



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS : LA RESTAURATION

(Paris)

Exercices 2019 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés, a été délibéré par la chambre le 6 mars 2025.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	4
RECOMMANDATIONS	6
INTRODUCTION	7
1 LA RESTAURATION COLLECTIVE, ENJEU DEVENU STRATÉGIQUE POUR L’AP-HP	9
1.1 L’AP-HP, un établissement atypique connaissant une baisse d’activité.....	9
1.1.1 Une activité en recul, modifiant les besoins de restauration	9
1.1.2 Une organisation déconcentrée de la restauration, sauf en matière budgétaire et de commande publique.....	10
1.2 Un pilotage récent de la politique de restauration par le siège.....	10
1.2.1 Une stratégie de restauration définie tardivement.....	10
1.2.2 Le siège, instance d’animation de réseau plus que de pilotage.....	13
1.2.3 Une connaissance incomplète des charges et des coûts de la restauration	13
1.2.4 Une programmation du renouvellement des équipements compliquée par la difficulté à choisir un modèle de production	15
1.2.5 L’attention portée aux ressources humaines de la restauration s’est accompagnée d’une augmentation de la masse salariale	16
1.2.6 Des achats de restauration centralisés, mais des responsabilités à préciser	17
1.3 Des actions entreprises pour respecter les obligations et objectifs environnementaux	19
1.3.1 Une progression des achats durables dans un contexte inflationniste, encore insuffisante au regard des obligations légales	19
1.3.2 Des objectifs de baisse de l’empreinte carbone à concrétiser	21
2 UNE FONCTION THÉRAPEUTIQUE DE L’ALIMENTATION DE PLUS EN PLUS AFFIRMÉE	24
2.1 Les comités de liaison alimentation nutrition (CLAN), lieux d’élaboration des orientations nutritionnelles	24
2.1.1 La composition et les missions des CLAN	24
2.1.2 Une prévention des conflits d’intérêts à prévoir	25
2.2 La prévention et le traitement de la dénutrition, enjeu de santé publique et financier.....	25
2.3 L’alimentation considérée comme un moyen thérapeutique.....	28
2.3.1 La simplification de l’offre de restauration, facteur d’amélioration de la qualité et de la valeur thérapeutique de l’alimentation.....	28
2.3.2 Les enjeux environnementaux sont modérément présents dans les préoccupations des CLAN	28
2.3.3 Les moyens de prise en charge nutritionnelle se sont accrus	29
2.4 Le renforcement des prérogatives des diététiciens, levier de la lutte contre la dénutrition.....	30

3 UN CHANGEMENT DE MODÈLE DE RESTAURATION PORTÉ PAR DES EXPÉRIMENTATIONS LOCALES	31
3.1 Des organisations différentes selon les GHU et les sites	31
3.1.1 La production culinaire est du ressort des GHU et des sites	31
3.1.2 Des modes de gestion diversifiés	33
3.1.3 Une chaîne logistique soutenue par un système d'information dédié.....	33
3.1.4 L'amélioration de la prise de commande, un enjeu pour la qualité du service.....	36
3.1.5 Le lien entre l'évolution de l'activité hospitalière et les moyens de restauration à renforcer.....	36
3.2 Un objectif affirmé, mais non mesuré, de simplification de l'offre culinaire	38
3.3 Des expérimentations et des évolutions positives à poursuivre	39
3.3.1 Des outils de lutte contre le gaspillage alimentaire existants mais à parfaire	39
3.3.2 La démarche d'amélioration continue de la qualité pilotée à l'échelle locale.....	41
3.3.3 L'innovation en matière de restauration appelle des évolutions du système d'information.....	44
4 UNE COMMANDE PUBLIQUE S'ADAPTANT PROGRESSIVEMENT AUX OBJECTIFS ENVIRONNEMENTAUX	44
4.1 Les contrôles de la passation des marchés	45
4.2 Des spécifications et des critères de durabilité mal adaptés aux obligations réglementaires.....	46
4.2.1 Une stratégie d'achat devant concilier différents objectifs	46
4.2.2 L'importance croissante des critères d'éco-durabilité	46
4.2.3 Une expression des besoins durables à mieux quantifier.....	47
4.2.4 L'absence de schéma de promotion des achats publics socialement et économiques	47
4.3 Une baisse de la concurrence dans les marchés de restauration.....	48
4.3.1 Une dépendance à certains fournisseurs.....	48
4.3.2 Des modalités de consultation limitant la concurrence.....	49
4.4 Des spécifications imprécises nuisant à l'égalité de traitement des candidats.....	50
4.5 L'exécution des marchés s'inscrit dans une démarche qualité éprouvée omettant en partie la dimension environnementale.....	52
4.6 Les concessions de petite restauration : des services utiles mais précaires.....	52
ANNEXES.....	54

SYNTHÈSE

La restauration de l'AP-HP doit concilier enjeux de politiques publiques et maîtrise de la situation financière

Plusieurs enjeux de politiques publiques sont associés à la restauration collective en milieu hospitalier : contribuer, par une alimentation adaptée, aux soins des patients ; améliorer la qualité de vie au travail pour fidéliser le personnel ; réduire l'impact environnemental d'une activité soumise à plusieurs lois récentes (EGALIM, AGEC, « Climat et résilience ») ; produire au meilleur coût dans un contexte d'inflation et de difficultés de financement des hôpitaux.

L'AP-HP ne respecte pas encore les objectifs de la loi EGALIM (50 % de produits durables dont 20 % de produits biologiques dans les achats alimentaires). Cependant elle a significativement accru la part d'achats de denrées durables (de 2,9 % en 2019 à 21,4 % en 2024). La politique d'achats de denrées alimentaires intègre ainsi progressivement des produits responsables pour satisfaire aux exigences nutritionnelles et environnementales.

Pour l'AP-HP et compte tenu des besoins logistiques d'un établissement réparti sur 39 sites, ces enjeux doivent concilier impératifs de qualité environnementale et maîtrise des coûts. En 2022, selon une estimation de l'AP-HP, les charges de restauration s'élevaient à 138,8 M€, soit 1,6 % de ses dépenses consolidées.

Une organisation hétérogène dont le siège a récemment repris le pilotage

Environ 15 millions de repas (hors collations) sont produits annuellement, soit plus de 41 000 par jour. La production culinaire est réalisée par 38 unités, dont 18 cuisines de sites et 5 unités centrales desservant, outre leur site, une dizaine d'unités relais.

Selon les groupements hospitaliers universitaires et les sites, les organisations présentent d'importantes différences de modes de gestion. Il n'existe pas de corpus commun de recettes, ces dernières dépendant des recommandations des équipes diététiques locales et des responsables d'unités. Inversement, les marchés de denrées et de prestations sont centralisés par un pôle d'intérêt commun chargé des fournitures et services non médicaux. Ces marchés sont conçus pour répondre aux besoins massifs de denrées et de prestations des unités (plus de 60 M€ par an).

L'organisation éclatée ne permet pas de disposer d'une vision d'ensemble des coûts, des charges et des investissements de la fonction restauration. De fait, le lien entre l'activité de l'établissement, en baisse ces dernières années, et les moyens de la restauration ne sont pas suivis.

En 2024 l'AP-HP a élaboré un plan restauration courant 2024 qui a mis en lumière le besoin de mieux coordonner et piloter cette politique par le siège. Pour ce faire, elle a créé une direction logistique et hôtellerie rattachée à la direction générale chargée de définir et mettre en œuvre une politique de l'hôtellerie hospitalière en lien avec tous les acteurs de la nutrition et de l'alimentation.

En anticipation des objectifs de ce plan visant à professionnaliser les équipes de restauration, la politique de ressources humaines a, entre 2018 et 2023, réduit les écarts entre grades et emplois, accru la part des catégories B dans les équipes, et favorisé le recrutement de cuisiniers diplômés par l'apprentissage. De leur côté, les diététiciens sont davantage représentés dans les services de soins (+ 7,7 % entre 2019 et 2023), tandis que le ratio lits ouverts/ETP évoluait favorablement de 44 à 19. Ces mesures sont des leviers d'amélioration de la qualité des repas servis aux patients comme aux agents.

Le rôle thérapeutique de l'alimentation a acquis une plus grande importance dans la politique médicale

Les comités de liaison alimentation nutrition (CLAN) s'attachent à la prévention de la dénutrition car cette dernière reste sous-diagnostiquée, ce qui est préjudiciable à la santé des patients comme aux finances de l'établissement en raison d'un manque à gagner lié au défaut de codage des comorbidités. Pour y remédier, les moyens de prévention et de soins ont été renforcés par le recrutement de diététiciennes (+7,7 % depuis 2019), et l'accroissement de leurs prérogatives.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations de performances :

Recommandation performance 1 : Mettre en place des mesures de prévention des risques de conflits d'intérêt au sein du CLAN. 25

Recommandation performance 2 : Généraliser à l'ensemble des GHU de l'AP-HP les plans d'amélioration quantitative et qualitative du codage de la dénutrition. 27

Recommandation performance 3 : Définir des indicateurs de productivité communs à tous les sites, permettant d'adapter les moyens de la restauration à l'activité hospitalière. 38

Recommandation performance 4 : Dans les marchés de restauration, déterminer clairement les spécifications obligatoires et facultatives. 51

INTRODUCTION

Le contrôle des comptes et de la gestion de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP) sur les exercices 2019 et suivants a été ouvert par lettres du président de la chambre régionale des comptes Île-de-France du 7 mai 2024 adressées à Monsieur Nicolas Revel, directeur en fonction depuis le 4 juillet 2022 et Monsieur Martin Hirsch, son prédécesseur.

Il a porté exclusivement sur la restauration de l'AP-HP en raison de l'évolution récente de la réglementation touchant cette fonction. En effet, les lois EGALIM¹, AGECE², « Climat et résilience »³, fixent aux établissements publics (dont les hôpitaux) des obligations en matière de durabilité de l'alimentation. Le contrôle a porté sur la prise en compte, par l'AP-HP, de ces obligations et les difficultés rencontrées, dans un contexte général de dégradation de sa situation financière. Le déficit du résultat consolidé s'est aggravé, passant de 162 M€ en 2019 à 398 M€ en 2023, soit environ 4,5 % de ses 8,8 Mds € de produits.

Compte tenu de sa spécificité, ce contrôle a été conduit selon le périmètre et la méthode suivants.

Méthode du contrôle

La chambre a centré son contrôle sur les services suivants : restauration des patients, restauration des personnels dans le cadre des *selfs*, concessions de petite restauration.

Les orientations médicales et l'organisation de la rééducation en matière de nutrition et d'alimentation ont été étudiées pour la restauration des patients. L'attribution de tickets-restaurants, le remboursement des repas dans le cadre des missions professionnelles et les frais de réception ne sont pas pris en compte dans l'examen de la restauration des personnels.

Outre l'appréciation portée sur l'organisation et le pilotage de cette fonction par le siège, la chambre a étudié le rôle des groupements hospitaliers universitaires (GHU) dans la production culinaire, la centralisation des marchés de denrées et de prestations. Elle a examiné la prise en charge de la fonction restauration dans les hôpitaux Robert-Debré (GHU Nord), Armand-Trousseau et Charles-Foix (GHU Sorbonne), Ambroise-Paré (GHU Paris-Saclay) et Emile-Roux (GHU Henri-Mondor). Ils sont représentatifs de la diversité de la patientèle (MCO adultes hors gériatrie, pédiatrie, gériatrie), et de la diversité des modes de production (en régie, externalisée en totalité ou en partie). Ils servent 5 147 repas par jour, soit 11,5 % des repas de l'AP-HP⁴, ce qui garantit une bonne représentativité de l'échantillon.

¹ Loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous (dite EGALIM 1) ; loi n° 2021-1357 du 18 octobre 2021 visant à protéger la rémunération des agriculteurs (dite EGALIM 2).

² Loi n° 2020-105 du 10 février 2020 relative à la lutte contre le gaspillage et à l'économie circulaire (dite AGECE).

³ Loi n° 2021-1104 du 22 août 2021 portant lutte contre le dérèglement climatique et le renforcement de la résilience face à ses effets.

⁴ Donnée 2021.

De surcroît, la chambre a contrôlé la prise en compte de l'évolution réglementaire dans la passation de sept marchés de denrées alimentaires et d'un marché de services, représentant 101,8 M € sur 8 ans (12,7 M €/an) et 19 % des achats de restauration de l'AP-HP (cf. annexes 3 et 4.)

Certaines données transmises à la chambre sont incomplètes, notamment le nombre de repas pendant la période contrôlée et les coûts de la restauration. L'impossibilité de transmettre des extractions des comptes de classes 6 (dépenses) et 7 (recettes) constitue une limite au travail d'analyse du coût de la restauration.

Les entretiens de fin de contrôle prévus à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières ont eu lieu le 1^{er} octobre 2024 avec l'ordonnateur actuel, et le 9 octobre 2024 avec le précédent.

Dans sa séance du 15 octobre 2024, la chambre a arrêté ses observations provisoires qu'elle a adressées au directeur général de l'AP-HP et au directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France, et sous forme d'extraits à l'ancien ordonnateur, au directeur de la direction spécialisée des finances publiques pour l'établissement, et à différents tiers mis en cause.

Après avoir examiné les réponses, la chambre régionale des comptes, dans sa séance du 6 mars 2025, a arrêté les observations définitives suivantes.

1 LA RESTAURATION COLLECTIVE, ENJEU DEVENU STRATÉGIQUE POUR L'AP-HP

1.1 L'AP-HP, un établissement atypique connaissant une baisse d'activité

1.1.1 Une activité en recul, modifiant les besoins de restauration

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) comprend 39 hôpitaux situés en Île-de-France et en province. Elle effectue annuellement environ 8 millions de prises en charge de toutes natures⁵. D'un rayonnement national et européen pour nombre de ses spécialités, son activité recule légèrement depuis 2018, soit avant la crise sanitaire. Entre 2018 et 2023, la hausse de 5,5 % des séjours d'hospitalisation partielle (HP) n'a pas compensé la baisse de 6,8 % de l'hospitalisation complète (HC), comme le montre le tableau ci-dessous. Le virage ambulatoire est plus affirmé en chirurgie, avec une croissance continue de l'hospitalisation partielle sur la période. Un léger rebond de l'hospitalisation complète est d'autre part observé en 2023. Cette tendance modifie les besoins et le volume de restauration de l'établissement (cf. *infra*).

Tableau n° 1 : Nombre de relevés de séjours anonymes (RSA) en hospitalisation complète (HC) et hospitalisation partielle (HP)

N. de séjours (RSA)	2019	2020	2021	2022	2023	Évol. 23-19 (%)
RSA de médecine (HC)	375 398	335 204	347 589	343 188	341 287	- 9,1
RSA de chirurgie (HC)	130 936	111 365	120 874	120 097	114 279	- 12,7
RSA d'obstétrique (HC)	47 484	45 529	46 102	45 644	60 387	27,2
Total RSA (HC)	553 818	492 098	514 565	508 929	515 953	- 6,8
RSA de médecine (HP)	272 968	230 848	286 530	303 749	271 279	- 0,6
RSA de chirurgie (HP)	69 630	56 150	67 578	73 851	89 277	28,2
RSA d'obstétrique (HP)	20 686	18 375	19 395	19 853	22 548	9,0
Total RSA (HP)	363 284	305 373	373 503	397 453	383 104	5,5
Total RSA	917 102	797 471	888 068	906 382	899 057	- 2,0
Part de l'HP	39,6	38,3	42,1	43,9	42,6	

Source : HOSPIDIAG (SAE pour la colonne 2023)

En 2022 l'effectif de l'AP-HP représente 149 072 équivalents-temps-plein (ETP) contre 153 350 en 2018⁶, soit une baisse de 2,79 % inférieure à celle de l'activité. Cette baisse a aussi un effet sur la demande de restauration du personnel.

⁵ Hospitalisation complète et partielle, accouchements, séances, passages aux urgences, consultations, explorations fonctionnelles.

⁶ Source : Hospidiag.

1.1.2 Une organisation déconcentrée de la restauration, sauf en matière budgétaire et de commande publique

L'AP-HP est soumise à la plupart des dispositions du code de la santé publique relative aux établissements hospitaliers. Cependant, quelques particularités sont à souligner⁷ :

- Son organisation est largement déconcentrée à l'exception du pouvoir budgétaire centralisé par le siège. Malgré le nombre important d'hôpitaux, l'AP-HP dispose d'un seul budget sanitaire.
- Le directeur général peut constituer des groupements d'hôpitaux placés sous une même direction⁸. Depuis le 3 juillet 2019, une « organisation fédérative » composée de six Groupements hospitalo-universitaires (GHU) a été mise en place, concordante avec les universités partenaires. Quatre hôpitaux, dits « non rattachés » (HNR), n'appartiennent à aucun GHU⁹. Les GHU bénéficient de délégations larges. Les départements médico-universitaires leurs sont rattachés, ainsi que toutes les grandes fonctions opérationnelles nécessaires leur fonctionnement (soins, rééducation, logistique, fonctions de support administratif et financier). Chaque instance centrale de l'AP-HP (commission médicale centrale, comité social d'établissement, etc.) a une déclinaison locale dans chaque GHU et HNR. Les GHU peuvent passer certains marchés, mais l'achat des fournitures est centralisé (voir 1.2.6).

Ces dispositions expliquent certaines modalités d'organisation de la restauration, notamment une gestion déconcentrée des unités de production.

1.2 Un pilotage récent de la politique de restauration par le siège

1.2.1 Une stratégie de restauration définie tardivement

Le projet d'établissement 2021-2025 a retenu quatre axes visant une alimentation de qualité et responsable : l'amélioration de l'expérience patient à travers une politique d'achat responsable ; l'évaluation de la qualité perçue par les patients ; la réduction des déchets ; la mobilisation des acteurs de l'alimentation à travers la formation continue des métiers de la restauration et de la diététique.

⁷ Articles L. 6147-1, R. 6147-1 à 6147-16 du CSP.

⁸ Article R.6147-4 du CSP.

⁹ Hôpital marin de Hendaye, hospitalisation à domicile, hôpitaux San-Salvador de Hyères et Paul-Doumer de Labruyère.

La déclinaison opérationnelle de ce projet est un plan stratégique « logistique restauration » rédigé tardivement avec l'appui de l'agence nationale d'amélioration de la performance hospitalière et médico-sociale (ANAP). Il a été présenté en 2024 au comité de liaison alimentation nutrition (CLAN)¹⁰. Il n'a pas été précédé d'une démarche d'autoévaluation de la fonction restauration. La direction générale a mobilisé toutes les parties prenantes dans des groupes de travail afin d'identifier des axes d'amélioration et des objectifs atteignables à court, moyen ou long termes¹¹, et ce dans quatre domaines : la qualité des repas, l'expérience patient et personnel, l'optimisation des organisations et la construction d'un label de restauration responsable et durable. La déclinaison de ces axes est reprise dans le tableau suivant.

