mise en place d'une nouvelle politique

⁶⁰ Commission européenne (2001)

⁶¹ Le Premier Ministre (2017)

⁶² Le Premier Ministre (2002)

⁶³ Le Président de la République (2005)

environnementale. Suite à ces grandes consultations, deux lois dites « Grenelle I » et « Grenelle II » ont été adoptées.

La **loi Grenelle I (2009)**⁶⁴ inscrit l'engagement pris par la France de diviser par quatre ses émissions de gaz à effet de serre entre 1990 et 2050 (« **facteur 4** »⁶⁵). Cet objectif est considéré par le groupe intergouvernemental d'experts sur l'évolution du climat comme l'effort nécessaire à réaliser par les pays industrialisés pour limiter la hausse de la température moyenne sur Terre à 2°C d'ici à la fin du 21^{ème} siècle.



La **loi Grenelle II (2010)**⁶⁶, à son **article 225**, renforce le dispositif du reporting extra-financier au sein d'un **rapport RSE**,

- par l'ajout d'un pilier sociétal et l'extension du champ des sociétés concernées,
- par la création d'une liste de **42 indicateurs** sociaux, sociétaux et environnementaux contenus dans le **décret sur le reporting extra financier**⁶⁷.

La loi rend obligatoire la vérification du rapport RSE par un organisme tiers indépendant (OTI).

La **loi relative à la transition énergétique pour la croissance verte (LTECV)**⁶⁸ (2015) ainsi que les plans d'action qui l'accompagnent visent à :

- permettre à la France de contribuer plus efficacement à la lutte contre le dérèglement climatique et à la préservation de l'environnement,
- renforcer son indépendance énergétique tout en offrant à ses entreprises et ses citoyens l'accès à l'énergie à un coût compétitif.

La loi LTECV reprend l'objectif « facteur 4 » du Grenelle Environnement et précise d'autres grandes cibles pour la France⁶⁹.

La loi prévoit également une mobilisation de l'ensemble du secteur public en matière d'écoresponsabilité. Elle fixe de nouvelles obligations à l'État et ses établissements et opérateurs en matière d'achat ou de fonctionnement interne, via le plan d'action interministériel administration exemplaire pour l'environnement 2015-2020.

⁶⁴ Le Président de la République (2009),

⁶⁵ Le terme Facteur 4 a été défini dans les années 1990 par les experts du Club de Rome (un regroupement d'experts sur les problématiques de développement durable) dans un sens différent. Il s'agissait alors de « multiplier par 4 le nombre de richesses à partir d'une unité de ressources naturelles » Source : Madec P. (2019), Enseignement sur l'éco-construction, facteur de santé publique

⁶⁶ Le Président de la République (2010)

⁶⁷ Le Premier Ministre (2012)

⁶⁸ Le Président de la République (2015-b)

⁶⁹ Annexe Suivi des objectifs de la France en matière de transition énergétique et solidaire

La Loi modifie **l'application du reporting environnemental, social et de gouvernance** (ESG) dans la mesure où les informations que doivent rendre publiques les entreprises incluent désormais "les conséquences sur le changement climatique de [leur] activité et de l'usage des biens et services qu'elle[s] produi[sen]t".

La **stratégie nationale de transition écologique vers un développement durable** 2015-2020 (SNTEDD) est adoptée en Conseil des ministres le 4 février 2015. Cette 3^{ème} SNTEDD fixe le cap en matière de développement durable. Elle assure la cohérence de l'action publique et facilite l'appropriation par le plus grand nombre des enjeux et des solutions à apporter. La SNTEDD repose sur trois piliers : Définir une vision à l'horizon 2020 ; Transformer le modèle économique et social pour la croissance verte ; Favoriser l'appropriation de la transition écologique par tous.

Eté 2017, la **transcription de la directive européenne sur le reporting extra-financier**⁷⁰ donne lieu à la publication d'une ordonnance⁷¹ et de son décret d'application⁷² remplaçant le dispositif actuel de reporting RSE dit « Grenelle II ». Cette **nouvelle obligation réglementaire** consiste à publier une **déclaration comprenant les principaux risques RSE** liés à l'activité et se structure autour de 4 thématiques : social-sociétal, environnement, lutte contre la corruption et droits de l'homme. **C'est la déclaration de performance extra-financière**⁷³.

ii. La traduction des réformes en actions et bilan des premières mesures

Les différentes lois sont traduites par le présent gouvernement au sein notamment de la feuille de route⁷⁴ du premier ministre à l'intention du ministre de la transition écologique et solidaire. L'objectif est de protéger les Français en leur offrant un environnement plus sain et plus sûr, respectueux des équilibres naturels, tout en améliorant l'efficacité de l'action publique. Ce cadrage national s'accompagne de plans (Plan Climat⁷⁵ avec six grands thèmes et 23 axes) et de feuilles de routes ciblées (Feuille de Route pour l'Economie Circulaire⁷⁶ avec 50 mesures annoncées) qui donnent le cap national à tenir et les actions à conduire.

⁷⁰ Directive européenne 2014/95/UE du 22 octobre 2014 relative à la publication d'informations non financières transposée en France par ordonnance du 19 juillet 2017 et décret du 9 août 2017

⁷¹ Le Président de la République (2017-a),

⁷² Le Président de la République (2017-b)

⁷³ Annexe Evolution du cadre législatif du reporting RSE en France

⁷⁴ Le Premier Ministre (2017)

⁷⁵ Ministère de la Transition Ecologique et Solidaire (2017)

⁷⁶ Ministère de la Transition Ecologique et Solidaire (2018)

Concernant le plan climat, pour plusieurs objectifs fixés par la loi de transition énergétique pour une croissance verte (2015), la France accuse un retard, les tendances n'étant pas suffisantes au regard des résultats attendus⁷⁷⁷⁸.

Concernant le plan national santé-environnement N°3 qui avait notamment pour ambition de

- "réduire l'exposition des populations aux perturbateurs endocriniens",
- "améliorer la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine"
- "contrôler et restreindre progressivement l'usage des pesticides",

les objectifs ne sont pas atteints, selon le rapport d'évaluation de l'inspection générale des affaires sociales⁷⁹ (IGAS). L'IGAS ajoute que le PNSE 3, censé mettre en place des actions immédiates pour limiter les risques sanitaires liés à l'environnement, n'a eu qu'une action « très relative ».

Par exemple, le rapport relève :

- la « quasi absence d'actions dédiées à la santé au travail »,
- le fait que « les polluants atmosphériques, facteurs majeurs par leurs effets sur la santé, font l'objet d'une seule action en tant que tels ».

Cette dissociation est cependant antinomique de la recommandation formulée par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), qui a préconisé dans son évaluation du PNSE 2 de « maintenir une forte dimension santé-travail dans le PNSE 3 ».

Un rapport du Conseil Général de l'Environnement et du Développement Durable (CGEDD)⁸⁰ montre également que les mesures mises en place ne s'accompagnent pas d'actions concrètes puisque « la caractéristique principale » de ce plan est une « absence totale d'indicateurs sur les effets attendus en matière de niveau de santé, malgré la proposition par le Haut Conseil de santé publique ».

Si les mesures ambitieuses nécessaires à la régulation des enjeux sont connues, il apparaît difficile d'avancer à la vitesse nécessaire pour atteindre les objectifs de développement durable.

⁷⁷ Commissariat général au développement durable (2019), p. 72

⁷⁸ Annexe Suivi des objectifs de la France en matière de transition énergétique et solidaire

⁷⁹ IGAS (2018)

⁸⁰ Commissariat général au développement durable (2018),

1.3.2.2 *Au-delà de la seule dimension économique des entreprises*

« *L'entreprise ne se résume pas à la réalisation de profits : elle a une dimension sociale, environnementale* » commente le Ministre de l'Économie et des Finances à l'occasion de la remise du rapport sur « L'entreprise, objet d'intérêt collectif »⁸¹ de Madame Notat et Monsieur Senard, le 9 mars 2018.

Dans ce rapport des propositions sont faites pour redéfinir le rôle de l'entreprise dans la société. En premier lieu est attendu que soit mieux intégrer les enjeux sociaux et environnementaux dans les stratégies d'entreprise.

Les recommandations issues de ce rapport sont traduites dans la loi relative à la croissance et à la transformation des entreprises (**Loi PACTE**)⁸². Une transposition importante des recommandations est notamment la modification de l'article 1833 du Code civil, comme suit :

Version en vigueur du 1 juillet 1978 au 24 mai 2019	Toute société doit avoir un objet licite et être constituée dans l'intérêt commun des associés.
Version en vigueur au 24 mai 2019	Toute société doit avoir un objet licite et être constituée dans l'intérêt commun des associés. La société est gérée dans son intérêt social, en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité.

Outre cet exemple, les conclusions de ce rapport ont nourri plusieurs dispositifs questionnant le paradigme de l'entreprise. Citons que le rapport :

- préconise d'accompagner le développement de la RSE dans les PME, en développant des labels RSE par secteurs ou par branche.
- souhaite développer les critères RSE dans les rémunérations variables des dirigeants.
- propose d'engager une étude sur le comportement responsable de l'actionnaire et une autre sur les conditions auxquelles les normes comptables doivent répondre pour servir l'intérêt général et la considération des enjeux sociaux et environnementaux.

En dépassant la vision de l'entreprise en tant qu'agent économique, dont le moteur est la recherche du profit et la rentabilité pour les actionnaires (shareholders), le rapport encourage à faire émerger la prise en considération, par les entreprises, des différentes parties prenantes (stakeholders).

⁸¹ Notat N. Senard JD. (2018)

⁸² Le Président de la République (2019-a)

1.3.2.3 Les nouveaux indicateurs de richesse

Au-delà des indicateurs économiques de nouveaux indicateurs se mettent en place. La notion de performance est revue, elle n'est pas que financière.

L'indicateur économique produit intérieur brut (PIB) est pertinent pour mesurer l'accroissement de la production d'un pays mais il est contestable pour juger l'état de bien être d'une population. D'une boussole figée sur « l'avoir », de nouveaux indicateurs sont développés à l'échelle globale, et même locale pour tenir compte de « l'être » (exemple du Bonheur National Brut ou BNB au Bhoutan), en complément des indicateurs économiques.

La **LOI n° 2015-411 du 13 avril 2015**⁸³, dans son article unique, promeut la prise en compte des **nouveaux indicateurs de richesse nationale** dans la définition des politiques publiques.

Exemple : un nouvel indicateur mesure la **satisfaction dans la vie**. Il est obtenu par auto-évaluation des répondants de leur satisfaction concernant leur vie actuelle en situant cette satisfaction sur une échelle allant de 0 « pas du tout satisfait » à 10 « entièrement satisfait ». En France de 2010 à 2017, les personnes affichent en moyenne un niveau de satisfaction dans la vie de 7 sur une échelle de 0 à 10⁸⁴⁸⁵.

La loi prévoit que le Gouvernement remette chaque année au Parlement un rapport présentant l'évolution, sur les années passées, de nouveaux indicateurs de richesse, tels que les indicateurs d'inégalités, de qualité de vie et de développement durable.

En France, lors de la publication du rapport d'évaluation des nouveaux indicateurs de richesse 2018, le premier ministre déclare :

« il est désormais clair que **la seule mesure du Produit Intérieur Brut ne suffit pas**. Faire émerger un nouveau modèle de croissance passe par la définition d'objectifs concrets dans d'autres dimensions que la seule croissance, et il faut pour cela disposer de nouveaux outils de mesure. [...] Le présent rapport retranscrit l'évolution d'une sélection synthétique de 10 indicateurs de développement durable. [...] Ces indicateurs sont les mêmes depuis 2015 ».



⁸³ Le Président de la République (2015-a)

⁸⁴ Annexe Extrait du rapport sur les 10 indicateurs de richesse 2018

⁸⁵ <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/les-nouveaux-indicateurs-de-riche-1/>

Le changement progressif des politiques publiques en faveur d'une meilleure conciliation des enjeux économiques, sociaux et environnementaux est une forme de réponse à l'état des lieux alarmants. Les signaux, au rouge, invitent toutes les parties prenantes à accélérer la transition.

1.4 Changement, subi ou volontaire, de paradigme

Dans son cinquième bilan mondial sur l'environnement (GEO-5 en 2012), 20 ans après le sommet de la Terre à Rio de Janeiro, le Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE), établit un état des lieux alarmant.

Sur les 90 objectifs internationalement reconnus en matière de gestion durable de l'environnement et de développement humain, seuls quatre objectifs ont enregistré « des progrès significatifs ».

De ce constat, le PNUE conclut que la planète doit réorienter d'urgence son développement.

Le PNUE évalue par ailleurs **les dommages économiques annuels liés au changement climatique dans le monde : ils équivaldront à 1 à 2% du PIB mondial d'ici 2100 si les températures augmentent de 2,5°C.**

Parce que le dérèglement climatique, dans ses impacts et de sa régulation a un coût, plusieurs Etats dont la France, et les sociétés privées prennent conscience de la nécessité de financer le DD et de l'intégrer dans leur modèle économique.

1.4.1 Financer la lutte contre le changement climatique et ses impacts

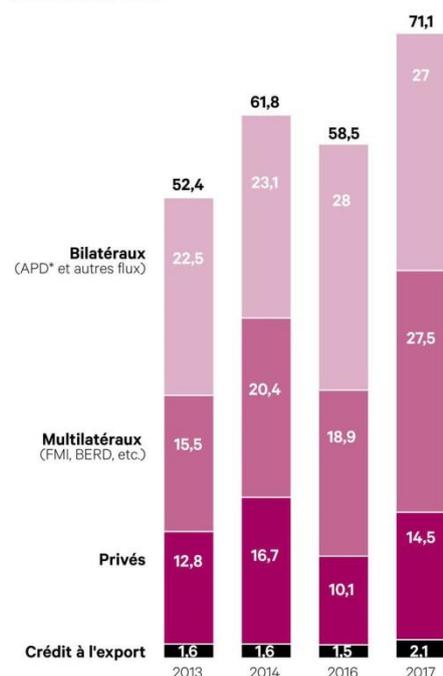
1.4.1.1 Les engagements financiers des états

La nécessité de financer la lutte contre le changement climatique et ses impacts apparait lors de la COP15 (conférence des parties) à Copenhague en 2009 et se poursuit dernièrement avec les accords de Paris (COP21). Les pays développés se sont engagés à aider les pays en développement à d'une part «réduire leurs émissions» et d'autre part à «s'adapter aux impacts du changement climatique».

L'OCDE fournit des estimations sur le niveau du financement climatique sur la période 2013-2017 (cf. illustration graphique ci-contre⁸⁶).

Les engagements financiers des pays développés pour le climat

En milliards de dollars



*Aide publique au développement

«LES ECHOS» / SOURCE : OCDE

⁸⁶ Les Echos (2019)

Ces données montrent que le financement par les pays développés pour l'action climatique dans les pays en développement est enclenché (l'objectif des 100 milliards de dollars américains par an à compter de 2020 semble atteignable).

Les aides vont essentiellement à:

- **des projets d'atténuation** (73% des aides), c'est-à-dire des investissements qui contribuent à réduire la vitesse du réchauffement (développement des énergies renouvelables, reforestation),
- **des projets d'adaptation** (19%), dont la finalité est de protéger les populations des catastrophes liées au dérèglement climatique (digues, systèmes d'alertes, etc.).

Il est aussi possible de questionner le montant cible des aides (100 Mds USD à compter de 2020) et de pointer que « les efforts des pays développés pour financer la lutte contre le réchauffement climatique ne sont pas suffisants »⁸⁷.

« *Les besoins de financement pour le développement sont estimés à des milliers de milliards de dollars par an* » alerte l'ONU lors des échanges à l'Assemblée générale des Nations Unies fin septembre 2019. A cette occasion est mis en exergue le besoin urgent d'accroître les dépenses publiques dans les secteurs de la santé, de l'éducation, des infrastructures et du changement climatique. Le constat est que la plupart des pays développés n'honorent pas leurs engagements en matière d'aide publique au développement alors que la pauvreté, la corruption et l'évasion fiscale limitent les ressources nationales des pays en développement.

Et « *même si le financement provenant de toutes les sources publiques est maximisé, il restera un déficit important rendant le financement du secteur privé impératif.* » complète l'ONU.

1.4.1.2 L'engagement des investisseurs privés

En réponse à ce décalage entre les objectifs de développement durable et les moyens alloués par les Etats, l'ONU a annoncé en octobre 2019 la création de l'**Alliance des investisseurs mondiaux pour le développement durable (GISD⁸⁸)**. A l'initiative du Secrétaire général de l'ONU et composée de 30 dirigeants reconnus d'institutions financières et de sociétés majeures réparties dans toutes les régions du monde, cette alliance a pour but que le secteur privé finance également les mesures en faveur des objectifs de développement durable (ODD).

⁸⁷ OXFAM (2018)

⁸⁸ En anglais Global Investors for Sustainable Development Alliance

Les réponses proposées par les Etats et les investisseurs financiers s'apparentent à une approche de gestion des risques⁸⁹ (ici liés au climat) qui vise à instaurer des barrières d'atténuation, de récupération et de prévention (concept de défense en profondeur, modèle de Reason⁹⁰) afin de gérer les risques d'ordre environnemental, mais aussi social et sociétal.

1.4.2 Intégrer les risques dans le modèle économique ou comment gérer les externalités négatives

1.4.2.1 Illustrations d'externalités négatives

Dans son activité de création de richesse, l'entrepreneur engendre certes des effets externes positifs (croissance, emploi, services nouveaux, etc.) mais il peut aussi produire des effets externes négatifs (pollution, chômage, pénibilité et accidents du travail, risques psychosociaux, etc.). Ces externalités impactent la société dans son ensemble en ce qu'ils influent sur la santé du citoyen, patient, salarié.

Illustrations d'**externalités négatives** :

- **sociales** : France Télécom (procès pour harcèlement moral), marques occidentales du textile sous-traitant au Bangladesh dans des « ateliers de misère » (effondrement de l'immeuble Rana Plaza de Savar, en 2013, provoquant la mort de plusieurs centaines d'ouvriers et d'ouvrières textile) ;
- **sanitaires** : Laboratoire Servier (médicament Mediator⁹¹), Poly Implant Prothèse (prothèses mammaires défectueuses⁹²), Findus (scandale lié à l'approvisionnement en viande de cheval par son sous-traitant Spanghero), Lactalis (scandale sanitaire du lait contaminé à la salmonelle) ;
- **environnementales** : Lubrizol (pollution chimique lors de l'incendie de l'usine classée CEVESO), Total (affréteur de l'Erika et reconnu civilement responsable de la catastrophe et du préjudice écologique)

Aux impacts sociaux, sanitaires, environnementaux s'ajoute celui de l'atteinte à l'image de l'entreprise. L'essor du « Name and Shame » (« nommer et couvrir de honte ») qui consiste à dénoncer publiquement une entreprise, une institution pour ses mauvais agissements ou la pratique du boycott sont des risques importants pour les entreprises et établissements.

⁸⁹ Annexe Modèles de gestion systémique des risques

⁹⁰ Reason J. (1993)

⁹¹ procès pour "homicides et blessures involontaires", "prise illégale d'intérêts" et "tromperie aggravée"

⁹² procès pour « tromperie aggravée », « obstacle aux contrôles de l'Afssaps » et « non-présence de marquage CE » ; « homicide et blessures involontaires »



(1) Source : Enquête du Cabinet Denjean & Associés «la responsabilité sociétale et environnementale des grands groupes vue par les Français».

La prise en considération de ces externalités négatives et la reconnaissance des intérêts d'autres parties prenantes internes ou externes aux entreprises sont au fondement du concept de responsabilité sociétale des entreprises.

La RSE apparaît comme la prise en compte par les entreprises, dans leur calcul économique, des externalités négatives qu'elles peuvent engendrer pour la société dans son ensemble.

1.4.2.2 Gestion des risques extra-financiers

Les entreprises, les établissements de santé, dans une démarche de responsabilité sociétale, s'intéressent, de façon contrainte ou volontaire, à identifier les risques extra financiers (environnementaux, sociaux, sociétaux) et à les couvrir.

Un bilan⁹³ de la première année d'application (2018) de la « déclaration de performance extra-financière » présente les thématiques les plus fréquentes au sein des principaux risques⁹⁴.

Le thème du changement climatique est quasiment systématiquement abordé à travers les émissions de gaz à effet de serre, l'adaptation, l'évolution réglementaire ou l'empreinte carbone des produits. Par exemple, comment les entreprises intègrent-elles la contrainte CO2 dans leurs comptes financiers et dans leurs prévisions de développement ?

Un des enjeux pour chaque société ou organisation est d'évaluer les conséquences financières du changement climatique.

La mise en œuvre d'une stratégie RSE sert alors de « mécanisme de régulation » (d'autorégulation) qui permet à l'entrepreneur d'internaliser (en partie ou en totalité) les effets externes négatifs liés à son activité.

En élargissant le champ des contraintes (économiques, sociales et environnementales), les entreprises font évoluer leur modèle d'affaires, ce qui peut impacter la recherche de maximisation du profit. La RSE et la croissance économique sont-elles alors antinomiques ?

⁹³ MEDEF-Deloitte-EY (2019)

⁹⁴ Ibid, p. 38

1.4.3 Le DD comme levier de performance

« *En tant qu'entreprises responsables, nous pouvons créer de la valeur à long terme en intégrant le développement durable dans nos principales activités* », a déclaré Oliver Bäte, PDG d'Allianz envers les investisseurs privés de l'Alliance des investisseurs mondiaux pour le développement durable.

Une étude portée par France Stratégie⁹⁵ revient sur la création de valeur : « Pour que la responsabilité des entreprises puisse être considérée comme une source effective de compétitivité, il faut qu'elle soit valorisée économiquement. Autrement dit, il ne s'agit pas seulement d'évaluer, en négatif, les coûts associés à une défaillance en termes de responsabilité. Il s'agit de quantifier également, en positif, les bénéfices économiques de la responsabilité environnementale et sociale des entreprises. »⁹⁶

D'après les résultats de cette même étude, menée auprès de 8500 entreprises de plus de 10 salariés, « **La RSE est significativement corrélée avec la performance économique des entreprises.** Quelles que soient la mesure de la performance économique (profit par tête, excédent brut d'exploitation ou valeur ajoutée par tête) et la dimension de la RSE (environnement et éthique, ressources humaines, relation client, relation fournisseur), on observe un **écart de performance économique d'environ 13% en moyenne entre les entreprises qui mettent en place des pratiques RSE et celles qui ne le font pas.** »⁹⁷

1.5 Régulation du Financement des ES-ESSMS, de la quantité à la qualité

Si « le financement est parfois vécu comme un obstacle aux évolutions du système de santé, parfois comme un accélérateur [...] le changement apparaît nécessaire à la plupart de nos interlocuteurs. »⁹⁸

Cette phrase aurait pu être citée à plusieurs reprises en ce que le système de financement des établissements de Santé évolue depuis plusieurs décennies (PMSI, dotation globale, tarification à l'activité) et encore dans la présente décennie (dotation modulée à l'activité, ...)

⁹⁵ Organisme d'études et de prospective, d'évaluation des politiques publiques et de propositions, placé auprès du Premier ministre www.strategie.gouv.fr

⁹⁶ France Stratégie (2016), p. 16

⁹⁷ France Stratégie (2016), p. 8

⁹⁸ Ministère des solidarités et de la santé (2018-a)

1.5.1 Régulation des dépenses de santé précédant l'actuelle stratégie nationale de santé

De 1950 à 1985, le système de santé se développe et la dépense s'accroît vite, se traduisant par une progression de la consommation de soins et de biens médicaux de 4,4 points dans le PIB⁹⁹. Durant cette période, le système de santé se déploie : le développement et l'extension de la Sécurité sociale rend solvable la demande de soins stimulant en retour le développement de l'offre.

En réponse à cette croissance de la demande et des dépenses liées de santé, depuis les années 1980 un renforcement graduel de la régulation de la dépense de santé se met en place. Les établissements de santé tant dans le secteur privé que public entrent dans l'ère de la financiarisation générale de l'économie. Le public est nouvellement sujet à une forme de gestion (New Public Management) issue du privé et basée sur une logique de résultat et sur les principes des 3E (économie, efficacité, efficience) et d'accountability (reddition des comptes).

Plusieurs mesures de limitation de la dépense de santé sont introduites progressivement dans un contexte de déficits récurrents de la branche maladie de la sécurité sociale.

1984 - La **dotation globale de fonctionnement** est instaurée pour les établissements publics de santé. De façon raccourcie, il s'agit d'allouer une somme fixe annuelle quels que soient les soins fournis.

1991 - Les établissements de santé, publics et privés, doivent **procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité** en mettant en œuvre les systèmes d'information, c'est le Programme de Médicalisation du Système d'Information (**PMSI**)¹⁰⁰

1997 - Les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) ont pour objectif annuel de limiter la croissance des dépenses d'Assurance maladie via la définition des **objectifs nationaux de progression des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM)**. À partir du milieu des années 2000 sont instaurées des mesures organisationnelles et des mesures de régulation financière accrue du système (**2004 - tarification à l'activité pour les soins hospitaliers**).

Ainsi, la part des dépenses de santé dans le PIB progresse beaucoup plus lentement que pendant les périodes de croissance économique.

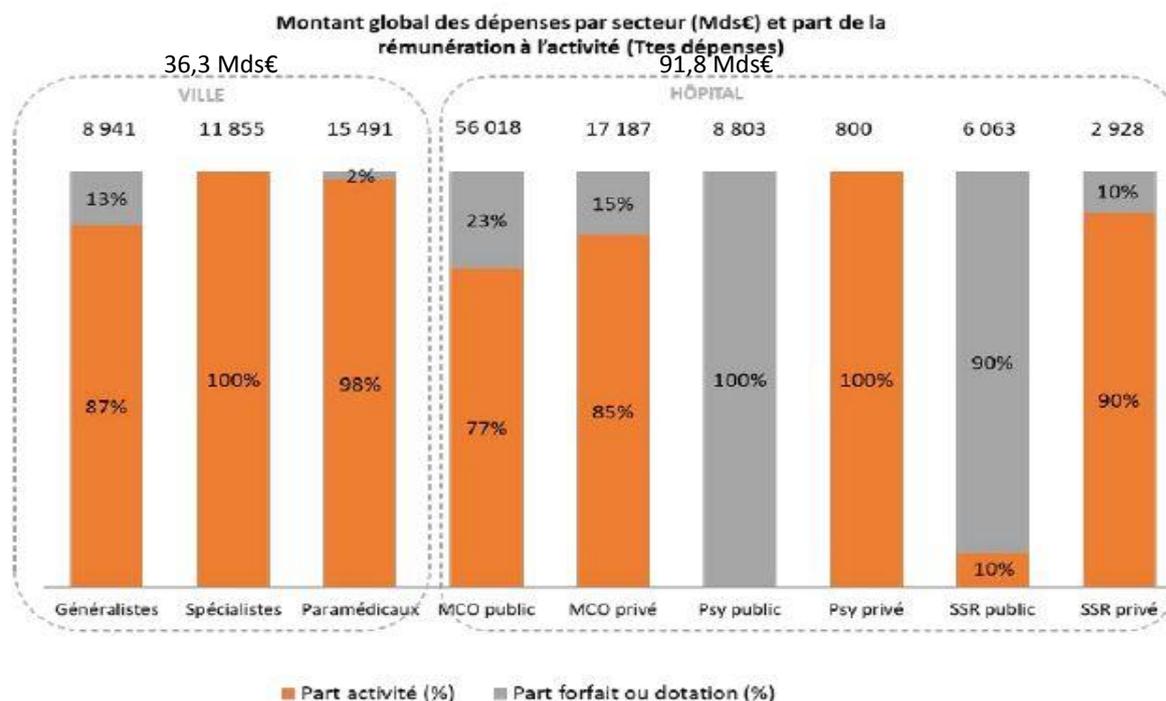
De façon liminaire à ma Santé 2022, le constat est que les différents acteurs du système de l'offre de soins bénéficient de deux modes principaux de financement.

⁹⁹ DREES (2019), p. 22

¹⁰⁰ Loi du 31 juillet 1991

- Le premier lié à l'activité décrite à partir d'actes, de séjour ou de journée, suivant les secteurs garantit la productivité et la réactivité du système.
- Le second lié à la réalisation de certaines missions (financement au forfait, dotation annuelle, etc.) assure la permanence des missions ou des activités.

Le tableau ci-dessous offre une vision générale de l'utilisation des deux principaux outils de financement (répartition de l'ONDAM 2016 auprès des structures sanitaires).



Le système de santé français est caractérisé par un modèle de financement reposant principalement sur une rémunération à l'activité favorisant la quantité de soins produits, très variable selon les secteurs de prise en charge. Le financement varie principalement en fonction du triplet : Domaine des soins (ville/hôpital), Secteur (privé/public), Champ d'activité (MCO/PSY/SSR¹⁰¹).

La part de financement à l'activité concerne majoritairement les soins de ville, les soins hospitaliers du secteur privé, le champ MCO des soins hospitaliers du secteur public. Les établissements non financés à l'activité ou partiellement, perçoivent des financements dont les fondements sont parfois très largement établis sur des bases historiques (missions d'intérêt général MIG, Aide à la contractualisation AC) ou des prix de journées.

Ces modes de financement sont questionnés par les nouvelles orientations de la stratégie nationale de santé 2018-2022.

¹⁰¹ MCO : médecine, chirurgie, obstétrique ; PSY : psychiatrie ; SSR : soins de suite et de réadaptation

1.5.2 Un nouveau cap de financement avec la stratégie nationale de santé (2018-2022)

1.5.2.1 *La situation économique et financière liminaire à la nouvelle stratégie nationale de santé*

Le modèle économique est contraint depuis plusieurs années avec environ 4 milliards d'euros d'économies nouvelles à réaliser chaque année (afin de pouvoir tenir dans l'objectif de dépenses d'assurance maladie qui progressent d'environ 2% par an).

Des indicateurs financiers fournis par la DREES¹⁰² (résultats, rentabilité, capacité d'investissement, niveau d'endettement), nous retenons une situation fortement contrainte du secteur public par rapport à celle du privé¹⁰³.

La majorité des établissements sanitaires publics, connaissent depuis plusieurs années des difficultés à tenir le modèle économique, et près d'un quart des établissements privés sont en déficit (davantage sur le champ MCO). Cette soutenabilité questionne et le rapport Aubert, présenté infra, revient sur ces difficultés.

Les externalités négatives du New Public Management, au-delà de leurs coûts cachés (stress au travail, absentéisme, perte de sens du travail, ...), résonnent sur la qualité des soins et questionnent la soutenabilité du modèle économique majoritairement financé à l'activité.

1.5.2.2 *Révision des modalités de financement dans le cadre de la nouvelle stratégie nationale de santé et de Ma Santé 2022*

La stratégie nationale de santé s'inscrit dans le cadre économique et financier fixé par le Gouvernement pour un rétablissement durable de la situation des finances publiques. Elle contribue à renforcer l'efficacité du système de santé en cohérence avec le plan d'appui à la transformation du système de santé et à garantir la soutenabilité des dépenses de santé, condition du maintien d'un accès de tous à des soins de qualité.

« je crois que la question du financement est une question essentielle et centrale, qui doit se concevoir dans le cadre d'une stratégie générale d'organisation du système de soins »¹⁰⁴.

¹⁰² DREES (2019-a), pp. 66-73

¹⁰³ Annexe La situation économique et financière des hôpitaux publics et des établissements privés (extraits)

¹⁰⁴ La ministre des solidarités et de la santé (2019),

Par ces propos, la ministre des solidarités et de la santé donne le cap des réformes de financement jusqu'en 2022, et introduit les préconisations du rapport Aubert.

Le rapport Task Force « Réforme du Financement du système de santé »¹⁰⁵ dit rapport Aubert s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, lancée en février 2018 par le Premier Ministre et la Ministre des Solidarités et de la Santé. Le rapport propose une vision cible de ce que pourrait être le modèle de financement du système de santé à moyen terme et oriente les mesures de court terme qui sont en train d'être mises en place.

Ce rapport mentionne que les modes de financement actuellement en vigueur au sein du système de santé, s'ils assurent globalement la productivité de chaque acteur de Santé [...], ils ne permettent ni de discriminer la qualité offerte ni d'assurer au bénéfice du patient une coordination efficace entre les acteurs, ni même de s'assurer de la productivité globale du système de santé.

Pour répondre aux enjeux de Santé, le rapport Aubert souligne qu'il n'existe pas un modèle de financement unique qui permettrait à lui seul d'inclure l'ensemble des objectifs poursuivis (réactivité du système, suivi au long cours des patients, pertinence des soins, ...).

En revanche, **des modalités de paiement combinées peuvent permettre une réponse plus adaptée à la diversité des besoins des patients et favoriser les nécessaires transformations du système de santé.**

Le rapport propose, pour introduire ces modalités de paiement combinées, de **mobiliser 2 méthodes de manière concomitante :**

- **le droit commun** par la modification des règles en vigueur pour tous les acteurs,
- **et l'expérimentation via l'article 51** de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (LFSS 2018) avec les acteurs volontaires.

Dans le droit commun, l'une des 5 modalités de paiement proposées pour atteindre les objectifs de la réforme¹⁰⁶ intéresse le sujet du mémoire, il s'agit du **paiement à la qualité et à la pertinence.**

Parmi l'évolution des répartitions de financement¹⁰⁷ :

¹⁰⁵ Ministère des solidarités et de la santé (2018-a)

¹⁰⁶ Annexe Ma Santé 2022 : Des objectifs de la réforme aux outils utilisés / Focus sur le paiement à la qualité et à la pertinence

¹⁰⁷ Annexe Ma Santé 2022 : Evolution de la répartition des financements prévus entre 2018 et 2022 / focus sur le paiement à la qualité et à la pertinence

- La part financée à l'activité (T2A en MCO, DMA en SSR et prix de journée en SSR et psychiatrie privées) sera ramenée à 40 milliards d'euros (50 % en 2022 contre 63 % en 2018)
- **Le financement de la qualité montera en charge progressivement pour atteindre 1,9 milliards d'euros en 2022 (2%) ;**

Au total, 10 milliards d'euros de financement seront concernés par ces évolutions d'ici 2022.

Les premières orientations de la réforme du financement sont en train d'être mises en place, parmi elles, l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ).

1.5.3 Un financement à la qualité : l'IFAQ

L'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) est le fruit d'un processus multipartites (DGOS, HAS, ATIH, ANAP, DREES, CNAMTS, établissements volontaires) initié en 2012 et dont la généralisation à débiter en 2016 (MCO y compris HAD, puis SSR).

Le livret pédagogique de l'IFAQ 2019¹⁰⁸ rappelle que **l'IFAQ répond à deux objectifs** :

- **inciter financièrement à la qualité et à sa progression** en valorisant les mesures de la qualité existantes,
- diversifier les modes de financement des établissements de santé en intégrant une part liée à la qualité des soins.

L'IFAQ est un financement (sous forme de **dotation complémentaire**) versée à un établissement sanitaire au regard de ses résultats qualité par rapport à des établissements sanitaires comparables.

Le dispositif IFAQ s'appuie sur des démarches et mesures de la qualité préexistantes (indicateurs de qualité produits par la HAS et recueillis par les établissements, indicateurs recueillis par les patients ainsi que des indicateurs calculés automatiquement).

La rémunération à l'indicateur s'effectue au titre d'une part du niveau atteint (60%) et d'autre part de la progression des résultats (40%).

1.5.3.1 Périmètre de l'IFAQ

Tous les établissements des champs d'activité MCO, HAD et SSR sont concernés par l'IFAQ sans démarche préalable de leur part.

¹⁰⁸ HAS. Ministère des solidarités et de la santé. ATIH (2019)

En 2020, l'extension du dispositif est prévue à la psychiatrie avec une année de recueil généralisé à blanc des indicateurs puis une prise en compte dans le financement en 2021¹⁰⁹.

D'ici 2022, l'IFAQ s'appliquera aussi pour les soins de ville et les EPHAD¹¹⁰.

1.5.3.2 Catégories d'indicateurs et Indicateurs de l'IFAQ

Pour le calcul du montant de la dotation complémentaire issue du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité, une liste de **sept catégories d'indicateurs** est présentée par décret¹¹¹ :

1. qualité des prises en charge perçues par les patients ;
2. qualité des prises en charge cliniques ;
3. qualités des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins ;
4. qualité de la coordination des prises en charge ;
- 5. performance de l'organisation des soins ;**
- 6. qualité de vie au travail ;**
- 7. démarche de certification.**

La liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins¹¹² ainsi que les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé est fixée chaque année, par voie d'arrêté.

Pour l'IFAQ 2019, les catégories « performance de l'organisation des soins » et « qualité de vie au travail » ne font pas partie des listes obligatoires de recueil des indicateurs, citées dans l'arrêté du 18 juin 2019¹¹³.

Pour l'IFAQ 2020, des évolutions sont attendues avec l'intégration de nouveaux indicateurs notamment pour les catégories « qualité de vie au travail » et « performance de l'organisation des soins ».

1.5.3.3 Pénalité financière en cas de manquement à la qualité

L'entrée en vigueur du dispositif de pénalité financière inscrit à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, au 1^{er} janvier 2020, concerne uniquement certains indicateurs (certification notamment).

¹⁰⁹ conformément à l'article 37 du PLFSS pour 2019

¹¹⁰ Ministère des solidarités et de la santé (2018-b)

¹¹¹ Le Premier Ministre (2019-b)

¹¹² Annexe Indicateurs IFAQ 2019

¹¹³ Ministère des solidarités et de la santé (2019-b)

La loi prévoit que la pénalité financière peut s'appliquer à l'issue de trois années consécutives de non atteinte d'un seuil minimal de résultats pour certains des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins¹¹⁴. Un décret en conseil d'Etat est nécessaire pour définir les modalités de mise en œuvre de la pénalité financière.¹¹⁵

Le montant de la pénalité financière globale est apprécié en fonction du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés.

Enfin, la pénalité financière globale ne peut excéder un montant équivalent à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.¹¹⁶

Le montant de la dotation IFAQ, dotation moyenne

La DGOS, indique qu'au titre de l'année 2018, la dotation complémentaire IFAQ (montant national 50 millions d'euros), a bénéficié à 829 établissements de santé, soit un tiers des structures éligibles au titre du niveau atteint ou de la progression de ses résultats.

Le montant moyen attribué en 2018 est en augmentation par rapport à l'année 2017, cela quel que soit le champ d'activité concerné (consulter le tableau ci-dessous).

	Nombre d'établissements rémunérés au titre d'IFAQ 2018	Dotation moyenne IFAQ 2018	Dotation moyenne IFAQ 2017
Groupe MCO*	256	130K€	120K€
Groupe SSR autonomes	314	35K€	25K€
Groupe HAD	53	32K€	18K€
Groupe Autres	206	22K€	20K€

**Intégrant les SSR et l'HAD rattachés à un établissement MCO*

¹¹⁷

En 2019, le montant global de la dotation complémentaire IFAQ au titre de l'année 2019 est fixé à 200 millions d'euros. Rappelons la cible : 2 milliards d'euros de dotation IFAQ en 2022.

1.5.4 Dispositif des expérimentations innovantes en santé

De manière concomitante au dispositif de droit commun de l'IFAQ, le rapport propose de mobiliser l'expérimentation via l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (LFSS 2018) avec les acteurs volontaires.

¹¹⁴ Assemblée Nationale (2019), p. 366

¹¹⁵ Assemblée Nationale (2019), p. 371

¹¹⁶ Assemblée Nationale (2019), p. 372

¹¹⁷ Source : Hospimedia (2019 11 mars), *Les montants moyens de la dotation Ifaq ont augmenté entre 2017 et 2018*

Le dispositif des expérimentations innovantes en santé s'inscrit dans le cadre d'une démarche de transformation de l'offre en santé et de ses modes de financements pour améliorer la pertinence et la qualité des prises en charges.

Il permet aux acteurs de santé de déroger à des règles de droit pour tester des organisations et modèles de financement innovants.

Le cadre d'expérimentation pour l'innovation dans le système de santé, défini par arrêté¹¹⁸, autorise l'expérimentation pour une durée qui ne peut excéder cinq ans.

Parmi les objectifs de ce dispositif, nous retenons que les expérimentations ont également un objectif d'efficience et de meilleure prise en compte de la prévention et de la qualité des soins.

En synthèse de cette première partie, nous mettons en avant la multiplicité des dimensions de la qualité. Le nuage de mots ci-contre est une représentation des mots associés au terme qualité, cité à vingt reprises dans le dossier de synthèse¹¹⁹¹²⁰ de la stratégie nationale de santé 2018-2022. La notion financière est représentée.



A présent que les composantes de la qualité et autres concepts sont posés, et que sont présentées les évolutions en cours du modèle de financement, intéressons-nous au déploiement du DD dans les établissements de santé.

2 Le DD applicable en Santé : état des lieux et ouvertures

Dans cette partie nous retrouvons une présentation du DD appliqué au secteur de la santé. L'application du DD en santé est définie par un cadre qui fixe les objectifs à atteindre en matière de santé, la stratégie nationale de santé 2018-2022, et qui pose le lien avec les ODD

¹¹⁸ Ministère des solidarités et de la santé (2018-c)

¹¹⁹ Ministère des solidarités et de la santé (2017)

¹²⁰ Annexe Extrait de la synthèse de la stratégie nationale de santé 2018-2022 illustrant le nombre de fois où la qualité est citée (20 fois)

onusiens. La cohérence entre le plan national de santé publique, les différents plans de santé avec les ODD fait l'objet d'une évaluation annuelle.

Pour appuyer la transition en faveur du DD en santé, des conventions sont signées entre l'Etat, les fédérations représentant les établissements et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance. Dans ce cadre, l'ANAP régit un observatoire national qui permet d'avoir une première représentation du niveau de maturité des établissements de santé en matière de DD. L'auto-évaluation menée par les établissements est complétée d'évaluations, volontaire ou obligatoire (certification HAS), menées par des organismes tiers indépendants. La notion d'engagement peut-être portée par des dispositifs d'incitation et/ou de sanction, les approches divergent.

2.1 Cadre d'application du DD en Santé

2.1.1 Les orientations Santé de la Stratégie nationale de santé, plans et liens avec les ODD

2.1.1.1 SNS et concordance avec les plans

La stratégie nationale de santé (SNS), dont découle « Ma Santé 2022 Un engagement collectif »¹²¹, constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle se fonde sur l'analyse du Haut Conseil de la Santé Publique (HSCP) de l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'actions envisageables.

La stratégie nationale de santé est mise en œuvre, d'une part par les plans et programmes nationaux, dont la cohérence est notamment assurée par le plan national de santé publique et, d'autre part, par les projets régionaux de santé et d'autres outils régionaux.

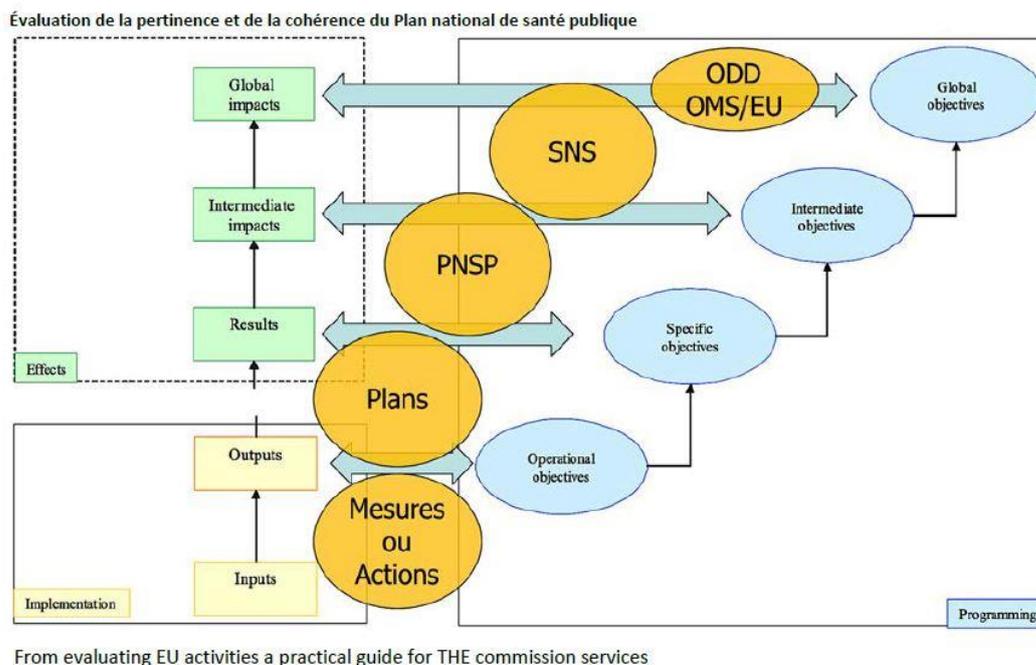
Dans son rapport d'évaluation de la pertinence et de la cohérence du Plan national de santé publique (PNSP)¹²², le Haut Conseil de la Santé Publique montre la bonne cohérence du PNSP face aux priorités de la stratégie nationale de santé et aux objectifs européens et onusiens de développement durable.

Le rapport souligne également la pertinence de son approche chronologique et multisectorielle avec les différents plans et stratégies nationales déjà existants. Le HCSP s'appuie sur une méthodologie de hiérarchisation des objectifs (stratégiques et opérationnels), qui peut être schématisée comme ci-après¹²³.

¹²¹ Annexe Schéma du cadre de cohérence pour 5 ans de la stratégie nationale de santé

¹²² HCSP (2019)

¹²³ HSCP (2019), p. 8



i. Les principaux plans de santé publique

Le plan national de santé publique (PNSP), déclinaison de la stratégie nationale sur la période 2018–2022, intègre différents plans de santé publique¹²⁴, dont voici quelques exemples¹²⁵ :

Intitulé du plan de santé publique	Période	Numéro du plan
Plan National Santé Environnement (PNSE)	2015-2019 2020-2024	PNSE N°3 PNSE N°4
Plan Santé au Travail (PST)	2016-2020	PST N°3
Plan National Nutrition Santé (PNNS)	2019-2023	PNNS N°4
Plan national de prévention de la perte d'autonomie	2015 sans date de fin	
Plan National d'Adaptation au Changement Climatique	Sans date de fin	PNACC n°2 -

La déclinaison territoriale de ces plans (Projet Régional Santé Environnement PRSE, Plan Régional de Santé au Travail PRST, Agenda 21) et autres feuilles de routes s'appuient des parties prenantes nombreuses (ARS, Conseil régional, Préfecture, DRAAF, DREAL, DIRECCTE, conseils départementaux, collectivités locales, agences de l'eau, comité 21, ...).

¹²⁴ HCSP (2019), pp. 86-94

¹²⁵ Annexe Synthèse des principaux plans de santé publique intégrant le plan national de santé publique 2018-2022

En Pays de la Loire le PRSE N°3, en cours sur la période 2016-2021, s'articule autour de 5 axes (12 objectifs principaux dont 4 objectifs phares¹²⁶) :

- AXE 1 : Alimentation, eau destinée à la consommation humaine
- AXE 2 : Bâtiments, habitat et santé
- AXE 3 : Cadre de vie, urbanisme et santé
- AXE 4 : Environnement de travail
- AXE 5 : Culture commune santé environnement, mise en réseau des acteurs

ii. Evaluation

La stratégie nationale de santé et les plans et programmes nationaux donnent lieu à un suivi annuel ainsi qu'à des évaluations pluriannuelles permettant d'apprécier les résultats sanitaires obtenus et l'impact sanitaire, social et économique de ces plans et programmes au regard des ressources mobilisées, et d'en tirer les enseignements nécessaires à l'adaptation des politiques publiques. Les résultats du suivi annuel et des évaluations sont soumis pour avis à la Conférence nationale de santé et au Haut Conseil de la santé publique, avant d'être rendus publics.

2.1.1.2 SNS et concordance avec les ODD

Dans sa stratégie nationale de santé 2018-2022, la France inscrit son action en matière de Santé dans la pleine réalisation des Objectifs du développement durable.

Le 3^{ème} ODD « Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges » est le seul qui soit spécifiquement sur la santé. Pour autant, l'ensemble des actions et sous-objectifs de la SNS concernant la santé se retrouvent dans les autres ODD (au moins 10 sont concernés). Dans le rapport d'évaluation de la pertinence et de la cohérence du Plan national de santé publique¹²⁷, **le Haut Conseil de la Santé Publique établit le lien entre les objectifs de la stratégie nationale de santé et les ODD** (à partir d'une déclinaison française des ODD onusiens¹²⁸).



Exemple au travers de deux objectifs du plan national de santé publique :

- L'objectif « Promouvoir la santé au travail, développer une culture de prévention dans les milieux professionnels et réduire la fréquence et la sévérité des pathologies liées aux conditions de travail » » répond à l'ODD « 3-Bonne santé et bien-être » par le suivi de deux indicateurs (concentration de particules fines, prévalence du tabagisme).

¹²⁶ Annexe Synoptique PRSE3 Pays de la Loire 2016-2020

¹²⁷ HCSP (2019)

¹²⁸ Conseil national de l'information statistique (2018)

- L'objectif « Promouvoir une alimentation saine » traduit en un sous-objectif d'« assurer l'accès à une alimentation saine, en quantité suffisante, produite dans des conditions durables, d'un prix abordable et de bonne qualité gustative et nutritionnelle » répond à l'ODD « 3-Bonne santé et bien-être » (au travers du suivi du taux d'obésité) ainsi que l'ODD « 1-Faim zéro » et « 12-Consommation et production responsables.

2.1.2 Les conventions interministérielles et inter fédérations d'application du DD en Santé

En 2009 est signée la première convention¹²⁹ portant engagements mutuels dans le cadre du Grenelle Environnement entre l'Etat, l'ADEME et deux fédérations hospitalières (FHF et FEHAP)¹³⁰.

En 2017, le renouvellement de la première convention répond aux objectifs de la stratégie nationale de transition écologique vers un développement durable 2015-2020 (SNTEDD). Elle s'inscrit aussi plus largement dans le cadre de l'agenda 2030 qui a fixé les 17 objectifs de développement durable. Un plus grand nombre de fédérations sont signataires de cette convention, dont les principes directeurs sont stables¹³¹.

Dans son principe directeur N°4, pour « Intégrer des critères de performance Développement Durable dans le management des établissements de santé », **la convention propose de s'inspirer de :**

- **la liste des 42 indicateurs** sociaux, sociétaux et environnementaux contenus dans le décret¹³² sur le reporting extra financier et
- **du cadre juridique national du reporting extra-financier** pour les entreprises (management par la RSE) ».

Le rôle de l'ANAP, dans le cadre de cette convention, est d'animer le suivi de la maturité des démarches de DD dans les établissements et services et de proposer un appui à la mise en œuvre des actions.

¹²⁹ Ministère de l'Ecologie de l'Energie du Développement Durable et de la Mer. Ministère de la Santé et des Sports. ADEME. FHF. FEHAP. (2009)

¹³⁰ Annexe Objectifs de résultat fixés par la Convention portant engagements mutuels dans le cadre du Grenelle de l'Environnement avec les fédérations hospitalières

¹³¹ Annexe Analyse de l'évolution des conventions en faveur du DD en établissements de santé

¹³² Le Premier Ministre (2012)

2.2 Photographie du DD en établissements de Santé en France

Sommes-nous capables aujourd'hui de confirmer ou d'infirmer que tous les établissements de Santé mettent en œuvre au moins une action de DD ? La réponse est non, un tel instantané exhaustif à l'échelle des 39 000 structures de santé n'existe pas.

La connaissance du niveau de maturité et d'engagement des structures de santé en faveur du développement durable est partielle et repose sur les données de plusieurs institutions (ANAP, HAS, C2DS, ...). Des observatoires volontaires sur le développement durable spécifiquement en Santé amènent progressivement une plus grande connaissance des pratiques en matière de DD. Ces observatoires reposent sur deux principaux outils :

- l'outil **Mon Observatoire du Développement Durable** (MODD)¹³³ porté par l'ANAP,
- et l'outil **Indicateur du Développement Durable Santé Durable®** (IDD)¹³⁴ porté par le C2DS.

Avec 947¹³⁵ répondants au MODD en 2018, et 246 répondants à l'IDD en 2017, nous disposons d'un premier recul du niveau de maturité du DD selon les synthèses annuelles consolidées du MODD¹³⁶ et de l'IDD¹³⁷.

D'une première analyse, portée par l'ANAP, dans un rapport national consolidé du MODD de la campagne 2018¹³⁸, nous retenons que :

- **« les structures sont minoritaires (3%) à déclarer formaliser, évaluer et suivre les enjeux de Développement Durable de leurs projets dans une dynamique d'amélioration continue. »**
- Toutefois, « le pourcentage de structures ayant intégré des actions précises et suivies [...] en matière de Développement Durable est en augmentation, passant de 15% en 2017 à 20% en 2018. »¹³⁹.
- **« Globalement, il y a peu d'évolution sur le niveau de maturité des structures entre 2017 et 2018. »**

D'une seconde analyse, portée par le C2DS à partir des données agrégées 2016 et 2017 de l'IDD Santé Durable ®, nous retenons que :

¹³³ Mon Observatoire du Développement Durable Mode d'emploi, Disponible sur : <http://rse.anap.fr/publication/listes-article/1897-mon-observatoire-du-dd-mode-d-emploi>

¹³⁴ <https://www.c2ds.eu/les-rapports-generiques-idd/> et <https://idd.primum-office.com/>

¹³⁵ Annexe MODD 2018 / Répartition des répondants par région

¹³⁶ ANAP (2018)

¹³⁷ C2DS (2018)

¹³⁸ ANAP (2018)

¹³⁹ Annexe MODD 2018 / maturité des structures sur les volets du développement durable en 2018 (Extrait)

- « Pour 19% des établissements sanitaires et 10% des établissements médico-sociaux, le développement durable est intégré¹⁴⁰ dans les projets majeurs de l'établissement de manière formalisée. »¹⁴¹
- « La thématique du développement durable est identifiée dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans 25% des établissements sanitaires et dans 13% des établissements médico-sociaux répondants. »¹⁴²

Les analyses issues de ces observatoires sont à considérer avec la précaution statistique relative aux échantillons et ne peuvent être directement extrapolées à l'ensemble des 39 000 structures des secteurs sanitaires et médico-sociaux. L'augmentation du nombre de répondants (+521 répondants au MODD entre 2017 et 2018) permet néanmoins d'avoir une marge d'erreur moins importante et donc des résultats plus fins.

2.3 Outils d'évaluation du DD

L'évaluation permet de comprendre comment l'établissement se positionne tout en utilisant ses résultats pour la communication avec ses parties prenantes.

Il existe de nombreuses formes d'évaluation (labellisation, certification, notation extra-financière, vérification de la performance extra-financière) en lien avec la RSE dont certaines couvrent parfois les trois volets (environnement, social, économique) et d'autres un volet spécifiquement.

Les différentes formes d'évaluation (auto-évaluation, évaluation certifiante ou non par un organisme tiers indépendant) répondent à des besoins distincts, complémentaires.

2.3.1 Outils d'auto-évaluation et d'évaluation volontaire du DD en Santé

2.3.1.1 L'auto-évaluation

Nous revenons sur les deux outils, identifiés spécifiquement dans le secteur de la Santé. Menés en autodiagnostic par les établissements, ces outils évaluent la maturité de la gouvernance du Développement Durable et de ses composantes sociale, sociétale, environnementale et économique.

i. Mon Observatoire du Développement Durable

¹⁴⁰ Annexe Schéma du développement durable intégré dans les outils du management

¹⁴¹ C2DS (2018), p. 7

¹⁴² C2DS (2017), p. 7

Porté par l'ANAP depuis 2016 le MODD (auparavant baromètre du développement



Mon Observatoire du Développement Durable

durable en santé depuis 2009), apporte un éclairage sur les pratiques RSE des ES-ESSMS.