Tableau n° 2 : Synthèse des axes stratégiques et échéances du plan logistique restauration

Thème	Axes	Objectifs	Échéances
<i>Qualité des repas</i>	Définir des menus adaptés aux besoins et attentes des convives d'aujourd'hui	1. Créer des menus adaptés aux besoins nutritionnels, aux goûts et aux attentes des convives, selon les recommandations SFNCM	2024
		2. Harmoniser les procédés de restauration à l'échelle d'un GHU, par le partage de bonnes pratiques : processus optimisés, recettes qualitatives	2025-2026
	Cuisiner maison avec de bons produits dans le respect des lois équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et une alimentation saine et durable et accessible à tous (loi EGALIM) et anti-gaspillage pour une économie circulaire (loi AGECE)	1. Proposer une trajectoire permettant de répondre, dépasser et anticiper les obligations légales : EGALIM, AGECE, Loi climat et résilience 2. Progresser vers une alimentation saine et durable utilisant des produits bruts, peu transformés, proposés dans une vaisselle adaptée	2024-2025 2025-2026
<i>Expérience du patient et des personnels</i>	Créer une culture partagée de l'hôtellerie au service du soin	Définir une politique de l'hôtellerie hospitalière portée par un coordinateur hôtelier	2025-2026
	Repenser l'offre des repas pour l'adapter aux besoins et attentes des convives	Systématiser le recueil et la prise en compte de la satisfaction et du ressenti des convives en développant des outils adaptés	2027-2028
	Améliorer la qualité de l'expérience du repas pour les patients	Développer des offres de restauration à la carte et en libre-service, adaptées aux personnels, aux patients et à leurs parcours	2024-2025

¹⁰ CLAN central, séance du 29 février 2024.

¹¹ Court : 6-18 mois. Moyen : 18 mois-3 ans. Long : 4-5 ans.

Thème	Axes	Objectifs	Échéances
<i>Optimisation des organisations</i>	Orienter la politique des achats pour répondre aux exigences	Harmoniser les pratiques d'achats alimentaires à l'échelle d'un GHU en désignant un interlocuteur privilégié et identifié	2025-2026
	Définir une politique de gestion des équipements et de maintenance	1. Définir un schéma directeur des travaux et des équipements pour l'AP-HP 2. Homogénéiser les parcs d'équipements à l'échelle d'un GHU 3. Simplifier et accélérer le circuit d'intervention	2024-2025 2025-2026 2024-2025
	Faire évoluer le système d'information	1. Développer la collaboration entre les acteurs de la restauration et ceux des DSI assurant la prise en compte des besoins en systèmes 2. Développer les outils existants permettant aux convives de personnaliser leurs choix de réserver leurs repas	2024-2025 2024-2025
	Valoriser et former les ressources humaines	1. Améliorer l'attractivité des métiers de la restauration, le recrutement et la reconnaissance des personnels 2. Proposer des parcours de formations spécifiques pour l'ensemble des parties prenantes : outils informatiques, expérience des patients, hôtellerie	2024-2025
<i>Référentiel/label de restauration responsable et durable</i>	Construire le référentiel Alimentation hospitalière AP-HP	1. Mobiliser les acteurs autour d'une démarche d'engagement public de type « mon restau responsable » 2. Élaborer un référentiel de la restauration hospitalière garantissant la qualité des prestations	2024-2025 2025-2026
	S'intégrer dans une démarche nationale de label Alimentation hospitalière	Favoriser l'émergence d'un label national en matière de restauration hospitalière	2027-2028

Source : plan logistique restauration de l'AP-HP

Depuis juin 2024, un comité de pilotage et des groupes de travail ont été installés pour veiller au suivi de ce plan. Toutefois, ses objectifs ne sont à ce stade ni chiffrés, ni déclinés de façon opérationnelle par les directions du siège et des GHU, ni dotés d'indicateurs de réalisation. Compte tenu de son élaboration récente et en l'absence d'indicateurs, la chambre n'a pu mesurer la performance de la fonction restauration en référence à ce plan.

1.2.2 Le siège, instance d'animation de réseau plus que de pilotage

Jusqu'en 2024, le pilotage stratégique de la restauration était porté par les directions des GHU. Le siège exerçait un rôle d'appui en matière de finances, achats, et contrôle qualité. La direction de la stratégie et de la transformation (DST) comprenait un poste d'expert restauration dédié à l'animation du réseau des ingénieurs restauration et des responsables d'unité et au partage des bonnes pratiques.

L'élaboration du plan restauration a mis en lumière le besoin de mieux coordonner et piloter la politique de restauration à l'échelle du siège. En réponse, l'AP-HP a créé en 2024 une direction de la logistique et de l'hôtellerie rattachée à la direction générale, chargée de mettre en œuvre ledit plan et d'en évaluer l'exécution. En son sein, un coordinateur doit veiller à améliorer la qualité des repas, en coordonnant les divers acteurs impliqués : les services de diététique et restauration, le comité de liaison en alimentation et nutrition -CLAN- (cf. *infra*) ; la direction des soins et les référents qualité.

1.2.3 Une connaissance incomplète des charges et des coûts de la restauration

1.2.3.1 L'absence de permanence de méthode de comptabilisation des coûts

Les coûts de la restauration ont été affectés par l'inflation constatée depuis fin 2021. Selon l'INSEE, les prix agricoles à la production (hors fruits et légumes) ont augmenté de 23,5 % entre 2019 et 2023. L'AP-HP estime que l'inflation touchant ses achats alimentaires a été de 8,9 % entre 2019 et 2022. Particulièrement forte en 2022 (+ 6,8 %), conjuguée à des ruptures d'approvisionnement causées par le conflit russo-ukrainien et des aléas climatiques, elle a demandé aux unités de production de s'adapter au fil de l'eau.

La chambre a demandé à l'AP-HP les coûts de la restauration pendant la période sous revue, et la façon dont ils étaient imputés aux GHU et départements médico-universitaires. L'établissement n'adhérant pas à la « base d'Angers »¹², les méthodes de calculs de ses coûts logistiques et de restauration ne sont ni harmonisées ni comparables avec celles des autres établissements sanitaires.

La direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP) de l'établissement opère des retraitements comptables pour chiffrer les coûts de la restauration mais elle ne les suit pas régulièrement. Par exemple, une analyse spécifique a été menée sur les données 2021 afin de calculer les coûts par GHU, mais elle n'a pas été reproduite pour 2022. Ces analyses utilisent l'arbre analytique prescrit par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), ce qui n'était pas le cas auparavant. Ce manque de permanence des méthodes constitue une limite à l'analyse des coûts, comme l'illustre les exemples suivants.

En 2021, le retraitement comptable a donné le détail par GHU et hôpital. Cependant, le rapport correspondant ne précise pas les déterminants des coûts (cuisine en régie ou externalisée, situations locales particulières, place du fait maison, etc.), si bien que les écarts entre les sections ne sont pas expliqués. L'AP-HP a donc servi environ 42 000 repas et 10 000 collations par jour.

¹² Gérée par le CHU d'Angers, cette base met en application le Guide méthodologique de la Comptabilité Analytique Hospitalière, paru pour la première fois au BO le 1^{er} août 1997. Les dernières données disponibles portent sur l'exercice 2022, et sur un échantillon de 77 établissements volontaires.

Tableau n° 3 : Analyse des coûts de restauration hors produits déductibles¹³ (2021)

GHU ou HNR	Masse salariale	Autres dépenses	Total dépenses	% MS	Nombre de repas	Nombre de collations	Total unité d'œuvre	Coût par unité d'œuvre
U.-Paris Cité	12 501 199	15 579 241	28 080 440	45	3 028 865	651 282	3 289 378	8,54
Hôp. de Berck	1 023 905	696 247	1 720 152	60	226 448	25 496	236 646	7,27
Hôp. Hendaye	833 645	413 969	1 247 614	67	139 135	17 248	146 034	8,54
Hôp. Hyères	934 561	711 654	1 646 215	57	164 676	41 115	181 122	9,09
H.-Mondor	8 437 225	7 469 936	15 907 161	53	2 011 143	552 190	2 232 019	7,13
U.-Paris-Nord	9 833 573	17 715 931	27 549 504	36	2 997 630	871 011	3 346 034	8,23
Paris-St-Denis	2 851 457	4 569 898	7 421 355	38	810 969	223 233	900 262	8,24
Sorbonne-U.	14 061 868	14 401 865	28 463 733	49	3 258 947	815 107	3 584 990	7,94
U.-Paris-Saclay	9 500 101	12 427 479	21 927 580	43	2 540 702	502 566	2 741 728	8,00
Total	59 977 534	73 986 220	133 963 754	45	15 178 515	3 699 248	16 658 214	8,04
Unité colonne	€	€	€	%	1 UO	0,4 UO	UO	€

Nota : Une collation compte pour 0,4 unité d'œuvre, un repas pour une unité d'œuvre.

Source : DEFIP / AP-HP

En 2022 le retraitement a été réalisé globalement sans préciser ni le détail par GHU ni le nombre de repas servis, et dans un périmètre différent (le siège a été ajouté à la suite de son emménagement dans l'emprise de l'hôpital Saint-Antoine). Les repas produits par un site et consommés par un autre ne sont pas refacturés entre les sites, sauf s'ils appartiennent à des GHU distincts.

En 2022, selon les données communiquées par l'APHP lors de la phase contradictoire, le coût du repas atteint 8,30 €. Ce montant diffère de celui initialement communiqué par le contrôle de gestion (8,48 €), ce qui illustre à nouveau la non permanence des méthodes.

Même si les différences de méthodes rendent la comparaison délicate, les 77 hôpitaux nationaux alimentant la base d'Angers ont un coût direct moyen par unité d'œuvre nettement inférieur de l'ordre de 6,73 €, dont 3,42 € de masse salariale. La comparaison avec la restauration scolaire, qui comporte de nombreux biais (besoins et méthodes différents), montre que le coût moyen de l'AP-HP lui est voisin¹⁴.

¹³ Les produits déductibles sont les recettes générées par la vente de restauration (quote-part payée par les agents, et quelques cas de prestations pour des établissements tiers).

¹⁴ Une étude conduite par AgroParisTech/université Paris-Saclay et l'association des maires de France en juin 2024 auprès de 2 282 communes révèle que le coût par repas de la restauration scolaire est en moyenne de 8,49 €. Il est inférieur à 7,5 € dans 51 % des communes, et supérieur à 10 € dans 16 % d'entre elles.

1.2.3.2 Des dépenses de fournitures et de services de restauration connues et suivies

Les dépenses de denrées et de services de restauration réalisées dans le cadre des marchés centralisés sont suivies par un pôle d'intérêt commun (PIC) chargé des achats non médicaux¹⁵. Effectuées via 71 marchés, dont 5 de prestations externalisées de restauration collective, elles sont passées de 62 M€ en 2019 à 65 M € en 2023. Lors de ce dernier exercice, les denrées représentaient 53,7 % des achats, la restauration dite concédée (en fait externalisée) 32,6 %, les autres dépenses concernant les produits d'entretien, la vaisselle et les ustensiles, des matériels et prestations diverses (dont les titres-restaurants). À ces dépenses, il convient d'ajouter celles des sites provinciaux. Au total, les dépenses 2023 hors personnels ont été de 71,9 M€.

1.2.4 Une programmation du renouvellement des équipements compliquée par la difficulté à choisir un modèle de production

Les équipements de restauration sont comptablement inventoriés selon quatre catégories : installations générales, agencement et aménagement de bâtiments (IGAAC), installations à caractère spécifiques, matériel et outillage, mobilier. Le taux d'inventaire comptable de ces équipements était, au 31 décembre 2024, de 92,7 % pour ceux qui avaient une valeur comptable non nulle, ce qui témoigne d'un bon niveau de fiabilité, confirmé par le commissaire aux comptes qui n'a relevé aucune anomalie majeure concernant le cycle d'immobilisations de l'AP-HP. Au total, 17 209 fiches d'immobilisations sont recensées, dont 58,5 % affichant une valeur comptable nulle.

Afin de connaître l'état du parc, les GHU ont réalisé dans le cadre du plan restauration un tableau comparant l'inventaire physique et l'inventaire comptable réduit aux équipements (13 143 fiches), afin d'aider à la programmation de leur renouvellement. Ce tableau comporte des différences significatives avec l'inventaire tenu par le comptable, ce qui témoigne d'un manque de coordination entre les services opérationnels et comptables. Actuellement, les GHU bénéficient pour leurs investissements de trois enveloppes déconcentrées. La première est dédiée aux équipements médico-techniques lourds (IRM, scanners, robots chirurgicaux, etc.). La deuxième concerne les départements médico-universitaires (DMU). La troisième dite de « plan courant » est commune aux travaux et au renouvellement d'équipements mobiliers (dont ceux de la restauration)¹⁶. La fongibilité de cette dernière enveloppe ne favorise pas le remplacement des équipements de restauration, rarement vus prioritaires, y compris en cas d'usure avancée.

Le plan restauration pré-cité prévoit de « Définir une politique de gestion des équipements et de maintenance ». Outre la bonne connaissance du parc, cela nécessite de définir par site des modalités de production. Par exemple, le remplacement de thermocolleuses vétustes dépend du type de bac (« gastro » inox ou carton à usage unique) retenu pour se conformer à la loi anti-gaspillage pour une économie circulaire (AGEC). Un tel choix nécessite d'anticiper l'organisation de la production et ses coûts (de fonctionnement et de personnel). Or à ce jour, les GHU restent en réflexion sur le modèle de production à privilégier. Le siège, de son côté, n'a pas indiqué d'orientation.

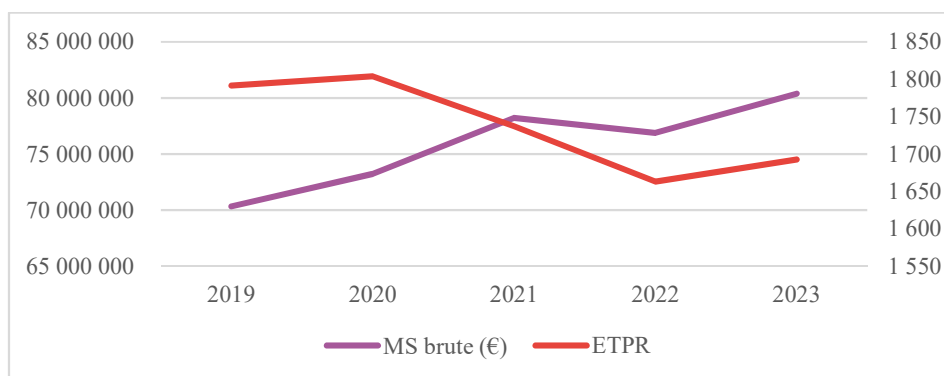
¹⁵ Elles ne représentent pas la totalité des fournitures achetées. Les GHU achètent des petits matériels liés au fonctionnement spécifique de leurs unités.

¹⁶ En 2024, l'enveloppe « équipements lourds » s'élève à 27 M €, l'enveloppe DMU à 13 M € et le plan courant à 103,7 M €.

1.2.5 L'attention portée aux ressources humaines de la restauration s'est accompagnée d'une augmentation de la masse salariale

La montée en compétence des personnels affichée dans le projet restauration a déjà été anticipée. Selon les données de la direction des ressources humaines de l'AP-HP, la masse salariale de la restauration a augmenté de 14,2 % entre 2019-2023, alors que les effectifs exprimés en équivalent temps plein rémunéré (ETPR) ont connu une évolution inverse (le nombre d'unité de production externalisées étant stable).

Graphique n° 1 : Masse salariale brute et ETPR des unités de restauration (hors services diététiques)



Source : CRC d'après données DRH AP-HP

La structure des emplois est historiquement hétérogène. Les agents de restauration comprennent des aides-soignants et auxiliaires de puériculture, mais aussi des aides médico-psychologiques, des conducteurs d'ambulances, des techniciens hospitaliers, des adjoints administratifs, affectés au fil de démarches de reclassement.

Cette situation a entraîné de nombreux écarts entre les emplois-cibles¹⁷ et les catégories et corps des agents occupant les emplois. L'action des DRH (centrale et de GHU) a consisté à réduire ces écarts, dans un but de professionnalisation des équipes.

Ainsi, la part d'agents de catégorie C occupant des postes d'encadrement ciblés A ou B est passé de 15 % en 2019 à 6,7 % en 2024. En revanche, la part des catégories C employés comme techniciens de production (B) est restée stable à 43 %. Le nombre de catégories A occupant des emplois de catégorie C est désormais nul, et celui des catégories B est devenu résiduel (21 agents sur 1 214, soit 1,7 %).

Au niveau de l'ensemble de la fonction restauration, la part des catégories A est restée stable (1,2 %), celle des C a baissé de 90,7 à 86 % au profit de celle des B (de 8,7 à 12,7 %). La DRH explique cette évolution par la mise en place de mesures d'attractivité passant notamment par le repyramidage, les agents de catégorie C étant progressivement remplacés par des B.

¹⁷ Dans la carte des métiers de l'AP-HP, les cibles sont :
 Catégorie C : agent de restauration et d'hôtellerie, maîtresse de maison,
 Catégorie B : encadrant de production culinaire, responsable hôtelier,
 Catégories A ou B : responsable restauration. Catégorie A : ingénieur restauration.

Dans son « *plan pour agir ensemble* », la direction des ressources humaines souhaite continuer à renforcer et professionnaliser les fonctions logistiques, afin de « *redonner du temps aux soignants* », de développer la qualité de vie au travail, de créer une « *culture de l'hôtellerie au service du soin* », d'améliorer la qualité des repas servis aux patients dans le respect des lois EGALIM et AGECE.

Un premier train de mesures de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences va dans ce sens¹⁸. Les vagues de départs en retraite que la fonction restauration connaîtra ces prochaines années devraient aider à la professionnalisation grâce au recrutement de nouveaux profils.

1.2.6 Des achats de restauration centralisés, mais des responsabilités à préciser

La politique d'achat de l'AP-HP est centralisée. Elle est organisée et définie par la délégation du pilotage de la dépense et des achats (DPDA), située dans la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP). Trois organes concourent à sa définition :

- La délégation à la coordination des politiques d'achat (DCPA) exerce des missions d'appui (conseil aux acheteurs, diffusion des bonnes pratiques) et de suivi (recensement, consolidation et analyse des marchés). La directrice de cet organe fixe les objectifs des deux pôles d'intérêt commun (PIC) chargés des achats.
- Le premier de ces PIC est l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS), chargée des achats de médicaments et de dispositifs médicaux, de réactifs et consommables de laboratoire, d'équipements médicaux, d'imagerie et d'informatique.
- Le second est le PIC Achats centraux, hôteliers, alimentaires et technologiques (ACHAT). Rattaché à la DEFIP, il gère environ 700 marchés totalisant 1,2 Md€ d'achats par an (fournitures et prestations logistiques et hôtelières, restauration, travaux). La directrice de la DCPA dirige également le PIC ACHAT.

La DPDA a produit en 2016 un guide des bonnes pratiques d'achat qui, lequel n'a pas encore été actualisé en référence au code de la commande publique¹⁹ en vigueur depuis 2019. La nouvelle rédaction entreprise en 2020 n'a pas été achevée.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'AP-HP précise avoir engagé en 2024 la refonte du guide des bonnes pratiques d'achat pour une diffusion courant 2025.