Il a été élaboré dans le cadre de la convention 2017-2020, relative au développement durable entre l'État et les fédérations du secteur sanitaire, social et médico-social.

L'outil permet aux structures sanitaires, sociales et médico-sociales de mesurer annuellement la maturité de leur démarche Développement Durable dans toutes ses dimensions.

A partir d'un questionnaire composé de 32 questions chiffrées et appréciatives, le MODD couvre les champs du développement durable selon une répartition en 6 axes (gouvernance, impact sociétal, volet social, environnement, achats et durabilité économique).

Parmi les questions posées, l'une intéresse particulièrement le sujet de notre recherche en ce qu'elle porte sur la performance globale de la structure et questionne l'utilisation d'indicateurs extra-financiers.

« Quels tableaux de bord de performance sont utilisés dans votre structure ? »¹⁴³

De l'analyse portée par l'ANAP aux réponses de la campagne 2018 du MODD¹⁴⁴, nous retenons que :

- La moitié des structures exploitent d'ores et déjà des indicateurs extra-financiers (55% des répondants les ont définis et les mesurent régulièrement).
- Les réponses à cette question semblent indiquer un besoin des structures de disposer de méthodes d'évaluation de leur performance globale et d'outils pour la définition d'indicateurs extra financiers favorisant un pilotage plus durable de la structure.

ii. L'Indicateur du Développement Durable en santé

Porté par le Comité Développement Durable en Santé (C2DS) depuis 2006, l'IDD Santé Durable® permet d'établir un état des lieux en matière de développement durable des ES-ESSMS.



A partir d'un questionnaire composé de 74 questions dont 35 indicateurs chiffrés, l'autodiagnostic couvre les champs du développement durable selon une répartition en dix-sept principaux thèmes :

¹⁴³ Annexe MODD 2018 / Quels tableaux de bord de performance sont utilisés dans votre structure ?

¹⁴⁴ ANAP (2018), p.85

	1. IDENTIFICATION	8. AIR
	2. GOUVERNANCE	9. DÉCHETS
	3. ACHATS	10. EAU
	4. BIEN-ÊTRE	ET 11. ÉNERGIE
	SATISFACTION	AU 12. TRANSPORTS
	TRAVAIL	13. COMMUNICATION
	5. RELATIONS	AVEC 14. BIODIVERSITÉ
LES USAGERS	15. BÂTIMENTS	
6. PROMOTION DE LA	16. RESTAURATION	
SANTÉ	17. HYGIÈNE	
7. PARTIES PRENANTES		
EXTERNES		

L'outil permet aux établissements :

1. sanitaires de répondre au critère de la certification HAS (critère 1b « Engagement dans le développement durable » V2014) ;
2. et médico-sociaux d'intégrer les aspects en lien avec le développement durable en complément de l'évaluation interne et externe de l'établissement.

2.3.1.2 L'évaluation volontaire : labellisation ou certification volontaire en Santé

Il est possible de faire attester la maturité en RSE d'une organisation selon plusieurs démarches, complémentaires (labellisation, certification volontaire, certification obligatoire).

La question du choix parmi « une multitude de labels et de certifications¹⁴⁵ » se pose à l'établissement volontaire qui souhaite une reconnaissance externe de ses actions en matière de DD.

Le cahier des charges en matière de développement durable peut être basé, entre autres, sur les normes de haute qualité environnementale (HQE), ISO 14001 (système de management environnemental) ou encore l'ISO 26000, unique norme internationale qui vise à fournir aux organisations les lignes directrices de la responsabilité sociétale.

Le label : régulièrement défini comme une marque collective qui se matérialise par des signes distinctifs comme un nom ou un logo, le label peut être utilisé par les différentes marques se conformant au même cahier des charges. [...] Un label, n'est pas, en soi, un gage

¹⁴⁵ Reneaux N. (2017)

de qualité, mais seulement la garantie que le produit possède certaines caractéristiques qui attestent de son mode de production ou de sa composition¹⁴⁶. Les labels répondent au besoin des organisations d'informer et de sensibiliser l'utilisateur.

Le processus de labellisation peut comprendre une étape de validation par un organisme agréé¹⁴⁷. Certains labels couvrent les pratiques du DD des établissements de santé dans une approche ciblée (Label Relations fournisseurs & achats responsables), d'autres labels apportent une évaluation complète des champs de la RSE (THQSE®, Label LUCIE).

L'évaluation réalisée par un tiers vise à reconnaître les actions engagées par l'organisation. Cette évaluation, permet de valoriser la démarche de responsabilité sociétale dans laquelle l'organisation s'est engagée.

La certification volontaire est une action par laquelle un organisme reconnu par une accréditation et indépendant donne une assurance écrite (un certificat) qu'une organisation est conforme à des exigences prédéfinies. Ces exigences sont précisées dans un référentiel. Dans le cas d'une certification volontaire, celle-ci n'est pas liée à une réglementation.

La norme ISO 26000 n'étant pas certifiante, des méthodes d'évaluation de l'ISO 26000 ont été créées par des organismes indépendants (ex : AFAQ 26000 de l'AFNOR, SGS, PERFORMANCE ISO 26000, Alphae 26000, EcoCert 26000). Les organisations qui le souhaitent peuvent prétendre à une certification volontaire sur la base de ces référentiels inspirés de l'ISO 26000.

Enfin, il peut être difficile d'évaluer les organisations de secteurs différents avec la même approche/référentiel ; aussi, Afnor Certification, en lien avec le C2DS a élaboré une méthode AFAQ 26000, l'une pour les établissements sanitaires¹⁴⁸ et l'autre pour les établissements et services médico-sociaux¹⁴⁹.



¹⁴⁶ LNE (2019)

¹⁴⁷ AFNOR, BUREAU VERITAS, DEKRA, VIGEO,

¹⁴⁸ <https://www.c2ds.eu/les-guides-incontournables/le-guide-iso-26-000-sanitaire/>

¹⁴⁹ <https://www.c2ds.eu/les-guides-incontournables/guide-iso-26000-medico-social/>

2.3.2 L'évaluation réglementaire du DD en Santé

Par rapport à la certification volontaire, la certification réglementaire obéit en sus à une réglementation nationale, européenne ou internationale. Elle permet la mise sur le marché ou la circulation des produits à qui elle est attribuée.

Dans les établissements de santé, la certification se décline dans des domaines variés :

- Certification des comptes (qualité comptable et contrôle interne comptable et financier),
- Certification HQE Haute Qualité Environnementale (performance environnementale des bâtiments tertiaires),
- Certification HAS (qualité et sécurité des soins dispensés).

Les référentiels de certification les plus connus sont les normes ISO toutefois, rappelons que la norme ISO 26000 (présentement ISO 26000:20100) n'est pas certifiante.

Les services de certification sont assurés par des organismes de certification externes accrédités¹⁵⁰ ou non.

2.3.2.1 Développement durable et certification HAS

La certification de la qualité et la sécurité des soins, mission confiée à la Haute autorité de santé par les ordonnances de 1996¹⁵¹, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels mandatés par la HAS. Cette procédure, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur :

- le niveau des prestations et soins délivrés aux patients,
- et la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements.

Si la certification HAS des établissements sanitaire est obligatoire, elle ne s'applique pas aux activités médico-sociales, ni aux activités de recherche et d'enseignement même lorsque ces activités s'exercent au sein d'un établissement de santé.

Menée par la Haute Autorité de Santé, la certification des établissements sanitaires est introduite au sein du système de santé français par l'.

¹⁵⁰ Pour connaître les noms des organismes de certification accrédités, contacter l'organisme national d'accréditation dans le pays souhaité ou consulter le site de l'[International Accreditation Forum](#).

¹⁵¹ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996

i. Objectifs des versions V2014 et V2020

La V2014

La V2014 a été pensée et développée pour **permettre une certification continue et efficiente**

- pour renforcer l'effet de la certification sur le management de l'établissement et des secteurs d'activité ;
- **renforcer la capacité des établissements à identifier et maîtriser leurs risques ;**
- **rendre continue la démarche d'amélioration de la qualité des établissements, avec le compte qualité ;**
- poursuivre le développement des approches centrées sur le patient, grâce à l'introduction du patient traceur ;
- **valoriser les établissements dans le cadre de la certification, avec notamment la mise en place de l'incitation financière pour l'amélioration de la qualité.**

La version V2014 est celle opposable actuellement aux établissements.

La V2020 à venir

A l'automne 2018, la HAS a démarré des travaux pour rénover la certification des établissements de santé à l'horizon 2020. Les différents travaux entamés ont notamment permis d'aboutir à une première version du prochain référentiel (cf. infra). A partir du référentiel consolidé, la HAS prévoit d'expérimenter la certification V2020 à l'automne 2019 avant une mise en œuvre courant 2020.

ii. Référentiels des V2014 et V2020

Référentiel V2014

La certification des établissements sanitaires s'appuie notamment sur un référentiel que la HAS fait évoluer de manière régulière afin de s'adapter à l'évolution des pratiques médicales et au système de santé.

Dans le référentiel actuel (V2014), huit critères relatifs au DD sont identifiés :

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ▪ critère 1b : engagement dans le développement durable | ▪ critère 7a : gestion de l'eau |
| ▪ critère 3d : qualité de vie au travail | ▪ critère 7b : gestion de l'air |
| ▪ critère 6f : achats éco-responsables et approvisionnements | ▪ critère 7c : gestion de l'énergie |
| | ▪ critère 7d : hygiène des locaux |
| | ▪ critère 7e : gestion des déchets |

La HAS mentionne que « le développement durable est un principe directeur : les établissements ne doivent pas s'empêcher de se questionner sur le développement durable à travers les autres critères. ».

Nouveau référentiel V2020

Au sein du document de travail du référentiel de certification V2020, le développement durable figure à plusieurs endroits, et de façon explicite au sein de l'objectif 3.3.5 :

L'établissement maîtrise la gestion du risque environnemental :

« Le souci permanent de la sécurité des processus des différents métiers présents dans les hôpitaux doit pouvoir **intégrer les risques liés à l'environnement et les enjeux du développement durable : économique, social et environnemental.**

Les établissements de santé ont une empreinte environnementale importante, un poids économique majeur et un très fort potentiel éducationnel en direction de leur personnel et des patients qu'ils accueillent

La gestion de l'énergie, la gestion de l'eau, la pollution, la toxicité de certains produits font partie de l'impact environnemental que les établissements devraient réduire. »¹⁵²

Cet objectif est porté par 2 critères :

3.3.5-01 L'établissement **s'assure que la politique de gestion des déchets est respectée**

3.3.5-02 L'établissement **s'engage dans une démarche de développement durable.**

D'autres objectifs, sans citer le développement durable, peuvent être cités :

¹⁵² HAS (2019-a), p. 79

➤ **Objectif 3.1.3** : L'établissement implique les professionnels et les représentants des usagers dans l'élaboration de sa stratégie » (Critère 3.1.3-01 et Critère 3.1.3-02)

➤ **Objectif 3.1.4** : Les ressources humaines et matérielles garantissent la réalisation des activités en toute sécurité

➤ **Objectif 3.2.1** : La gouvernance manage avec leadership (démarche qualité de vie au travail, culture de la bienveillance, qualité du travail en équipe)

➤ **Objectif 3.2.2** : Les responsables des équipes managent avec leadership et gèrent les compétences des équipes (compétences (organisation apprenante, climat de travail)

➤ **Objectif 3.2.3** : L'établissement renforce la qualité des soins et la sécurité des patients par le travail en équipe (« donner du sens au travail ») (partage d'objectifs communs qui renforcent le sens du travail et favorisent la motivation et la reconnaissance)

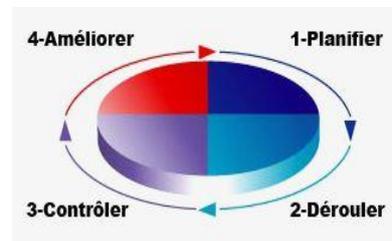
iii. Evaluation des indicateurs

D'après le manuel de certification des établissements de santé¹⁵³, les éléments d'appréciation sont organisés selon les étapes d'une démarche d'amélioration.

Chaque élément d'appréciation est classé dans trois colonnes E1, E2 et E3 où E1, E2, E3 correspondent aux étapes

classiquement rencontrées dans une démarche d'amélioration : prévoir, mettre en œuvre, évaluer et améliorer (roue de Deming, Plan-Do-Check-Act).

Le niveau atteint par l'établissement sur les différents éléments d'appréciation permet à l'établissement de déterminer s'il le souhaite dans ses travaux d'autodiagnostic une cotation du critère en 4 classes (A, B, C, D) qui correspond à une estimation du niveau de qualité de l'établissement sur le critère.



iv. Le compte qualité

Les objectifs du « compte qualité » sont de rendre plus continue la démarche de certification en faisant converger dans un même document le diagnostic réalisé par l'établissement et les plans d'actions établis pour l'amélioration de la qualité et la réduction des risques.

La nouvelle certification V2020 conserve le compte qualité. Il sera utilisé par les établissements pour les évaluations internes avant visite et en suivi régulier, et par les experts-visiteurs au moment de la visite.

¹⁵³ HAS (2014), p. 7

v. **La visite de certification et les experts-visiteurs**

Les experts-visiteurs sont des collaborateurs occasionnels qui agissent au nom de la HAS et réalisent les visites de certification de l'ensemble des établissements de santé du territoire, tous les 4 à 6 ans.

L'expert-visiteur est un professionnel de santé : médecin, pharmacien, directeur, soignant et autres cadres hospitaliers, expérimenté en établissement de santé. Dans la fiche de mission de l'expert-visiteur, il n'est pas fait mention de savoir particulier à détenir au sujet du développement durable ou de la responsabilité sociétale des organisations.

vi. **La décision et ses impacts**

Le niveau de certification d'un établissement est lié au type d'avis prononcé pour chaque thématique évaluée en visite. L'avis dépend de la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs fixés et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue.

La HAS peut prononcer sur les thèmes investigués en visite les différents niveaux de décision et de certification suivants :

Niveau de décision	Niveau de certification de l'établissement	Lettre associée au niveau de certification
décision de certification, assortie le cas échéant d'une ou plusieurs recommandations	Certifié, pour une durée de 6 ans,	A
	Certifié avec recommandation(s) d'amélioration	B
	Certifié avec obligation(s) d'amélioration. Ils sont tenus d'y répondre rapidement ; à défaut, ils seront non certifiés	C
décision de sursis à certification dès lors qu'elle a émis une ou plusieurs réserves ou a fortiori des réserves majeures	La HAS a décidé de surseoir à la certification du fait de réserve(s). Le niveau de certification n'est alors prononcé qu'à l'issue d'une visite de suivi	D
décision de non-certification	Non certifiés	E

Dans le bilan à mi-parcours de la certification V2014¹⁵⁴, la HAS indique que la certification s'articule, de manière cohérente, avec d'autres leviers de la qualité et sert l'objectif de régulation par la qualité :

¹⁵⁴ HAS (2017-b)

- les décisions de non-certification pourraient être utilisées comme levier pour faire évoluer l'offre de soins par la tutelle (retrait d'autorisation, transformation d'une activité sanitaire en activité médico-sociale, etc.),
- **les résultats de certification sont aujourd'hui un critère d'éligibilité et une dimension du modèle d'incitation financière à la qualité (IFAQ),**
- la publication des résultats sur le site Scope Santé¹⁵⁵ permet aux citoyens de s'informer et de choisir l'établissement dans lequel ils souhaitent être hospitalisés.

Pour les établissements sanitaires, un dispositif complet d'évaluation existe. Le secteur médico-social connaît des similitudes avec ce système d'évaluation.

2.3.2.2 Evaluation interne/externe de la qualité de PEC de l'usager dans les ESMS

Depuis la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, les 36 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sont tenus de procéder à des évaluations régulières de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent notamment au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles du secteur social et médico-social.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a confié à la HAS, depuis le 1^{er} avril 2018¹⁵⁶, les missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). En plus de son rôle central dans le champ sanitaire, la HAS intervient désormais aussi dans les champs social et médico-social.

i. L'évaluation interne

L'évaluation interne couvre le même champ que l'évaluation externe ; elles entrent dans une logique de complémentarité et doivent permettre aux ESSMS de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

L'évaluation interne est conduite par l'établissement ou le service lui-même en associant les professionnels, les personnes accompagnées et les partenaires.

À l'issue du diagnostic partagé, les points à valoriser sont mis en avant et les éléments d'amélioration précisés. Un plan d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement est élaboré. Il doit être suivi et communiqué régulièrement aux professionnels et aux personnes accompagnées.

¹⁵⁵ www.scopesante.fr

¹⁵⁶ Article 72 LFSS2018: Transfert des missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de la Haute Autorité de santé (HAS) à partir du 1er avril 2018

ii. L'évaluation externe

Les champs des évaluations externe et interne sont les mêmes afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service et de fait, pouvoir apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

Les évaluations se conduisent, notamment au regard des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques validées ou élaborées anciennement par l'ANESM.

Les ESSMS autorisés ou dont l'autorisation a été renouvelée après la Loi HPST sont tenus de :

- transmettre **trois rapports d'évaluation interne** tous les 5 ans ou lors de la révision de leur CPOM ;
- faire procéder à **deux évaluations externes** entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci.

Les ESSMS sélectionnent l'organisme habilité qui réalisera leur évaluation externe à partir d'une liste actualisée tenue par la HAS.

2.3.3 Ouverture à une autre forme d'évaluation externe du DD : la déclaration de performance extra-financière (DPEF)

Depuis les décrets d'application de la Loi NRE (2001), le cadre législatif oblige certaines sociétés à publier un reporting sociétal ou reporting extra-financier. Combinée à une évaluation de la performance économique de l'établissement, cette évaluation extra-financière nouvelle permet une évaluation complète de la démarche de RSE d'une structure de Santé.

En 2019, après plusieurs adaptations¹⁵⁷ dans le contenu et la forme du reporting, les établissements ciblés par les seuils (cf. tableau infra) sont obligés de publier leur Déclaration de Performance Extra-Financière (DPEF) dans leur rapport de gestion¹⁵⁸, ainsi que sur leur site internet.

¹⁵⁷ Annexe Evolution du cadre législatif du reporting RSE en France

¹⁵⁸ Annexe Objectifs du reporting RSE et hiérarchie des rapports financiers et extra-financiers

Tableau présentant les seuils au-delà desquels la DPEF est obligatoire

Seuils au-delà desquels l'établissement de la Déclaration est requis			
	Nombre de salariés	Total du bilan	Total du CA
Sociétés dont les titres sont admis aux négociations sur un MR ⁵	500	20 M€	40 M€
Sociétés dont les titres ne sont pas admis aux négociations sur un MR ⁵	500	100 M€	100 M€

¹⁵⁹ MR : Marché Réglementé

Pour les entreprises non-soumises à la DPEF, 46% d'entre elles publient leur DPEF dans un rapport RSE volontaire et 31% uniquement dans un rapport intégré.

2.3.3.1 DPEF : Quels changements par rapport au précédent reporting extra-financier ?

Une analyse de PwC France¹⁶⁰ apporte un éclairage sur les changements entre le dispositif de reporting extra-financier (Loi Grenelle II) et la déclaration de performance extra-financière.

Si le processus de collecte des informations RSE n'est pas foncièrement modifié, le processus de présentation des informations est nouveau. Celui-ci s'appuie sur une analyse des risques conduisant à ne **présenter des informations que sur les thématiques à risque significatif** au contraire de Grenelle II qui demandait des informations sur 42 thématiques.

Par ailleurs les informations présentées sur les risques significatifs doivent être formulées selon la logique « politiques, plans d'action, résultats, indicateurs clés de performance (KPI¹⁶¹) » alors que la Loi Grenelle II ne fournissait aucune exigence en matière de nature d'information à produire (qualitatif, quantitatif, etc.).

D'après une étude portant sur les pratiques de reporting et rapport extra-financiers¹⁶², « la DPEF a amené les entreprises à modifier leur processus de reporting. Un mouvement s'opère vers le rapport intégré, finalité de la DPEF. L'exercice est déjà perçu comme un levier de transformation en interne, permettant d'améliorer la transparence et de sensibiliser le management de manière transversale » aux impacts environnementaux, sociaux, sociétaux de l'activité de l'entreprise.

2.3.3.2 Quelles informations sont à fournir dans la DPEF ?¹⁶³

La déclaration de performance extra-financière publiée par les entreprises doit intégrer :

1. La présentation du modèle d'affaires,

¹⁵⁹ Source CNCC – COMMUNIQUE – DECLARATION DE PERFORMANCE EXTRA-FINANCIERE – OBLIGATIONS DES ENTITES, DES COMMISSAIRES AUX COMPTES, DES OTI – Juin 2018

¹⁶⁰ PwC France (2019)

¹⁶¹ KPI est un acronyme pour "Key Performance Indicator ». Associés à un objectif, les indicateurs clés de performance permettent de suivre et d'évaluer la performance des actions.

¹⁶² Tennaxia (2019)

¹⁶³ Annexe Déclaration de performance extra-financière 2018 Groupe ELSAN (extrait)

2. Une analyse des principaux risques RSE,
3. Les politiques appliquées et procédures de diligence raisonnable,
4. Les résultats des politiques et indicateurs de performance.

La déclaration demande une présentation des principaux risques RSE liés à l'activité et se structure autour de 4 thématiques : social-sociétal, environnement, lutte contre la corruption et droits de l'homme. Les risques RSE englobent ainsi :

1. les conséquences sur le changement climatique de l'activité de la société et de l'usage des biens et services qu'elle produit,
2. les engagements sociétaux de l'entreprise en faveur du développement durable, de l'économie circulaire et de la lutte contre le gaspillage alimentaire,
3. les accords collectifs conclus dans l'entreprise : leurs impacts sur la performance économique de l'entreprise et sur les conditions de travail des salariés,
4. les actions de lutte contre les discriminations et de promotion de la diversité,
5. les sociétés cotées doivent aussi produire des informations relatives aux droits de l'Homme et à la lutte contre la corruption.

2.3.3.3 Vérification de la performance extra-financière ou « vérification sociétale »

En prise à un défaut de confiance des investisseurs quant à la qualité et la fiabilité des informations divulguées en matière de RSE (informations supposées être de convenance, partielles, focalisées sur des actions valorisantes), les entreprises souhaitent davantage faire la démonstration de la fiabilité de leurs informations.

La fiabilité de la donnée RSE peut être considérée comme un préalable indispensable à sa crédibilité et conditionne sa prise en compte par les investisseurs. De cette recherche de crédibilité dans le reporting et la diffusion d'informations RSE naît le besoin de faire vérifier les données, c'est la vérification de la performance extra-financière ou vérification sociétale.

Une **procédure de vérification de la DPEF est obligatoirement** (audit extra-financier) menée par **un organisme tiers indépendant (« OTI »)** dès lors que les entreprises dépassent un certain seuil de chiffre d'affaire, de total de bilan et d'effectif (cf. tableau supra).

Les entreprises non soumises de façon obligatoire à la vérification de la DPEF peuvent tout de même la faire vérifier, en ce qu'elle est complémentaire à l'audit financier.

Trois profils de vérificateurs sont permis :

- les commissaires aux comptes (CAC) (référence à la norme ISAE 3000),

- les cabinets de conseil ou d'audit n'ayant pas le mandat de CAC (référence à la norme AA1000),
- les bureaux d'études et/ou de certification (référence à la norme AA1000).

Une revue de la littérature sur la vérification sociétale indique qu'« un nombre croissant d'entreprises sollicitent l'intervention d'un tiers extérieur et indépendant pour réaliser une vérification de leurs informations sociétales de façon discrétionnaire ou obligatoire, en fonction du contexte réglementaire de chaque pays. »¹⁶⁴

Retenons enfin que la vérification sociétale réalisée par un CAC est une vérification de ce qui est dit (l'exactitude des informations) mais non de ce qui est fait. En ce que le vérificateur CAC n'est pas un conseiller, il n'atteste pas d'un certain niveau de performance sociétale.

Les cabinets de conseil, audit et bureaux d'étude et/ou de certification peuvent quant à eux effectuer à la fois la vérification de ce qui est dit et la vérification de ce qui est fait.

Enfin, en appui de la vérification sociétale, les entreprises sont incitées par les vérificateurs à produire un reporting sociétal en référence aux cadres internationaux (référentiel de l'international Integrated Reporting Council (IIRC)¹⁶⁵, GRI¹⁶⁶).

2.3.4 Normer pour mesurer et rendre opposable

Selon une définition de l'organisation internationale de normalisation, les normes sont des spécifications de premier ordre pour les produits, les services et les systèmes dans une optique de qualité, de sécurité et d'efficacité. La raison d'être d'une norme est de fournir une base fiable permettant aux individus de partager les mêmes attentes autour d'un produit ou d'un service. Cela permet de :

- faciliter le commerce,
- fournir un cadre pour favoriser des économies, de l'efficience et une interopérabilité,
- améliorer la protection et la confiance du consommateur.

¹⁶⁴ Gillet-Monjarret C. Rivière-Giordano G. (2017)

¹⁶⁵ IIRC est une coalition mondiale regroupant des entreprises, des investisseurs, des autorités de réglementation, des instances de normalisation, des représentants de la profession comptable et des ONG. Tous ces acteurs sont convaincus que le reporting des entreprises doit évoluer vers une communication sur la création de valeur.

¹⁶⁶ La GRI rallie le CERES (Coalition for Environmentally Responsible Economies) et le PNUE (programme d'environnement des Nations Unies) et intègre la participation active de sociétés, ONG, organismes comptables, associations d'hommes d'affaires du monde entier.

Parmi les nombreuses normes liées à la RSE¹⁶⁷ (ISO 14001:2015, EMAS, ISO 20400:2017, ISO 26000:2010, ISO 45001:2018, ISO 50001:2018, ...) deux normes se distinguent pour couvrir globalement les enjeux du DD : la Global Reporting Initiative (GRI) et l'ISO 26 000.

i. La Global Reporting Initiative (GRI)



La vocation de la Global Reporting Initiative (GRI) est de proposer des directives et normes pour rendre compte des performance économiques, environnementales et sociales, à un niveau équivalent à celui du reporting financier, dans un souci de comparabilité, de crédibilité, de rigueur, de périodicité et de vérifiabilité des informations communiquées.

Depuis le 1^{er} juillet 2018, les « lignes directrices » ou directives G4 ont été remplacées par les normes de reporting de durabilité GRI (normes GRI), nécessaires pour tous les rapports ou autres documents publiés à compter de cette date. Le nouveau standard GRI4¹⁶⁸ se divise en 4 séries (Série 100 – Série 200 – Série 300 – Série 400), 6 catégories (101,102,103,200,300,400) et 91 indicateurs au maximum.

<p>Avant le 1^{er} juillet 2018</p> <p>GRI Version4 (lignes directrices ou directives G4)</p>	<p>A compter du 1^{er} juillet 2018</p> <p>Le nouveau standard GRI4 se divise en 4 séries : Série 100 – Série 200 – Série 300 – Série 400</p>

A noter qu'il n'existe pas de déclinaison de la GRI spécifique au secteur de la Santé.