1.2.6.1 La répartition des responsabilités en matière d'achats publics de restauration

La computation des seuils de passation et la rédaction des marchés se fait soit au niveau du siège, soit au niveau des GHU qui sont des unités opérationnelles au sens du code de la commande publique²⁰. En effet, les GHU passent leurs propres marchés pour certaines catégories de marchandises déterminées par arrêté du directeur général. Ainsi, en matière de restauration, les achats de denrées sont centralisés par le PIC ACHAT, tandis que les achats d'ustensiles et les investissements (aménagement de locaux, achat d'équipements) relèvent des GHU. L'AP-HP précise que la répartition entre le PIC et les GHU ne se fait pas en fonction de seuils financiers, mais des catégories d'achat identifiées dans la nomenclature.

¹⁸ Par an : développement des compétences (150 000 €), évolution de carrière (440 000 €), déprécarisation (150 000 € en 2024), développement du tutorat et de l'apprentissage (270 000 €).

¹⁹ Ordonnance n° 2018-1074 et décret n° 2018-1075, entrés en vigueur le 01/01/2019.

²⁰ Article R. 2121-2 du code de la commande publique (CCP).

La répartition des rôles en matière d'achat est organisée par un système de délégations de signature. Le directeur général est compétent pour conclure les contrats de la commande publique conformément à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique. Il délègue sa signature à la directrice d'ACHAT pour les achats centraux de son périmètre, et aux directeurs des GHU pour les achats locaux. Un certain nombre de subdélégations est accordé à des cadres placés sous leur autorité, en application de l'art. R. 6147-10 du code de la santé publique.

La direction de la coordination des politiques d'achat (DCPA) contrôle le respect des délégations et subdélégations de signature notamment en prenant un arrêté unique dit RPA portant sur la préparation, la passation et l'exécution des marchés²¹. La lisibilité des délégations trouve des limites dans l'absence de tableau récapitulatif consolidée des délégations, et dans le grand nombre d'arrêtés modificatifs consécutifs à la rotation des délégataires. Lors de la contradiction, l'AP-HP indique qu'elle va mettre en place le tableau précité.

1.2.6.2 Une amélioration du traitement des réclamations

Tous les contrats de fourniture contiennent des clauses de pénalité portant sur le respect des délais, les erreurs de livraison, la conformité des produits aux spécifications du marché, ou encore les changements de références non annoncés avec un délai de prévenance (exemples en annexe 8). Il existe un système certifié ISO de transmission interne des réclamations par les unités de production au PIC ACHAT, avec mention des suites données et, en cas de sollicitation du fournisseur, de sa réponse. En 2023, le PIC ACHAT a traité 261 réclamations, soit un taux faible de réclamation de 0,13 %. Cependant, c'est 22 % de plus que l'année précédente ; 91,2 % d'entre elles concernaient un incident avec des fournisseurs et plus de la moitié portaient sur les 5 fournisseurs les plus importants.

Cette croissance provient de l'incitation faite par le PIC ACHAT aux unités de restauration à saisir les réclamations de façon plus systématique dans l'application informatique dédiée.

En matière d'achats de restauration, les rôles respectifs du PIC ACHAT et des GHU en matière de pénalités contractuelles ne sont pas suffisamment décrits dans une procédure. Bien que la gestion des réclamations fasse partie des processus couverts par la certification ISO, l'absence de processus de gestion des pénalités n'appelle pas de recommandation dans le dernier audit AFNOR (mai 2024).

Selon l'AP-HP, le nombre de pénalités contractuelles a été de 668 en 2023, pour un montant total de 401 090 €, récupéré sous la forme d'avoirs.

La chambre invite toutefois l'AP-HP à la rédiger une procédure de gestion des pénalités intégrée à la carte des processus certifiés. En réponse aux observations provisoire, le directeur de l'AP-HP indique qu'une procédure de gestion des pénalités serait rédigée, ce qui permettra aux GHU et aux équipes de restauration de mieux les maîtriser.

²¹ Arrêté directorial n° 75-2022-07-08-00005 du 8 août 2022.

1.3 Des actions entreprises pour respecter les obligations et objectifs environnementaux

1.3.1 Une progression des achats durables dans un contexte inflationniste, encore insuffisante au regard des obligations légales

L'article 24 de la loi EGALIM 1 (article L. 230-5-1 du code rural et de la pêche) dispose « qu'au plus tard le 1^{er} janvier 2022, les repas servis dans les restaurants collectifs [...] » doivent comprendre 50 % de produits issus de l'agriculture de qualité et durable et 20 % de produits issus de l'agriculture biologique.

De surcroît, depuis 2024, les viandes bovines, ovines et de volailles, ainsi que les produits de la mer, doivent être issues de l'agriculture ou de la pêche de qualité et durable. L'AP-HP ne respecte pas encore les obligations de la loi EGALIM 1, comme le montre le tableau ci-après issu du site du ministère de l'agriculture « macantine.org ».

Tableau n° 4 : Services de restauration ayant stabilisé ou augmenté la part des produits durables dans l'alimentation (en % de la valeur achetée)

En italiques : unités ayant vu un indicateur stagner ou augmenter, mais l'autre diminuer

(en %)	2022		2023	
Service de restauration	Produits durables et de qualité (selon loi EGALIM, taux fixé à 50 %)	Dont ceux issus de l'agriculture biologique (selon loi EGALIM, taux fixé à 20 %)	Produits durables et de qualité (selon loi EGALIM, taux fixé à 50 %)	Dont ceux issus de l'agriculture biologique (selon loi EGALIM, taux fixé à 20 %)
Hôpital Marin	6	1	9	2
Hôpital Saint-Antoine	11	3	15	4
Hôpital Broca – La Rochefoucauld – La collégiale	13	4	15	5
<i>Hôpital Bichat – Claude Bernard</i>	<i>20</i>	<i>12</i>	<i>22</i>	<i>8</i>
Hôpital Vaugirard – Gabriel Pallez	9	3	19	6
<i>Hôpital San Salvador</i>	<i>6</i>	<i>1</i>	<i>6</i>	<i>2</i>
Hôpital Dupuytren	15	5	18	7
Hôpital Georges-Clémenceau	12	4	16	8
Hôpital Ambroise Paré	16	4	22	7
Hôpital Raymond-Poincaré	19	6	22	7
Hôpital Avicenne (self)	10	4	13	6
Hôpital Émile Roux	13	2	16	4
Hôpital Henri Mondor	18	5	24	9
Hôpital Paul Brousse	16	7	22	11
Hôpital Bicêtre	14	6	16	8

Source : <https://ma-cantine.agriculture.gouv.fr>

Tableau n° 5 : Services de restauration ayant diminué la part des produits durables dans l'alimentation (en % de la valeur achetée)

(en %)	2022		2023	
	Produits durables et de qualité (selon loi EGALIM, taux fixé à 50 %)	Dont ceux issus de l'agriculture biologique (selon loi EGALIM, taux fixé à 20 %)	Produits durables et de qualité (selon loi EGALIM, taux fixé à 50 %)	Dont ceux issus de l'agriculture biologique (selon loi EGALIM, taux fixé à 20 %)
Service de restauration				
Hôpital Paul Doumer	17	7	14	6
Hôpital Pitié-Salpêtrière	17	5	17	4
Hôpital Saint-Louis	33	13	27	12
Hôpital Armand Trousseau	20	6	18	5
Hôpital Antoine-Béclère	9	5	3	1
Hôpital Louis-Mourier	10	4	8	2
Hôpital Charles Foix	11	3	12	3
<i>Données non renseignées (NR) :</i>				
Hôpital Sainte-Perrine	NR	NR	16	5
Hôpital Robert Debré	15	2	NR	NR

Les données portent sur les sites de production qui confectionnent les repas de plusieurs hôpitaux.

Source : <https://ma-cantine.agriculture.gouv.fr>

Des évolutions positives sont observées pour atteindre les objectifs de la loi EGALIM. La part de produits issus de l'agriculture durable et de qualité a augmenté entre 2022 et 2023 pour 2/3 des sites ; 13 unités de production sur 24 ont augmenté les parts de produits durables et biologiques dans l'alimentation, 6 les ont diminuées et 2 les ont stabilisées.

Pour la chambre ces efforts doivent se poursuivre pour respecter ces seuils qui s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2022.

Cependant, l'AP-HP affiche de meilleurs scores que les autres hôpitaux. Le bilan statistique annuel 2023 de « macantine.org »²² montre en effet que les parts de produits biologiques et de produits durables s'élevaient respectivement à 3,2 % et 14,4 % dans le secteur hospitalier.

Pour l'AP-HP, le surcoût des denrées est un frein au respect de ces obligations. Selon ses estimations faites en 2020 (soit avant l'inflation), celui-ci était estimé à 20 M€ (+ 37 %) pour respecter le seuil de 50 % de produits durables, ce qui correspond à une augmentation du coût du repas de 0,87 € lorsqu'il est confectionné en régie et de 1 € lorsqu'il est externalisé.

La part des produits biologiques et durables achetée par les régies est passée de 2,9 % en 2018 à 18,7 % en 2023, et à 21,9 % sur les deux premiers trimestres de 2024. Le nombre de références de produits durables est passé de 77 en 2021 à 588 en 2024. À titre d'exemple, le tableau ci-dessous compare les marchés laitiers et ovoproduits successifs, qui représentent une part significative des achats de denrées (5,7 M€, soit 14,6 % en 2020 et 8,3 M€, soit 18,7 % en 2023), ce qui leur donne un « effet-levier » pour approcher les objectifs EGALIM.

²² Bilan statistique EGALIM sur macantine.org.

Tableau n° 6 : Comparaison du nombre de références durables dans les marchés 2020 et 2024 de produits laitiers

<i>Lots</i>	Réf. produits durables en 2020 (consultation 20.003)	Réf. produits durables en 2024 (consultation 24.007)
<i>Fourniture de lait et produits laitiers ultra frais</i>	2	10
<i>Fourniture de beurre, crème et fromage</i>	0	2
Ovoproduits	2	11

Source : AP-HP

Selon l'AP-HP le développement des achats durable s'est traduit par une hausse moyenne de 19,1 % du prix par rapport à des achats conventionnels, avec une élasticité estimée à 1,21 (1 point de produits durable en plus entraînant une augmentation des dépenses totales de 1,21 %). Le développement des achats durables se poursuit malgré les surcoûts des aliments durables, dans un contexte où l'inflation touche tout particulièrement les denrées alimentaires. Entre 2022 et 2024, les révisions de prix ont eu pour effet d'augmenter de 54,2 % les dépenses de denrées alimentaires (+ 10,3 M€), contre 17,7 % pour le textile et l'habillement (+3,37 M€), 10,17 % pour le poste quincaillerie et outillage (+1,93 M€), et 17,9 % (soit +3,4 M€) pour les autres groupes de marchandises²³. Cet impact propre au denrées alimentaires s'explique notamment par un taux de révision des prix plus fort pour les denrées alimentaires (16,06 %) que pour les autres marchandises (9,41 % en moyenne)²⁴.

En réponse aux observations provisoires, l'AP-APH, indique que cette politique en faveur de la durabilité des produits alimentaires se poursuivra sur les années à venir.

1.3.2 Des objectifs de baisse de l'empreinte carbone à concrétiser

L'AP-HP s'est fixée des objectifs de réduction et de valorisation des déchets à travers la mise d'un plan pluriannuel. Depuis 2021²⁵, elle interdit la distribution gratuite des bouteilles d'eau en matière plastique. Elle a imposé l'obligation du tri des biodéchets au 1^{er} janvier 2023²⁶ pour les producteurs et détenteurs de plus de 5 tonnes, généralisée à tous les sites un an plus tard. Elle prévoit la fin de l'utilisation des contenants en plastique pour les services accueillant des enfants au 1^{er} janvier 2025.

Conformément à l'article L. 229-25 du code de l'environnement, l'AP-HP produit un bilan de ses émissions de gaz à effet de serre. Ayant été rendu public en avril 2024 sur la base des données d'activité des années 2019 et 2022, il permet de mesurer la part de l'alimentation dans l'empreinte carbone de l'établissement.

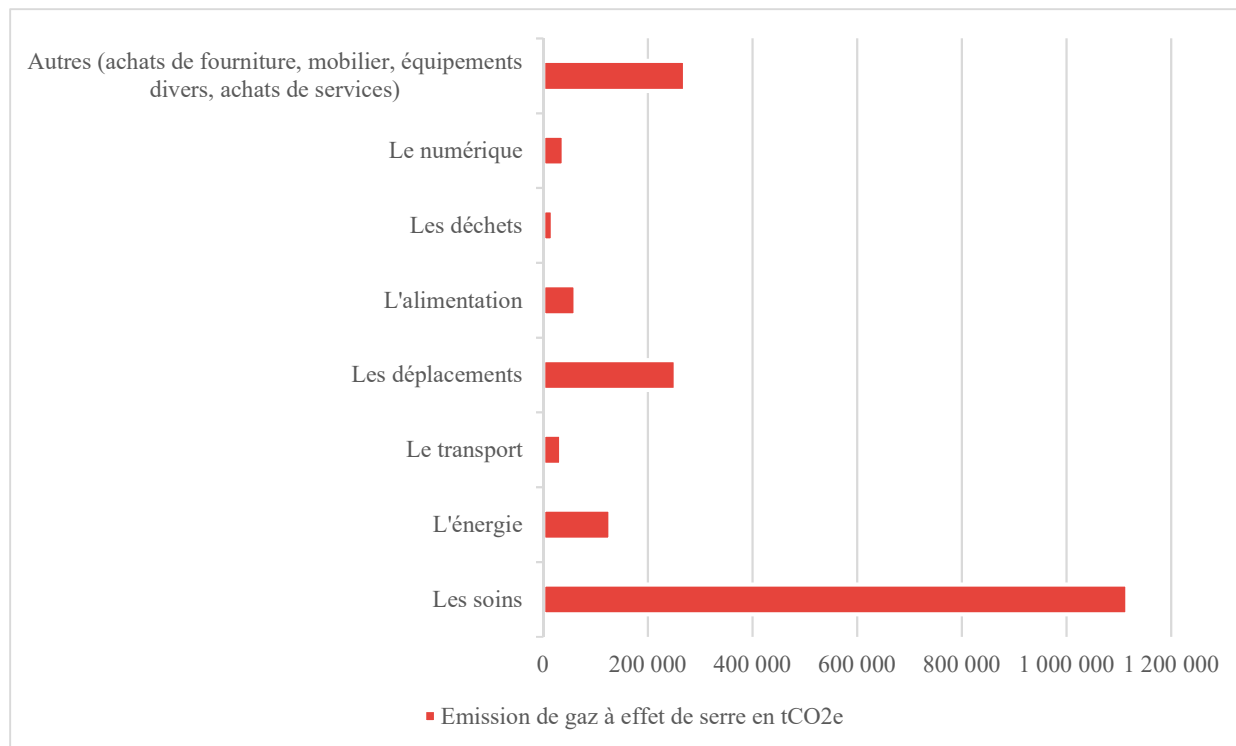
²³ Source : PIC ACHAT, tableau de suivi des révisions de prix, impact estimé au 31 décembre 2023.

²⁴ Seules les fournitures de bureau font « jeu égal » avec les denrées.

²⁵ Article L. 541-15-10 du code de l'environnement.

²⁶ L. 541-21-1 du code de l'environnement.

Graphique n° 2 : Émissions de gaz à effet de serre de l'AP-HP en tonnes de Co2 (tCO2e) pour l'année 2022



Le poste « autres » peut comprendre des prestations directement en lien avec la restauration, comme les contenants alimentaires les prestations de restauration concédées. Ce poste est donc potentiellement sous-estimé pour les sites gérant ce service de manière externalisée.

Source : AP-HP

Ainsi, sur 1 921 671 tonnes de dioxyde de carbone (Tco2) émises par l'établissement en 2022, l'alimentation a représenté 61 764 Tco2, soit 3 %. Ce poste est donc un poids peu significatif dans l'empreinte carbone de l'AP-HP.

Entre 2019 et 2022, les émissions de gaz à effet de serre ont augmenté de 5,9 % (passant de 1 815 200 à 1 921 671 Tco2), mais les émissions liées à l'alimentation ont diminué de 17 % (passant de 74 Tco2 à 61 406 Tco2). Ce repli correspond à une baisse des achats alimentaires que la chambre n'a pu mettre en corrélation avec le nombre de repas distribués sur la période.

À la suite de l'établissement de son bilan carbone, l'établissement a présenté une feuille de route décarbonation contenant une série d'objectifs et d'actions à entreprendre, dont une synthèse figure dans le tableau ci-après.

Tableau n° 7 : Objectifs consolidés de décarbonation en matière d'alimentation

<i>Objectifs consolidés AP-HP</i>			
Action de décarbonation	Indicateur cible	Cible	Valeur de référence en 2019
Augmenter l'offre végétarienne	Part de repas végétariens consommés au self en 2030 (%)	24,4	2,5
	Part de repas végétariens consommés par les patients en 2030 (%)	17,8	2,5
Réduire la quantité de contenants à usage unique	Quantité de plastique par plateau au self pour les personnels en 2030 (g)	0,5	70
	Quantité de plastique par plateau en 2030 pour les patients (g)	8,49	70
Réduire le gaspillage alimentaire	Diminution (linéaire) par an jusqu'à (%)	4,7	20
Réduire la consommation de viande rouge	Diminution linéaire (par an) (%)	2,4	Non renseigné

Source : Feuille de route de décarbonation de l'AP-HP

Le siège de l'AP-HP s'est fixé des objectifs ambitieux de décarbonation au regard de son niveau de référence de 2019. Son plan stratégique restauration prévoit des actions visant une réduction des gaz à effets de serre dans ce domaine (axe « cuisiner maison avec de bons produits dans le respect des lois EGALIM et AGECE »). Cependant, les différents GHU n'ont pas encore élaboré de document (feuille de route ou tableau de bord) permettant de mesurer les modalités qu'ils entendent mettre en œuvre pour y parvenir.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

En raison de la déconcentration historique de la gestion de la restauration, il existe à l'AP-HP peu d'outils permettant de donner une vision consolidée de l'existant (nombre de repas, coûts, état de l'actif) et de la transformation des modèles de production. Les ressources humaines et les achats sont des exceptions à ce constat.

L'AP-HP ne respecte pas encore les objectifs légaux d'achats durables fixés par la réglementation. Elle a fait de réels efforts dans ce domaine, en développant le nombre de références de produits durables dans ses marchés alimentaires et en misant sur la massification des achats de quelques produits biologiques et durables de consommation courante dont le prix a pu être contenu. Toutefois l'inflation, qui a tout particulièrement touché les produits alimentaires, constitue un frein objectif à une amplification de ces efforts.

La restauration pèse faiblement dans l'empreinte carbone globale de l'établissement. Ce dernier s'est toutefois fixé des objectifs de réduction qui ne sont pas déclinés ni par type d'activité ni par GHU.

Faisant partie des axes du projet d'établissement 2021-2025, la stratégie de restauration a été élaborée en cours d'année 2024. Si elle affirme des principes directeurs d'amélioration de la qualité à des fins d'attractivité, de maîtrise des coûts et de réduction de l'impact environnemental de la restauration, elle n'est pas encore déclinée en objectifs et indicateurs mesurables. La création en cours d'une direction centrale de la logistique permettra, selon l'AP-HP, de renforcer la capacité du siège à piloter cette fonction.

2 UNE FONCTION THÉRAPEUTIQUE DE L'ALIMENTATION DE PLUS EN PLUS AFFIRMÉE

2.1 Les comités de liaison alimentation nutrition (CLAN), lieux d'élaboration des orientations nutritionnelles

Le comité de liaison alimentation et nutrition central (CLAN central) est chargé de rendre un avis ou formuler des propositions sur les orientations et mesures relatives à la prise en charge nutritionnelle des patients²⁷. Ses modalités de fonctionnement, de nomination et durées de mandat de ses membres sont fixées par le conseil d'administration.

2.1.1 La composition et les missions des CLAN

Le CLAN de l'AP-HP a été créé en 2007. Il est constitué de 26 membres, dont 14 personnels médicaux et 12 autres contributeurs à l'alimentation et à la nutrition des patients (personnels de soin, diététiciens, responsables de la restauration et la qualité, représentants du PIC ACHAT)²⁸. Compte tenu du nombre d'hôpitaux, l'établissement a créé des « CLAN locaux » dans les GHU et certains sites.

Ces CLAN locaux sont chargés de mettre en application les objectifs de lutte contre la dénutrition, d'organiser et de promouvoir des formations, d'encourager des initiatives locales visant à sensibiliser les personnels et les patients et à améliorer la qualité de la prise en charge nutritionnelle. Leur dynamisme et leur contribution est hétérogène selon les sites. Certains, comme celui de Louis-Mourier, réalisent des audits réguliers et mènent des actions d'amélioration concrètes en matière de nutrition et développent les actions de formation.

Le CLAN central se réunit trois fois par an sur un ordre du jour précis, et des comptes-rendus sont rédigés conformément aux dispositions de son règlement intérieur²⁹.

²⁷ Cette instance consultative a été instauré dans la continuité du rapport Guy-Grand sur l'alimentation en milieu hospitalier, Paris, 1997. La circulaire DHOS/E1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 fixe ses modalités de fonctionnement et ses missions.

²⁸ Régi par un règlement intérieur, le CLAN rend compte de son activité et transmet ses avis et propositions à la commission centrale de la qualité et de la sécurité des soins (CCQSS). Son président est désigné par le directeur général, sur proposition de la commission centrale. Le PIC ACHAT y est représenté par le directeur adjoint en charge du service de management des marchés de Fournitures, d'Equipements hôteliers et de Restauration et la responsable de la Cellule d'expertise et de conseil alimentaire (CECA).

²⁹ Article V-2.

2.1.2 Une prévention des conflits d'intérêts à prévoir

Plusieurs membres du CLAN central ont déclaré des conventions, des rémunérations ou des avantages avec des entreprises intervenant dans le secteur de la nutrition médicale ou de l'agroalimentaire³⁰. L'établissement doit vérifier que ces liens d'intérêt n'interfèrent pas sur les avis rendus par le comité.

Dans sa séance du 18 avril 2023, le CLAN a émis un avis négatif sur le recours au lait infantile issu de l'agriculture biologique. Or, 14 membres présents avaient déclaré un lien d'intérêt avec une entreprise proposant du lait infantile non biologique ou intervenant dans le secteur agroalimentaire, moins de 3 années précédant cette réunion.

Parmi eux, six membres avaient déclaré une convention ayant induit une participation financière d'une entreprise de ce secteur, et deux membres avaient perçu une rémunération. L'existence de liens professionnels et financiers déclarés entre certains membres du CLAN et des entreprises de l'agroalimentaire est susceptible de questionner l'avis rendu pour certains produits. Concernant celui sur le lait infantile biologique, l'AP-HP souligne s'être appuyée sur une analyse de la composition des laits (nutriments, taux de pesticides) et sur leurs prix en ville (un prix élevé pouvant pénaliser les familles à faibles revenus après le retour de la mère et de l'enfant à domicile). Elle précise aussi que cet avis n'avantage aucune entreprise, car toutes proposent du lait biologique et du lait conventionnel. Elle rappelle enfin que les règles de fonctionnement du CLAN imposent de ne citer aucune marque et de n'accepter aucun représentant d'une marque dans ses réunions.

Cependant, au regard de la contribution du CLAN à la politique d'amélioration de la prise en charge nutritionnelle, la chambre recommande toutefois de mettre en place des mesures de prévention ou d'organisation du CLAN permettant de garantir l'impartialité de ses membres.

En réponse à cette observation, l'AP-HP envisage de « notifier les liens d'intérêt des professionnels impliqués dans les avis et le choix de marchés d'approvisionnement alimentaires professionnels », en continuant de « s'assurer que les décisions soient prises sur des arguments scientifiques et médicaux solides et impartiaux ».

Recommandation performance 1 : Mettre en place des mesures de prévention des risques de conflits d'intérêt au sein du CLAN.
--

2.2 La prévention et le traitement de la dénutrition, enjeu de santé publique et financier

La comorbidité désigne la présence d'un ou plusieurs troubles associés à une maladie primaire, pour laquelle un patient a été hospitalisé. La connaissance et la prise en charge des comorbidités peuvent accroître l'efficacité des soins. En matière alimentaire, la dénutrition et l'obésité sont des comorbidités courantes et non exclusives l'une de l'autre, notamment chez le sujet âgé.

³⁰ www.transparence.santé.gouv.fr

En conséquence, le CLAN donne une place importante à la lutte contre la dénutrition. Plusieurs études révèlent qu'au niveau national la dénutrition concerne 10 % des enfants, 30 % des adultes, 40 % des personnes atteintes de cancer et 50 % des personnes âgées hospitalisés. Dans son programme de travail, l'instance souhaite développer la prise en charge nutritionnelle afin de réduire les risques de décès, d'infections nosocomiales, de complications post-opératoires et de de réadmissions.

La dénutrition

Le plan national nutrition santé 2019-2023 (PNNS 4) fixe un objectif de réduction de 20 % au moins de malades hospitalisés dénutris à la sortie d'hospitalisation.

La dénutrition résulte d'un apport nutritionnel inférieur aux besoins de l'organisme. Elle est le plus souvent liée à une perte d'appétit en rapport avec une maladie aiguë ou chronique, ou un ensemble de facteurs favorisants (troubles de la mobilité, troubles bucco-dentaires, isolement social...).

Elle s'accompagne d'une perte de poids. On parle de dénutrition dans les cas suivants : adulte qui perd plus de 5 % de son poids en 1 mois, ou 10 % en 6 mois ; indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 chez l'adulte ou 21 chez les personnes de plus de 70 ans ; chez l'enfant en cas de stagnation du poids ou de la taille, voire d'amaigrissement. Tous les patients (personnes âgées, enfants, adultes) sont susceptibles d'être concernés.

La dénutrition affaiblit l'immunité et augmente le risque d'infection. Elle engendre affaiblissement physique avec perte de force et risques de chutes, baisse de moral et risque de dépression, aggravation des maladies chroniques et de la dépendance. Une personne âgée en surpoids ou obèse peut être dénutrie si son état réunit un critère étiologique (facteurs identifiés d'une maladie) et un critère phénotypique (sarcopénie par exemple).

Dès leur admission à l'hôpital, la dénutrition des patients devrait être diagnostiquée. Or les rapports du CLAN, confirmés par les données codées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), révèlent un écart entre le taux probable de patients dénutris et le taux de codage de comorbidités et d'actes liés à la dénutrition. Cette insuffisance de diagnostic est susceptible d'augmenter les risques de décès ou d'aggravation d'état de santé des patients.

Le sous-codage qui en résulte a aussi un effet sur les recettes de l'établissement. La fin de la garantie de financement, qui avait permis de sécuriser les produits des hôpitaux pendant la crise sanitaire, leur impose un effort de performance dont l'amélioration du codage est l'un des leviers. Dans l'état prévisionnel des recettes et dépenses (EPRD) 2023, l'AP-HP évalue ainsi à 28,97 M€ le gain de produits générés par son « plan codage », dont une plus grande reconnaissance des comorbidités est l'un des aspects. Des actions sont mises en place par les CLAN et les départements d'informations médicales (DIM) pour améliorer les diagnostics de dénutrition et les codages subséquents.

La dénutrition appartient, dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI³¹), aux comorbidités associées. Ses différentes formes correspondent à 6 codes, dont l'impact sur la valorisation financière dépend de sa sévérité, de facteurs liés à l'état du patient, et de la durée du séjour. Entre 2021 et 2023, selon les données du département de l'information médicale (DIM), le volume de séjours disposant d'un code lié à la dénutrition a globalement diminué, avec des différences notables entre GHU.

Plusieurs GHU ayant mené un plan d'actions dans le codage de la dénutrition ont vu croître la part des patients diagnostiqués. Par exemple, dès 2016 le GHU Sorbonne a confié aux diététiciennes le renseignement de la fiche diététique et le codage des diagnostics associés significatifs (DAS)³². Cela s'est traduit, selon les sites, par des recettes supplémentaires évaluées à 4 M€ en 2021 et 3,7 M€ en 2022.

Les rapports du CLAN identifient les causes de sous-codage. Quand la dénutrition n'est pas à l'origine directe de l'hospitalisation, elle n'est pas toujours diagnostiquée ou n'est pas codée. Cependant, la fiche diététique contenue dans le dossier patient est renseignée dans tous les GHU conformément aux recommandations de la HAS de 2019 et 2021. Elle est accessible en lecture aux soignants et aux agents du département de l'information médicale (DIM), mais elle n'est pas correctement prise en compte dans le dossier patient informatisé (DPI). Une demande de rectification a été adressée au prestataire informatique.

L'estimation de la perte de recettes en raison du sous-codage de la dénutrition est difficile à chiffrer. Lorsqu'un séjour est codé « dénutrition » et que cela fait passer le séjour dans un groupe homogène de malades (GHM) plus élevé, la recette supplémentaire pour l'hôpital est en moyenne de 3 000 €. Cependant, tous les codages ne modifient pas le GHM. Le DIM de l'AP-HP estime que le codage correct de tous les séjours devrait en moyenne accroître la recette de 500 à 700 € par séjour.

Selon une simulation rétrospective du DIM central effectuée par retraitement de la déclaration PMSI de 2023, le non-codage de la dénutrition aurait pu faire perdre à l'AP-HP 28,3 M€.

La chambre recommande donc de généraliser à l'ensemble des GHU le repérage de la dénutrition pour améliorer la prise en charge du patient, mais aussi accroître les recettes de l'établissement. En réponse à la chambre, le directeur général confirme que le niveau du code de la dénutrition de l'AP-HP est insuffisant. Toutefois il considère que la recommandation de la chambre est déjà mise en œuvre et réaffirme son objectif de progression du codage, en particulier celui fait par les diététiciens, ce qui implique de poursuivre la sensibilisation des équipes soignantes.

Recommandation performance 2 : Généraliser à l'ensemble des GHU de l'AP-HP les plans d'amélioration quantitative et qualitative du codage de la dénutrition.

³¹ Le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) recueille des données pour l'ensemble des hospitalisations ayant lieu sur le territoire français avec pour finalité le financement des établissements de santé (tarification à l'activité), et l'organisation de l'offre de soins (planification).

³² Cas où la dénutrition n'est pas le diagnostic principal (comorbidité).

2.3 L'alimentation considérée comme un moyen thérapeutique

2.3.1 La simplification de l'offre de restauration, facteur d'amélioration de la qualité et de la valeur thérapeutique de l'alimentation

La lutte contre la dénutrition implique d'intégrer davantage l'alimentation au soin à travers quatre dimensions validées par la CME de l'AP-HP :

- valoriser la satisfaction et le plaisir de manger,
- intégrer l'alimentation dans les stratégies de soins,
- veiller au respect de normes d'hygiène et de sécurité,
- promouvoir une alimentation durable.

Le repas est ainsi présenté comme un élément du soin, et non plus comme un facteur de risque pour la santé du patient. Par exemple, le GHU Paris Sorbonne a mis en œuvre ces recommandations dans son projet « Alimentation thérapeutique ». L'objectif est de recentrer le repas sur un menu standard équilibré, en réduisant au minimum les alternatives. Les régimes pauvres en potassium ont été supprimés et ceux en glucides ou lipides, hypocholestérolémiants sont contrôlés. Le CLAN local, qui implique l'ensemble des parties prenantes de la restauration dans ces évolutions (médecins, soignants, diététiciens, ingénieurs et responsable restauration), recommande d'éviter l'association d'aliments favorisant l'hyperglycémie³³. La cuisine sans graisse, de même que les plats hyper-énergétiques, devraient également être supprimés, un « menu dense » leur étant préféré.

Par ailleurs, l'AP-HP a pour objectif de développer l'offre de menus dits « sans viande » pour répondre aux préférences végétariennes et confessionnelles. En substitution, la cuisine fait principalement appel aux protéines animales (laitages, œufs). Parfois des plats véganes sont proposés, mais le CLAN central tient une position prudente sur la qualité nutritionnelle des protéines végétales³⁴.

2.3.2 Les enjeux environnementaux sont modérément présents dans les préoccupations des CLAN

Les CLAN sont des lieux de sensibilisation aux enjeux environnementaux de la restauration. L'expert restauration de la direction de la stratégie et de la transformation (DST) du siège de l'AP-HP y présente les préconisations issues des lois sur le développement durable. Des expérimentations menées par les GHU y sont restituées³⁵.

Ces instances abordent l'alimentation d'un point de vue d'abord thérapeutique. Si le CLAN a rendu des avis favorables au développement de repas végétariens dans les selfs destinés aux agents et à la suppression des bouteilles d'eau et des barquettes en plastique non réutilisable, il exprime des réticences d'ordre médical au remplacement de protéines animales par des protéines végétales pour les patients, car ces dernières sont moins bien assimilées et leur composition en acides aminés est incomplète. Le CLAN fixe donc un objectif de 50 % de protéines animales, afin de prévenir les risques de perte de masse musculaire des patients.

³³ En matière de sucre, le projet du GHU est moins abouti (questions en suspens : suppression des édulcorants, alimentation des patients atteints de diabètes gestationnels, etc.).

³⁴ Le CLAN a remis à la chambre un article scientifique appelant à respecter, pour un patient adulte, un minimum de 50 % de protéines animales.

³⁵ Exemples : suppression de la vaisselle plastique à l'hôpital Chenevier (GHU Mondor), assistance de l'intelligence artificielle pour peser les déchets (Trousseau, GHU Sorbonne).

2.3.3 Les moyens de prise en charge nutritionnelle se sont accrus

Pour mettre intensifier la lutte contre la dénutrition, promouvoir l'alimentation thérapeutique et améliorer le codage PMSI, l'AP-HP a, depuis 2019, augmenté ses effectifs diététiques³⁶, comme l'illustre le tableau suivant.

Tableau n° 8 : Effectifs de diététiciens en équivalent temps plein (ETP) et personnes physiques (PP)³⁷

Diététiciens	2019		2020		2021		2022		2023		Évol. 2019-2023 (%)	
	ETP	PP	ETP	PP	ETP	PP	ETP	PP	ETP	PP	ETP	PP
APHP	407	434	414	441	422	449	428	455	438	462	7,7	6,4
Nord	92	97	94	100	94	100	95	101	99	105	8,2	8,5
Paris Cité	89	95	94	99	97	103	98	102	99	102	10,6	7,5
Sorbonne	81	88	82	89	82	89	85	91	85	90	4,8	2,7
Saclay	60	63	61	64	63	66	66	70	68	72	13,6	14,9
Mondor	43	46	43	45	45	48	44	48	43	47	1,4	2,1
Saint-Denis	22	23	22	24	21	22	22	23	24	25	8,2	9,6

Source : AP-HP

Entre 2019 et 2023, les ETP de diététiciens ont augmenté de 7,7 %, avec des contrastes importants entre les GHU. Cette croissance des effectifs, conjuguée à des fermetures de lits³⁸, participe à une meilleure prise en charge des patients. En 2023, on compte un ETP de diététicien pour 19 lits, contre un pour 44 lits en 2019.

En 2023, les ETP de diététiciens représentaient 28 % de ceux de rééducateurs (catégorie à laquelle ils appartiennent) contre 26,6 % en début de période. Il n'existe pas d'indicateurs comparable au niveau national dans les hôpitaux, la statistique disponible portant sur les professionnels en activité quel que soit leur statut (libéral, salarié du public ou du privé)³⁹.

Les services de diététiques des GHU sont rattachés à la direction des soins, sauf au GHU Sorbonne qui l'a intégré au département médico-universitaire (DMU) Neurosciences, avec les autres équipes de rééducation. Ces services assurent la liaison entre le soin et la restauration en intervenant à différents niveaux : en appui au diagnostic de la dénutrition, en matière de préconisations diététiques pour le patient, pour rédiger des « fiches plat » pour l'unité de production, en participant aux « commissions des menus » et aux activités du CLAN, et en sensibilisant les agents et patients aux bonnes pratiques de nutrition.

³⁶ Aucun texte réglementaire ne contraint un établissement public de santé à recruter des diététiciens.

³⁷ Aux effectifs de diététiciens, il convient d'ajouter les auxiliaires de diététiques (22 ETP en 2022, 25 en 2023).

³⁸ Ces fermetures ont été programmées dès 2019 en gériatrie et dans d'autres services MCO, pour accompagner le virage ambulatoire et augmenter la performance. Selon l'enquête SAE, le capacitaire MCO est passé de 12 278 lits en 2019 à 11 164 en 2022 (- 10 %).

³⁹ Voir DREES, démographie des diététiciens nutritionnistes, rapport annuel. Entre 2019 et 2023, leur nombre est passé de 12 511 à 16 455, + 31 %.

2.4 Le renforcement des prérogatives des diététiciens, levier de la lutte contre la dénutrition

Le renforcement de la lutte contre la dénutrition, dans ses dimensions médicale et financière, s'appuie sur deux dispositifs impliquant une évolution des pratiques médicales.

Le premier consiste à développer les protocoles de coopération⁴⁰ permettant à un médecin de confier à un diététicien des activités de diagnostic, de dépistage, de prise en charge, de prescription ou de codage qui relèvent normalement de sa compétence. Chaque protocole est établi entre un délégant et un délégataire dans un cadre déterminé (type de patient, pathologie du diagnostic principal, besoin de formation du diététicien). Cette modalité, encouragée par le CLAN Central, progresse. En 2022, l'AP-HP comptait 288 délégataires répartis dans 88 équipes, contre 250 délégataires dans 66 équipes en 2021.

Le second vise à la constitution d'unités transversales de diététiques et de nutrition (UTDN). Elles ont pour missions d'organiser le dépistage et la prise en charge de la dénutrition, d'aider à la rédaction des protocoles et d'apporter une expertise aux acteurs de la nutrition. Le nombre d'unités est passé de 1 en 2008 à 3 en 2023. Ces dernières sont inégalement réparties (2 au GHU Nord, 1 au GHU Sorbonne, aucune dans les autres GHU).