¹⁶⁷ Annexe Analyse des principales normes liées à la RSE et concordance avec les ODD

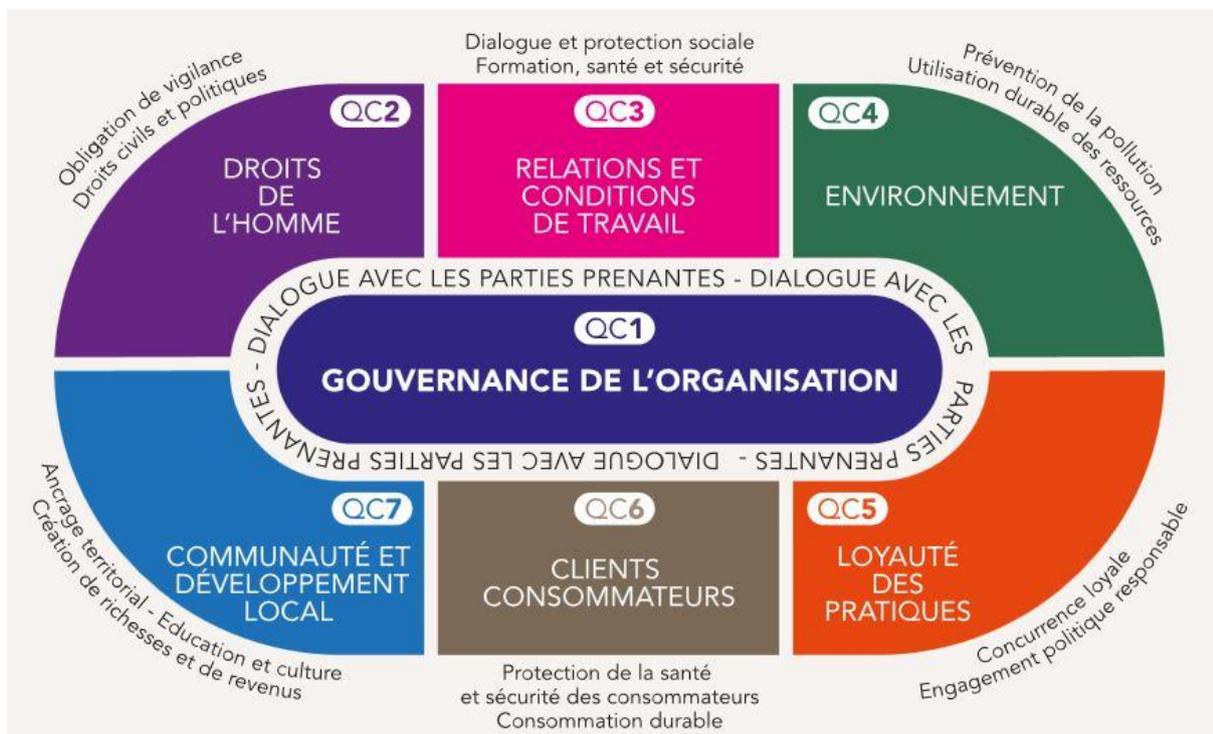
¹⁶⁸ Annexe Le nouveau standard GRI4, divisé en 4 séries (2018)

ii. L'ISO 26000



La norme ISO 26000 fournit des lignes directrices aux organisations concernant la responsabilité sociétale de l'entreprise (RSE), qui définit l'intégration dans l'entreprise des préoccupations sociales, environnementales et économiques en interaction avec ses parties prenantes. Elle constitue un consensus international de la RSE et vient en complément d'instruments et initiatives déjà existantes.

La norme ISO 26000 formalise, en 7 questions centrales (QC sur le schéma ci-dessous) et 36 domaines d'actions, la contribution d'une entreprise au développement durable.



ISO 26000 n'est pas une norme certifiante

L'ISO 26000 fournit des orientations aux organisations et non des exigences. Contrairement à d'autres référentiels, l'ISO 26000 n'est donc pas certifiant. C'est une norme de « comportement » et non une norme « d'objectif ».

Elle laisse le choix à l'organisation de hiérarchiser ses propres priorités qui peuvent être affectées de manière très large par des éléments spécifiques : la taille de l'organisation, son histoire, son marché (public, privé, type de concurrence), son secteur, son cadre réglementaire, etc. Dans tous les cas, cette hiérarchisation sera impactée par les attentes spécifiques de ses propres parties prenantes.

Par conséquent, **la norme ISO 26000 reste avant tout un guide méthodologique**, centré sur des lignes directrices et non des exigences mesurables. N'étant pas en mesure d'établir un niveau de conformité absolu pour tel ou tel enjeu, ISO a choisi de ne pas rendre certifiant ce document et, ainsi, éviter de résumer la norme ISO 26000 à un plus petit dénominateur commun intersectoriel. Il n'y a ainsi pas d'ISO 26000 spécifique au secteur de la Santé.

La norme ISO26000 en vigueur est ISO 26000:2010.

iii. **Publication conjointe GRI et ISO 26000**

L'ISO et le GRI ont signé le 5 septembre 2011 un mémorandum d'accord (Memorandum of Understanding - MoU) visant à renforcer leur coopération en matière de développement durable.



Une publication conjointe de l'organisation internationale de normalisation (ISO) et du GRI¹⁶⁹, vise à établir un lien entre les lignes directrices de l'ISO 26000 relatives à la responsabilité sociétale et les lignes directrices du GRI pour le reporting développement durable. En particulier, cette publication fournit des références croisées entre les deux documents, sous formes de tableaux de concordance, qui peuvent permettre à toutes les organisations de tirer parti des synergies et complémentarités de ces deux initiatives.

Cela concerne les organisations qui ont suivi les lignes directrices de l'ISO 26000 et qui voudraient établir des rapports concernant leur responsabilité sociétale, ainsi que celles qui suivent les lignes directrices du GRI pour l'élaboration de leurs rapports, afin de comprendre les liens qui existent entre les principes de reporting, les éléments d'information requis et les recommandations du GRI d'une part, et les différents articles/paragraphes de l'ISO 26000:2010 d'autre part.

Depuis le 1^{er} juillet 2018, les « lignes directrices » ou directives G4 ont été remplacées par les normes de reporting de durabilité GRI (normes GRI) et la nomenclature a changé complètement (exemple, il n'y a plus de G4-EC1 ou G4-EN3, mais un nouveau système d'abréviation de type 303-3 Eau recyclée et réutilisée).

iv. **Concordance des normes, référentiels et ODD**

Afin d'apprécier l'imbrication des normes entre elles ainsi qu'avec les objectifs de développement durable (ODD), les interrelations sont parfois présentées.

¹⁶⁹ GRI-ISO (2014)

C'est le cas pour :

- ❑ les normes ISO qui assurent cette correspondance. Exemple avec l'ISO 26000:2010 « Lignes directrices relatives à la responsabilité sociétale »



Cette norme contribue aux Objectifs de développement durable suivants :



- ❑ les nouveaux indicateurs de richesse où l'indicateur « la satisfaction dans la vie » s'inscrit dans la cible 3.4 de l'ODD 3 qui vise, « d'ici à 2030, à réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et à promouvoir la santé mentale et le bien-être ».

- ❑ ou encore pour la feuille de route économie circulaire (FREC)

Les interrelations de la FREC avec les Objectifs de Développement Durable (ODD)¹⁷⁰ identifient par exemple l'ODD 12 qui est consacré à la consommation et la production durables (établir des modes de consommation et de production durables).

A ce titre, une convergence de cette feuille de route vers les cibles de l'ODD 12 se rapportant à l'économie circulaire est établie, dont l'application a un impact sur la santé :

- Cible 12.4: «D'ici à 2020, parvenir à une gestion écologiquement rationnelle des produits chimiques et de tous les déchets [...] et réduire nettement leur déversement dans l'air, l'eau et le sol, afin de minimiser leurs effets négatifs sur la santé et l'environnement».

Certaines actions de cette feuille de route contribuent aussi à l'atteinte d'autres ODD (2,3,4,6,7,9,10,11,13,14,15,17¹⁷¹).

2.4 Pour un essor du développement durable, entre incitation et sanction, les avis divergent

Faut-il nécessairement soutenir financièrement les organisations à mettre en place des démarches RSE ?¹⁷²

A cette question, France Stratégie¹⁷³, résume que l'idée d'une aide financière directe pour inciter les entreprises à adopter une démarche « responsable » semble à écarter au profit de

¹⁷⁰ Ministère de la Transition Ecologique et Solidaire (inconnu)

¹⁷¹ Annexe Les 17 Objectifs de Développement Durable (ODD)

¹⁷² France Stratégie (2016)

mesures d'accompagnement ciblées (par taille, secteur, etc.). Cela favorise par ailleurs une logique de responsabilisation et d'implication des entreprises. L'étude n'exclut pour autant pas le financement d'amorce en ce que « la mise en place de dispositifs RSE constitue d'abord un coût pour les entreprises, avec un impact négatif immédiat sur leurs profits pour un gain ultérieur difficile à estimer à court-moyen terme, en particulier pour les PME. Une aide financière permettrait donc aux entreprises de réduire l'écart entre le coût réel à court terme et le gain espéré. ».

L'organisme d'étude ajoute « par ailleurs, comme la RSE est aussi une opportunité pour les entreprises de se transformer et de s'améliorer, l'incitation financière pourrait accélérer la progression de l'économie vers sa frontière d'efficacité. » Tout en tempérant « que si le gain de performance est assuré, les pouvoirs publics ne doivent pas tant aider financièrement que diffuser l'information. »

A l'occasion d'un débat portant sur le DD en santé¹⁷⁴, et mené entre deux professionnels de la RSE en santé, l'interviewée « X » souligne que « La plupart des dirigeants encore non engagés affirment même que le fait d'obtenir une subvention serait le seul véritable levier en faveur de leur futur engagement, alors que l'argent est la dernière des motivations pour les dirigeants déjà engagés dans une stratégie RSE. ».

Des financements en faveur d'actions innovantes en matière de DD sont déjà lancés dans « beaucoup d'institutions » selon cette même interviewée qui illustre son propos avec « par exemple la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie qui a cofinancé le projet de recherche Add'Age¹⁷⁵ sur la RSE consistant à diagnostiquer les pratiques responsables des EHPAD et des SSIAD ».

Une approche complémentaire du financement ouvre le débat sur « le financement doit-il être davantage incitatif que contraignant ? ».

Le second interviewé « Y » rappelle qu'« aucune loi n'est suffisamment contraignante pour soutenir les plus engagés et sanctionner ceux qui ne font rien. », citant pour exemple des établissements qui « ont réduit leurs émissions de gaz à effet de serre depuis 2010 ; en 2016, ils ont atteint les objectifs de 2020. Mais ils ne seront pas davantage reconnus que les établissements qui polluent. »

¹⁷³ Organisme d'études et de prospective, d'évaluation des politiques publiques et de propositions, placé auprès du Premier ministre www.strategie.gouv.fr

¹⁷⁴ Bertezene S. (2016). Quel développement durable en santé ?. Revue Territoire et Santé.

¹⁷⁵ FNAQPA (2015)

En matière d'incitation financière, ce même interviewé *Y* préconise d'orienter les politiques publiques en faveur du DD dans les établissements de santé et de leur donner « un budget pluriannuel » rappelant « d'affecter 1% des MIGAC¹⁷⁶ à des actions en faveur du développement durable ».

En traduction pour des non-initiés à la finance hospitalière, il s'agit d'affecter 1% d'une partie du financement actuel des établissements de santé (MIGAC) à des actions en faveur du développement durable.

¹⁷⁶ Missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation, recouvrent des activités spécifiques et bien identifiées qui ne peuvent être financées à l'activité

Ma Santé 2022 : Evolution de la répartition des financements prévus entre 2018 et 2022 / focus sur le paiement à la qualité et à la pertinence

La méthodologie est présentée en deux sous-parties, correspondant chacune à une phase d'un projet professionnel né des réflexions de cette année universitaire.

Ce projet vise à s'appuyer sur les travaux de recherche menés à l'occasion du présent mémoire (phase 1) avec pour finalité de déployer une recherche action sur l'essor du financement des établissements de santé selon des critères de DD (phase 2).

3.1 Méthodologie de la recherche dans le cadre du mémoire / phase 1 du projet professionnel

La phase 1 traitée dans ce mémoire a consisté majoritairement en une recherche documentaire et une structuration du savoir. En cela il n'y a pas de présentation de résultat au sens entendu de résultats issus d'une expérimentation.

Le mémoire a été construit de telle sorte qu'il puisse être un levier opérationnel :

- tant pour mon exercice professionnel actuel que pour les différentes parties prenantes concernées,
- à la fois immédiat et à moyen-long terme en fonction de la mobilisation des différentes parties prenantes.

3.1.1 Etude documentaire

La méthodologie employée dans le cadre du présent mémoire est basée principalement sur une recherche documentaire inspirée d'une part des enseignements de la formation du diplôme universitaire MDDS et d'autre part d'une recherche menée en autodidacte. Cette dernière, foisonnante, a dernièrement été davantage méthodique d'un site répertoriant les recherches scientifiques¹⁷⁷.

3.1.2 Entretiens

Des entretiens, non structurés, parfois sous forme de questionnaire¹⁷⁸, ont été menés avec différentes parties prenantes :

- enseignants-chercheurs au DU MDDS,
- professionnels de santé intervenant au DU MDDS,
- professionnels de la promotion 2018-2019-2020 du DU MDDS,

¹⁷⁷ www.researchgate.net

¹⁷⁸ Annexe Questionnaire auprès des étudiant.e.s du DU MDDS (promotion 2018-2019-2020) sur le remplissage des outils de diagnostic et de pilotage du DD en établissement de santé

- professionnels travaillant dans le domaine du DD en santé (C2DS) ou de l'expertise-comptable (Altercompta)

Ces échanges ont permis de conforter le choix de ma problématique. Ils ont permis aussi de clarifier mon angle d'approche du sujet (approche par la qualité des soins) lorsqu'il était aussi tentant d'aborder le sujet selon une vision davantage comptable (approche par la gestion des risques extra-financiers).

Enfin, des analyses documentaires de données d'établissements ont été faites sur les outils mobilisables dans le cadre du financement des ES-ESSMS selon des critères de DD.

Ont été étudiés et testés les outils cités au mémoire :

Outils	Etudié	Testé
Mon Observatoire du Développement Durable http://rse.anap.fr/mon-compte/connexion	X	X
Indicateur du Développement Durable Santé Durable® https://idd.primum-office.com/	X	X
IFAQ 2018 http://transfert.atih.sante.fr	X	

3.2 Méthodologie complémentaire (liée au plan d'actions) / phase 2 du projet professionnel

La phase 2 présente la méthodologie prévue pour aboutir à la réalisation de deux recherches actions.

En première intention, cette recherche-action se déroule en région Pays de la Loire, au sein de ma structure professionnelle MAPES.



3.2.1 Etude documentaire

- Analyse des déclinaisons en région des plans nationaux de la stratégie nationale de santé (exemple : PRSE 3 Pays de la Loire 2016-2020)
- Approfondir les lectures listées en bibliographie et portant notamment sur :
 - les référentiels (HAS, ISO 26000, AFAQ 26000 ES et ESMS, ...),
 - l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité,
 - la Déclaration de Performance Extra-financière,

- les +13% de performance économique liée aux pratiques RSE (l'étude France Stratégie (2016))
 - les labels,
- Etudier si d'autres pays ont mis en place un système de financement des ES-ESSMS selon des critères de DD.
 - Identifier les clusters DD RSE en France.

3.2.2 Entretiens à mener

Préalablement aux entretiens, une identification des parties prenantes est nécessaire afin de cibler les entretiens à mener avec les parties qui seront associées aux recherches actions prévues (cf. infra).

3.2.2.1 Portant sur les outils de mesure

Qui	Contenu
Concepteur des outils (MODD, IDD, label Lucie, label THQSE, ...)	contenus des outils de mesure les référentiels utilisés la concordance des indicateurs avec les grilles ODD, ISO 26000, GRI-G4, ... les évolutions prévues la problématique de la mutualisation des données dont résultats issues des différents outils d'évaluation
utilisateur	facilité d'utilisation exploitation à quelles fins (interne, externe) remplissage de plusieurs outils concordance avec les ODD perspectives
...	...

3.2.2.2 Portant sur les référentiels utilisés

Qui	Contenu
Personne ayant contribué à la rédaction du référentiel de certification HAS	Mieux appréhender les arbitrages quant au choix des indicateurs
HAS	Questionner le lien établi avec les ODD
Questionner les ES ayant utilisé les différents référentiels pour bénéficier de leur retour d'expérience :	

CH Carcassonne	rapport RSE ¹⁷⁹ et concordance des indicateurs avec les grilles ODD, ISO 26000, GRI-G4
CH Alès	enregistrement EMAS
ADAPEI 44	labellisation Lucie selon ISO 26000
A identifier	Labellisation THQSE ou accompagnement Primum Office ®
...	...

3.2.2.3 Portant sur l'évaluation

Qui	Contenu
Expert visiteur	Etat des savoirs en matière de DD Retour d'expérience sur les évaluations menées portant sur des critères DD
HAS	Etat des savoirs en matière de DD Une montée en compétence des experts visiteurs est-elle effectuée afin de pouvoir auditer les critères DD ?
Etablissements sanitaires évalués en Pays de la Loire Service gestion qualité des risques	Etat des comptes qualité en matière de critères DD ; identifier le processus interne d'autoévaluation et le plan d'actions lié
ARS Pays de la Loire	Etat des savoirs sur les évaluations IFAQ Quel montant de dotation annuelle ? Quel suivi est fait de l'IFAQ par l'ARS, notamment dans le cadre du dialogue de gestion Hors IFAQ, quel est l'état des attendus dans les CPOM en matière de DD ? quel est l'état des financements existants et possible (en mobilisant le fond d'intervention régional par exemple) ?
Etablissements et services médico-sociaux Direction	Identifier l'état des demandes
...	...

3.2.2.4 Portant sur des expérimentations en lien avec le DD

Qui	Contenu
Etablissements qui ont participé à un cluster sur le DD Ex. CH Paul Coste Floret	Cluster QVT en Occitanie porté par l'ARS Occitanie Cluster ECO conception des soins
ANACT/ARACT/ARS Occitanie	Cluster QVT en Occitanie porté par l'ARS Occitanie Comprendre la mise en œuvre d'un cluster à l'échelle d'une région
...	...

¹⁷⁹ Annexe Rapport RSE 2017 - Complément au rapport d'activité général du Centre Hospitalier Carcassonne

3.2.2.5 *Portant sur la mise en œuvre de projet de DD à l'échelle d'un territoire*

Qui	Contenu
CHU Bordeaux	Bénéficiaire d'un retour d'expérience
ARS moteur sur le sujet du DD (Nouvelle Aquitaine)	
ANAP	
C2DS	
Agir Durablement en Santé Nouvelle Aquitaine	
...	

3.2.3 Enquête

3.2.3.1 *Questionner l'évaluation faite par la HAS*

Qui	Contenu
Etablissements sanitaires évalués en Pays de la Loire Service gestion qualité des risques	Niveau de cotation des critères DD dans les comptes qualité puis suite à évaluation externe Demander l'auto-évaluation faite sur les critères DD Identifier le processus interne d'autoévaluation et le plan d'actions lié Demander si les critères ont été observés/évalués en visite de certification par les experts
Etablissements et services médico-sociaux Direction	Demander si l'évaluation interne porte sur des critères DD savoir si des critères DD sont observés/évalués lors des visites évaluation Identifier les attentes en matière d'évaluation sur les critères de DD
...	...

3.2.3.2 *Questionner le reporting mené en matière de DD en santé*

Qui	Contenu
Etablissements Pays de la Loire	Questionner le contenu, l'usage, si utilisation à des fins de dialogue de gestion interne/externe
Etablissements soumis à la déclaration de performance extra-financière	
Financeurs (ARS, conseils départementaux, région, collectivités locales)	
ANAP, C2DS	Questionner le reporting fait des outils MODD et IDD Durable en Santé ® auprès des instances de pilotage national du DD en Santé
Fédérations d'établissements	Questionner le reporting
...	...

3.2.3.3 Questionner le pilotage national mené en matière de DD en santé

Qui	Contenu
Signataires de la convention Etat-Fédérations-ANAP	Etat des lieux et perspectives du DD en santé
HAS	
CNCC	
En région PDL : ARS, ADEME, Conseil régional, Conseils départementaux	
Fédérations de la MAPES	
...	

3.2.4 Recherche action

Deux recherches actions sont proposées :

- **Initier un cluster sur l'intégration du DD dans la dotation IFAQ**

Actions première à mener : Identifier les parties prenantes et définir le plan d'action pour créer ce cluster.

- **Initier un cluster sur le financement du DD par mobilisation de l'article 51 LFSS 2018**

Actions première à mener : Identifier les parties prenantes et définir le plan d'action pour créer ce cluster. L'objectif est d'accompagner des établissements volontaires à innover en santé et déposer un projet de financement d'actions en lien avec le développement durable (ex. projet Humanitude sur le soin gériatrique).

4 Plan d'actions

Afin de mettre en pratique la présente recherche théorique (phase 1), un plan d'actions est proposé pour lancer la phase 2 de la recherche, la recherche-action.

L'enjeu de la recherche action est d'intégrer des indicateurs de DD dans les critères de financement des établissements de santé. A cela deux recherches actions sont envisagées :

- Une recherche-action par la voie du droit commun (dispositif IFAQ)
- Une recherche-action par la voie de la mobilisation de l'article 51 de la LFSSS 2018

4.1 Communiquer sur la recherche théorique menée

Préparer une synthèse du présent mémoire à l'attention de la direction et au comité de pilotage de ma structure professionnelle (MAPES).

La communication du mémoire, en synthèse, apparaît comme la première étape expliquant le sens de la démarche et peut permettre d'avoir un premier feed-back des parties prenantes clés.

4.2 Approfondir l'analyse documentaire initiée lors de la recherche théorique

Cf. Etude documentaire [3.2.1].

4.3 Mener les deux recherches-actions

4.3.1 Identifier et gérer les parties prenantes pour mener la recherche-action

Pour mener à bien le projet d'intégration du DD dans le financement des ES-ESSMS, l'identification des parties prenantes est l'étape majeure avant le lancement du projet.

Il convient de planifier la gestion des parties prenantes. Cela inclut les stratégies de gestion pour littéralement engager celles-ci et susciter leur intérêt tout au long du projet.

Pour savoir comment engager dans le temps les parties prenantes, il est nécessaire de procéder à l'identification du niveau d'engagement de chaque partie et de créer une stratégie par niveau d'engagement des parties prenantes ; par exemple, comme suit :

NIVEAU D'ENGAGEMENT	STRATÉGIE
Pas au courant	Selon l'impact, informer plus ou moins en profondeur et voir si on doit améliorer le niveau d'engagement.
Résistant	Écouter, influencer par le réseau et convaincre.
Neutre	Écouter et évaluer s'il peut devenir résistant.
Fait preuve de soutien	Écouter, informer et remercier. Déterminer si on peut engager davantage.
De premier plan	Écouter, informer, remercier et impliquer.

C'est au sein d'un réseau riche d'acteurs que seront identifiées et classées les parties prenantes qui sont impliquées et impactées dans le fait de faire évoluer le modèle économique du système de santé. Dialoguer ensuite avec elles sur le fait d'intégrer le DD dans le système de financement des établissements de santé permettra de cerner leurs attentes et de co-construire le projet de financement.

4.3.2 Concevoir la démarche de mise en œuvre de la recherche-action

Mettre en place un comité de pilotage.

Elaborer la feuille de route.

Arbitrer et prioriser les entretiens à mener (Cf. [3.2.2] Entretiens à mener).

Définir un calendrier intégrant l'échéance de la Stratégie Nationale de Santé et de Ma Santé 2022.

4.3.3 Poser le diagnostic

Poser l'état des lieux du financement à l'IFAQ.

Réaliser une cartographie de l'état de maturité du DD des établissements du périmètre d'étude.

Réviser la feuille de route à partir de l'éclairage apporté par le diagnostic

4.3.4 Expérimenter

4.3.5 Evaluer l'expérimentation

Partager les retours d'expériences des parties prenantes et évaluer la suite à donner à cette recherche-action.

4.4 En parallèle des recherches-actions, renforcer l'essor du DD

4.4.1 Favoriser une cartographie plus exhaustive du DD en santé

Pour la suite de notre recherche-action, le besoin de mesurer l'état des pratiques du DD en santé est prégnant.

Dans un objectif d'évaluer la contribution des ES-ESSMS à l'atteinte des ODD et d'orienter les politiques publiques en faveur d'un accroissement du niveau de maturité des ES-ESSMS, il est important de disposer d'une vision plus complète du DD.

En réponse à ce besoin, l'objectif est d'augmenter fortement le nombre de répondants aux outils d'évaluation de type MODD, IDD Durable en Santé ®, dès la prochaine campagne

de remplissage (2020). Nous pouvons imaginer des taux cibles de remplissage de ces outils (par région, par fédération, ...).

4.4.2 Développer le reporting du DD et la communication sur la RSE

Financer les établissements selon des critères de DD suppose que les indicateurs de DD (résultats et dynamique d'amélioration) soient disponibles, encore mieux facilement.

En réponse à ce besoin, définir le modèle de reporting du développement durable (intégré ou distinct) apparait comme un axe de travail complémentaire à la cartographie du DD. La construction d'un outil de reporting extra-financier est prévue dans le cadre d'un groupe de travail d'établissements volontaires, déjà constitué en Pays de la Loire.

Partager entre établissements les avancées en matière de reporting DD/RSE permet de capitaliser sur les retours d'expérience d'établissements ayant déjà mis en œuvre, de façon contrainte ou volontaire, un reporting extra-financier.

Dans le cadre de ce partage de savoirs, seront étudiés également les outils de communication mobilisés pour assurer la promotion du DD (dont les rapports RSE).

4.5 Evaluer

Taux de participation, Taux de pénétration de la démarche en région.

4.6 Calendrier pour l'essor du DD en santé (en région Pays de la Loire en première intention)

Après le 2 décembre 2019 (soutenance du mémoire) : relai d'information du mémoire auprès de la direction et au comité de pilotage de ma structure professionnelle.

A compter de janvier 2020 : démarrage des recherches-actions

Décembre 2019 à Juin 2020 : co-construction de l'outil de reporting du DD avec des établissements et parties prenantes volontaires. Cible Juin 2020 pour le lancement de la version 1 de l'outil.

A compter de décembre 2019 et avant l'échéance de la publication de la LFSS 2022 : collaboration aux évolutions du modèle de financement des établissements sanitaires et services médico-sociaux afin d'y intégrer des financements en faveur du DD.

5 Discussion des résultats de la recherche

Les résultats de la recherche se traduisent par une liste d'actions à mener, issue des travaux de recherche visant à étayer ma problématique. En ce que l'approche théorique n'a pas encore été éprouvée sur le terrain, je ne dispose pas de résultats issus d'une expérimentation.

Les savoirs exposés dans le présent mémoire et leur articulation posent les premières bases nécessaires à un échange avec les parties prenantes pour co-construire l'expérimentation de la recherche-action à venir.

Confronter mon angle d'approche à celle des parties prenantes est nécessaire et constituera une première évaluation externe du projet professionnel que je souhaite activer.

Un cadre réglementaire favorable

Le cadre international de lutte contre le dérèglement climatique et ses impacts fixe un cap propice aux actions en faveur du développement durable avec les 17 ODD onusiens.

L'urgence climatique s'entendant davantage et s'intensifiant, l'ONU intime les Etats et le secteur privé à financer les mesures en faveur du DD. Si, en réponse, plusieurs Etats et une alliance de sociétés activent des financements, ces derniers demeurent insuffisants au regard du chiffrage des impacts économiques du dérèglement climatique. Il faut financer davantage et plus rapidement.

En France, depuis 2001 le dispositif législatif se renforce (Loi NRE, Lois Grenelle, Loi TECV) pour inciter tous les acteurs à agir en faveur du DD. En 2019, la modification du Code Civil, qui exige dorénavant de la part des entreprises de considérer « les enjeux sociaux et environnementaux » de leurs activités et non plus « l'intérêt des seuls associés », illustre le changement qui s'opère en faveur d'une responsabilité élargie des entreprises et des organisations. Le renforcement des exigences en matière de reporting social, environnemental, en sus de la reddition financière, soit le reporting extra-financier, est un nouveau signe encourageant d'intégration du DD dans la stratégie des organisations.

Nous retenons que le cadre réglementaire français est propice aux mesures en faveur du développement durable. Toutefois, nous attendons que certains textes, comme celui sur la déclaration de performance extra-financière, soient rendus exigibles à l'ensemble des établissements de santé.

La stratégie nationale de santé 2018-2022 fait évoluer le modèle de financement vers des critères de qualité

Suite au rapport Aubert, de nouvelles modalités de financement en faveur de la qualité et de la pertinence des soins d'une part et l'innovation en santé d'autre part sont traduites dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale. En mobilisant le dispositif IFAQ (pour tous les établissements sanitaires) et/ou l'expérimentation d'innover en santé via l'article 51 de la LFSS 2018 (avec les acteurs volontaires), les établissements de santé disposent du socle réglementaire nécessaire pour prétendre à un financement selon des critères de DD.