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La lutte contre la dénutrition est devenue une priorité pour l'AP-HP. Cette politique répond à un enjeu principal d'amélioration de la prise en charge des patients, et à un enjeu associé de performance de l'établissement par la simplification de l'offre de restauration et l'amélioration du codage des comorbidités liées à la dénutrition.

Les moyens qu'il y consacre sont complémentaires et coordonnés : formation des équipes au repérage et à l'accompagnement des patients dénutris, renforcement de la collaboration entre médecins, diététiciens et responsables de restauration, affirmation de la fonction thérapeutique de l'alimentation, accroissement de l'effectif de diététiciens.

Toutefois, laissées à la libre initiative des GHU, les mesures préconisées sont inégalement appliquées entre les sites, dont beaucoup ne disposent pas de plans d'action avec objectifs et indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

Enfin, parmi les quatre dimensions de l'alimentation dite thérapeutique (hygiène et sécurité, soins, satisfaction et plaisir, développement durable), celle du développement durable progresse tout en restant subordonnée à l'atteinte des objectifs de lutte contre la dénutrition.

⁴⁰ En application des art. 4011-1 à L. 4011-3 du CSP, de l'arrêté du 31 décembre 2019, et de la « grille protocole de coopération » ministère la santé/HAS.

3 UN CHANGEMENT DE MODÈLE DE RESTAURATION PORTÉ PAR DES EXPÉRIMENTATIONS LOCALES

À la fin des années 1980, l'établissement est passé d'une cuisine traditionnelle, consistant à stocker, laver, préparer, cuire et dresser des denrées majoritairement brutes, à une cuisine dite d'assemblage, qui réalise un menu « *à partir de produits achetés dans un état déjà plus ou moins élaboré en les assemblant, avec ou sans cuisson* »⁴¹. Ce glissement a eu des effets de long terme sur le recrutement⁴², les savoir-faire, et sur les locaux (surfaces, équipements, chaînes de production). Désormais, la stratégie de l'AP-HP et les obligations légales et réglementaires incitent à un retour au moins partiel au « cuisiné maison »⁴³, et à l'intégration de nouvelles contraintes de production.

3.1 Des organisations différentes selon les GHU et les sites

3.1.1 La production culinaire est du ressort des GHU et des sites

L'AP-HP compte 5 unités centrales de production (UCP) dont chacune dessert plusieurs sites, 18 unités de production (UP) autonomes, 15 unités relais (UR) qui réceptionnent et distribuent des repas pré-assemblés ou des plats prêts à l'emploi (PPE), et 6 unités relais dites « concédées »⁴⁴, en réalité confiées à un prestataire de restauration collective.

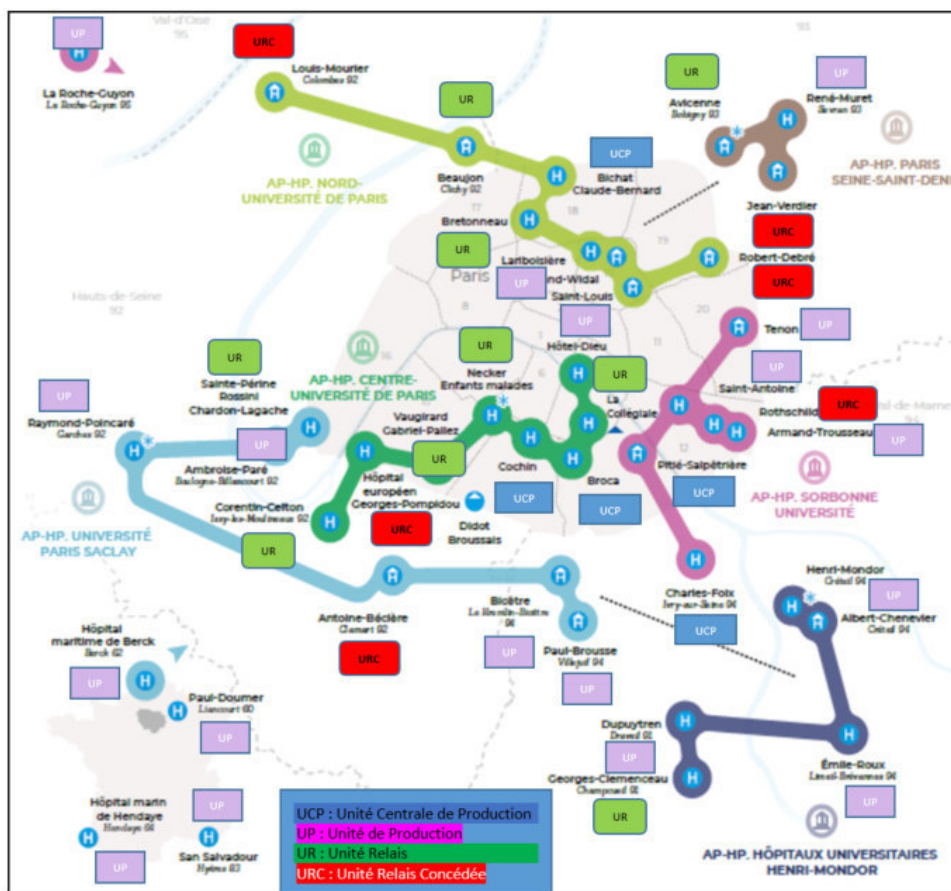
⁴¹ Jean-Pierre POULAIN, « La cuisine d'assemblage », Revue technique des hôtels, restaurants et collectivités, Paris, Éditions BPI, 1992.

⁴² Davantage d'agents polyvalents de restauration, moins de cuisiniers.

⁴³ Dans le CCTP du marché de restauration collective de 2019, il est demandé au prestataire 30 % de produits frais dans la restauration du personnel, et leur développement dans la restauration des patients (en particuliers en gynécologie-obstétrique).

⁴⁴ Terme couramment employé à l'AP-HP par abus de langage.

Carte n° 1 : Unités de restauration de l'AP-HP en 2023



Source : AP-HP

Dans chaque GHU, la restauration est placée sous l'autorité de la direction des achats, des services économiques et logistiques (DACSEL) et, sauf exceptions⁴⁵, d'un ingénieur restauration. Chaque site de production est encadré par un responsable d'unité épaulé par un adjoint chargé de la production et un qualificateur veillant à l'hygiène, à la sécurité des processus et à l'amélioration de la satisfaction des bénéficiaires, patients et agents. Les unités desservent des services d'hospitalisation complète et partielle d'un ou plusieurs sites, ainsi que des *selfs* ouverts aux agents de l'AP-HP et à d'autres ayants-droit (étudiants, chercheurs, sous-traitants de l'établissement).

Les patients sont généralement livrés en liaison froide. Selon les sites, les *selfs* sont desservis en liaison froide, en liaison chaude lorsqu'ils sont proches des cuisines ou encore en liaison mixte. Dans tous les cas, un diagramme est rédigé pour chacune des « marches en avant » d'un même site.

⁴⁵ Au GHU Nord, dont la restauration de 3 sites est externalisée, il n'y a pas de supervision de l'ensemble des sites par un ingénieur.

3.1.2 Des modes de gestion diversifiés

La chambre a examiné les modes de gestion retenues par l'AP-HP sur cinq sites, servant 5 147 repas par jour⁴⁶, soit 11,5 % des repas de l'établissement.

Tableau n° 9 : Caractérisation de l'échantillon de sites (données 2023)

GHU	Site prod.	Activité	Production	Distribution	Plonge, nettoyage	Type de prod	Repas/an
<i>Nord</i>	Robert-Debré	MCO péd.	Prestataire A.	Serv. Logist interne : R.-Debré Presta. A : L.-Mourier	Prestataire A.	Assemblage PPE	379 600
<i>Saclay</i>	Ambroise-Paré	MCO ad. + gér	UP Régie	UP Régie (A.-Paré), Prestataire B. (R. Poincaré et Ste-Périne)	UP Régie	Assemblage	373 368
<i>Sorbonne</i>	Charles-Foix	Gériatrie	UCP Régie	UCP (Ch.-Foix) Prestataire C. (Rothschild)	UCP (Ch.-F.) Prestataire C. (Rothschild)	Assemblage	332 908
<i>Sorbonne</i>	Trousseau	MCO péd.	UP Régie	Régie (aide-soignantes)	Prestataire D.	Assemblage	361 351
<i>HUHM</i>	Émile-Roux	Gériatrie	UP Régie	UP Régie	UP Régie	Assemblage	431 470

Source : AP-HP

Le tableau ci-dessus montre que l'alternative entre régie et externalisation concerne non seulement la production culinaire (avec un site géré par un prestataire et 4 en régie), mais aussi d'autres maillons de la chaîne de restauration (distribution des repas, plonge et nettoyage).

À l'hôpital Robert-Debré où la restauration est externalisée, le suivi d'exécution des prestations est réalisé par la cadre supérieure de diététique qui, tout en appartenant à la direction des soins, est fonctionnellement rattachée au directeur des approvisionnements, des services économiques et logistiques du GHU Nord.

Ces différentes modalités de gestion sont un frein à la comparabilité des moyens entre unités de production et le calcul des coûts par repas, notamment lorsqu'un même prestataire interne (service logistique R.-Debré) ou externe (Trousseau) réalise également des tâches hors restauration.

3.1.3 Une chaîne logistique soutenue par un système d'information dédié

Les besoins alimentaires sont déterminés conjointement par le patient (préférences, aversions, interdits confessionnels) et par les membres de l'équipe médicale (médecin et diététicien). Le nombre de paramètres à considérer induit une grande variété de plats, différents par leur composition, leur texture, leur mode d'ingestion (avec couverts ou « manger main »), leur qualité nutritionnelle (aliments enrichis⁴⁷ ou non). Par exemple, l'hôpital gériatrique Emile-Roux à Limeil-Brevannes prépare en moyenne 32 plats différents pour un même service. Cette variété des demandes se répercute sur les approvisionnements et le stockage, la fabrication, la composition des plateaux.

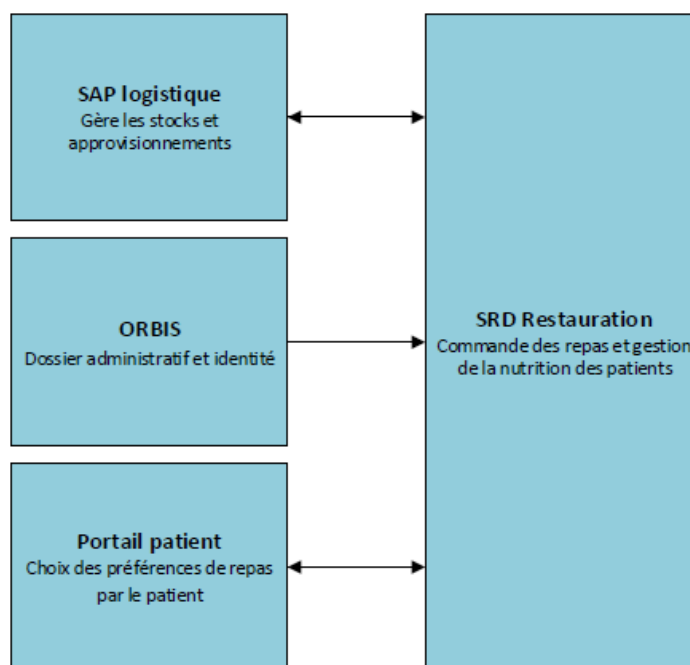
⁴⁶ 1 878 697 repas/an.

⁴⁷ Selon la HAS, l'enrichissement de l'alimentation consiste à y ajouter des produits de base (poudre de lait, lait concentré, fromage, œufs, crème, beurre, huile, protéines industrielles, etc.) afin d'augmenter l'apport énergétique et/ou protéique.

La production associe le service diététique. D'une part, ce dernier élabore des « fiches plats », déclinées en fiches techniques par le responsable de la production pour préciser la recette, la nature et les ingrédients nécessaires. Elles permettent le calcul automatique de denrées à commander, à déstocker, à utiliser dans les différentes préparations. Une commission des menus permet, dans chaque site, d'adapter au fil de l'eau les menus et les recettes. D'autre part, il relaie les prescriptions alimentaires émanant des médecins et leurs propres préconisations. Dans beaucoup de sites, comme Ambroise-Paré, il comprend des auxiliaires de diététique, qui gèrent et distribuent les compléments nutritionnels oraux (CNO).

Dans tous les cas, les processus de la chaîne de restauration sont gérés par un système d'information. La gestion informatique de la prise des commandes et de la distribution des repas s'appuie sur le progiciel Santé Restauration Diététique (SRD) déployé dans tous les hôpitaux.

Schéma n° 1 : Carte des SI intervenant dans la gestion de la restauration de l'AP-HP



Source : chambre régionale des comptes, d'après les cartographies fournies par l'AP-HP

Une gestion des repas entièrement informatisée

Chaque hôpital accède à ses propres données renseignées dans le progiciel SRD. Lorsque les cuisines sont mutualisées, la base est commune aux sites⁴⁸. Il existe donc 27 bases pour 37 sites. Cette application gère les menus, les commandes de repas⁴⁹, la production des repas, la distribution, les biberons, les ingestas⁵⁰ et les enquêtes de fréquence. La prise en charge nutritionnelle des patients est gérée dans un autre progiciel ORBIS via le dossier patient informatisé (DPI).

Les menus standards et thérapeutiques sont saisis dans SRD. La prescription d'alimentation thérapeutique est également retranscrite, comme les allergies mentionnées dans le dossier du patient. Des informations propres peuvent aussi être ajoutées dans SRD telles que les aversions ou les préférences.

Le progiciel est interfacé avec le dossier patient informatisé (DPI). Les commandes de repas sont automatisées ou saisies directement avec les patients. Pour la commande au chevet des patients, des outils nomades tels qu'un ordinateur mobile sur chariot, des smartphones ou encore des tablettes sont utilisés.

Au moment de la distribution des repas, SRD fournit les récapitulatifs de distributions permettant de préparer les produits en amont. Des cartes nominatives sont imprimées par les cuisines attribuées à un plateau spécifique en fonction du patient. Elles permettent, grâce aux informations de localisation et d'identification, de servir le bon plateau, au bon patient et au bon endroit.

L'outil SRD est aussi interfacé au progiciel SAP afin de passer des demandes d'achat, transformées en commandes auprès des fournisseurs. La gestion du référentiel articles, gestion des stocks, gestion des marchés et gestion de commandes auprès des fournisseurs s'effectuent dans le module « logistique » de SAP. Le progiciel prend également en charge les finances et la comptabilité liées à la restauration.

Toutes les données transitant dans ces SI sont hébergées en interne et certifiées hébergeur de données de santé⁵¹ (HDS).

⁴⁸ Un même service de restauration peut produire pour plusieurs sites. La décision de regroupement des sites relève de la maîtrise d'ouvrage (MOA) de l'AP-HP.

⁴⁹ En fonction de l'alimentation, des aversions, des allergies alimentaires des patients.

⁵⁰ Ensemble des matières ingérées par l'organisme.

⁵¹ La certification HDS s'appuie sur des référentiels incluant le respect de normes ISO et permet de délivrer une certification par un organisme indépendant accrédité à toute structure ou organisme hébergeant des données de santé.

3.1.4 L'amélioration de la prise de commande, un enjeu pour la qualité du service

3.1.4.1 L'ergonomie des commandes passées par le personnel soignant

Jusqu'en 2020, les commandes de repas dans SRD s'effectuaient via un terminal mobile. Celui-ci devait être transporté d'une chambre à l'autre et ne pouvait pas être utilisé par plusieurs soignants simultanément, rendant son utilisation dissuasive.

L'AP-HP a donc défini un plan de migration de SRD vers le *web* afin que le personnel soignant prenne les commandes. Cette évolution vise à faciliter la gestion et libérer du temps soignant. Amorcée en 2020, elle doit s'organiser en deux phases, une première portant sur une migration vers une version plus récente de l'outil et une seconde permettant le passage au *full web*. En septembre 2024, 4 hôpitaux⁵² n'ont pas encore réalisé la première phase.

3.1.4.2 « Mes repas », une expérimentation pour rendre le patient plus autonome

L'AP-HP dispose de services en ligne pour la pré-admission, l'admission et la sortie des patients. En juin 2024, il a complété son offre avec un nouveau téléservice appelé « Mes repas », permettant au patient de choisir lui-même ses préférences de repas, à l'aide de leurs smartphones ou de tablettes connectées. Une prise de commande par le personnel soignant pour les patients qui ne sont pas en mesure d'utiliser le nouveau téléservice demeurera possible.

Cet outil, développé par un prestataire externe, est encore en cours d'expérimentation sur le site pilote d'Ambroise-Paré. Il vise à réduire le gaspillage alimentaire et libérer du temps soignant.

Prévu à l'horizon de la fin de l'année 2024 ou au début de l'année 2025, un système d'évaluation de la satisfaction du patient, sur des critères tels que la qualité du repas (goût, température, etc.) mais également sur le respect de ses préférences ainsi que de la quantité sera ajouté.

3.1.5 Le lien entre l'évolution de l'activité hospitalière et les moyens de restauration à renforcer

La restauration des patients, à quelques exceptions près⁵³, ne génère pas de recettes. Ce poste de dépense constitue avec les activités de soin le service rendu au patient, ce qui questionne l'adaptation des moyens de production culinaire à l'activité médicale des sites.

⁵² Georges Clémenceau, Pitié Salpêtrière, Hedaye et Paul Doumer dont la fin de déploiement de la version 10.01 prévue pour décembre 2024.

⁵³ Les recettes sont constituées de prestations de service externe (par exemple : dessert par la cuisine de Trousseau de l'hôpital associatif « Pierre-Rouquès-les-Bluets » générant un produit d'environ 280 000 € par an), et des repas « accompagnants ».

La chambre a souhaité mettre en corrélation les dépenses courantes de restauration⁵⁴ des cinq sites de l'échantillon du contrôle au regard des différents indicateurs suivants : capacité exprimée en nombre de lits⁵⁵ et les prestations de restauration exprimées en unité d'œuvre⁵⁶.

De manière générale, l'AP-HP ne s'est pas dotée d'indicateurs de productivité de la restauration, permettant de rapporter les moyens de cette fonction à l'activité hospitalière des sites. Or, elle est confrontée depuis plusieurs années à une baisse des activités générant un besoin de repas. Entre 2019 et 2023, le recul de 38 000 séjours annuels d'hospitalisation complète en médecine, chirurgie et obstétrique n'a pas été compensé par la hausse de l'activité ambulatoire⁵⁷, laquelle ne donne pas toujours lieu à des prestations de restauration.

Elle a toutefois communiqué à la chambre un tableau rapportant les journées d'hospitalisation et les moyens de la restauration.

Tableau n° 10 : Journées d'hospitalisation et moyens de restauration

	Unité	2019	2020	2021	2022	2023	Évol. % (2021-2023)
Journées	N.	6 608 744	5 713 023	5 852 685	5 712 686	5 693 718	- 2,72
Repas	N.	15 973 482	13 488 857	15 178 515	14 599 333	14 873 376	- 2,01
Repas par jour	N.	2,4	2,4	2,6	2,6	2,6	0,73
Dépenses sous-traitance	€	21 597 764	21 922 437	23 214 565	22 405 017	21 562 769	- 7,12
Dépenses alimentation	€	41 878 140	39 275 263	38 576 711	40 556 987	49 440 711	28,16
Dépenses personnel	€	NC	NC	54 319 237	58 270 219	62 982 698	15,95
Total dépenses	€	NC	NC	116 110 513	121 232 223	133 986 178	15,40
ETP	ETP	NC	NC	1 428	1 408	1 385	- 3,04
Coût moyen/ETP	€	NC	NC	38 027	41 378	45 476	19,59
Coût/repas	€	NC	NC	7,65	8,30	9,01	17,76

Source : AP-HP

Entre 2019 et 2023, le nombre de journées a baissé de 2,7 %, tandis que le nombre de repas baissait dans une moindre mesure (2,01 %) et que la dépense totale augmentait de 15,4 % suite à l'inflation des denrées et la revalorisation des charges de personnels (dans le cadre des mesures du SEGUR de la santé), et que le nombre d'ETP baisse de 3 %. La corrélation entre journées et repas n'est donc pas totale. L'AP-HP explique qu'il ne peut pas avoir d'ajustement structurel exact et automatique entre la baisse des lits ouverts et les charges concernées, notamment du fait de l'existence de charges de structures fixes qui ne sont pas totalement élastiques aux seules variations d'activité.

⁵⁴ Titres 1 (personnel) et 2 (fonctionnement).

⁵⁵ Capacité, lits ouverts, lits occupés.

⁵⁶ L'unité d'œuvre (UO) est l'équivalent-repas. Un repas « complet » (déjeuner ou dîner servi en Chambre ou au self) compte pour une UO. Les autres repas (petit déjeuner, repas en crèche et centre de loisirs, etc.) sont pondérés avec des coefficients, ce qui explique l'écart entre le nombre de repas « matériels » et les données présentées. Les collations ne sont pas comptabilisées.

⁵⁷ Voir 1.1.1.

Des situations contrastées ont été constatées par la chambre dans les GHU. Les données transmises pour les sites de l'échantillon, permettent d'analyser le ratio lits occupés/effectifs de restauration en matière de restauration (cf. tableaux en annexe n° 6). Trois situations sont rencontrées.

- Les hôpitaux gériatriques ont vu décroître le nombre de lits occupés, alors que l'effectif a plus faiblement baissé (Emile-Roux), voire augmenté (Charles-Foix)⁵⁸.
- L'hôpital Ambroise-Paré a connu une baisse proportionnelle du nombre de lits occupés et des agents, conservant entre 2019 et 2024 le même ratio (7,4 lits ouverts par ETPR).
- L'hôpital pédiatrique et gynécologique Armand-Trousseau a globalement connu une stabilité de ses lits occupés entre 2019 et 2024, alors que l'effectif de restauration a augmenté de 5 ETPR, et que le lavage de la vaisselle avait été externalisée.
- L'hôpital Emile-Roux de Limeil-Brévannes, en cours de restructuration, a connu une réduction drastique du nombre de lits ouverts et occupés (respectivement 38,5 et 42 %), tandis que les ETP baissaient de 23 %.

La chambre recommande à l'AP-HP de définir des indicateurs communs à tous les sites pour mesurer l'activité hospitalière et la restauration afin d'éclairer les choix d'affectation et de redéploiement des emplois, ainsi que d'estimation des besoins en investissement. En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur général de l'AP-HP précise que la direction de l'hôtellerie et de la logistique centralisera la production d'indicateurs uniformes d'activité et de productivité.

Recommandation performance 3 : Définir des indicateurs de productivité communs à tous les sites, permettant d'adapter les moyens de la restauration à l'activité hospitalière.

3.2 Un objectif affirmé, mais non mesuré, de simplification de l'offre culinaire

Les fiches plats et fiches techniques associées sont spécifiques à chaque site, sans homogénéisation des approches thérapeutiques et des méthodes de production. Le nombre de fiches varie selon les sites. Il est de 1 200 pour Armand-Trousseau, de 1 878 pour Ambroise-Paré et de 3 145 pour l'ensemble Charles-Foix/Rothschild, sans que les différences de publics puissent à elles seules le justifier.

La déconcentration de la démarche qualité et des commissions de menus par site expliquent cette hétérogénéité. Les menus et recettes sont décidées au niveau du site en tenant compte de plusieurs facteurs, comme les problèmes d'approvisionnement, la sensibilité des acteurs locaux à tel ou tel aspect de la restauration, les cycles de menus établis.

⁵⁸ Dans le cas de Charles-Foix, l'augmentation est peut-être due à une croissance du nombre de lits à l'hôpital Rothschild, également desservi par l'unité de production, information que l'AP-HP pourra communiquer à la chambre pendant la contradiction.

Le projet stratégique de restauration de l'AP-HP prévoit la simplification de l'offre culinaire. Pour ce faire, il envisage la réduction du nombre de recettes pour simplifier les achats et les processus de production, tout en introduisant des denrées répondant à l'évolution de la réglementation (*cf. supra*). Cependant, à ce stade, cet objectif n'est pas quantifié ni suivi par un ou plusieurs indicateurs, les GHU demeurant décisionnaires de l'intensité avec laquelle il sera poursuivi.

3.3 Des expérimentations et des évolutions positives à poursuivre

3.3.1 Des outils de lutte contre le gaspillage alimentaire existants mais à parfaire

L'ordonnance du 21 octobre 2019 et la loi AGECE obligent les opérateurs de restauration collective à lutter contre le gaspillage alimentaire par différents moyens : dons, réduction des déchets alimentaires, réduction des contenants à usage unique, notamment en matière plastique. L'AP-HP s'est engagée dans cette démarche, mais elle demeure inaboutie.

3.3.1.1 Des tentatives de mise en place du don alimentaire

L'AP-HP a conclu une série de conventions de dons de repas avec différentes associations. Sur les 5 sites étudiés, seul l'hôpital Emile Roux a maintenu ce type de dispositif. Plusieurs raisons expliquent les abandons. Les associations manquent de moyens humains et logistiques pour collecter les dons de façon régulière. Les unités de restauration estiment la logistique à mettre en place trop contraignante, et ne sont pas toujours en mesure de dédier des agents à la distribution des dons. Les quantités à donner étant aléatoires, elles ne peuvent pas non plus garantir aux associations un flux régulier de dons.

En 2023, une convention entre l'un des prestataires de l'AP-HP et la fédération française des banques alimentaires prévoit le don à titre de gratuit de denrées alimentaires. Par ailleurs, l'hôpital Necker autorise la récupération des repas invendus du personnel aux familles d'enfants hospitalisés.

3.3.1.2 Les apports et les limites des actions en faveur de la réduction des déchets

Plus largement, la lutte contre le gaspillage alimentaire varie selon les sites. Le site Ambroise-Paré a mis en place des actions de sensibilisation à travers la présence d'une poubelle dédiée aux pains non-consommés. Le site Emile-Roux a élaboré des recettes anti-gaspillage et a réduit le grammage de certains produits non consommés. Il procède aussi à des pesées des déchets alimentaires collectés. Enfin le site de Trousseau s'est doté d'un outil d'intelligence artificielle en cours d'expérimentation.

L'intelligence artificielle contre le gaspillage alimentaire à l'hôpital Armand-Trousseau

Après avoir scanné les plateaux repas consommés, l'application estime le poids de nourriture gaspillée. Mis en place au sein du *self* réservé au personnel et dans les cuisines, cet outil permet de mesurer quantitativement les sources de gaspillage alimentaire, de chiffrer leur empreinte carbone ainsi que les pertes économiques afférentes. En 8 mois d'analyse, le gaspillage au *self* s'élevait à 129 grammes par convive, soit pour une journée de service, l'équivalent de 72 repas non consommés sur 336 servis. À titre de comparaison, selon l'agence de la transition écologique en restauration collective scolaire il s'élevait à 115 grammes par repas et par convive en 2018.

Au-delà de ces initiatives, l'AP-HP ne dispose pas d'outil commun de mesure des déchets liés au gaspillage alimentaire, ce qui freine l'homogénéisation des bonnes pratiques, la comparaison des résultats entre les différents sites, et rend difficile l'identification des actions à conduire.

Une autre voie de réduction du gaspillage serait de commander et préparer des quantités plus adaptées aux comportements des consommateurs. C'est possible en théorie : le recours à un outil unique de gestion des stocks permet de suivre de manière uniforme des commandes passées et payées, ainsi que les volumes consommés. Ces commandes étant réalisées sur la base des éléments présents dans le système d'information de la restauration (fiches-plats, fiches recettes, demandes des services médicaux), il est possible d'ajuster les commandes aux gaspillages constatés par les soignants, en adaptant la composition des menus et les grammages servis. Toutefois, mesurer le gaspillage « à l'assiette » reste difficile pour les agents des services de soin.

3.3.1.3 La réduction des plastiques à usage unique à intensifier

La réduction du plastique s'opère de manière progressive et différenciée selon les sites. L'hôpital Trousseau utilise des contenants en porcelaine et verre. À Charles-Foix, deux systèmes coexistent : les repas sont encore servis dans des barquettes en plastique pour l'hôpital lui-même, tandis qu'un service à l'assiette est mis en place à l'hôpital Rothschild, après réception des plats en bacs plastiques livrés par l'unité de production.

Depuis 2023, l'hôpital Robert-Debré n'utilise plus des contenants plastiques pour la vente à emporter au personnel. Enfin, le site Émile-Roux a introduit des fontaines à eau pour éliminer les bouteilles en plastique. Pour le conditionnement et le transport des plats, il mène une analyse comparative entre l'acquisition de contenants en inox ou en carton alors que l'usage des contenants en plastique pour les services accueillant des enfants est prohibé au 1^{er} janvier 2025.

Malgré ces initiatives, aucune décision de portée générale n'a encore été prise sur les alternatives au plastique à usage unique. En octobre 2024, l'AP-HP ne disposait pas encore d'une étude mesurant l'impact financier de cette transition vers la réduction du plastique pour l'ensemble de ses sites. Il a été également constaté que la distribution de compléments alimentaires, conditionnés dans des contenants plastiques jetables, n'était pas intégrée à la réflexion, alors que les mesures d'enrichissement des plats auraient dû réduire la demande de compléments.

Depuis, l'AP-HP a réalisé une évaluation financière du passage à la vaisselle durable. En intégrant les coûts afférents aux ressources humaines, à l'acquisition et à la maintenance des équipements, l'ordonnateur estimait le coût du passage de l'ensemble des services à la vaisselle durable à 11,8 M€, dont 6,2 M€ en investissement initial et 5,6 M€ en fonctionnement récurrent. Circonscrite aux seuls services soumis à l'interdiction de contenants alimentaires de cuisson, de réchauffage et de service en plastique, l'opération était estimée à 0,79 M€ (0,3 M€ en investissement et 0,48 M€ en fonctionnement).

L'agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME)⁵⁹ identifie trois freins relatifs à l'abandon du plastique, que l'on retrouve à l'AP-HP : la réalisation d'investissements importants, l'impact sur les processus de production et les conditions de travail, la nécessité de convaincre les équipes de restauration.

3.3.2 La démarche d'amélioration continue de la qualité pilotée à l'échelle locale

3.3.2.1 Une évaluation de la satisfaction reposant sur le questionnaire normé E-Satis et sur des enquêtes locales

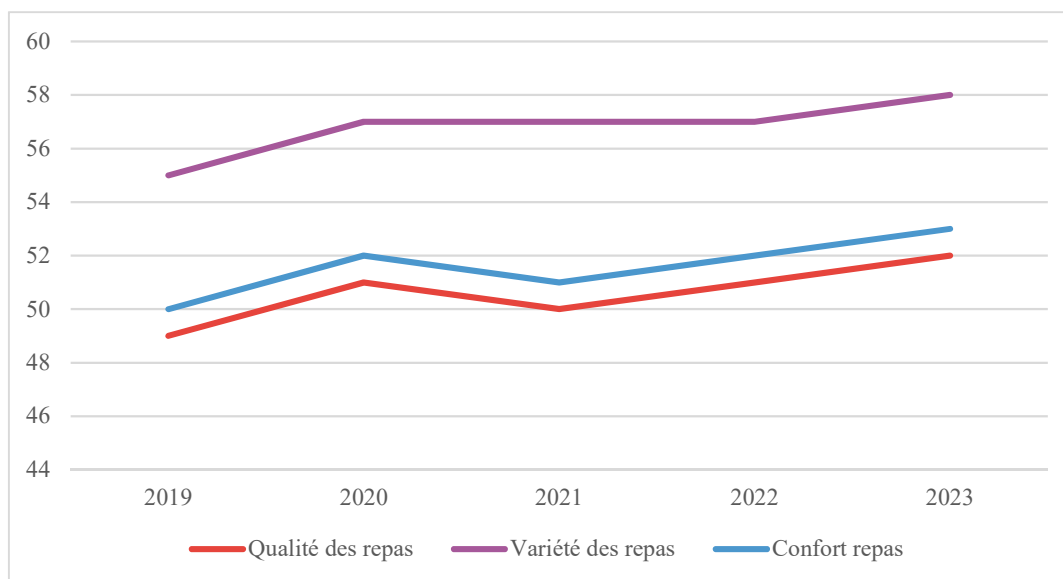
Il n'existe pas de procédure formelle concernant le recueil de la satisfaction des patients concernant la restauration. Leurs opinions sont remontées soit par papier, soit par voie numérique, sous forme de sondages ou de questionnaires facultatifs. Les patients peuvent aussi compléter l'enquête e-SATIS⁶⁰, qui permet de donner un avis sur toutes les dimensions d'un séjour à l'hôpital et dont trois questions portent sur la restauration. Les commentaires en saisie libres ne sont pas autorisés par l'application.

Entre 2019 et 2023, les résultats des enquêtes E-Satis montrent une légère amélioration de la satisfaction des patients concernant les repas.

⁵⁹ Rapport « Freins et leviers pour une restauration collective scolaire plus durable » (ademe.fr) publié en 2022.

⁶⁰ Dispositif piloté par la Haute Autorité de santé depuis 2015.

Graphique n° 3 : Évolution des scores des réponses aux questions E-Satis en matière de restauration
(unité de l'axe des ordonnées : % de réponses « bonne » et « excellente »)



Source : AP-HP

L'AP-HP a également déployé des outils d'évaluation plus détaillés au sein de ses sites.

Les services restauration gérés en régie des hôpitaux étudiés organisent des commissions de menus en collaboration avec les diététiciens. Le site de Charles Foix organise des commissions de dégustation au sein des unités de soins pour réajuster les menus. Une partie de la démarche qualité repose donc sur des initiatives structurées à l'échelle d'un hôpital.

Dans les cinq hôpitaux étudiés, des enquêtes auprès des patients et personnels sont organisées pour apprécier le niveau de satisfaction des convives à l'égard des produits, des menus, du service, et connaître les raisons poussant à la consommation de nourriture provenant de l'extérieur⁶¹. Elles permettent de disposer d'indicateurs de suivis précis et réguliers mais non homogènes à l'échelle de l'AP-HP.

Dans le cadre de son plan logistique restauration, l'établissement souhaite systématiser et harmoniser le « recueil et la prise en compte de la satisfaction et du ressenti des convives en développant des outils adaptés », à horizon 2027-2028.

3.3.2.2 Les incidents liés à la restauration saisis de façon anarchique

Afin d'assurer le signalement et le suivi des événements indésirables associés aux soins de toutes natures survenant dans ses hôpitaux, l'AP-HP a déployé un outil de gestion informatisé dénommé OSIRIS.

⁶¹ Les patients et les agents des hôpitaux font partie des clients réguliers de la livraison à domicile de repas.

Parmi tous les événements indésirables saisis, cet outil distingue les différents types d'incidents touchant la restauration. La plupart des 1 239 incidents créés en 2023 portent sur des repas manquants ou froids, le non-respect d'un régime alimentaire, des chariots introuvables, des inversions de plateaux repas, etc. Dans ¼ des cas, le niveau de gravité de l'incident n'est pas renseigné.

L'utilisation de cet outil n'est pas formalisée et son suivi aléatoire. La saisie libre des niveaux de gravité et de criticité de l'incident dépend de la subjectivité du soignant. Trois niveaux sont recensés : acceptable, tolérable, inacceptable sans que ces termes ne soient définis dans l'outil, ce qui donne lieu à des classements différents pour un même incident.

La Haute Autorité de Santé préconise de « choisir les événements et situations à risque à traiter »⁶² en fonction de leur gravité (notée entre 1 et 5), de leur fréquence (diagramme de Pareto, incitant à traiter prioritairement les 20 % d'incidents responsables de 80 % de dommages et coûts) et de leur criticité (à partir d'une carte des risques). La chambre incite l'AP-HP à fonder l'utilisation et l'exploitation de la base OSIRIS sur cette méthode de façon à faciliter le repérage des événements à traiter en priorité.

3.3.2.3 Les objectifs d'amélioration de la qualité reposent sur des initiatives locales

À l'image des outils d'évaluation, les initiatives d'amélioration de la qualité de la restauration proviennent des sites ou des GHU. Elles ne sont pas coordonnées par le siège.

Au sein des hôpitaux étudiés, des actions visent à diversifier l'offre de produits (mise en place de cycle de menus correspondant aux saisons, proposition de plusieurs plats végétariens par semaine), et à améliorer la qualité gustative des produits à travers la fabrication de plats « fait maison » en substitution de productions industrielles.

Dans trois des cinq sites visités, une prime d'engagement collectif⁶³ a été mise en place pour inciter les agents à participer aux actions d'amélioration de la qualité et de développement du « cuisiné maison ». Cependant dans tous les cas, elle intervient comme un élément de valorisation de l'engagement des agents mais elle n'est pas déterminante dans la mise en œuvre des projets portés.

Dans le cadre de son plan régional de santé environnement 2024-2028⁶⁴, l'agence régionale de santé (ARS) Île-de-France s'est donné pour objectif de réduire l'exposition des plus jeunes à des composés chimiques préjudiciables à leur santé. Elle a initié un programme « éco-maternité » en collaboration avec l'AP-HP et six autres maternités franciliennes. L'objectif du programme est de réduire l'exposition des femmes enceintes et des nouveau-nés aux polluants environnementaux en adaptant les pratiques des professionnels de santé. L'AP-HP a élaboré une charte contenant 3 engagements pour ses maternités : acheter des aliments sains et respectueux de l'environnement, favoriser des denrées simples et brutes pour limiter les risques liés à une alimentation ultra transformée, et réduire les expositions aux perturbateurs endocriniens *via* les contenants, la vaisselle et les plats de réchauffe.

⁶² Fiche 9 du processus des événements indésirables associés aux soins.

⁶³ Décret n°2020-255 du 13 mars 2020.

⁶⁴ Accessible sur le site de l'ARS.

Cette charte n'a pas fait l'objet d'un calendrier de déploiement et vise principalement à inciter les maternités à mettre en œuvre les mesures qui leur paraissent les plus accessibles selon leur fonctionnement. Cependant, les trois maternités du GHU Sorbonne-Université, dont celle de Trousseau, se sont portées volontaires pour ce programme.