La performance économique liée aux démarches RSE plaide en faveur de l'efficacité liée au développement durable

Chiffres à l'appui, actionner des mesures en faveur du DD est un vecteur de performance : +13% en moyenne de performance économique pour une entreprise engagée dans des actions de RSE par rapport aux entreprises non engagées. Fruits d'une étude récente menée à grande échelle, les résultats plaident en faveur de l'essor du DD dans les organisations. Des études régulières de ce type seraient souhaitables, sur le secteur de la santé, afin d'appuyer l'efficacité liée au développement durable, pressentie mais insuffisamment objectivée.

Un cadre d'application du développement durable en Santé favorable

Couplés aux textes nationaux, la stratégie nationale de santé 2018-2022, les plans nationaux (PNSP, PSNE) et les conventions entre l'Etat et les fédérations d'établissement, confortent la possibilité et le besoin de renforcer le pilotage selon des critères de DD.

L'enjeu est de déceler dans les déclinaisons de ces plans, en région, les liens établis par les autorités (ARS, Préfecture, Région, ...) avec les objectifs de développement durable.

La stratégie de responsabilité sociétale des établissements peut s'intégrer dans les outils existants de pilotage en interne (balanced scorecard ou sustainability balanced scorecard) ainsi que ceux des parties prenantes externes (CPOM).

Des outils d'évaluation existent : en sus des outils d'auto-évaluation, deux autres outils sont obligatoires dont un est spécifique aux établissements sanitaires

L'utilisation des outils principaux d'auto-évaluation (MODD ou IDD Durable en Santé ®) est nécessaire afin d'accroître le niveau de connaissance de la maturité du DD dans les établissements de santé en France.

Du fait qu'ils soient remplis de façon volontaire et sans évaluation externe par un organisme tiers indépendant, il n'est pas souhaitable, pour une question de robustesse des données collectées, d'employer ces deux outils comme socle de financement du DD. Ces outils sont écartés de la réponse au présent sujet de mémoire.

La déclaration de performance extra-financière, ou la version précédente du reporting extra-financier de la loi Grenelle II, constitue un outil mobilisable d'autant plus que le reporting fait l'objet d'une vérification obligatoire par un organisme tiers indépendant. Toutefois, du fait des seuils d'application et du périmètre d'application restrictifs, cet outil n'est pas opposable aux établissements publics de santé ou association. Cet outil est écarté de la réponse au présent sujet de mémoire.

La certification HAS répond en grande partie au cahier des charges imaginé comme socle du financement des établissements de santé selon des critères de DD. Le référentiel de certification HAS (V2014 et V2020) intègre certains critères de DD. De plus, l'auto-évaluation menée en interne fait l'objet d'une évaluation externe par un organisme tiers agréé. Ensuite, la méthodologie HAS employée requiert la tenue d'un compte qualité qui s'apparente à un reporting opérationnel tant sur les résultats que sur les démarches d'amélioration. Enfin, plusieurs indicateurs issus du référentiel HAS sont déjà intégrés dans le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité 2019 et de nouveaux indicateurs (qualité de vie au travail, performance de l'organisation des soins) sont prévus dans l'IFAQ 2020.

A l'issue des travaux de recherche, nous concluons sur les leviers financiers mobilisables afin d'intégrer le développement durable dans le financement des établissements de santé.

Concernant l'article 51 de la LFSSS 2018, selon notre niveau de connaissance du sujet, nous concluons qu'il n'existe pas de critères d'exclusion au fait d'expérimenter une demande de financement selon des critères de DD dans le cadre de l'article 51.

Le lien entre la qualité de prise en charge de l'utilisateur et le développement durable, s'il est une évidence pour certaines personnes, nécessite souvent d'être argumenté auprès des parties prenantes dubitatives voire réfractaires.

Nous conseillons à ce stade de soumettre, au titre l'article 51, des projets qui s'efforcent d'établir le lien entre le DD et la qualité du soin.

Les exemples sont nombreux : la recherche-action ADD'AGE Action Développement Durable au service du grand AGE, les approches non-médicamenteuses, les démarches de bienveillance en privilégiant le lien entre le soignant et la personne âgée avec pour exemple le concept de l'Humanité, les projets en lien avec la qualité de vie au travail, l'éco-conception des soins,

Nous concluons enfin que le levier le plus opportun pour intégrer le DD dans le financement des établissements de santé est de s'appuyer sur le dispositif de l'IFAQ combiné à la certification HAS des établissements de santé.

Nous proposons alors trois évolutions aux dispositifs actuels de la certification HAS et de l'IFAQ :

1. Une évolution des indicateurs retenus dans l'IFAQ, et l'intégration du critère « 1b : engagement dans le développement durable » de la V2014 (soit le critère « 3.3.5-02 : L'établissement s'engage dans une démarche de développement durable » de la V2020 à paraître),
2. Une évaluation systématique des critères de DD du référentiel HAS par les experts-visiteurs,
3. Une extension de la démarche HAS, selon le même référentiel aux établissements et services médico-sociaux.

En rappelant que la dotation cible de l'IFAQ est de deux milliards d'euros en 2022, intégrer le développement durable dans les critères de financement permettrait de dégager une manne financière substantielle pour décupler les démarches d'améliorations continues en faveur du développement durable.

ANAP (2018), « *Mon Observatoire du Développement Durable* » - Synthèse nationale consolidée

ARS Pays de la Loire (2019), *Ensemble promouvoir la santé en Pays de la Loire*, Mai 2019

ARS Pays de la Loire. Conseil Régional Pays de la Loire. DREAL Pays de la Loire (2016), *PRSE3 PLAN RÉGIONAL SANTÉ ENVIRONNEMENT Pays de la Loire, Ensemble, agissons pour notre environnement et notre santé*

Assemblée Nationale (2019), ANNEXE 9 FICHES D'ÉVALUATION PRÉALABLE DES ARTICLES DU PROJET DE LOI PLFSS 2020

ASSIE GUY R., DR. KOUASSI R., COURS D'INITIATION A LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE

C2DS (2017), *Observatoire des données agrégées 2016 de l'IDD Santé Durable*[®]

C2DS (2018), *Observatoire des données agrégées 2017 de l'IDD Santé Durable*[®]

Conseil national de l'information statistique (2018), *La déclinaison française des indicateurs de suivi des objectifs de développement durable*, Rapport du groupe de travail du Cnis

Commissariat général au développement durable (2018), *Évaluation du troisième plan national Santé-Environnement*, Rapport n° 011997-01, Décembre 2018

Commissariat général au développement durable (2019), *Rapport de synthèse, L'environnement en France*, La Documentation Française

Comité21, *Objectifs de développement durable : Vers une nouvelle mondialisation ?*

Commission européenne (2001), *Livre vert - Promouvoir un cadre européen pour la responsabilité sociale des entreprises*, /* COM/2001/0366 final */

DGCS (2010), *GUIDE DES ACTIVITES ET DES METIERS DU SECTEUR SOCIAL, MEDICO-SOCIAL ET PETITE ENFANCE*

DGOS (2012), *Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM*

DGOS (2014), *Guide pour le suivi de la masse salariale*

DGOS (2018), *Les chiffres clés de l'offre de soins*, Edition 2018 janvier.

DREES (2019-a), *Les dépenses de santé en 2018 Résultats des comptes de la santé*

DREES (2019-b), *Les dépenses de santé en 2018 Les chiffres clés*

ELSAN (2019), *Déclaration de performance extra-financière 2018*

FNAQPA (2015), *Le développement durable, un axe d'avenir pour les projets d'établissements et de services du secteur personnes âgées Rapport ADD'AGE*

France Stratégie (2016), *Responsabilité sociale des entreprises et compétitivité – Evaluation et approche stratégique*, Salima BENHAMOU et Marc-Arthur DIAYE (janvier 2016)

Gillet-Monjarret C. Rivière-Giordano G. (2017), *La vérification sociétale : une revue de la littérature*, Comptabilité Contrôle Audit. 23.

GRI-ISO (2014), *Lignes directrices G4 du GRI et ISO 26000 Pour une utilisation conjointe des lignes directrices G4 du GRI et de l'ISO 26000*

HAS (2009), *Critère 1b Engagement dans le DD*, disponible sur www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-02/fiche_dd_critere_1b.pdf

HAS (2012), *Amélioration des pratiques et sécurité des soins La sécurité des patients Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé Des concepts à la pratique*

HAS (2014), *Manuel de certification des établissements de santé V2010*

HAS (2017-a), *La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins - Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux*, Edition HAS, Septembre 2017

HAS (2017-b), *Certification V2014 Bilan à mi-parcours V2014*

HAS (2019-a), *Dispositif de certification V2020 Référentiel de certification Document de travail*

HAS (2019-b), *Fiche de mission Expert-visiteur*

HAS. Ministère des solidarités et de la santé. ATIH (2019), *Incitation financière à l'amélioration de la qualité Kit pédagogique IFAQ 2019*

HCSP (2019), *Évaluation de la pertinence et de la cohérence du Plan national de santé publique*, Mars 2019, Collection Avis et Rapports

HOSPIMEDIA (2019), *Le plan d'urgence pour l'hôpital doit l'aider à « passer l'obstacle » de 2020-2022*

IGAS (2018), *Évaluation du troisième plan national santé environnement et préparation de l'élaboration du plan suivant*, Décembre 2018 - - N°2017-176R, page74

La ministre des solidarités et de la santé (2019), *Discours d'ouverture de la remise du Remise du rapport de Jean-Marc Aubert, Buzyn A., 29 janvier 2019*

Le Premier Ministre

Le Premier Ministre (2002), Décret n° 2002-221 du 20 février 2002 pris pour l'application de l'article L. 225-102-1 du code de commerce et modifiant le décret n° 67-236 du 23 mars 1967 sur les sociétés commerciales, JORF n°44 du 21 février 2002. Jospin L., Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000775209&categorieLien=id>

Le Premier Ministre (2012), Décret n° 2012-557 du 24 avril 2012 relatif aux obligations de transparence des entreprises en matière sociale et environnementale, JORF n°0099 du 26 avril 2012, Fillon F., Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025746900&categorieLien=id>

Le Premier Ministre (2017), Extrait de la feuille de route du 1^{er} ministre français à l'attention du ministre d'Etat, ministre de la transition écologique et solidaire, 9 août 2017, Philippe E., 1679/17/SG (source CESEGH)

Le Premier Ministre (2019-a), *Les nouveaux indicateurs de richesse 2018*, Philippe E., Rapport

Le Premier Ministre (2019-b), *Décret n° 2019-121 du 21 février 2019 portant modification de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins*, Philippe E., Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038158226&categorieLien=id>

Le Président de la République

Le Président de la République (2005), Loi constitutionnelle n° 2005-205 du 1 mars 2005 relative à la Charte de l'environnement, JORF n°51 du 2 mars 2005, Chirac J., Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000790249&categorieLien=id>

Le Président de la République (2009), LOI n° 2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement, Sarkozy N., Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020949548&dateTexte=20191114>

Le Président de la République (2010), LOI n° 2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement, Sarkozy N., Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020949548&dateTexte=20191114>

Le Président de la République (2015-a), LOI n° 2015-411 du 13 avril visant à la prise en compte des nouveaux indicateurs de richesse dans la définition des politiques publiques, Hollande F., Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030478182&categorieLien=id>

Le Président de la République (2015-b), LOI n° 2015-992 du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte, Hollande F., Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031044385>

Le Président de la République (2017-a), Ordonnance n° 2017-1180 du 19 juillet 2017 relative à la publication d'informations non financières par certaines grandes entreprises et certains groupes d'entreprises, Macron E., Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000035250851&categorieLien=id>

Le Président de la République (2017-b), Décret n° 2017-1265 du 9 août 2017 pris pour l'application de l'ordonnance n° 2017-1180 du 19 juillet 2017 relative à la publication d'informations non financières par certaines grandes entreprises et certains groupes d'entreprises, Philippe E., Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000035401863&dateTexte=20191114>

Le Président de la République (2019-a), LOI n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises, Macron E., Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=93A20FD6816DA44B83B7B40ACF4F6584.tplgfr44s_2?cidTexte=JORFTEXT000038496102&dateTexte=20191114

Le Président de la République (2019-b), LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Macron E., Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038821260&categorieLien=id>

Les Echos (2019), *Climat : l'aide aux pays pauvres dépasse les 70 milliards de dollars*, 15-09-2019

LNE (2019), <https://www.lne.fr/fr/comprendre/la-certification>

MEDEF-Deloitte-EY (2019), *Bilan de mise en œuvre de la DPEF, "Déclaration de performance extra-financière - Quel bilan tirer de la première année de mise en œuvre ?"*, Juillet 2019

Ministères

Ministère des affaires sociales et de la santé. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer (2017), *Convention relative au développement durable entre l'Etat et les fédérations du secteur sanitaire, social et médico-social 2017-2020*

Ministère de l'Ecologie de l'Energie du Développement Durable et de la Mer. Ministère de la Santé et des Sports. ADEME. FHF. FEHAP (2009), *Convention portant engagements mutuels dans le cadre du Grenelle de l'Environnement avec les fédérations hospitalières.*

Ministère de l'Écologie et du Développement Durable (2015), *Stratégie Nationale de Transition Écologique vers un Développement Durable*

Ministère des solidarités et de la santé (2017), *Stratégie nationale de santé 2018-2022*

Ministère des solidarités et de la santé (2018-a), *Réformes des modes de financement et de régulation Vers un modèle de paiement combiné*, Rapport, Task Force « Réforme du Financement du système de santé », *Ma santé 2022 un engagement collectif*

Ministère des solidarités et de la santé (2018-b), *Ma santé 2022 un engagement collectif*, Dossier de presse 18/09/2018

Ministère des solidarités et de la santé (2018-c), *Décret no 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale*, Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036635859&categorieLien=id>

Ministère des solidarités et de la santé (2019-a), *Pacte de refondation des urgences « Parce que chacun détient sa part de solution »*

Ministère des solidarités et de la santé (2019-b), *Arrêté du 18 juin 2019 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé, .*, Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038660651&categorieLien=id>

Ministère des Solidarités et de la Santé. Ministère de l'Action et des Comptes publics (2019), *PLFSS 2020 Annexe 7 ONDAM et dépenses de santé*

Ministère de la Transition Ecologique et Solidaire (2017), *Plan Climat 1 planète, 1 plan*, 20 p., Juillet 2017

Ministère de la Transition Ecologique et Solidaire (2018), *Feuille de Route pour l'Economie Circulaire, Entrons dans la boucle, changeons de modèle, 50 mesures pour une économie 100% circulaire*, 46 p., Avril 2018

Ministère de la Transition Ecologique et Solidaire (inconnu), *Interrelations de la feuille de route économie circulaire avec les Objectifs de Développement Durable (ODD)*

Notat N. Senard JD. (2018), « *L'entreprise, objet d'intérêt collectif* », Rapport aux Ministres de la Transition écologique et solidaire, de la Justice, de l'Economie et des Finances, du Travail

OMS (1946), *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé*, New York, 19 juin -22 juillet 1946

OMS (2000), Assemblée mondiale de la Santé, 53. (2000), *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 : Pour un système de santé plus performant.*

ONU (1987), *Notre avenir à tous*, Commission mondiale sur l'environnement et le développement de l'Organisation des Nations unies présidée par Gro Harlem Brundtland

OREE (2018), *TRANSPOSITION DE LA DIRECTIVE EUROPÉENNE UNE OPPORTUNITÉ POUR REPENSER VOTRE REPORTING RSE*

OXFAM (2018), *2018 : Les vrais chiffres des financements climat OÙ EN EST-ON DE L'ENGAGEMENT DES 100 MILLIARDS DE DOLLARS ?*

PwC France (2019), *Reporting RSE et déclaration de performance extra-financière*, disponible sur : <https://www.pwc.fr/fr/expertises/strategie/conseil-en-developpement-durable/reporting-rse-et-declaration-de-performance-extra-financiere.html>

Raworth K. (2012), *La théorie du donut : l'économie de demain en 7 principes*, Plon, 2018, 432 p

Reason J. (1993), *L'erreur humaine*

Reneaux N. (2017), *La RSE : une multitude de labels et de certifications. Mais vis-à-vis des parties prenantes, quelle en est la lisibilité, la valeur ajoutée perçue et l'importance accordée à ces différents formes de reconnaissances ?*

Rockström et al. (2009)

Savall H. Cappelletti L. (2018), *Le coût caché de l'absentéisme au travail 108 milliards € : la facture du mauvais management*, Etude — Novembre 2018

Sénat (2015), *Coût économique et financier de la pollution de l'air* », Sénat n°610, juillet 2015, 2 tomes

Tennaxia (2019), *Pratiques de reporting et rapport extra-financiers Première mise en œuvre de la déclaration de performance extra-financière, freins et leviers*

The Lancet (2018), *Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016*

Trontin C., Lassagne M., Boini S. et Rinal S. (2010), *Le coût du stress professionnel en France en 2007*, Institut National de Recherche et de Sécurité, Paris, 2010

Principaux sites consultés

<http://3-0.fr>

www.actualites-news-environnement.com

www.ademe.fr

www.afnor.org

www.agenda21france.org

<https://alphae.eu/>

www.anchl.fr
www.ars.sante.fr
<https://blog-materiality-reporting.com>
www.cairn.info
www.cgedd.developpement-durable.gouv.fr/
www.ch-carcassonne.fr
www.comite21.org
www.conventioncitoyennepourleclimat.fr/
www.diplomatie.gouv.fr
www.ecocert.com/
www.ecologique-solidaire.gouv.fr
www.europe1.fr
www.focusqualite.fr/
www2.globalreporting.org
www.has-sante.fr
www.humanitude.fr/
www.igas.gouv.fr
www.insee.fr
www.labellucie.com/
www.ladocumentationfrancaise.fr
www.lafinancepourtous.com
www.lesechos.fr

www.medef.com
<https://news.un.org>
www.novethic.fr
<http://organismes-certification/index.html>
www.paysdelaloire.prse.fr/
<http://politiquedesante.fr>
<https://population.un.org>
www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/
www.prst-pdl.fr/
www.pwc.fr
www.qualiteplusconseil.com
www.researchgate.net
www.rfar.fr/
<http://sante.lefigaro.fr>
www.sciencesetavenir.fr
www.sgsgroup.fr/
<https://solidarites-sante.gouv.fr>
www.tennaxia.com
<http://transfert.atih.sante.fr>
www.who.int

Cours

Barret A. (2019), *Label de qualité THQSE®*

Fontenelle L., Wilzius L. (2019), *Manager durablement Retour d'expériences*

Naro G. (2019), *Performance globale : fondements, concepts et outils*

Riviere Giordano G. (2019), *Les outils de reporting et de vérification du développement durable*

ANNEXES

1.	Schéma du cadre de cohérence pour 5 ans de la stratégie nationale de santé	100
2.	Analyse des discours prononcés lors des rencontres nationales santé-environnement les 14 et 15 janvier 2019 à Bordeaux.	101
3.	PLFSS 2020 – Tableau de l’ONDAM détaillé par sous-objectifs.....	102
4.	La problématique du management des parties prenantes et application au développement durable.....	103
5.	Approche schématique des grandes catégories de risques en établissement de santé	104
6.	Les chiffres clés des Risques Psychosociaux (RPS)	105
7.	Extrait du tableau de bord de suivi des stratégies nationales qui concourent aux ODD / Exemple ODD n°3 santé et bien-être	106
8.	La France et les « neuf limites planétaires »	107
9.	Suivi des objectifs de la France en matière de transition énergétique et solidaire	108
10.	Evolution du cadre législatif du reporting RSE en France.....	109
11.	Extrait du rapport sur les 10 indicateurs de richesse 2018.....	110
12.	Modèles de gestion systémique des risques.....	111
13.	La situation économique et financière des hôpitaux publics et des établissements privés (extraits) .	112
14.	Ma Santé 2022 : Des objectifs de la réforme aux outils utilisés / focus sur le paiement à la qualité et à la pertinence.....	115
15.	Ma Santé 2022 : Evolution de la répartition des financements prévus entre 2018 et 2022 / focus sur le paiement à la qualité et à la pertinence	116
16.	Indicateurs IFAQ 2019	117
17.	Extrait de la synthèse de la stratégie nationale de santé 2018-2022 illustrant le nombre de fois où la qualité est citée (20 fois).....	118
18.	Synthèse des principaux plans de santé publique intégrant le plan national de santé publique 2018-2022, d’après HCSP (2019), pp. 86-94.....	117
19.	Synoptique PRSE3 Pays de la Loire 2016-2020.....	120
20.	Objectifs de résultat fixés par la Convention portant engagements mutuels dans le cadre du Grenelle de l’Environnement avec les fédérations hospitalières	121
21.	Analyse de l’évolution des conventions en faveur du DD en établissements de santé	122
22.	MODD 2018 / Répartition des répondants par région	123
23.	MODD 2018 / maturité des structures sur les volets du développement durable en 2018 (Extrait) ..	124
24.	Schéma du développement durable intégré dans les outils du management.....	125
25.	MODD 2018 / Quels tableaux de bord de performance sont utilisés dans votre structure ?	126
26.	Objectifs du reporting RSE et hiérarchie des rapports financiers et extra-financiers	127
27.	Déclaration de performance extra-financière 2018 Groupe ELSAN (extrait)	128
28.	Analyse des principales normes liées à la RSE et concordance avec les ODD	129
29.	Le nouveau standard GRI4, divisé en 4 séries (2018)	130
30.	Les 17 Objectifs de Développement Durable (ODD).....	131
31.	Questionnaire auprès des étudiant.e.s du DU MDDS (promotion 2018-2019-2020) sur le remplissage des outils de diagnostic et de pilotage du DD en établissement de santé.....	132
32.	Rapport RSE 2017 - Complément au rapport d’activité général du Centre Hospitalier Carcassonne	133

1. Schéma du cadre de cohérence pour 5 ans de la stratégie nationale de santé

LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ



2. Analyse des discours prononcés lors des rencontres nationales santé-environnement les 14 et 15 janvier 2019 à Bordeaux.

Extrait du discours du Ministre de la Transition écologique et solidaire lors des Rencontres nationales Santé Environnement, janvier 2019

« Le nouveau plan « Mon environnement, ma santé » est un appel à agir sur les causes, en faisant évoluer la production et la consommation, dans tous les domaines, et sur les effets déjà survenus.

La sensibilité et la vulnérabilité des populations à l'environnement sont en effet déjà palpables.

Le plan mené conjointement entre le ministère des solidarités et de la santé et le ministère de la transition écologique et solidaire permettra de garantir une prise en compte plus cohérente et plus complète et une meilleure structuration des actions déjà conduites et à conduire.

Il sera également l'occasion de définir des indicateurs de suivi des résultats des actions engagées dans chacun des plans sectoriels. »

Extrait du discours de la Ministre des Solidarités et de la santé lors des Rencontres nationales Santé Environnement, janvier 2019

« L'état de santé n'est en effet pas le résultat de la seule efficacité du système de soins. Il est la synthèse d'une multitude de facteurs internes et externes, parmi lesquels l'environnement joue un rôle majeur.

La loi a ainsi introduit la notion d'exposome en 2016, qui doit être le fil conducteur de « Mon environnement, ma santé. »

3. PLFSS 2020 – Tableau de l'ONDAM détaillé par sous-objectifs

Utilité : identifier parmi les sous-objectifs ceux qui concernent la proposition de financement à la qualité ou selon la mobilisation de l'article 51 de la LFSS pour innover en santé

ONDAM et comptes de branches

1.3 ONDAM et comptes de branches

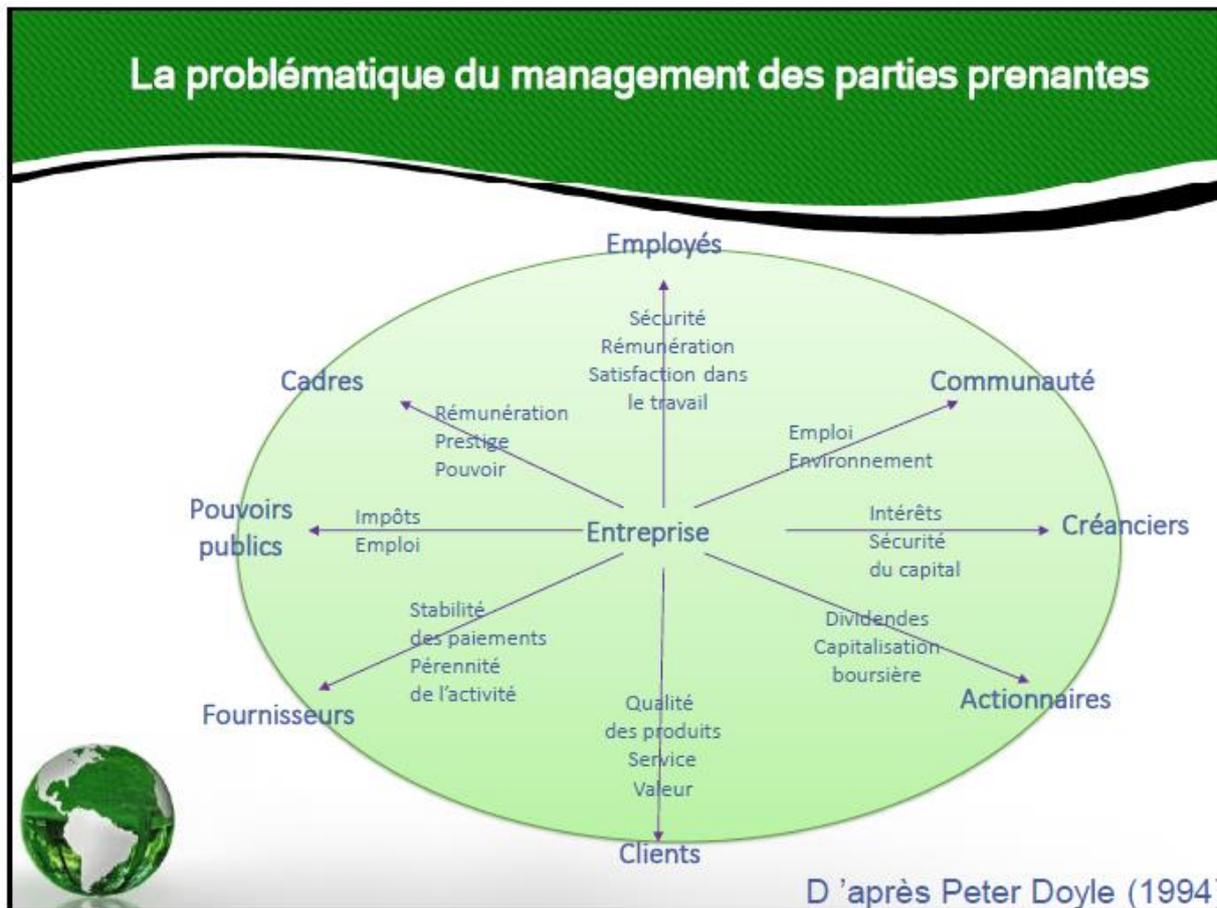
1.3.1 Détail des dépenses par sous-objectif