3.3.3 L'innovation en matière de restauration appelle des évolutions du système d'information

Les perspectives d'évolution du système d'information (SI) de la restauration ne sont pas inscrites dans une « feuille de route » complétant le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI). Or un grand nombre des innovations expérimentées dans les GHU, et présentées ci-dessus, impliquent une évolution des fonctionnalités du SI, qu'il s'agisse de qualité, de fluidification des commandes ou de réduction du gaspillage alimentaire. Une telle feuille de route serait également utile pour la déclinaison opérationnelle du plan restauration.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La diversité des organisations et la large autonomie des GHU en matière de restauration est à la fois un moteur et un frein au changement de paradigme souhaité par le siècle.

Cette autonomie favorise l'innovation au travers d'expérimentations conduites par les directions logistiques et les responsables de cuisine. Toutefois, les initiatives réussies ne sont pas aisément généralisables.

La restauration bénéficie d'un système d'information évoluant dans le sens d'une amélioration de son ergonomie pour les personnels soignants, et d'une meilleure prise en considération des besoins des patients. Conformément au plan restauration, ce système devrait être mieux intégré au schéma directeur SI et faire l'objet d'une feuille de route.

Enfin, la démarche qualité dépend principalement d'initiatives locales pertinentes mais hétérogènes, en décalage avec l'ambition générale du plan restauration.

4 UNE COMMANDE PUBLIQUE S'ADAPTANT PROGRESSIVEMENT AUX OBJECTIFS ENVIRONNEMENTAUX

La chambre a contrôlé les marchés de l'échantillon selon trois focales : l'ouverture à la concurrence, la prise en compte des objectifs environnementaux et la capacité des marchés à satisfaire les besoins des unités de production culinaire.

4.1 Les contrôles de la passation des marchés

Avant d'être signés, les marchés de restauration subissent trois contrôles, deux internes et un externe :

Au sein du PIC ACHAT, la commission de transparence des marchés rend un avis consultatif sur tout marché supérieur à 25 000 €. Des commissions locales d'appels d'offres jouent un rôle voisin dans les GHU.

Une commission des contrats publics (CCP) a été créée en 2011 pour succéder à la commission consultative des marchés, que la loi Hôpital santé patients et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 avait supprimée. Elle est majoritairement constituée de personnalités extérieures. Elle se réunit mensuellement pour émettre un avis sur les marchés dont la valeur excède des seuils fixés par arrêté du directeur général de l'AP-HP⁶⁵. Ce dernier a également autorisé par arrêté⁶⁶ à ce que le président et le vice-président de ladite commission perçoivent une indemnité de 800 € nets pour chaque séance, et les rapporteurs entre 300 € nets et, pour les dossiers imposant « *un surcroît de travail significatif* », une indemnité plafonnée à 900 € nets⁶⁷. Ces indemnités, non excessives en comparaison de commissions comparables⁶⁸, ne sont toutefois pas fondées juridiquement. L'arrêté vise l'article L. 6143-7 du code de la santé publique sur les compétences du directeur général et l'annexe 15 du règlement intérieur de de l'établissement. Or ces textes ne permettent pas au directeur général de créer de nouveaux types d'indemnités⁶⁹.

La chambre invite l'AP-HP à sécuriser le versement de ces indemnités, ce qu'elle a dit avoir commencé à faire.

Enfin, le contrôleur général économique et financier donne un avis avant notification des marchés⁷⁰, à l'exception des marchés passés selon la procédure adaptée et de certains avenants et modifications⁷¹. En effet, dans le cadre d'un protocole du 16 décembre 2020⁷² une procédure allégée de remplacement du visa par un avis a été mise en œuvre.

⁶⁵ L'arrêté du 19 juillet 2004 relatif à la commission consultative des marchés de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris fixe les seuils suivants : marchés de santé dont le montant cumulé des lots > 5 M € HT ; marchés de MOE > 200 000 € ; marchés de fournitures ou de services > 200 000 € ; marchés de travaux > 2 M € ; certains lots infructueux ; projets d'avenants ayant pour effet d'augmenter de plus de 5 % le montant d'un marché déjà soumis à la commission.

⁶⁶ Arrêté directeur n° 75-2017-06-06-009 du 6 juin 2017.

⁶⁷ *Ibid.*, article 2.

⁶⁸ Le président et le vice-président de la commission des marchés publics de l'État perçoivent respectivement 12000 et 6000 € par an, voir l'Arrêté du 23 novembre 2005 ;

⁶⁹ Le décret n° 2005-1465 du 23 novembre 2005 prévoit le versement d'indemnités au président, aux vice-présidents et aux rapporteurs de la commission des marchés publics de l'État, mais il ne s'applique pas à l'AP-HP.

⁷⁰ Entre 2019 et 2023, 9 avis ont été assortis d'observations, dont 2 indiquent des cas de saisine du CF postérieurement à l'engagement de l'ordonnateur, ce qui est contraire aux dispositions réglementaires précitées.

⁷¹ Article IV-D du protocole du 16/12/2020 liant l'AP-HP au CF.

⁷² Protocole signé en application de l'arrêté du 19 octobre 2010 relatif aux modalités d'exercice du contrôle financier sur l'AP-HP et du décret n° 2012-1246 relatif à la GBCP.

4.2 Des spécifications et des critères de durabilité mal adaptés aux obligations réglementaires

4.2.1 Une stratégie d'achat devant concilier différents objectifs

Les objectifs des lois EGALIM et AGECE, et ceux que l'AP-HP s'est fixés⁷³, nécessitent une stratégie d'achat tenant compte d'exigences contradictoires. Il ne peut être fait un marché de fournitures à l'APHP sans prendre en compte l'organisation logistique de près de 38 sites distincts à livrer, et sans une préoccupation du coût et du rapport qualité-prix.

Une étude de l'AP-HP fondée sur un panier d'une trentaine produits de grande consommation établit le surcoût moyen des références biologiques et durables à 70 % en moyenne, avec des écarts importants selon les produits (par exemple, 51,1 % pour les pommes de terre précuites, 98,4 % pour le café en grains).

Comme le souligne le guide gouvernemental sur les marchés de restauration collective⁷⁴, le moyen privilégié pour adapter les marchés aux objectifs de durabilité est l'allotissement. Ce dernier ne permet pas toujours d'optimiser la logistique, ni le rapport qualité-prix. Une alternative est d'introduire dans les différents lots des parts même indicatives de produits biologiques et durables.

Le marché de pains passé en 2021 montre la difficulté de l'exercice. En 2018, le marché distinguait 4 lots géographiques mais n'a attiré que deux candidats, les plus petites entreprises ne pouvant assurer la double ou triple livraison quotidienne demandée par l'AP-HP. Tous les lots ont finalement été attribués au mieux-disant. Fort de cette expérience, l'établissement a fait un marché à lot unique en 2021, la massification du besoin permettant de réduire les prix (petit pain « bio » à 0,055 € dans le marché 2021, contre 0,057 € pour un petit pain conventionnel en 2018) en attirant de nouveaux fournisseurs, avec 4 candidatures au total.

En outre, la période sous revue concerne des achats réalisés pendant la crise sanitaire, de très fortes tensions socio-économiques, puis de la guerre en Ukraine, autant de facteurs d'inflation (indice INSEE des prix alimentaires en hausse de 22,77 % pendant la période contrôlée).

4.2.2 L'importance croissante des critères d'éco-durabilité

Dans 6 marchés sur 8 examinés (cf. annexe n°4), l'objectif environnemental est apprécié par des sous-critères représentant 10, 15 ou 20 % du critère de qualité technique lequel pèse pour 45 % de la notation. Dans les 2 marchés restants, il existe un critère pondéré à 10 %. L'AP-HP indique avoir systématisé, dans les marchés les plus récents, le choix d'un critère à part entière. De fait, dans les marchés examinés en 2024 par la commission des contrats publics, il existe un critère éco-durable pondéré selon les lots entre 10 et 15 % de la note globale⁷⁵. Les marchés de prestation intègrent en outre des exigences d'affichage de l'origine et la certification des produits des selfs⁷⁶, afin de sensibiliser les consommateurs.

⁷³ Voir partie sur le projet Ecomaternité.

⁷⁴ Restauration collective en gestion directe : guide pratique pour une approvisionnement durable et de qualité, 2021, p. 34 et suivantes.

⁷⁵ Voir par exemple PV de la CCP du 2 avril 2024 (marché produits laitiers et ovoproduits et marché de plats individuels appertisés).

⁷⁶ Consultation n° 20-144.

Dans les marchés passés récemment, et qui n'ont pas été contrôlés par la chambre, l'AP-HP indique avoir fixé « un critère durable à part entière, avec un contenu plus qualitatif, pondéré de façon soutenue et non plus intégré au critère technique ». Cette évolution de pratique apparaît favorable pour mieux prendre en compte les critères d'éco durabilité dans les marchés.

4.2.3 Une expression des besoins durables à mieux quantifier

Plusieurs marchés publics transmis à la chambre ne comportent pas d'objectifs précis de volume de produits biologiques et durables à atteindre.

Deux exemples de marchés publics l'illustrent particulièrement. Ainsi, dans le CCTP n° 22-020 relatif à des plats individuels surgelés, il est demandé au titulaire de « *privilégier l'utilisation de denrées bénéficiant de signes officiels de la qualité et de l'origine éligible à la loi EGALIM* », mais sans fixer de cible quantitative. De même, alors que l'AP-HP est désormais soumise à l'obligation⁷⁷, de proposer 100 % de viandes biologiques ou durables, les spécifications relatives aux viandes du CCTP du lot n° 2 « viandes et poissons surgelés » du marché d'aliments surgelés (2022-2026) comportent un seul produit biologique sur 35. De plus, le sous-critère de durabilité de ce marché est le plus faiblement pondéré de l'échantillon de marchés (10 % de la qualité technique). À propos de l'offre retenue, le rapporteur de la CCP souligne que « *la partie développement durable des matières premières à base de viande n'a pas du tout été développée* ». Pourtant, l'offre retenue a obtenu 2 sur 5 pour sa durabilité.

4.2.4 L'absence de schéma de promotion des achats publics socialement et économiquement responsables

De façon plus générale, l'AP-HP ne s'est pas dotée d'un schéma de promotion des achats publics socialement et économiquement responsables (SPASER)⁷⁸. La charte « relations fournisseurs et achats responsables » et la lettre d'engagements qualité ISO 9001 qu'elle a rédigées ne se substituent pas à l'obligation d'adopter et de publier un tel schéma. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'AP-HP a précisé qu'un SPASER du PIC ACHAT serait mis en place courant 2025, avant d'être étendu à l'ensemble de l'établissement.

Cependant, le pôle ACHAT avec les GHU a renforcé les achats durables de certains marchés tout en améliorant la performance économique afin de limiter les surcoûts⁷⁹. Par exemple, le yaourt demi-écrémé bio, dont 2,37 millions de pots sont distribués chaque année, a été généralisé pour un surcoût total de 331 476 € par an selon l'estimation de l'établissement.

⁷⁷ Loi n° 2021-1104 du 22/08/2021, article 257.

⁷⁸ Article L. 2111-3 du code de la commande publique.

⁷⁹ L'équipe de contrôle n'a pas eu l'intégralité des documents de ces marchés, mais seulement des rapports synthétiques du PIC ACHAT.

4.3 Une baisse de la concurrence dans les marchés de restauration

4.3.1 Une dépendance à certains fournisseurs

Le tableau ci-après montre que le nombre de candidats par lot baisse pour tous les marchés passés par le pôle ACHAT. Il porte sur les marchés présentés à la CCP (restauration comprise), mais exclut les marchés subséquents aux accords-cadres qui, eux, sont présentés à la commission par les GHU. En 2021, le périmètre du PIC ACHAT a été modifié par le transfert des marchés informatiques vers l'AGEPS.

Le nombre de candidats par lot apparaît en baisse légère sur la période. Un lot sur cinq a reçu une seule offre (après rejet éventuel d'offres économiquement inacceptables ou anormalement basse).

Tableau n° 11 : Indicateurs de concurrence des contrats examinés par la CCP

	2019	2020	2021	2022	2023
Candidats/lot (tous marchés traités par la CCP)	3,6	3	3,4	3,5	3,1
<i>Dont marchés passés par le PIC ACHAT</i>	3,8	3,7	3,9	3	3,6
Part des lots du PIC ACHAT avec une seule offre (%)	15,1	12	17	19	19,7

Source : AP-HP, bilans annuels de la CCP

Ce recul touche également les marchés de restauration⁸⁰, et conduit parfois à des contreperformances économiques. Comme le souligne le rapporteur du marché de salades à la CCP, la faiblesse de la concurrence rend l'AP-HP, sans qu'elle en soit responsable, dépendante de fournisseurs de plus en plus oligopolistiques ; en l'espèce, l'attributaire du premier lot était le seul candidat et son offre affleurait sans le dépasser le seuil d'inacceptabilité économique fixé. L'acheteur s'était efforcé de sourcer cinq entreprises, mais une seule a candidaté au premier lot, contre deux au second.

Ce constat est valable pour les 8 marchés examinés par la chambre (tableau détaillé en annexe 2). En moyenne, l'AP-HP a reçu 2,4 offres par lot, et dans 20 % des cas une seule candidature a été réceptionnée. Pour plus d'un quart des lots (26,3 %) une seule offre a été examinée après élimination des offres économiquement inacceptables ou anormalement basses. Dans certains cas, la part élevée d'offres rejetées comme inacceptables conduit à s'interroger sur la conformité aux prix du marché de l'estimation du pôle ACHAT⁸¹. Ainsi, 2 offres sur 4 ont été retenues pour le lot 1 (légumes) du marché de surgelés 2022-2026, et une seule offre sur 5 pour le lot 4 (volaille). Au total pour les 5 lots de ce marché de 30 M €, 11 offres sur 18 ont été rejetées pour l'un de ces motifs. L'AP-HP explique cette situation par la volatilité des prix entre la rédaction du dossier de consultation des entreprises (DCE) et la remise des offres.

⁸⁰ Les marchés d'achat de produits alimentaires sont tous, sans exception, des accords-cadres à bons de commande, ce qui est particulièrement adapté à l'achat récurrent de fournitures spécifiées dont le pouvoir adjudicateur ne connaît pas précisément les quantités (article R. 2162-2 du Code de la commande publique).

⁸¹ Marché de produits surgelés 2022-2026 : 2 offres sur 4 rejetés comme inacceptables dans le lot 1, 2 sur 3 dans le lot 2 et 4 sur 5 dans le lot 4 (volailles).

4.3.2 Des modalités de consultation limitant la concurrence

Le recours parcimonieux à l'allotissement est susceptible de décourager certains candidats. L'allotissement des marchés est obligatoire pour les pouvoirs adjudicateurs⁸² depuis 2006. Tous les marchés doivent être passés en lots séparés lorsque leur objet permet l'identification de prestations distinctes⁸³. La dérogation à ce principe doit être motivée. Pour les marchés passés selon une procédure formalisée par un pouvoir adjudicateur, ce qui est le cas ici, la motivation doit figurer dans le document de la consultation (DCE) ou dans le rapport de présentation⁸⁴.

Or, la motivation de la dérogation au principe d'allotissement des marchés de l'AP-HP est soit inexistante, soit insuffisante dans les marchés de restauration, ce que rappelle la CCP⁸⁵. Les marchés de restauration sont concernés par cette remarque. Dans le règlement de consultation du marché de plats surgelés de 2023, le pôle ACHAT avance sans autre précision que les prestations sont « homogènes » pour justifier l'absence de lots. Le CCTP paraît contredire cette affirmation puisqu'il regroupe les plats cuisinés en plusieurs catégories. Lors de la phrase contradictoire, le directeur général de l'AP-HP a indiqué qu'à l'avenir, l'établissement veillera à ce que « la justification d'un choix de lot unique soit systématiquement apportée de façon plus circonstanciée et précise ».

D'autre part, hormis le marché de prestations de restauration, les CCTP ne prévoient pas d'allotissement géographique⁸⁶, ce qui pourrait être utile pour deux raisons.

Certaines spécifications de lots uniques ne concernent en réalité que certains sites. Par exemple un fournisseur n'a pas déposé d'offre pour le marché de boissons car il n'était pas en mesure de livrer ses produits en palettes de 80/100 cm, spécification qui ne concernait pas tous les quais de livraison.

Le guide gouvernemental « marchés publics et loi EGALIM » rappelle que l'allotissement géographique peut lever certaines contraintes logistiques et diminuer les quantités à livrer de façon à permettre à de plus petits acteurs, présentant des produits bio ou durable, d'accéder à la commande publique.

L'AP-HP estime l'allotissement géographique complexe à mettre en œuvre en raison de la localisation des sites de l'AP-HP dans le Grand Paris, de l'organisation logistique demandée et de la capacité des producteurs à répondre à un grand volume de besoins, mais dit rester « à la recherche d'un équilibre compatible avec les principes de bonne gestion des deniers publics ».

Elle rappelle que la dérogation donnée aux sites hospitaliers de province pour passer leurs marchés d'achat de denrées alimentaires et s'approvisionner localement n'a pas encouragé la concurrence, plusieurs lots ayant été remportés par les prestataires des marchés centraux, et le lot unique permet de massifier les besoins et d'obtenir des baisses de prix.

⁸² Art. 10 de l'ancien Code des marchés publics de 2010.

⁸³ Art. L. 2113-10 du CCP.

⁸⁴ Art. R. 2113-3 du CCP.

⁸⁵ Voir notamment le bilan 2019 de la CCP, qui fait référence à CE, communauté urbaine de Nantes, n° 319949.

⁸⁶ Pour les prestations de restauration, l'allotissement géographique est indispensable en raison des configurations et besoins spécifiques des différents sites.

D'autres spécifications des cahiers des clauses techniques particulières (CCTP) sont de nature à limiter la concurrence. L'un d'entre eux mentionne que « *l'apposition d'une marque commerciale sur les plats cuisinés santé surgelés est a priori proscrite, et ne pourra se faire qu'avec l'approbation préalable de l'AP-HP* »⁸⁷. Cette mention, qui n'a pas de lien avec l'objet du marché, fait peser une contrainte potentiellement importante sur les candidats à un appel d'offres (changement d'emballage ou de chaîne de production pour un bénéfice incertain).

4.4 Des spécifications imprécises nuisant à l'égalité de traitement des candidats

Aux termes de l'article R. 2111-4 du code de la commande publique « *les spécifications techniques définissent les caractéristiques requises des travaux, des fournitures ou des services qui font l'objet du marché* ». Or, il ressort de l'analyse des pièces marchés que certaines spécifications s'avèrent imparfaites à plusieurs égards.

En premier lieu, comme le rappelle le *vade-mecum* des marchés publics du ministère de l'économie et des finances⁸⁸, la définition des besoins doit être précise.