Soins de ville	
<ul style="list-style-type: none">▫ Honoraires médicaux et dentaires y compris rémunérations forfaitaires (Rémunération sur objectifs de santé publique, Forfait Patientèle Médecin Traitant)▫ Honoraires paramédicaux▫ Laboratoires de biologie médicale▫ Transports▫ Produits de santé (médicaments de ville, rétrocession hospitalière, dispositifs médicaux)▫ Indemnités journalières (maladie et AT-MP)▫ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé▫ Financement de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC)▫ Aides à la télétransmission▫ Remises pharmaceutiques (recettes atténuatives de l'ONDAM)▫ Taxe de solidarité additionnelle sur les contrats d'assurance complémentaire (recettes atténuatives de l'ONDAM)	
Établissements de santé	
<ul style="list-style-type: none">▫ Activité Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés▫ Soins de suite et réadaptation (SSR) publics et privés y compris dotation modulée à l'activité▫ Psychiatrie public et privé▫ Unités de soins de longue durée (USLD)▫ Forfaits annuels (urgences, prélèvement d'organes, transplantation d'organes, activité isolée)▫ Incitation financière à l'amélioration de la qualité (MCO et SSR)▫ Médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la « liste en sus »▫ Mission d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAO)▫ Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)▫ Cliniques de Puigcerda, Monaco et hôpital américain de Neuilly▫ Remises pharmaceutiques sur les produits de santé de la liste en sus (recettes atténuatives de l'ONDAM)▫ Autres	
Établissements médico-sociaux	
<ul style="list-style-type: none">▫ Financement des établissements et services pour personnes âgées▫ Financement des établissements et services pour personnes handicapées	
Fonds d'intervention Régional	
<ul style="list-style-type: none">▫ Dotation aux Agences Régionales de Santé	
Autres prises en charge	
<ul style="list-style-type: none">▫ Soins des Français à l'étranger▫ Opérateurs financés par l'Assurance maladie▫ Médico-social hors champ de l'objectif global de dépenses (OGD) :<ul style="list-style-type: none">Appartements de coordination thérapeutique (ACT)Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST)Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA)Lits halte soins santé et lits d'accueil médicalisés (LHSS/LAM)Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)	

4. La problématique du management des parties prenantes et application au développement durable

La problématique du management des parties prenantes

Source : Naro G. (2019), *La performance globale*, La problématique du management des parties prenantes d'après Peter Doyle (1994)



La problématique du management des parties prenantes appliquées au développement durable

« Le «développement durable» recèle de fortes contradictions: entre croissance économique et protection de l'environnement, entre liberté d'entreprendre et égalité, entre protection du paysage et développement des énergies renouvelables, entre rendement agricole et préservation des écosystèmes, entre développement des services publics et équilibre des comptes publics, etc., de sorte qu'on ne doit pas voir ses objectifs comme une addition d'impératifs indépendants, mais plutôt comme le reflet des choix, des arbitrages collectifs et des conciliations entre intérêts contradictoires : entre générations actuelles et générations futures, favorisés et défavorisés, jeunes et plus âgés, ruraux et urbains, etc. »¹⁸⁰

¹⁸⁰ Conseil national de l'information statistique (2018), p. 5

5. Approche schématique des grandes catégories de risques en établissement de santé

Source : HAS(2012), *Amélioration des pratiques et sécurité des soins La sécurité des patients Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé Des concepts à la pratique*, p.12

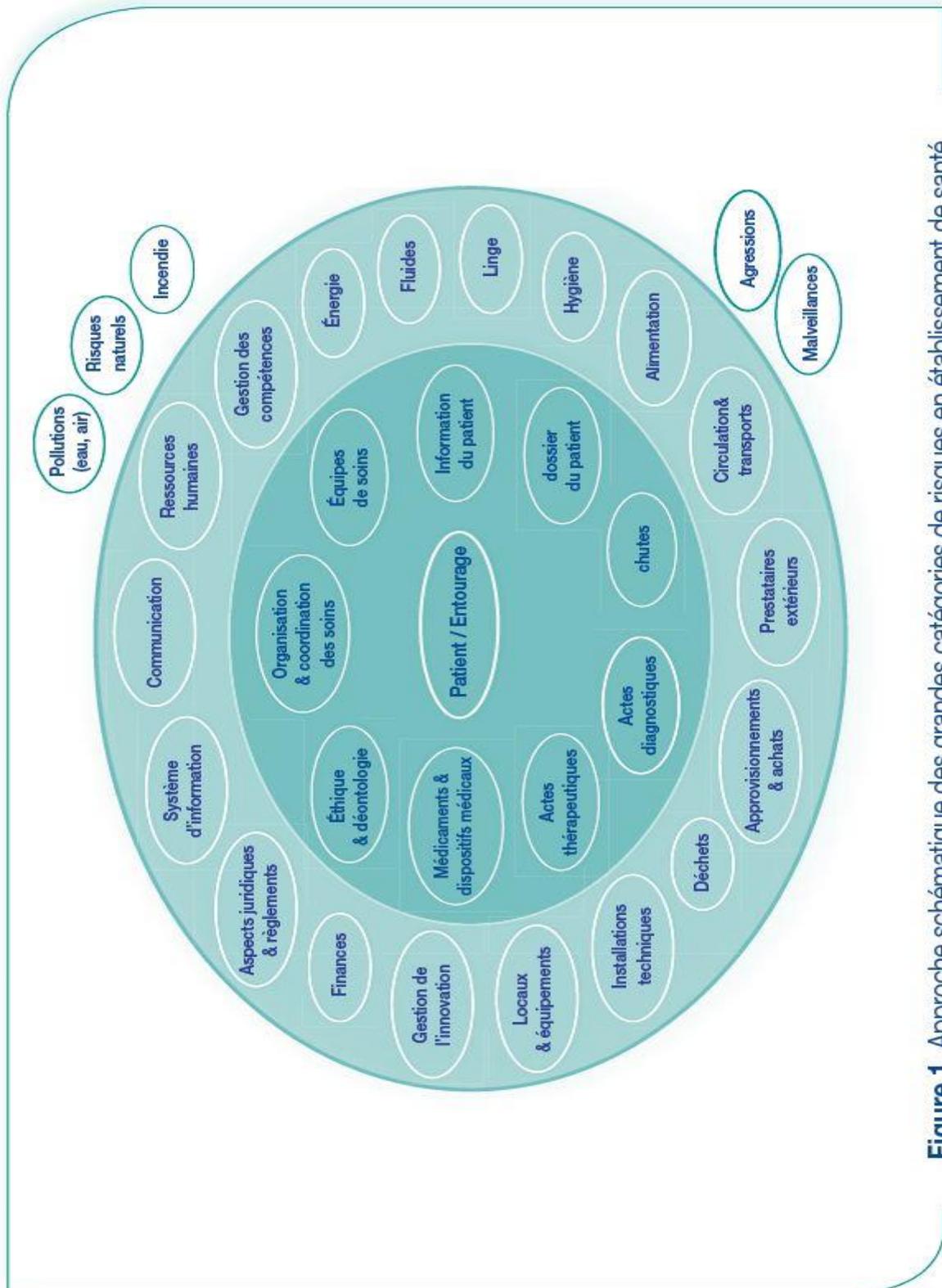


Figure 1. Approche schématique des grandes catégories de risques en établissement de santé

6. Les chiffres clés des Risques Psychosociaux (RPS)

Source : Human-aspect, <https://www.human-aspects.fr/>, 4 décembre 2017

64 % des managers et **55 %** des salariés déclarent ressentir un stress quotidien. *Source: Baromètre CEGOS « Climat Social et Qualité de Vie au Travail », 2016.

47% des actifs occupés estiment qu'ils doivent « toujours » ou « souvent » se dépêcher dans leur travail. *Source: Dares, novembre 2016

25% des travailleurs européens déclarent être stressés. *Source: Rapport commun EU-OSHA et Eurofound, 2014

64% des actifs occupés déclarent manquer d'autonomie dans leur travail. *Source: Dares, novembre 2016

50% des infarctus sont dûs au stress. *Source : Lancet 2012

22% des salariés en France déclarent être confrontés systématiquement à un ou des comportements hostiles (marque de mépris, dénis de reconnaissance ou atteintes dégradantes). *Source : Analyse Dares – juin 2010

23% des salariés en France sont exposés au "job strain", notion de "tension au travail" proche des RPS. *Source : Dares – mai 2008 - enquête Sumer 2003

50 à 60% des journées de travail perdues auraient pour origine le stress.*source: Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail.

2 à 3 milliards d'euros, c'est le coût social estimé du stress d'origine professionnel (dépenses de soins, celles liées à l'absentéisme, aux cessations d'activité et aux décès prématurés).

*Source: étude INRS et Arts et Métiers ParisTech

7. Extrait du tableau de bord de suivi des stratégies nationales qui concourent aux ODD / Exemple ODD n°3 santé et bien-être



Objectif 3 : santé et bien-être

Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

L'organisation mondiale de la santé défend le principe selon lequel la santé doit être un objectif pour toutes les politiques publiques dans le monde. En France, une stratégie nationale de santé, qui constitue le cadre de la politique de santé, a été élaborée pour la période 2018-2022. Les indicateurs retenus pour le tableau de bord font notamment écho au premier axe de cette stratégie, qui est de « mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ».

N°	Libellé de l'indicateur	Définition	Cible ONU	Lien avec indicateur ONU	Commentaires
3.i1	Espérance de vie en bonne santé	L'espérance de vie en bonne santé (à la naissance), ou AVBS, représente le nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut attendre à vivre (à la naissance). Une bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités (dans les gestes de la vie quotidienne) et l'absence d'incapacités. L'AVBS est un indicateur d'espérance de santé qui combine des informations sur la mortalité et la morbidité. Les informations utilisées pour son calcul sont des mesures de prévalence (proportions) de la population d'un âge spécifique étant dans des conditions de bonne ou mauvaise santé et des informations de mortalité par âge. Il est aussi appelé espérance de vie sans incapacité (EYVI).	3.0 Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.	Indicateur de l'ODD 3.3.1	Fait partie des « indicateurs de richesse nationale ». Indicateur européen
3.i2	Découvertes séropositivité VIH	Nombre de cas de séropositivité au VIH découverts dans l'année du diagnostic	D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmissibles par l'eau et autres maladies transmissibles.	Indicateur de l'ODD 3.3.1	Le groupe recommande de désagréger l'indicateur par sous-populations (sexe, mode de contamination, ...). Indicateur européen

8. La France et les « neuf limites planétaires »

Source : Commissariat général au développement durable (2019), *Rapport de synthèse, L'environnement en France*, La Documentation Française, p. 12

L'environnement en France – édition 2019 | Rapport de synthèse

Limites planétaires	Situation mondiale		Situation / Contribution de la France
Changement climatique	Limite dépassée (notamment en termes de concentration de CO ₂ dans l'atmosphère ; objectif de réchauffement maximal inférieur à 2 °C).		La France dépasse le budget cible de 1,6 à 2,8 t de CO ₂ par personne et par an ; ses seules émissions territoriales s'élèvent à 4,9 t/hab. et l'empreinte CO ₂ de sa population liée aux importations est de 7,9 t/hab.
Érosion de la biodiversité	Limite dépassée (le taux d'extinction d'espèces dépasse 10 fois le seuil fixé).		Évolution préoccupante selon l'indice Liste Rouge (de l'UICN), en métropole et dans les outre-mers. Par ailleurs, la présence en proportion importante d'espèces endémiques (exclusives d'un territoire) confère à la France une forte responsabilité vis-à-vis de ce patrimoine unique, souvent menacé.
Perturbation du cycle de l'azote, et du cycle du phosphore	Limite largement dépassée pour l'azote (pertes excessives). Limites dépassées pour le phosphore.		Les surplus d'azote et de phosphore tendent à diminuer avec des dépassements des seuils à l'échelle locale ; problèmes d'eutrophisation.
Changements d'utilisation des sols	Limite dépassée (surfaces forestières insuffisantes pour la régulation du climat).		La France contribue à la déforestation mondiale via ses importations ; la surface boisée nationale augmente mais les terres agricoles diminuent.
Acidification des océans	Limite globale non atteinte.	Forts risques d'acidification avec le réchauffement climatique.	Des effets de l'acidification marqués, notamment sur la faune (huîtres, poissons, récifs coralliens des outre-mers, etc.).
Utilisation mondiale de l'eau	Limite globale respectée (part de la ressource renouvelable en eau que les activités humaines peuvent utiliser sans compromettre durablement les écosystèmes).		Prélèvement global en deçà du seuil, mais les volumes prélevés en été (notamment pour le refroidissement des centrales nucléaires ou pour l'agriculture) dépassent localement les volumes d'eau renouvelables disponibles.
Appauvrissement de l'ozone stratosphérique	Limite quasiment satisfaite après des années de dépassement.		Les substances réglementées qui appauvrissent la couche d'ozone ont quasiment disparu ; certains des produits de substitution (ex : les hydrofluorocarbures ou HFC) ont toutefois un potentiel de réchauffement climatique élevé, ce qui a conduit à réglementer également.
Augmentation des aérosols dans l'atmosphère	Seuil global non défini. Situations régionales préoccupantes (Asie Sud-Est).		Améliorations constatées en France sur les différentes émissions de particules.
Entités nouvelles dans la biosphère	Seuil global non défini. Nanoparticules, etc., avec des impacts écotoxicologiques et environnementaux potentiels (de 5 à 13 millions de tonnes rejetées chaque année dans les océans).		La France contribue aux rejets de polluants chimiques dans l'environnement sur son territoire, mais également dans les océans (déchets plastiques).

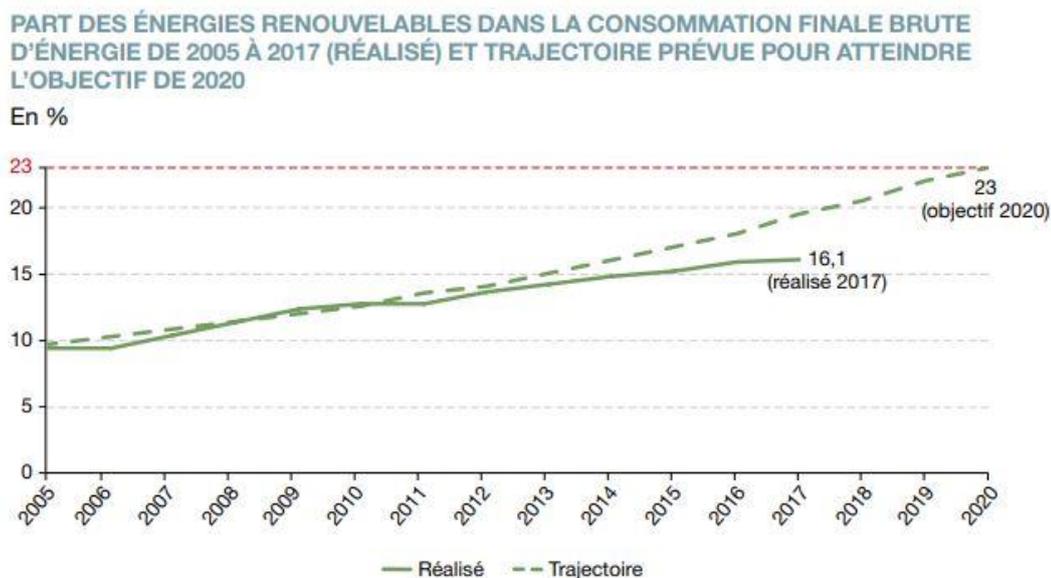
9. Suivi des objectifs de la France en matière de transition énergétique et solidaire

Tableau de suivi des objectifs fixés par la loi de transition énergétique pour une croissance verte (2015)

Tableau des objectifs fixés à la France (Facteur 4)			Réalisé		Résultat attendu			
Source	Objectif	Période de référence	2016	2017	2020	2025	2030	2050
Plan climat	Réduire les émissions de GES	par rapport à 1990		-15%	-20%		-40%	-75%
Plan climat	Réduire la consommation énergétique finale	par rapport à 2012		-4%	-20%		-30%	-50%
Plan climat	Porter la part des énergies renouvelables dans la consommation finale brute d'énergie		16%	16%	23%		32%	

NB : Energie finale : il s'agit de l'énergie consommée et facturée à chaque bâtiment, en tenant compte des pertes lors de la production, du transport et de la transformation du combustible.

Graphique de suivi d'un des objectifs fixés par la loi de transition énergétique pour une croissance verte (2015)



Champ : France entière (y compris DOM).

Source : SDES, d'après les sources par filière et PNA EnR (trajectoire)

10. Evolution du cadre législatif du reporting RSE en France

Source : OREE (2018), p. 94



SYNTHÈSE DES INDICATEURS

11. Extrait du rapport sur les 10 indicateurs de richesse 2018

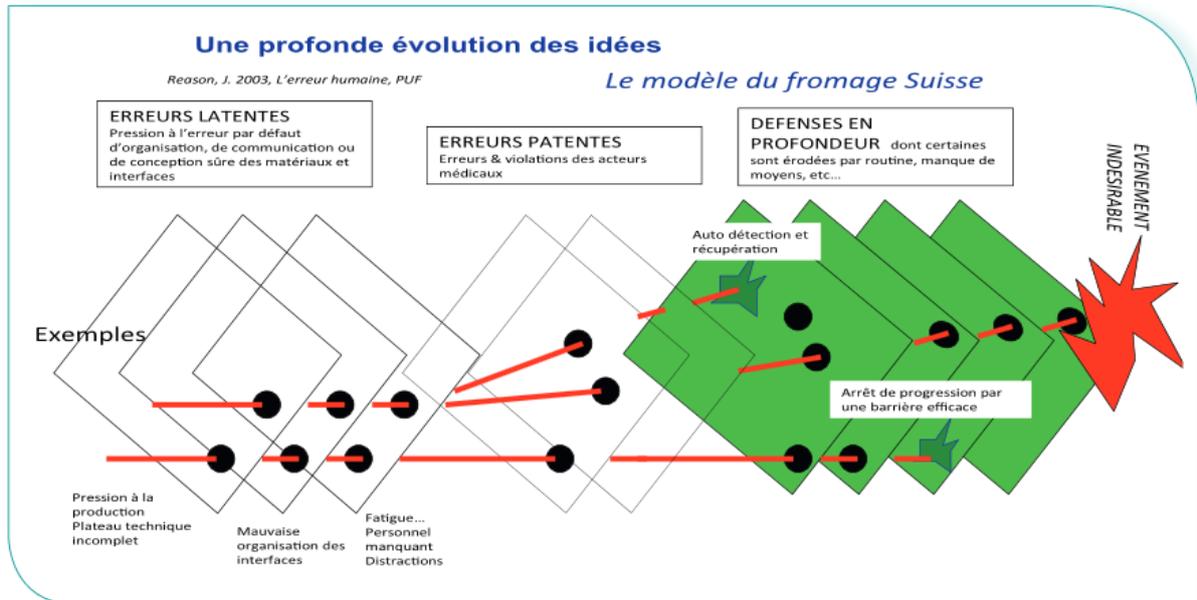
TABEAU 2 : INDICATEURS DE RICHESSE NATIONALE - COMPARAISONS EUROPÉENNES

	Indicateur 0	Indicateur 1	Indicateur 2	Indicateur 3	Indicateur 3	Indicateur 3	Indicateur 4	Indicateur 4	Indicateur 5	Indicateur 6	Indicateur 7	Indicateur 8	Indicateur 9	Indicateur 10
	Taux de croissance PIB réel par tête	Taux d'emploi des 15-64 ans	Dépenses de R&D	Dette publique au sens de Maastricht	Endettement des ménages	Endettement des sociétés non financières	Espérance de vie en bonne santé Hommes	Espérance de vie en bonne santé Femmes	Satisfaction dans la vie	Dispersion des revenus ²	Taux de pauvreté en conditions de vie	Taux de sorties précoces	Emission de gaz à effet de serre par habitant	Artificialisation des sols
	2017	2017	2016	2017	2017	2017	2016	2016	2013	2016	2017	2017	2016	2015
	En %	En %	En % du PIB	En % du PIB	En % du PIB	En % du PIB	En années	En années	Note 1 à 10	Rapport masse des niveaux de vie	En %	En % des 18-24 ans	En t équivalent de CO ₂	En % du territoire
Allemagne	1,8	75,2	2,94	64,1	52,2	47,3	65,2	67,4	7,3	4,5	9,1	10,1	11,0	7,4
Autriche	1,9	72,2	3,09	78,4	49,6	72,1	57	57,1	7,8	4,3	7,4	7,4	9,1	4,3
Belgique	1,3	63,1	2,49	103,1	60,0	127,7	63,7	63,7	7,6	3,8	11,3	8,9	10,4	11,4
Bulgarie	4,6	66,9	0,78	25,4	19,7	79,7	64	67,5	4,8	8,2	43,8	12,7	8,3	1,8
Chypre	3,3	65,6	0,5	97,5	106,8	208,8	63,1	68,8	6,2	4,6	28,6	8,5	10,3	5,4
Croatie	3,6	58,9	0,85	78,0	33,9	64,3	57,1	58,7	6,3	5,0	30,1 ¹	3,1	5,8	3,7
Danemark	1,6	74,2	2,87	36,4	126,8	76,0	60,3	60,3	8,0	4,1	6,8	8,8	8,8	6,9
Espagne	2,8	61,1	1,19	98,3	60,7	77,7	65,8	66,4	6,9	6,6	12,8	18,3	7,0	3,4
Estonie	4,9	74,1	1,28	9,0	38,0	67,0	54,3	59	6,5	5,4	11,6	10,8	14,9	2,0
Finlande	2,6	70,0	2,75	61,4	66,3	79,2	59,1	57	8,0	3,5	8,2	8,2	10,7	1,6
France	1,8	64,7	2,22	98,5	57,7	89,7	62,7	64,1	7,1	4,3	11,1	8,9	6,9	5,4

12. Modèles de gestion systémique des risques

Source : HAS (2012), *Amélioration des pratiques et sécurité des soins La sécurité des patients Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé Des concepts à la pratique*

Modèle de « fromage suisse » (ou de plaques) développé par J. Reason



Les types de barrières pour gérer les erreurs (concept dit de « défense en profondeur »)



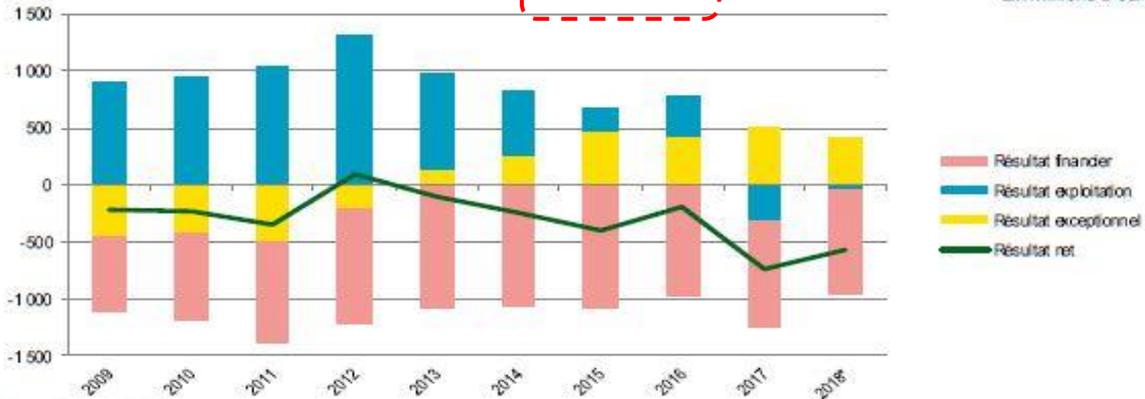
13. La situation économique et financière des hôpitaux publics et des établissements privés (extraits)

	Hôpitaux publics (en 2018)	Etablissements privés (en 2017)
Résultats	Les finances des hôpitaux des comptes financiers des hôpitaux publics restent déficitaires (le résultat d'exploitation des établissements publics reste déficitaire)	La situation économique globale des cliniques privées, excédentaire, masque de fortes disparités.
	Près de six établissements sur dix sont déficitaires (57 %, après 59 % en 2017).	23 % des cliniques sont en déficit. Cette part est en très légère baisse en 2017 (0,1 point de moins qu'en 2016). Elle atteint 28 % en MCO et 18 % en SSR, contre 9 % dans le secteur de la psychiatrie.
	Le déficit total se réduit légèrement et s'établit à 567 millions d'euros, après 743 millions d'euros en 2017. Il reste toutefois supérieur à celui observé en 2016 (188 millions d'euros). Malgré la légère amélioration de 2018, le niveau du déficit reste donc élevé.	Le résultat total est de 3,5 millions
Rentabilité	La rentabilité nette, définie comme le rapport du résultat net (excédent ou déficit) aux recettes, se redresse, mais reste à un niveau historiquement bas, à -0,8 % en 2018, après -1,1 % en 2017 et -0,3 % en 2016	la rentabilité des cliniques privées s'établit à 3,5 % du chiffre d'affaires
Investissement	Les investissements représentent 3,7 milliards d'euros en 2018 et la part des dépenses d'investissement rapportées aux recettes continue de baisser (5,2 % en 2018, après 5,7 % en 2017 et 5,9 % en 2016) /	Globalement, l'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés au chiffre d'affaires, continue de progresser légèrement en 2017. Il poursuit ainsi sa reprise entamée en 2013 pour atteindre 4,9 % du chiffre d'affaires, contre 4,5 % en 2016
taux d'endettement	le taux d'endettement, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), ne se réduit pas et reste stable à 51,6 % en 2018	L'endettement total des cliniques, qui correspond au rapport des dettes financières aux capitaux permanents, est en baisse depuis 2012 et s'établit en 2017 à 33 %, un niveau historiquement bas

Les deux pages présentées ci-après proposent une retranscription graphique de la situation des établissements publics d'une part et des cliniques privées d'autre part. Ce visuel permet de se rendre compte d'une situation économique nettement moins contrainte dans le secteur privé que celui du public.

Graphique 1 Décomposition du résultat des hôpitaux publics entre 2009 et 2018

En millions d'euros



* Données provisoires.

Note > Le **résultat net** est égal à la somme de trois composantes :

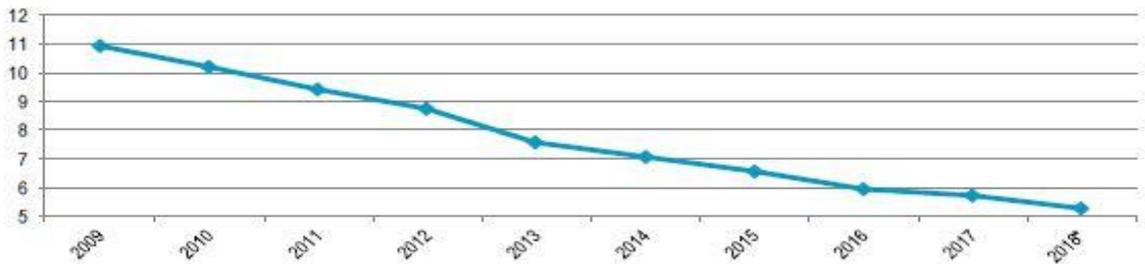
- Le **résultat d'exploitation** fait référence aux recettes et dépenses liés à l'exploitation normale et courante de l'établissement ;
- Le **résultat exceptionnel** comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation) et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles ;
- Le **résultat financier** concerne les recettes et les dépenses qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires), France.

Sources > DGFIP ; SAE ; calculs DREES (données retraitées) [encadré].

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics entre 2009 et 2018

En % des recettes



* Données provisoires.

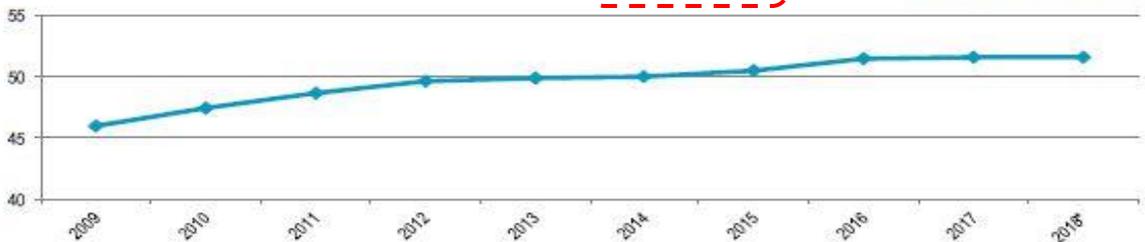
Note > Effort d'investissement : part des dépenses d'investissements rapportées aux recettes.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires), France.

Sources > DGFIP ; SAE ; calculs DREES (données retraitées) [encadré].

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2009 et 2018

En % des ressources stables



* Données provisoires.

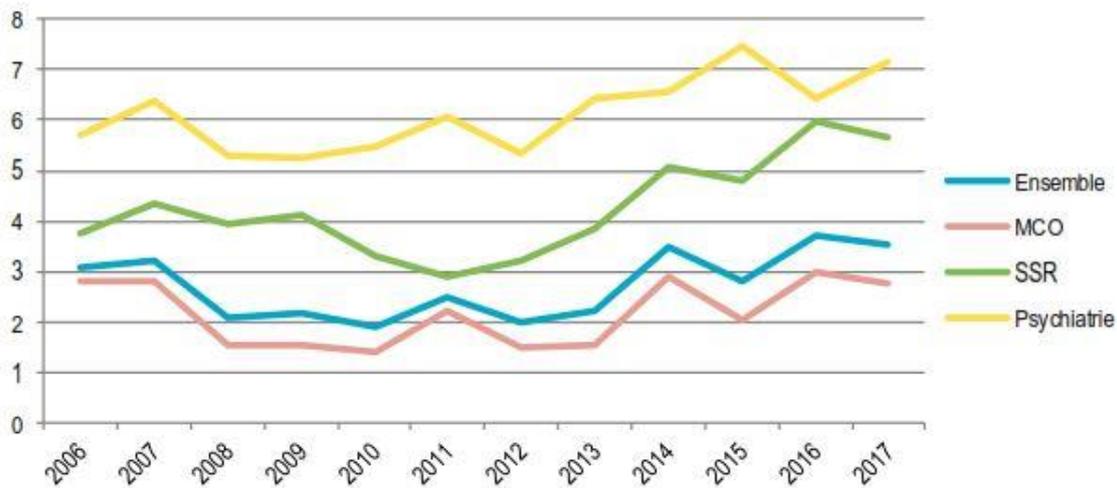
Note > Taux d'endettement : part des dettes au sein des ressources stables.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires), France.

Sources > DGFIP ; SAE ; calculs DREES (données retraitées) [encadré].

Graphique 1 Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées

En % du chiffre d'affaires



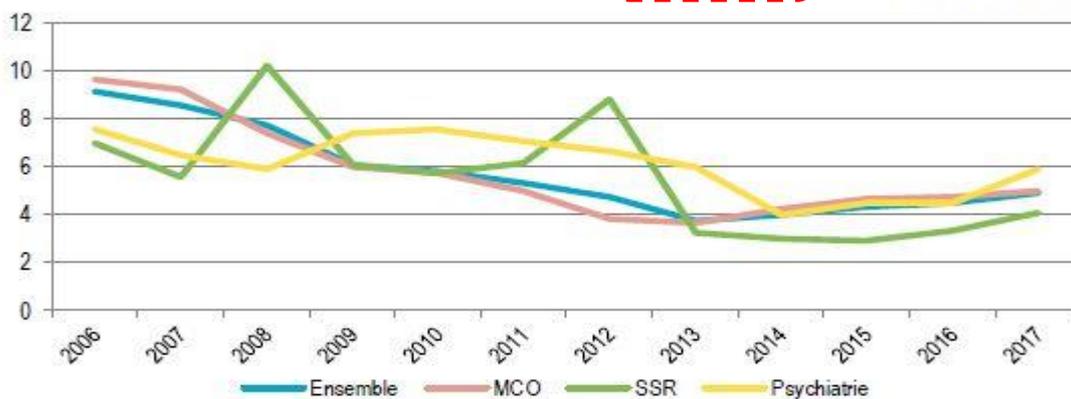
Note > Rentabilité nette : rapport du résultat net au chiffre d'affaires.

Champ > Cliniques privées à but lucratif de France métropolitaine et des DROM présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce ; SAE 2006-2017 ; calculs DREES.

Graphique 3 Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées

En % du chiffre d'affaires



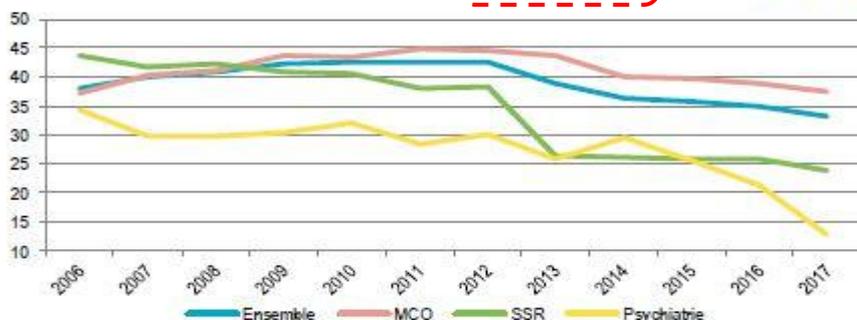
Note > Les sauts observés en 2008 et 2012 pour les cliniques de SSR sont dus à de forts investissements ponctuels de la part de cliniques ayant un poids financier important.

Champ > Cliniques privées à but lucratif de France métropolitaine et des DROM présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce ; SAE 2006-2017 ; calculs DREES.

Graphique 4 Évolution du taux d'endettement des cliniques privées

En % des capitaux permanents



Note > Le décrochage observé entre 2012 et 2013 pour le taux d'endettement des cliniques de SSR est dû à une forte augmentation des fonds propres de quelques cliniques ayant un poids financier important.

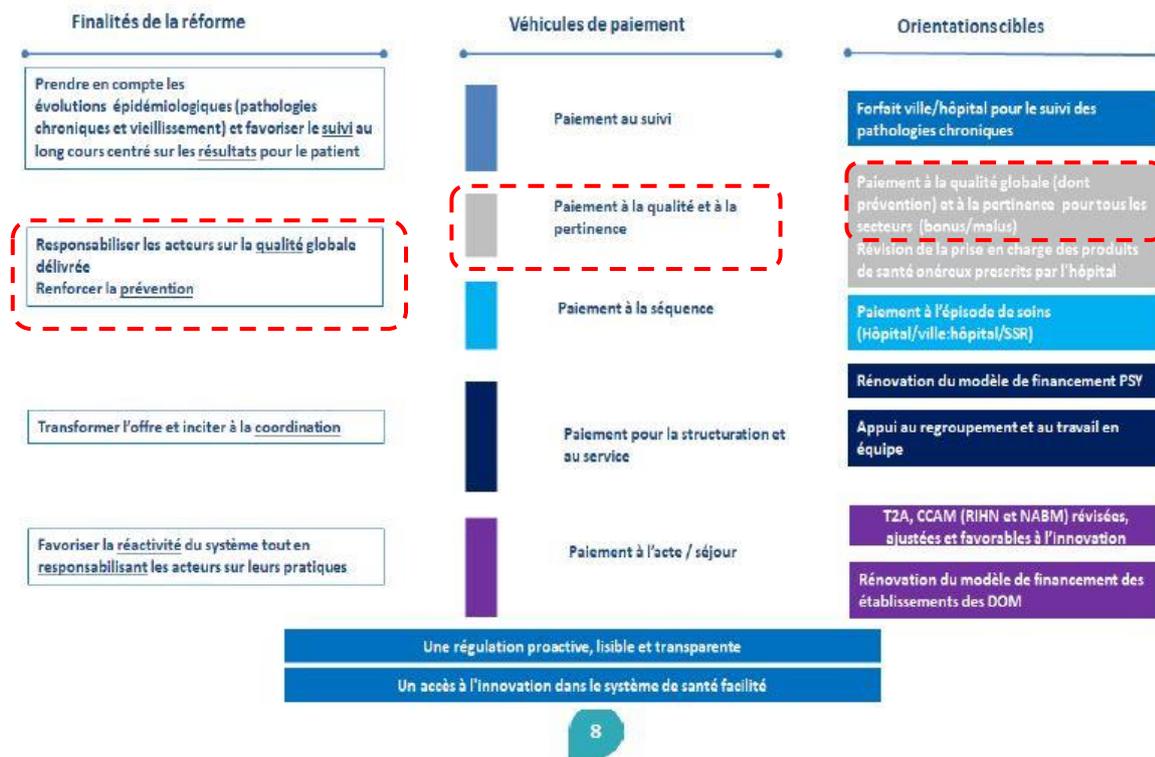
Champ > Cliniques privées à but lucratif de France métropolitaine et des DROM présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce ; SAE 2006-2017 ; calculs DREES.

14. Ma Santé 2022 : Des objectifs de la réforme aux outils utilisés / focus sur le paiement à la qualité et à la pertinence

Source : Ministère des solidarités et de la santé (2018), p. 8

Figure 2 : des objectifs de la réforme du financement aux outils utilisés



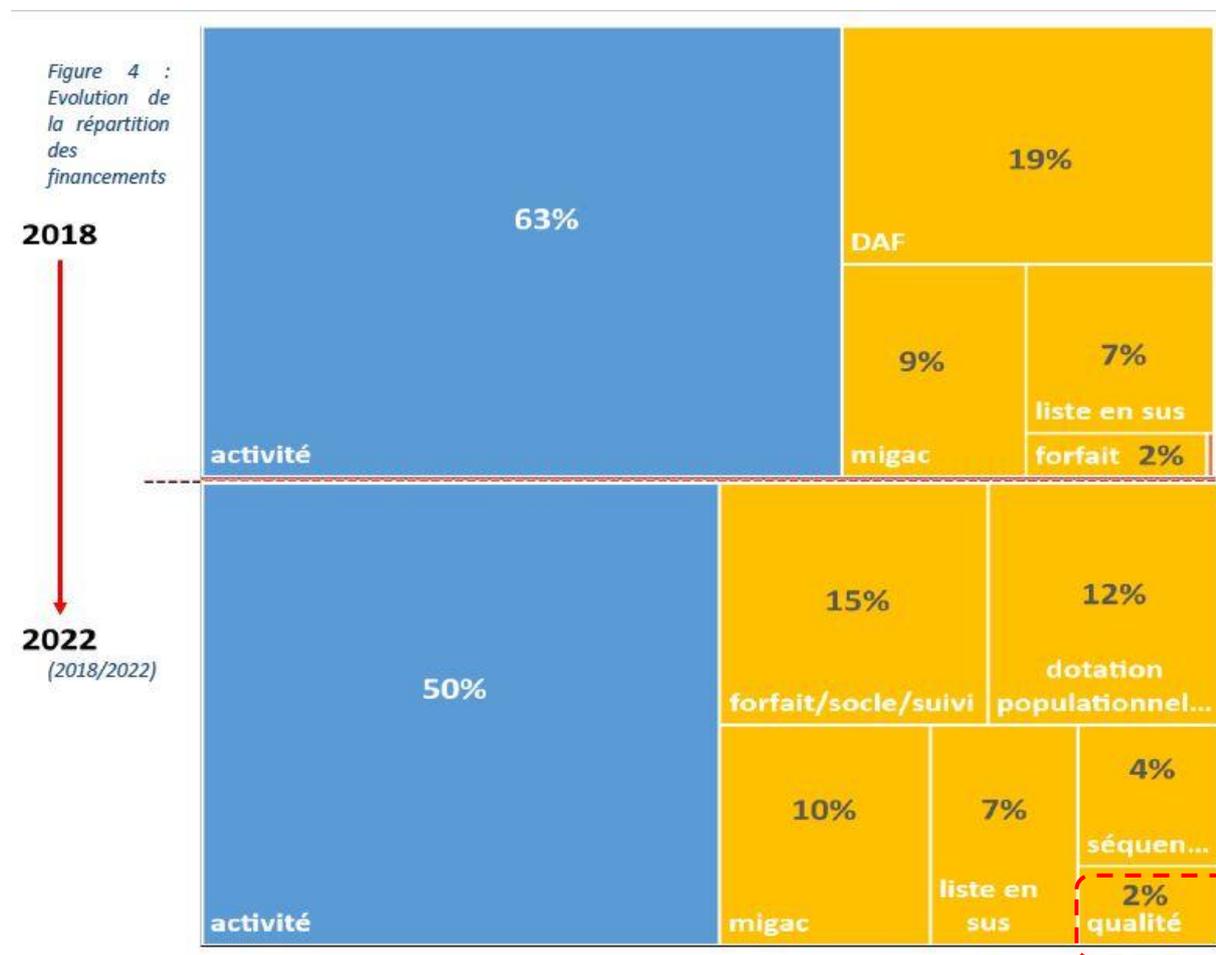
Ajout de légende :

 Modalité de paiement selon des critères de qualité (dispositif IFAQ)

Afin de responsabiliser les acteurs sur la qualité globale délivrée (une des finalités de la réforme), un paiement à la qualité et à la pertinence (véhicule de paiement) est proposé. Les orientations cibles sont un paiement à la qualité et à la pertinence pour tous les secteurs, avec l'instauration d'un bonus/malus.

15. Ma Santé 2022 : Evolution de la répartition des financements prévus entre 2018 et 2022 / focus sur le paiement à la qualité et à la pertinence

Source : Ministère des solidarités et de la santé (2018), p. 29



Ajout de légende :



Modalité de paiement selon des critères de qualité (dispositif IFAQ)

DAF : dotation annuelle de financement

MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

16. Indicateurs IFAQ 2019¹⁸¹



Quels indicateurs pris en compte ?

Qualité des prises en charge perçue par les patients

Satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO

Satisfaction des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire (MCO)

Evaluation et prise en charge de la douleur (MCO, SSR)

Projet de soins et projet de vie (SSR)

Tenue du dossier patient (HAD)

Evaluation du risque d'escarres (HAD)

Dépistage des troubles nutritionnels (HAD)

Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées (MCO, SSR, HAD)

Qualité des prises en charge cliniques

Qualité des pratiques dans la prévention des IAS

Consommation de solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (MCO, SSR, HAD)

Qualité de la lettre de liaison à la sortie (MCO, SSR)

Qualité de la lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire (MCO)

Coordination en HAD

Qualité de la coordination des prises en charge

Certification

Ajout de légende :



Elément intégrant des critères d'évaluation explicitement portés sur le développement durable (cf. les 8 critères du référentiel V2014 identifiés comme liés au développement durable)

¹⁸¹ HAS. Ministère des solidarités et de la santé. ATIH (2019)

17. Extrait de la synthèse de la stratégie nationale de santé 2018-2022 illustrant le nombre de fois où la qualité est citée (20 fois)

- 1) « qualité de la prise en charge financière des soins »
- 2) « une médecine innovante et de qualité »
- 3) « garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé »
- 4) « la qualité de l'offre de soins en France »
- 5) « cette organisation devra être fondée sur la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge »
- 6) « la qualité et la continuité des parcours »
- 7) « renforcer la qualité de l'offre en établissements sur l'ensemble du territoire »
- 8) « La qualité de l'environnement »
- 9) « amélioration de la qualité des soins »
- 10) « développer une culture de la qualité et de la pertinence »
- 11) « Améliorer la qualité et la sécurité des soins »
- 12) « La mesure de la qualité doit davantage être mise en avant dans la régulation du système de santé. »
- 13) « Les priorités fixées par la stratégie nationale de santé, telles que la prévention, la transversalité des parcours, le renforcement de la qualité, la sécurité et la pertinence des soins, devront s'y refléter. »
- 14) « Améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé »
- 15) « la qualité du service rendu »
- 16) « Malgré des qualités certaines, il (le système de santé) manque encore de souplesse dans sa politique de recherche et d'innovation et dans son modèle de gouvernance »
- 17) « Pour que la qualité théorique, issue de la recherche, se transforme en qualité réelle »
- 18) « pour l'amélioration de la qualité du service au patient »
- 19) « améliore la pertinence et la qualité des soins »
- 20) « amélioration de la santé et de la qualité de vie des Français »

18. Synthèse des principaux plans de santé publique intégrant le plan national de santé publique 2018-2022, d'après HCSP (2019), pp. 86-94

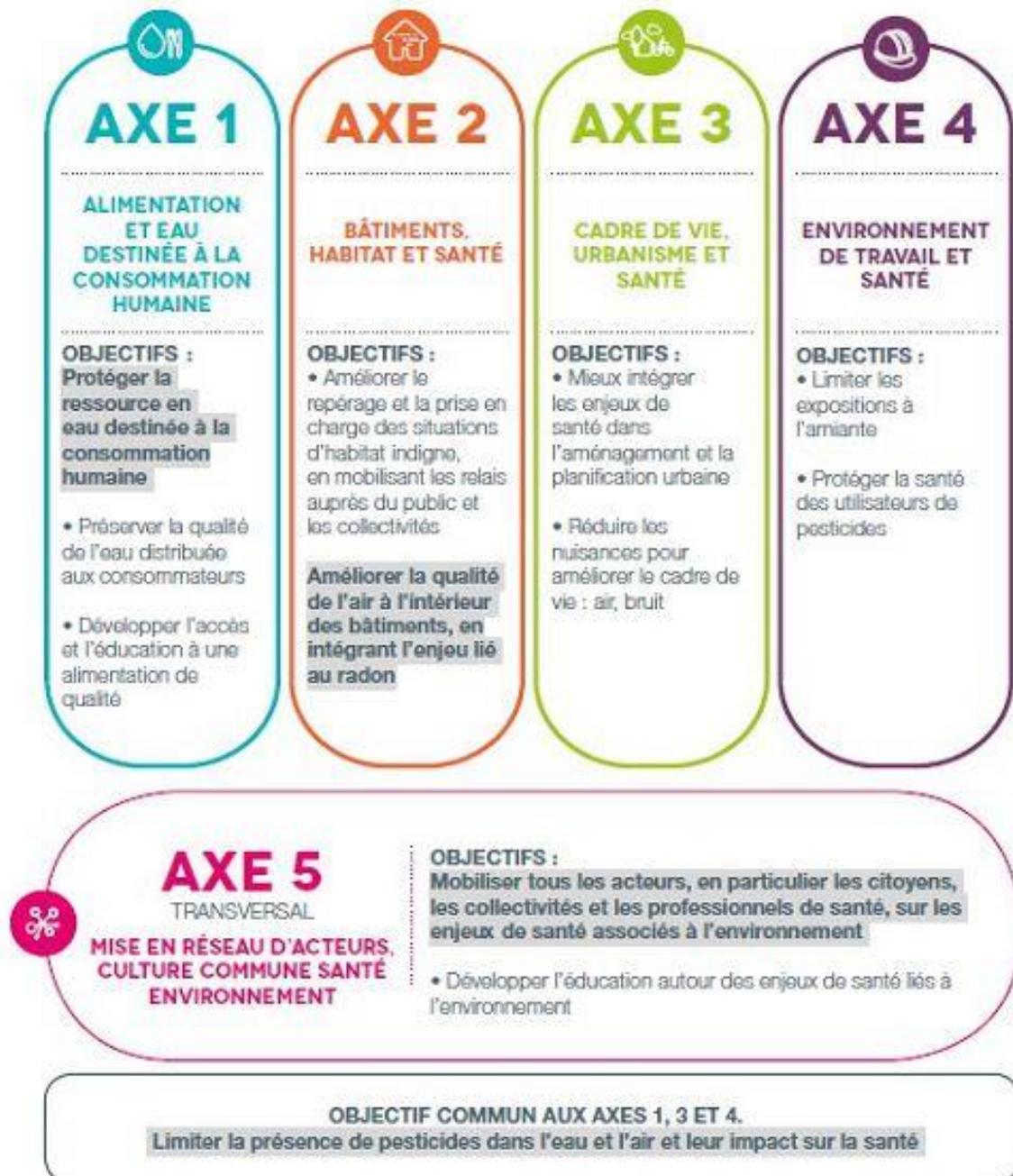
Plan	Période	Description	
Plan National Santé Environnement (PNSE)	2015-2019 PNSE N°3	Le 3ème plan national santé environnement arrivant à échéance fin 2019, le lancement de l'élaboration du plan « Mon environnement, ma santé », 4ème plan national santé environnement a été annoncée en ouverture des Rencontres nationales santé-environnement les 14 et 15 janvier 2019 à Bordeaux.	107 actions (prévention, lutte contre les inégalités, renforcement de la dynamique territoriale)
	2020-2024 PNSE N°4 ¹	Le PNSE 4 a pour objectif de mieux connaître les expositions et les effets de l'environnement sur la santé des populations (« exposome »). Introduit dans le code de la santé publique, le concept d'exposome propose de considérer globalement les expositions tout au long de la vie de l'individu. Il doit permettre de mieux comprendre et agir sur la survenue des maladies chroniques et la possibilité pour chacun d'évoluer dans un environnement favorable à sa santé.	intitulé "Mon environnement, ma santé" (focus sur exposome, prévention, qualité de l'air intérieur, plateforme web collaborative)
Plan Santé au Travail (PST)	2016-2020 PST N°3	Promouvoir la santé au travail, développer une culture de prévention dans les milieux professionnels, et réduire la fréquence et la sévérité des pathologies liées aux conditions de travail	(culture de la prévention, Qualité de vie au travail, renfort du dialogue social...)
Plan National Nutrition Santé (PNNS)	2019-2023 PNNS N°4	Lancés en 2001, les PNNS successifs sont des plans de santé publique visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition	exemple axe 3: mieux prendre en charge les personnes en surpoids, dénutries ou atteintes de maladies chroniques
Plan national de prévention de la perte d'autonomie	2015 sans date de fin	Changer les représentations sur le vieillissement ; - S'appuyer sur la médecine du travail (diffusion message bien vieillir et repérage des risques de fragilité) lors du départ à la retraite ; - Sensibiliser les personnes âgées et les professionnels à l'importance de l'autonomie ; - Lutter contre le risque d'isolement social ; - Organiser le repérage des personnes âgées les plus vulnérables ;	
Plan National d'Adaptation au Changement Climatique	Sans date de fin PNACC n°2	Il comprend parmi les 10 mesures concrètes, une mesure relayée dans le PNSP qui est la diffusion des messages de prévention par le service sanitaire des étudiants en médecine (selon une enquête menée en 2015, seuls 4% des personnes âgées pensent être à risque en période de canicule et seuls 4% d'entre eux se sont inscrits sur les registres municipaux).	

19. Synoptique PRSE3 Pays de la Loire 2016-2020

Source : ARS Pays de la Loire

Le PRSE3 : 5 axes stratégiques, 12 objectifs principaux dont 4 objectifs "phares" à fort enjeu régional

Cliquez sur l'image pour accéder directement aux axes :



20. Objectifs de résultat fixés par la Convention portant engagements mutuels dans le cadre du Grenelle de l'Environnement avec les fédérations hospitalières¹⁸²

Objectifs de résultat fixés par la Convention

Indicateurs	2009 : point de départ	2010	2011
1- Engagement des établissements de santé dans la démarche de développement durable			
1-1 – Participation au baromètre ou au tableau des indicateurs de l'éco-responsabilité.	10%	30%	50%
2-Management			
2-1- Inscription du DD dans les PE et/ou les contrats de pôles	16%	30%	40%
2-2 Mise en place d'indicateurs de suivi de leurs actions DD	30%	60%	100%
3- Eau			
3-1 Réalisation d'un état des lieux précis de la consommation d'eau et mise en place d'indicateurs de suivi	NC	50%	100%
3-2 Mise en place de politique de réduction de la consommation d'eau par information et sensibilisation du personnel	25%	50%	75%
3-3 Installation d'équipements économiseurs d'eau	38%	50%	75%
4- Energie			
4-1 Mise en place d'indicateurs de suivi et d'actions de réduction de la consommation d'énergie	54%	75%	100%
4-2 Réalisation de bilans et/ou audits énergétiques	NC	30%	50%
5- Déchets			
5-1 Tri sélectif des déchets recyclables	90%	100%	
5-2 Mise en place d'au minimum 5 filières de tri et de valorisation (hors filières obligatoires) de déchets recyclables	86%	100%	
5-3 Réalisation d'un diagnostic de la gestion des effluents liquides	NC	20%	50%
5-4 Traitement des effluents gazeux	NC	20%	40%
5-5 Utilisation de lessives sans phosphates	NC	60%	100%
6- Transports			
6-1 Achat de véhicules propres et économes ou éligibles au bonus écologique	27%	35%	40%
6-2 Mise en place d'un PDE	17%	35%	60%
6-3 Part des agents conducteurs formés à l'éco-conduite	NC	25%	50%
7- Politique d'achats			
7-1 Intégration de critères DD dans les appels d'offres	69%	70%	100%
7-2 Intégration de critères DD à tous les niveaux de la procédure d'achat (définition des besoins, conditions d'exécution, présentation des candidatures, critères de choix)	NC	50%	100%
7-3 Achats réalisés auprès du secteur protégé ou adapté	NC	25%	50%
7-4 Mise en place d'une stratégie d'achat pour réduire les emballages sur les produits n'intervenant pas dans les actes de soins	17%	60%	100%
7-5 Formation des acheteurs aux achats éco responsables	NC	60%	100%
8- Communication			
8-1 Formation des agents aux enjeux du DD, aux nouveaux comportements pour atteindre les objectifs de la stratégie de l'établissement en matière de DD	NC	50%	100%
8-2 Le DD est une thématique de la communication interne	43%	75%	100%
8-3 Eco-conception des actions de communication	NC	50%	100%

¹⁸² Ministère de l'Ecologie de l'Energie du Développement Durable et de la Mer. Ministère de la Santé et des Sports. ADEME. FHF. FEHAP. (2009), pp. 21-22

21. Analyse de l'évolution des conventions en faveur du DD en établissements de santé

Source : Ministère de l'Écologie de l'Énergie du Développement Durable et de la Mer. Ministère de la Santé et des Sports. ADEME. FHF. FEHAP (2009

Ministère des affaires sociales et de la santé. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer (2017)

Année signature	2009 (avenant 2010)	2017
Durée Période	3 ans 2009-2011	4 ans 2017-2020
Parties	Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer, Ministère de la Santé et des sports,	Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes, Ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer,
	- ADEME, - ANAP	- ANAP
	- FEHAP, - FHF	- FEHAP, - FHF, - FHP, - FNAQPA, - FNEHAD, - NEXEM, - SYNERPA, - UNICANCER, - UNIOPSS
Principes directeurs	N°1) Évaluer objectivement notre performance en matière de Développement Durable	N°5) Évaluer objectivement la performance des établissements de santé en matière de Développement Durable
	N°2) Intégrer les enjeux du Développement Durable dans les pratiques professionnelles des acteurs de santé.	N°2) Intégrer les enjeux du Développement Durable dans les pratiques professionnelles des acteurs de santé.
	N°3) Prendre en compte systématiquement les enjeux du Développement durable dans l'évaluation des projets et dans les processus de décisions.	
	N°4) Amplifier les programmes de formation et les actions de sensibilisation aux enjeux et aux projets de Développement Durable.	N°3) Amplifier les programmes de formation et les actions de sensibilisation aux enjeux et aux projets de Développement Durable, notamment à l'égard des cadres dirigeants
	N°5) Intégrer des critères de performance Développement Durable dans le management des établissements de santé	N°4) Intégrer des critères de performance Développement Durable dans le management des établissements de santé
	N°6) Envisager le développement durable des établissements de santé au niveau de leur territoire d'installation et d'influence	N°6) Envisager le développement durable des établissements de santé au niveau de leur territoire d'installation et d'influence
		N°1) Affirmer la place du monde de la santé (au sens OMS du terme) dans la politique publique en faveur du DD et accompagner les actions des établissements et services