En l'espèce, les marchés examinés énoncent pour la majorité d'entre eux un besoin d'avoir un catalogue additionnel ou festif dont les produits sont laissés à la discrétion du candidat. Par exemple, le CCTP du marché de fruits frais demande un catalogue additionnel avec des « gammes » complémentaires (fruits biologiques, exotiques, herbes aromatiques, etc.) dont le contenu n'est pas spécifié (cf. annexe n° 4). Le besoin n'est pas défini précisément : « *il [le catalogue] comportera donc idéalement les produits désignés dans les annexes financières, onglet catalogue additionnel* ». Le candidat ne paraît tenu de ne fournir ni la liste complète ni les prix, l'adverbe « idéalement » laissant un doute sur la réalité de l'obligation. En réponse, l'AP-HP précise que la part catalogue est réduite et ne crée pas une rupture d'égalité de traitement entre les candidats, notamment au regard des sous-pondérations de ce critère et de son caractère résiduel.

En second lieu, le pouvoir adjudicateur peut demander des prestations supplémentaires éventuelles en rapport direct avec l'objet du marché, complémentaires à l'offre de base, lesquelles peuvent être commandées à la signature ou en cours d'exécution du contrat⁸⁹. Néanmoins, l'acheteur doit clairement préciser dans les documents de consultation si cette prestation supplémentaire est obligatoire ou facultative pour les candidats. Dans le premier cas, elles seront prises en compte dans le jugement des offres. Dans le second cas, seules les offres de bases doivent être notées.

L'AP-HP avance que « les marchés de fourniture de denrées alimentaires du PIC ACAHT ne comportent pas de prestation supplémentaire éventuelle (PSE) » au motif qu'aucune mention de PSE ne figure dans les CCTP. Dès lors, selon elle, la jurisprudence applicable aux PSE ne la concernerait pas. Or, le besoin d'avoir un catalogue additionnel ou festif correspondent très exactement à la définition de PSE. En effet, ces catalogues :

- sont des prestations que le pouvoir adjudicateur se réserve le droit de commander ou non ;
- répondent à des besoins en rapport avec l'objet du marché ;

⁸⁷ CCTP du marché de plats cuisinés de 2018.

⁸⁸ *Vade-mecum* des marchés publics, p. 30 et suivantes., ISBN 978-2-11-139323-3.

⁸⁹ [Direction des affaires juridiques du ministère chargé de l'économie et des finances, note de conseil aux acheteurs](#), 01/04/2019.

- ne sont ni des variantes (ils ne modifient pas l'offre de base des candidats), ni des options (sans quoi les conditions de leur affermissement seraient mentionnées au CCTP).

L'examen de deux marchés confirme que ces modalités, qui devraient relever du régime des PSE, n'en respectent pas les principes.

- Le CCTP du marché de fourniture de fruits frais susmentionné prévoyait une prestation supplémentaire facultative. Pourtant l'AP-HP l'a prise en compte de façon obligatoire dans le jugement des offres. Alors que la fourniture d'un catalogue additionnel était considérée comme une « *flexibilité souhaitée* » par l'acheteur, définie comme une « *caractéristique souhaitée mais non obligatoire (...)* », le CCTP précisait que : « *son respect ou son non-respect fera l'objet d'un élément de jugement de la qualité de l'offre* ». De fait, dans le règlement de la consultation de ce marché, le catalogue additionnel compte pour 10 % de la valeur technique de l'offre, ce qui est contraire à la jurisprudence⁹⁰.
- La « *flexibilité souhaitée* » dans le marché de produits alimentaires surgelés (2022-2026) est retenue comme « *un critère d'évaluation de l'offre dont le non-respect pénalise l'évaluation de l'offre du candidat* ». Elle acquiert de ce fait un caractère obligatoire, qui justifie l'existence d'un sous-critère représentant 5 % de la qualité technique. Toutefois, l'imprécision du besoin y apparaît toujours forte : « *celui-ci [le catalogue additionnel] sera idéalement composé de produits complémentaires* ». Or, la rédaction du rapport d'évaluation des offres révèle que la complétude des produits proposés est un critère discriminant : « *le candidat a proposé, dans le catalogue additionnel, l'ensemble des références souhaitées, il a proposé 4 références bio et 3 durables* ».

Dans les deux cas, les imprécisions dans la définition du besoin des prestations obligatoires et facultatives fragilisent le jugement des offres opéré.

Pour le pôle ACHAT, ces catalogues permettent de compléter les repas par des denrées inhabituelles, la « *surface du besoin [...] reste extrêmement réduite* », et dépend « *d'une saisonnalité connue* ». Cette réponse n'est pas satisfaisante, dans la mesure où ils comptent dans le jugement des offres et servent de porte d'entrée à des produits EGALIM absents des spécifications obligatoires.

En conclusion, la chambre recommande de mieux définir les prestations obligatoires ou facultatives et d'adapter en conséquence les critères de jugement pour assurer une parfaite égalité de traitement des candidats. En réponse aux observations provisoires, l'AP-HP souscrit à la recommandation précitée, et indique entreprendre un travail autour de la présentation des exigences attendues et des marges de manœuvre permises aux entreprises.

<p>Recommandation performance 4 : Dans les marchés de restauration, déterminer clairement les spécifications obligatoires et facultatives.</p>

⁹⁰ Cette argumentation est inspirée de CE, 7^{ème} et 2^{ème} sous-sections réunies, 15 juin 2007, 299391.

4.5 L'exécution des marchés s'inscrit dans une démarche qualité éprouvée omettant en partie la dimension environnementale

Le suivi d'exécution des marchés est encadré par une certification ISO 9001⁹¹, sauf pour les pénalités contractuelles (voir *supra*).

De plus, la cellule alimentation du PIC réalise des visites de sites (entre 600 et 700 par an) afin d'évaluer l'exécution des différents marchés au moyen de grille d'analyse. Ces dernières permettent notamment de rédiger les bilans préalables au renouvellement d'un marché.

Toutefois, la part des produits biologiques et durables ne fait pas l'objet de critères d'évaluation, pas plus que le type de déchets plastiques généré par les commandes. L'APHP ne s'est ainsi pas doté des moyens de suivre l'atteinte des objectifs EGALIM marché par marché et lot et lot.

En réponse, l'AP-HP rappelle avoir déjà fixé un critère de développement durable sur 50% de ses marchés, devançant ainsi les obligations qui s'appliquent à compter de 2026. Toutefois, elle reconnaît que les objectifs EGALIM « ne sont pas encore atteints sur l'alimentaire ».

4.6 Les concessions de petite restauration : des services utiles mais précaires

Des concessions sont passés par la GHU pour la mise en place d'un service de petite restauration pour les patients, les visiteurs et les personnels. Pour relever du droit de la commande publique, un contrat avec un tel prestataire doit en principe répondre à un besoin de l'administration⁹², ce besoin présentant un « *intérêt économique direct* »⁹³.

La situation économique des concessions s'est détériorée. En 2023, 9 boutiques sur 44 permettent à l'AP-HP de recevoir une redevance sur le chiffre d'affaires supérieure au minimum garanti par le contrat. Dans quelques cas, l'établissement a accepté une redevance inférieure pour éviter la fermeture d'un service qui subit la concurrence croissante des réseaux de livraison à domicile. Pour un rapporteur de la CCP, « *le bilan sur les concessions [du GHU Paris-Seine-Saint-Denis] en cours est mitigé, voire insatisfaisant : X. offre une prestation insuffisante, ferme les [points de vente] à sa guise... au même titre que les investissements, un suivi d'exécution des concessions est fortement nécessaire* ».

⁹¹ Une « lettre d'information indicateurs d'achat » est diffusée chaque trimestre, restituant l'atteinte des objectifs de la politique qualité certifiée AFAQ/ISO.

⁹² L'article L. 2 du CCP que « *sont des contrats de la commande publique les contrats conclus à titre onéreux par un acheteur ou une autorité concédante, pour répondre à ses besoins en matière de travaux, de fournitures ou de services, avec un ou plusieurs opérateurs économiques* ».

⁹³ CJUE, Helmut Müller GmbH contre Bundesanstalt für Immobilienaufgaben, 25 mars 2010, aff. C-451/08. Sur la définition de l'intérêt économique direct, voir Conc. Le Corre sur CE, Ville de Paris c/ Euro Casse Auto, n° 448948 et 448949, 9 juin 2021.

À l'hôpital Georges Pompidou, la concession pour « l'exploitation d'une cafétéria, restauration rapide à destination des patients, familles, visiteurs et personnels » a été résiliée en 2023 en raison d'un déficit d'exploitation n'ayant pu être résorbé malgré des aménagements des conditions contractuelles.

Enfin, les PV de la CCP font état de concessions portant sur l'exploitation de distributeurs sans tarifs préférentiels pour les personnels, ce qui interroge sur la matérialité d'un besoin de l'administration. Ces contrats pourraient, par souci de simplification, relever du régime de l'autorisation d'occupation du domaine public⁹⁴.

La baisse de rentabilité de ces boutiques est attribuable à plusieurs facteurs, comme la diminution de la vente de la presse papier, ou la généralisation à la porte des hôpitaux des livraisons de plats à domicile.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Gestionnaire des marchés, le siège au travers du PIC ACHAT a progressivement intégré les exigences environnementales dans ses marchés publics, par une expression des besoins plus précise et des critères de jugement des offres plus fortement pondérés.

Opérée avec retard, cette intégration n'a pas permis à l'AP-HP d'atteindre les objectifs EGALIM avant le 1^{er} janvier 2022, date butoir prévue par la loi. Les causes de ce retard sont largement exogènes : la crise sanitaire, l'inflation des prix de l'énergie et des denrées liée au conflit en Ukraine, la dégradation de la situation financière des hôpitaux ont pesé comme autant de contraintes sur la stratégie d'achat.

L'augmentation des achats durables a été réelle, que ce soit en nombre de références (de 22 en 2018 à 588 en 2024) ou en part des achats en euros (de 2,9 % en 2018 à 21,4 % en 2024). Le passage au « bio » et au durable de produits de grande consommation, comme les yaourts et les petits pains, explique en bonne part ces résultats positifs.

Le plan restauration et le programme éco-maternité devraient accélérer cette évolution, par une meilleure coordination des services centraux et locaux. Longtemps différée, la rédaction d'un SPASER fournira un cadre d'action à la conception, à l'exécution et à l'évaluation d'une stratégie d'achats durable.

Click or tap here to enter text.

⁹⁴ Article R. 2122-1 et s. du code général de la propriété des personnes publiques.

ANNEXES

Annexe n° 1. Glossaire des acronymes et sigles utilisés.....	55
Annexe n° 2. Liste des marchés contrôlés (échantillon).....	56

Annexe n° 1. Glossaire des acronymes et sigles utilisés

Sigle	Désignation
ACHAT	Achats centraux hôteliers, alimentaires et technologiques
AGEC (loi)	Anti-gaspillage et économie circulaire
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance (sanitaire et médico-sociale)
AP-HP	Assistance publique - hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
CCP	Commission des contrats publics
CCTP	Cahier des clauses techniques particulières
CLAN	Comité de liaison alimentation nutrition
CSP	Code de la santé publique
DCE	Dossier de consultation des entreprises
DCPA	Délégation à la coordination des politiques d'achat
DEFIP	Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine
DIM	Département de l'information médicale
DMU	Département médico-universitaire
DPI	Dossier patient informatisé
DST	Direction de la stratégie et de la transformation
EGALIM (loi)	Égalité dans l'alimentation (loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous)
ETPR	Équivalent temps plein réalisé
GHU	Groupement hospitalo-universitaire
HNR	Hôpital non rattaché (à un GHU)
PIC	Pôle d'intérêt collectif
PIC	Pôle d'intérêt commun
PMSI	Programme de médicalisation de systèmes d'information
SFNCM	Société francophone nutrition clinique et métabolisme
UCP	Unité centrale de production
UO	Unité d'œuvre (en comptabilité analytique)
UP	Unité de production

Annexe n° 2. Liste des marchés contrôlés (échantillon)

	Montant estimé (€)	Dates	Type	Technique d'achat
<i>Fruits frais coupés</i>	276 054	01/12/19 au 30/11/23	Achat de fournitures	Accord-cadre à bons de commande
<i>Fruits frais coupés</i>	486 296	01/12/23 au 30/11/27	Achat de fournitures	Accord-cadre à bons de commande
<i>Viandes et poissons surgelés</i>	11 156 575	04/04/22 au 31/03/26	Achat de fournitures	Accord-cadre à bons de commande
<i>Boissons</i>	12 053 232	01/07/22 au 30/06/26	Achat de fournitures	Accord-cadre à bons de commande
<i>Plats cuisinés individuels santé surgelés</i>	14 173 384	03/04/23 au 31/01/27	Achat de fournitures	Accord-cadre à bons de commande
<i>Beurre crème fromage</i>	11 602 508	01/06/20 au 31/05/24	Achat de fournitures	Accord-cadre à bons de commande
<i>Restauration pour les hôpitaux HEGP, L.-Mourier, J.-Verdier, R.-Debré</i>	52 086 954	01/12/20 au 30/11/24	Achat de prestations	Accord-cadre à BC
Total	101 835 003			

Source : chambre régionale des comptes Île-de-France d'après le tableau de suivi des marchés du PIC ACHAT

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AP-HP(*)

(*) Cette réponse jointe au rapport engage la seule responsabilité de son auteur, conformément aux dispositions de l'article L.243-5 du Code des juridictions financières.



**DIRECTION
GENERALE
DE L'AP-HP**
55 Bd Diderot
CS 22305
75610 PARIS Cedex 12

Monsieur Thierry VUGHT
Président
Chambre régionale des comptes -
Ile-de-France
6 cours des Roches
Noisiel - BP 187
77315 Marne-la-Vallée Cedex 2

Paris, le 2 juin 2025

Nicolas Revel
Directeur général
nicolas.revel@aphp.fr

D2025-536

Affaire suivie par :

Jean-Baptiste HAGENMULLER
Directeur délégué auprès du
Directeur général

jean-baptiste.hagenmuller@aphp.fr

Monsieur le Président,

Je vous remercie de m'avoir adressé, le rapport d'observations définitives concernant la restauration à l'AP-HP. Vous voudrez bien trouver ci-après des éléments éclairant certaines de ses assertions.

Cependant, je souhaite avant tout saluer dans ce rapport la mise en avant des actions engagées par l'AP-HP pour améliorer la restauration de ses patients et de ses professionnels.

Il s'agit notamment d'en assurer un pilotage efficace malgré les difficultés inhérentes à la nature de notre activité de soins, aux volumes concernés (plus de 52 000 repas et collations par jour), à la dispersion inévitable de nos sites de production (38), et aux contraintes tant réglementaires que budgétaires qu'il convient de respecter.

Comme vous le soulignez également, ce sujet est devenu un enjeu stratégique pour l'AP-HP et ma décision de préparer et mettre en œuvre un « Plan restauration », qui en aborde tous les aspects, est bien une réponse à cet enjeu.

Je retiens, par ailleurs, la prise en compte des résultats acquis dans différents domaines pour répondre aux enjeux de l'évolution de la restauration. Ainsi, la chambre a-t-elle relevé :

- La fonction croissante de l'alimentation dans la prise en charge thérapeutique, s'appuyant notamment sur le rôle des Comités de liaison alimentation nutrition (CLAN) et des diététicien(ne)s ;
- L'attention portée à la montée en compétences des ressources humaines dédiées à ces activités ;
- Les efforts d'investissement pour disposer des équipements adéquats ;

.../...

- La qualité du travail des équipes responsables des achats concourant à la restauration et les résultats croissants obtenus, notamment dans le respect des critères environnementaux.

*

Toutefois, mon attention a été également retenue sur quelques points pour lesquels je souhaite apporter un éclairage complémentaire :

- Concernant les ressources humaines :
 - Il ne peut-être inféré de l'évolution de la masse salariale du personnel de restauration (+19,6% entre 2019 et 2023) une absence de maîtrise spécifique pour cette catégorie, dès lors que, sur la même période, la croissance de la masse salariale de l'ensemble des personnels non-médicaux de l'AP-HP est très proche (+17,2%), principalement due aux mesures salariales nationales de ces 5 années (deux revalorisations successives du point d'indice ; mesures ciblées sur les bas salaires...), comme cela a été précisé durant le contradictoire.
- Concernant les marchés de restauration :
 - Comme cela a été mentionné dans la phase contradictoire, il convient de souligner que l'échantillon de marchés retenu par la Chambre ne permet pas une analyse représentative de la période, six des huit marchés examinés étant antérieurs à l'effet de la publication des lois EGALIM et Climat-Résilience. Malgré cela, l'AP-HP affiche de meilleurs scores que la moyenne des hôpitaux en matière d'achats de produits relevant de la loi Egalim et connaît une trajectoire d'achats de produits vertueux en progression malgré les nombreuses contraintes auxquelles elle est confrontée. Il ne peut être donc déduit de l'analyse de l'échantillon retenu que l'AP-HP ne tient pas compte des exigences des références légales applicables.
 - Une interprétation inadéquate des données, pourtant exhaustives, qui ont été transmises durant l'instruction et complétées lors du contradictoire, a conduit la Chambre à utiliser des ratios qui ne reflètent pas la réalité de la concurrence réellement exercée. Là où elle évoque 2,4 offres reçues par lot, c'est, en réalité, une moyenne de 3,6, ce qui démontre l'expression d'un niveau satisfaisant de concurrence pour le secteur alimentaire. De plus, ce niveau ne connaît pas de diminution, ni n'induit de « dépendance à certains fournisseurs », qui serait due aux pratiques d'achat, les exemples donnés dans le rapport ne pouvant être interprétés en ce sens.
 - Par ailleurs, il n'apparaît pas fondé de reprocher à l'AP-HP des pratiques dont il n'est pas démontré qu'elles réduiraient la concurrence ou fragiliseraient le jugement des offres. Les différents cas évoqués (pose des marques sur certains produits, catalogues additionnels et prestations facultatives...) sont conformes à la jurisprudence administrative et n'ont, par ailleurs, pas fait l'objet de renonciation, ni de contestation d'aucune entreprise avant et pendant les marchés.
 - L'analyse de la période mérite aussi d'être contextualisée au regard de la forte volatilité des prix qui a constitué à partir de 2020 le facteur principal de perturbation de l'efficacité économique.

.../...

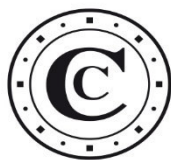
- Enfin, il convient de rappeler que la conjonction des lois Egalim et Climat-Résilience, d'une part, et du code des marchés public, d'autre part, peut aboutir à des injonctions contradictoires, dont l'acheteur public ne saurait être tenu responsable. Ainsi, en est-il notamment de la volonté de développer un allotissement géographique, qui dans la réalité s'avère extrêmement difficile à mettre en œuvre en Île-de-France malgré tous les efforts faits par l'institution.

Je prends note par ailleurs des quatre recommandations de performance adressées par la chambre et vous confirme, comme cela a été indiqué durant la phase contradictoire, qu'elles font déjà l'objet, pour chacune d'entre elle, d'une mise en œuvre à divers niveaux d'avancement.

Vous souhaitant bonne réception de ces observations, je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de ma parfaite considération.

Nicolas Revel

Directeur Général



Chambre régionale des comptes Île-de-France

6, Cours des Roches
BP 187 NOISIEL

77315 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 2

Tél. : 01 64 80 88 88

www.ccomptes.fr/fr/crc-ile-de-france