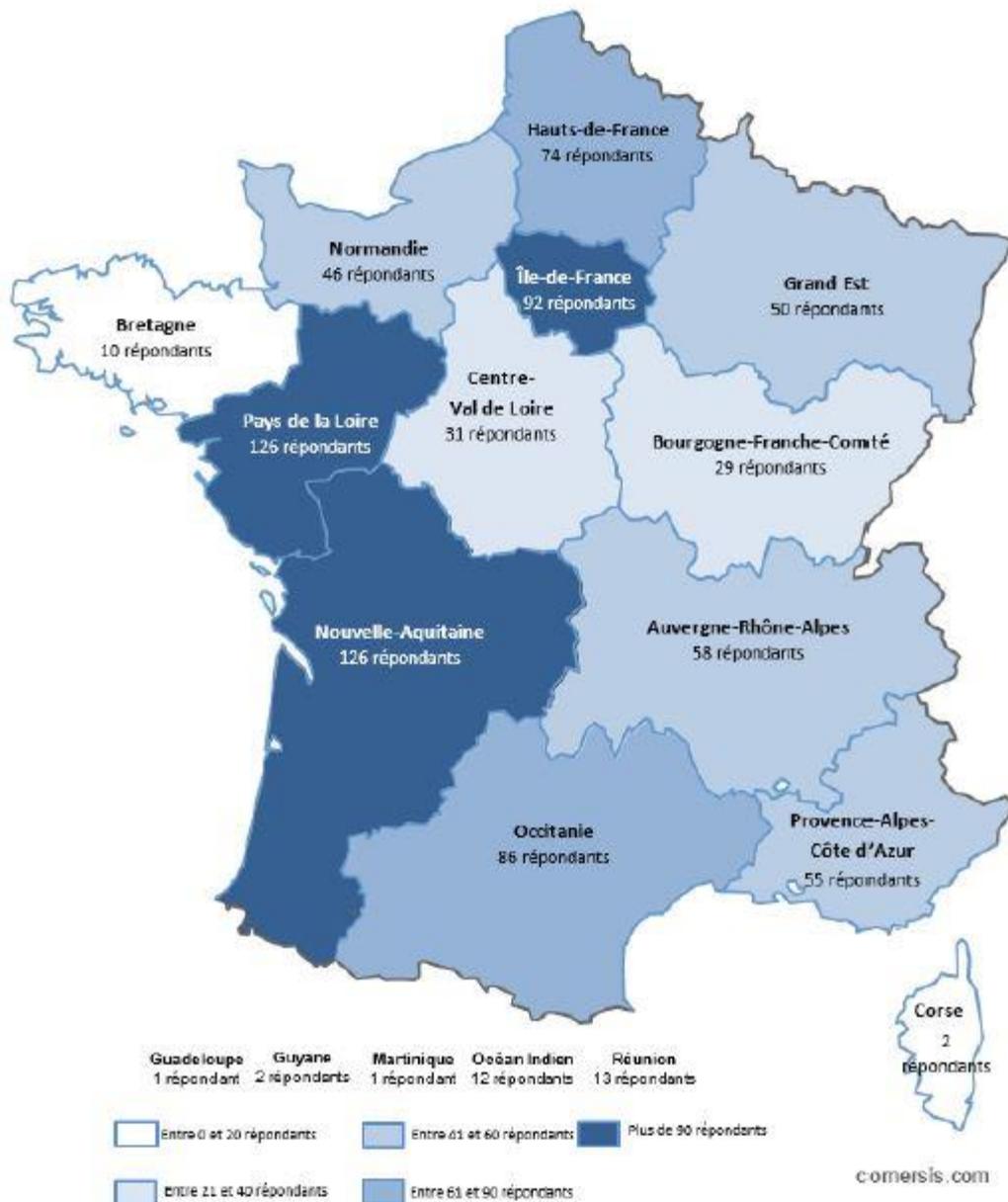
22. MODD 2018 / Répartition des répondants par région

Source : ANAP (2018), Extrait du rapport national consolidé Campagne 2018, p. 16



MON OBSERVATOIRE DU DD : RESULTATS 2018

Répartition des répondants par région



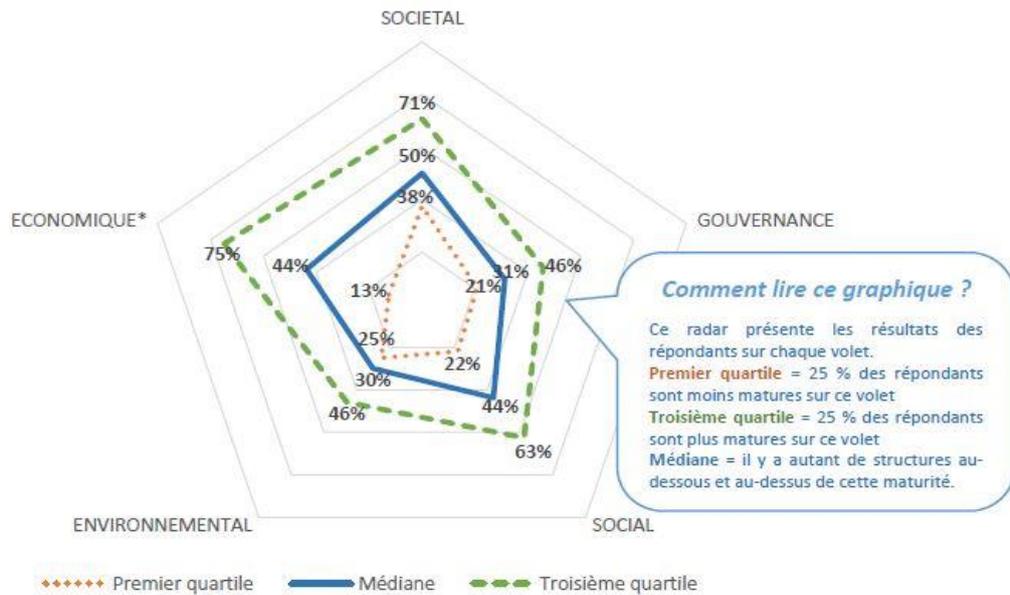
814 réponses (86%)

Deux régions sont particulièrement représentées : les Pays de la Loire et la Nouvelle-Aquitaine.

23. MODD 2018 / maturité des structures sur les volets du développement durable en 2018 (Extrait)

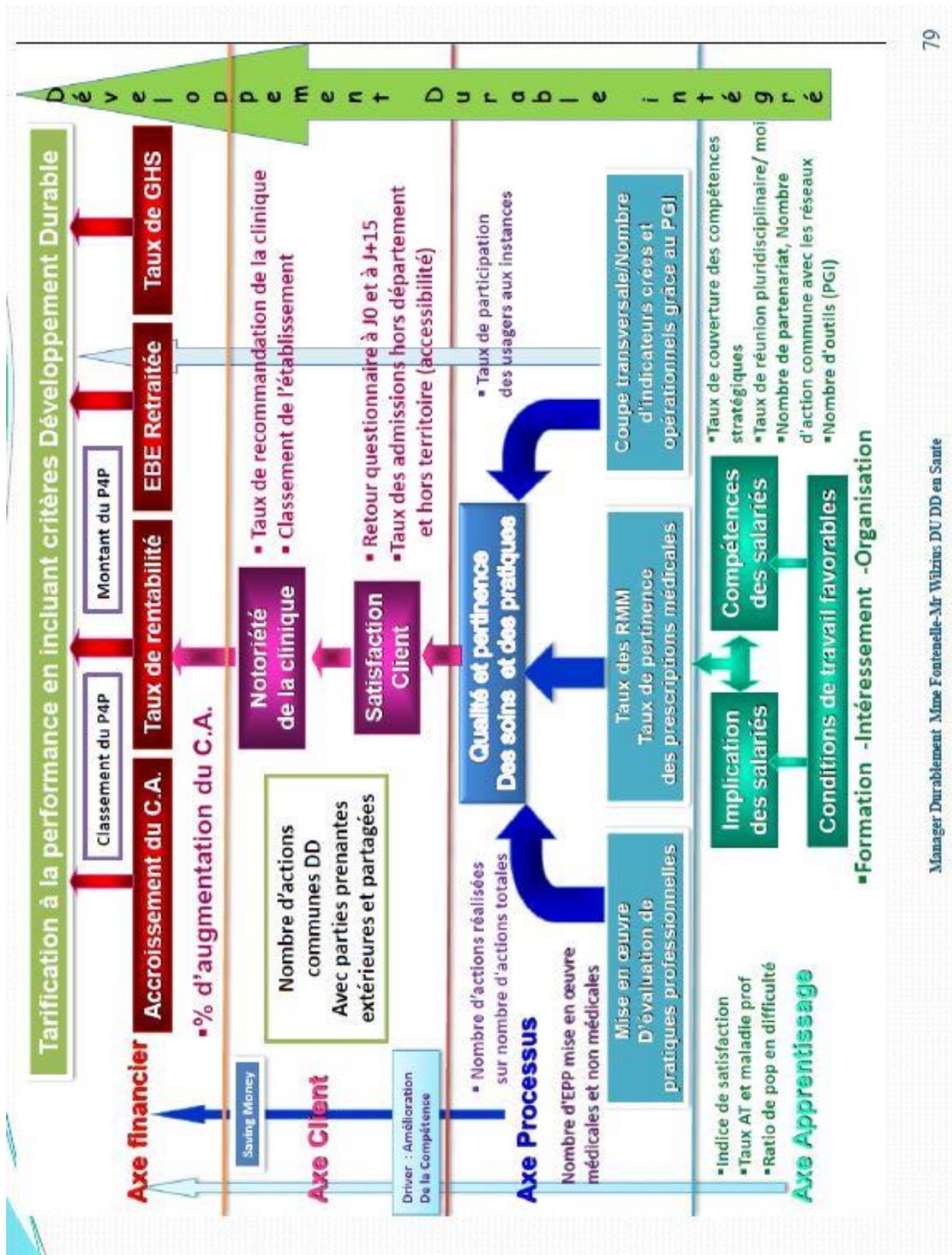
Source : ANAP (2018), Extrait du rapport national consolidé Campagne 2018, p. 24

Maturité des structures sur les volets du Développement Durable en 2018



* en 2018, les valeurs du volet Achat sont comprises dans le volet Economique.

24. Schéma du développement durable intégré dans les outils du management
 Source : Fontenelle L., Wilzius L. (2019), p. 79



25. MODD 2018 / Quels tableaux de bord de performance sont utilisés dans votre structure ?

Source : ANAP (2018), p. 86



En synthèse

Ce tableau rapporte la maturité médiane des répondants à la question suivante :

- ECO1 : Quels tableaux de bord de performance sont utilisés dans votre structure ?

Maturité médiane des structures	2017	2018
Pérenniser la performance globale de la structure	3/5	3/5
Détail des résultats par type d'activité		
Hébergement pour personnes âgées	2/5	1/5
Hébergement pour personnes en situation de handicap	1/5	3/5
Hospitalisation à domicile	3/5	1/5
Médecine chirurgie obstétrique	3/5	3/5
Psychiatrie	2/5	3/5
Services à domicile	1/5	2/5
Services pour personnes en situation de handicap	2/5	3/5
Social	2/5	4/5
Soins de suite et de réadaptation	3/5	4/5
Autres	2/5	2/5

En détail

ECO1 — Quels tableaux de bord de performance sont utilisés dans votre structure ?

Réponse	2017	2018
	Part	
1. La structure n'utilise pas dans ses tableaux de bord d'indicateurs extrafinanciers (hors indicateurs obligatoires : qualité, etc.)	29 %	33 %
2. La structure a identifié des indicateurs extrafinanciers, mais ne les mesure pas encore	14 %	10 %
3. La structure mesure des indicateurs extrafinanciers chaque année	17 %	17 %
4. La structure exploite et analyse les indicateurs extrafinanciers.	14 %	22 %
5. Des indicateurs extrafinanciers sont intégrés dans la démarche globale de pilotage et d'amélioration continue de la structure	25 %	16 %
Ne se prononce pas	2 %	2 %

Nombre de répondants à la question :
2018 : n = 760 (80 %)
2017 : n = 338 (79 %)

26. Objectifs du reporting RSE et hiérarchie des rapports financiers et extra-financiers

Source : OREE (2018), p. 95



⁵⁹ Voir partie suivante : « C. Changements apportés par la transposition de la Directive européenne ».

ANNEXES

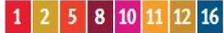
Périmètre et méthodologie

Le périmètre de la déclaration de performance extra-financière pour l'exercice 2018 comprend l'ensemble des activités du Groupe en France. Les données chiffrées rapportées dans ce document sont issues soit des systèmes d'information des différentes directions contributrices (immobilier, ressources humaines, qualité, communication...), soit des déclarations des établissements dans le cadre d'un protocole de reporting annuel, auprès des 86 correspondants RSE qui couvrent 96 sites de soins (MCO, SSR, dialyse ou encore radiothérapie). Sauf mention contraire, les indicateurs couvrent donc 96 déclarants, soit 100 % des établissements solidités. Afin de refléter au mieux l'évolution de notre Groupe, le périmètre comme les indicateurs sont amenés à évoluer d'un exercice à l'autre.

Grille de concordance

Informations demandées par l'article R225-105 du code de commerce régissant le contenu de la déclaration de performance extra-financière	Indicateurs 2018	Périmètre	Détail
1. INFORMATIONS SOCIALES			
a. Emploi :	25 000 collaborateurs 6 427 stagiaires et alternants	131 structures	Page 4
- l'effectif total et la répartition des salariés par sexe, par âge et par zone géographique			
- les embauches et les licenciements			
- les rémunérations et leur évolution	19 accords signés concernant l'intéressement des salariés	131 structures	Pages 38/39
b. Organisation du travail :			
- l'organisation du temps de travail			
- l'absentéisme	Taux d'absentéisme Groupe en 2018 (maladie/pro et AT - CDI) : 7,7%	131 structures	
c. Santé et sécurité :			
- les conditions de santé et de sécurité au travail	Taux de fréquence des accidents du travail : 31,14	73 sites	Pages 42/43
- les accidents du travail, notamment leur fréquence et leur gravité, ainsi que les maladies professionnelles	Taux de gravité : 2,78		
d. Relations sociales :			
- l'organisation du dialogue social, notamment les procédures d'information et de consultation du personnel et de négociation avec celui-ci	Toutes les réunions obligatoires sont tenues	131 structures	Pages 38/39
- le bilan des accords collectifs, notamment en matière de santé et de sécurité au travail	61 accords d'entreprise signés	131 structures	
e. Formation :			
- les politiques mises en œuvre en matière de formation, notamment en matière de protection de l'environnement	14 735 salariés formés 203 328 heures de formation délivrées	71 sites 67 sites	Pages 38/39
- le nombre total d'heures de formation			
f. Egalité de traitement :			
- les mesures prises en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes	Taux de femmes aux postes clés : 31%		
- les mesures prises en faveur de l'emploi et de l'insertion des personnes handicapées	Taux de salariés reconnus travailleurs handicapés : 4,02 % (sur l'exercice 2017)	131 structures	Pages 42/43
- la politique de lutte contre les discriminations	434 managers formés à « recruter sans discriminer »		

28. Analyse des principales normes liées à la RSE et concordance avec les ODD

Norme	Nom de la norme et domaine d'application	Cette norme contribue aux  OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE
ISO ¹⁸³ 14001:2015	Management environnemental	12 ODD 
 EMAS	Emas, éco-management and audit scheme, ou système de management et d'audit environnemental, est un règlement européen d'application volontaire entré en application le 11 janvier 2010 permettant à tout type d'organisation d'évaluer, de publier et d'améliorer sa performance environnementale. Le règlement Emas est fondé sur la norme internationale de système de management environnemental ISO 14001 assortie d'exigences complémentaires.	
ISO 20400:2017	Achats responsables	8 ODD 
ISO 26000:2010	Responsabilité sociétale	16 ODD 
ISO 45001:2018	Management de la santé et de la sécurité au travail	7 ODD 
ISO 50001:2018	Management de l'énergie	4 ODD 
 OHSAS 18001 Santé et sécurité au travail	Le référentiel OHSAS 18001 est devenu obsolète depuis que l'ISO 45001 a officiellement été publié le 12 mars 2018. Les organisations certifiées OHSAS 18001 ont jusqu'en 2021 pour finaliser leur passage vers une certification ISO 45001.	
 SA 8000 ¹⁸⁴ SOCIAL ACCOUNTABILITY INTERNATIONAL	La norme SA8000® est la principale norme de certification sociale pour les usines et les organisations du monde entier. Elle a été créée par Social Accountability International en 1997 en tant qu'initiative multipartite. Au fil des ans, la norme a évolué pour devenir un cadre global qui aide les organisations certifiées à démontrer leur attachement au traitement équitable des travailleurs dans tous les secteurs et dans tous les pays. Elle est basée sur les conventions de base de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) ¹⁸⁵	
SD 21 000	Cette norme est remplacée par NF ISO 26000 Novembre 2010 / Lignes directrices relatives à la responsabilité sociétale	

¹⁸³ L'ISO (International Organization for Standardization ou Organisation internationale de normalisation) est une organisation internationale non gouvernementale, indépendante, dont les 164 membres sont les organismes nationaux de normalisation.

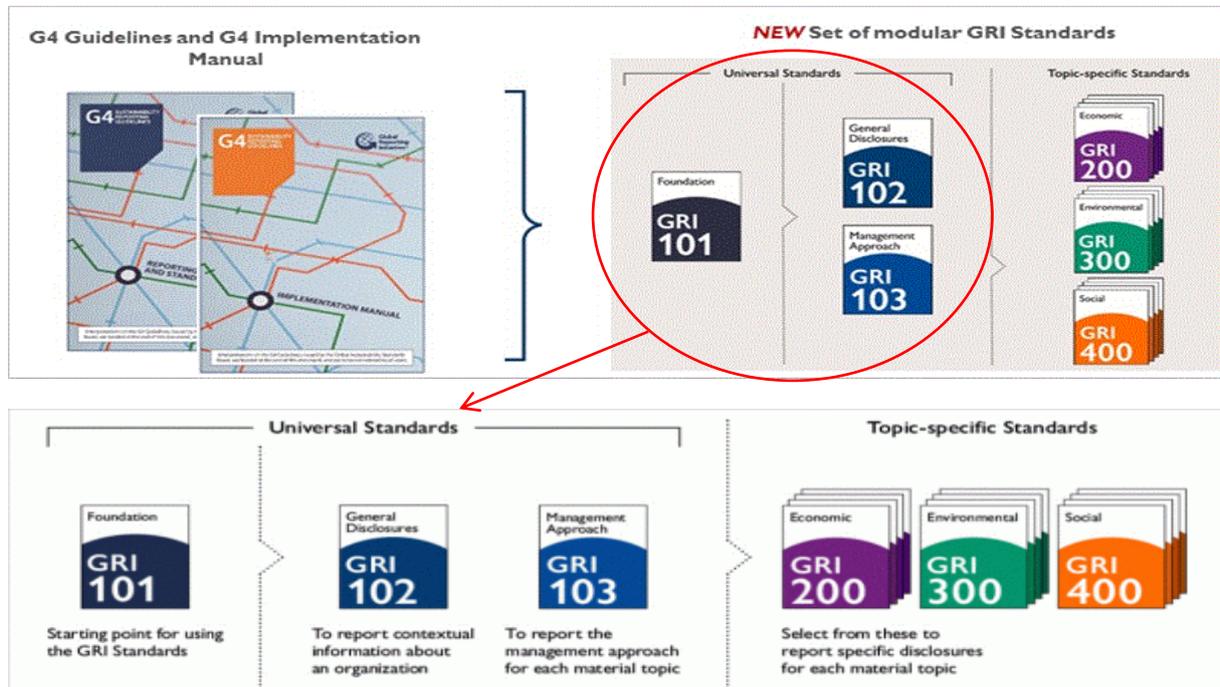
¹⁸⁴ <http://www.sa-intl.org/>

¹⁸⁵ Fondée en 1919 l'OIT est une institution spécialisée des Nations Unies. Basée sur une structure tripartite, cette organisation originale réunit des représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs dans une action commune pour protéger et promouvoir les droits fondamentaux au travail.

29. Le nouveau standard GRI4, divisé en 4 séries (2018)

Le premier référentiel « lignes directrices pour le reporting développement durable » fut édité en 1999 et le référentiel en vigueur depuis mai 2013 est la version G4, révisée et réorganisée depuis le 1er juillet 2018 dans une version modulaire.

Le nouveau standard se divise en 4 séries : Série 100 – Série 200 – Série 300 – Série 400



Les principes universels du reporting : Série 100

GRI 101	<ul style="list-style-type: none"> * A quelles exigences doit répondre l'entreprise pour construire son reporting RSE ? * Comment la GRI va être mise en œuvre dans le rapport RSE ? * Pourquoi l'entreprise utilise la GRI G4 pour structurer son reporting ?
GRI 102	<ul style="list-style-type: none"> * Quel est le profil et le secteur d'activité de l'entreprise ? * Quelle est sa stratégie globale ? * Comment l'entreprise engage-t-elle le respect de l'éthique et de l'intégrité ? * Comment s'organise la gouvernance ? * Quelles sont les engagements vis à vis des parties prenantes ? * Quelles sont les pratiques de reporting, à savoir quels sont les thèmes matériels définis et leur périmètre d'application ?
GRI 103	<ul style="list-style-type: none"> * Comment l'entreprise pilote les sujets matériels pour son organisation : <ul style="list-style-type: none"> · qu'il s'agisse de ceux qui seront sélectionnés dans les séries 200, 300, et 400, · qu'il s'agisse d'autres thèmes matériels non listés par la GRI.

Les sujets **économiques** – Série 200 : **GRI 200**, Les sujets **environnementaux** – Série 300 : **GRI 300**, Les sujets **sociaux** – Série 400 : **GRI 400**

30. Les 17 Objectifs de Développement Durable (ODD)

LES 17 OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE



Les Objectifs de développement durable (ODD) ont été adoptés par l'Organisation des Nations unies.

Ils constituent l'Agenda 2030, qui associe à chaque objectif des cibles à atteindre à l'horizon 2030, en vue d'« éradiquer la pauvreté, protéger la planète et garantir la prospérité pour tous ».

Voici la liste de ces dix-sept ODD.

<p>1 PAS DE PAUVRETÉ</p>	Éradiquer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde.	<p>2 FAIM</p>	Fin de la faim, réaliser la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir une agriculture durable.
<p>3 BONNE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE</p>	Assurer une vie saine et promouvoir le bien-être pour tous à tous les âges.	<p>4 ÉDUCATION DE QUALITÉ</p>	Assurer une éducation de qualité inclusive et équitable et promouvoir des opportunités d'apprentissage pour tous tout au long de la vie.
<p>5 ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES</p>	Réaliser l'égalité du genre et l'autonomisation des femmes et des filles.	<p>6 EAU PROPRE ET ASSAINISSEMENT</p>	Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau.
<p>7 ÉNERGIE PROPRE ET ABORDABLE</p>	Accélérer l'accès à une énergie abordable, fiable, durable et moderne pour tous.	<p>8 TRAVAIL DÉCENT ET CROISSANCE ÉCONOMIQUE</p>	Promouvoir une croissance économique soutenue, inclusive et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous.
<p>9 INDUSTRIE, INNOVATION ET INFRASTRUCTURE</p>	Construire une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation inclusive et durable et favoriser l'innovation.	<p>10 INÉGALITÉS RÉDUITES</p>	Réduire les inégalités dans et entre les pays.
<p>11 VILLES ET COMMUNAUTÉS DURABLES</p>	Rendre les villes et les établissements humains inclusifs, sûrs, résilients et durables.	<p>12 CONSOMMATION ET PRODUCTION RESPONSABLES</p>	Assurer des modes de consommation et de production durables.
<p>13 MESURES RELATIVES À LA LUTTE CONTRE LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES</p>	Prendre des mesures urgentes pour lutter contre le changement climatique et ses impacts.	<p>14 VIE AQUATIQUE</p>	Conserver et utiliser durablement les océans, les mers et les ressources marines pour le développement durable.
<p>15 VIE TERRESTRE</p>	Protéger, restaurer et promouvoir l'utilisation durable des écosystèmes terrestres, la gestion durable des forêts, lutter contre la désertification et stopper et inverser la dégradation des terres et la perte de la biodiversité.	<p>16 PAIX, JUSTICE EFFICACES</p>	Promouvoir des sociétés pacifiques et inclusives pour le développement durable, permettre un accès à la justice pour tous et bâtir des institutions efficaces, redevables et inclusives à tous les niveaux.
<p>17 PARTENARIATS POUR LA RÉALISATION DES OBJECTIFS</p>	Renforcer les moyens de mise en œuvre et revitaliser le partenariat mondial pour le développement durable.		

Image © Nations unies

31. Questionnaire auprès des étudiant.e.s du DU MDDS (promotion 2018-2019-2020) sur le remplissage des outils de diagnostic et de pilotage du DD en établissement de santé

1. Remplissez-vous l'outil **IDD** du C2DS ? Oui/Non/NeSaitPas
 - Si oui, depuis combien d'années ?
 - Si non, raison ? et est-ce en projet ?

2. Remplissez-vous **Mon Observatoire du Développement Durable** de l'ANAP ? Oui/Non/NeSaitPas
 - Si oui, depuis combien d'années ?
 - Si non, raison ? et est-ce en projet ?

3. Remplissez-vous un autre outil d'évaluation de la maturité de vos actions développement durable ? Oui/Non/NeSaitPas
 - Si oui, lequel ?

4. Avez-vous développé un tableau de bord efficacité et développement durable dans votre établissement ?

32. Rapport RSE 2017 - Complément au rapport d'activité général du Centre Hospitalier Carcassonne



NOTRE METHODOLOGIE DE REPORTING

Dans un souci de lisibilité par les commissaires aux comptes dans le cadre de la certification des comptes les indicateurs précédents sont basés sur le référentiel GRI-G4, outil de référence au niveau mondial dans le reporting RSE. Néanmoins comme l'illustre le tableau de correspondance ci-dessous ces indicateurs s'appuient également sur d'autres référentiels reconnus tant dans le domaine du développement durable, de la valorisation du capital immatériel que dans le domaine qualité des établissements de santé.

Définition	GRI G4	Chapitres ISO 26000	Thésaurus Bercy V1	Critères Certif. V2014
GOUVERNANCE RSO				
Organisation				
Responsabilité sociétale identifiée et orientation RSO définie	G4 42	5.2, 7.3.2, 7.4.2	« Management » p. 76	
Existence organigramme et fiches de postes RSO, personnels impliqués	G4 34-35-36-38-42	7	« Macro » p. 74	2a, 2d, 3a
Contrats d'objectifs et de moyens intégrant la RSO	G4 42	7		2a, 3a
Participation				
Parties prenantes identifiées Participation	G4 24 à 27	3, 4, 5.2		1a, 1b, 2d
Participation cadres à événements et formation RSO	G4 42	7		1a
Participation personnels à événements et formation RSO	G4 42	7		2a, 3a
Reporting				
Reporting formalisé, régulier et connu y compris articles de presse	G4 48	3, 4, 5.2, 7.5	« Production » p.78	1a, 1b
Reconnaisances externes (prix, labellisation,...)	G4 48	7	« Responsable » p.64	1a
RESPONSABILITE ECONOMIQUE				
Achats				
Acheteurs formés aux achats écoresponsables				
Cahier de charges et marchés intégrant des critères RSE	EN30,33 LA15 SO10 HR11	7		6f
Actions RSE auprès des centrales d'achats		6.8.5		6f
Produits d'entretiens achetés bio ou écolabellisés	PR1 EN27,28,30,33	6.7, 7		6f
Produits de restaurations issus de	EC9	6.7, 7		6f

RESUME

En réponse à l'urgence climatique, et aux objectifs de développement durable définis par l'ONU, certains Etats et le secteur privé initient le financement d'actions en faveur du développement durable. La France propose un dispositif législatif étoffé, contraignant parfois, incitant tous les acteurs, secteur de santé inclus, à évoluer vers un modèle plus responsable à l'égard de la société, des personnes et de l'environnement.

Les 39 000 structures sanitaires, sociales et médico-sociales, par leurs rôles à la fois économique et sur la santé des citoyens, sont placées au cœur de ce changement.

En réponse au besoin de proposer un système de santé performant, et faisant le bilan du new public management, de nouvelles modalités de financement apparaissent progressivement en complément de la rémunération à l'activité : l'incitation financière à l'amélioration de la qualité et l'innovation en santé.

En considérant le développement durable comme levier de l'amélioration de la qualité de prise en charge des usagers, il devient possible de prétendre à un financement des établissements de santé selon des critères de développement durable.

Il devient alors possible d'accélérer la transition en faveur d'un présent et d'un avenir soutenables.

Mots clés : ODD – Urgence – Santé – RSE – Financements – Ma Santé 2022 – HAS – IFAQ – Reporting extra-financier – Référentiels – ISO – Evaluation
