



**Mise en œuvre de la loi EGALIM
et développement des approvisionnements vertueux et locaux
dans les établissements hospitaliers
de la Région Grand Est**

**Construire une synergie entre le secteur hospitalier et
les porteurs des projets alimentaires territoriaux**

SYNTHÈSE FINALE

Novembre 2025

Avec le soutien de



DRAAF Grand Est



TABLE DES MATIÈRES

Contexte du projet.....	3
Phasage du projet.....	3
I – MÉTHODOLOGIE	4
II – ÉTAT DES LIEUX	7
1. Panorama de l'organisation de la restauration hospitalière en région Grand Est.....	7
Préambule	7
Organisation de la consommation de repas	7
Organisation de la production des repas.....	7
Analyse des spécificités de la restauration hospitalière	10
Processus achats et approvisionnements des denrées alimentaires	11
Gestion des achats et typologie des fournisseurs.....	12
2. État des lieux de la mise en œuvre des exigences EGALIM et AGEC.....	14
3. État des relations entre les PAT et la restauration collective hospitalière	19
III - FREINS AU DÉVELOPPEMENT DES PRODUITS LOCAUX DE QUALITÉ ET DURABLES EN RESTAURATION HOSPITALIÈRE.....	20
IV - STRATÉGIE D'ACTION POUR DÉVELOPPER LES PRODUITS LOCAUX DE QUALITÉ ET DURABLES EN RESTAURATION HOSPITALIÈRE.....	23
Des freins vers les leviers d'actions	23
V - VERS UNE STRATÉGIE D' ACTIONS Et CONCLUSION	28
Annexes	30

Contexte du projet

Dans une région agricole et agroalimentaire comme la Région Grand Est, qualifiée de puissante et dans le même temps diversifiée, occupant, en termes de valeur agricole, le 2^{ème} rang métropolitain, les productions locales ¹ disposent ici d'un fort potentiel en restauration collective. Les Projets Alimentaires Territoriaux (PAT), qui y sont particulièrement nombreux, s'attachent, dans la mesure de leurs moyens, à développer liens et débouchés en restauration collective.

De son côté, la restauration hospitalière, avec plus de 500 établissements en région Grand Est, s'attache à mettre en œuvre les dispositions des lois EGAlim et AGECE, notamment en matière de produits durables et de qualité.

Dans ce contexte, est né le projet d'identifier les actions permettant aux producteurs locaux de se développer en restauration hospitalière d'une part et aux acteurs hospitaliers de mieux répondre à leurs obligations.

3

Les objectifs du projet sont ainsi de :

- **Coconstruire**, avec les acteurs de la restauration collective hospitalière et avec ceux des PAT, une **stratégie d'actions pour développer les approvisionnements locaux et de qualité tout en améliorant la mise en œuvre des lois EGAlim et AGECE dans le secteur de la santé** ;
- **Rassembler Bonnes Pratiques et expériences inspirantes dans un vade-mecum** utile à l'ensemble des acteurs avec un **rayonnement national**.

Le projet, porté par l'association Cantines Responsables a été lauréat de l'appel à projets du Programme national de l'alimentation PNA 2024. Il a bénéficié du soutien conjoint de la Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt, la Région et l'ARS Grand Est. Il a été réalisé entre septembre 2024 et fin 2025.

Phasage du projet

Le projet s'est déroulé en plusieurs étapes :

- **Réalisation d'un état des lieux** :
 - de l'organisation de la restauration et du degré de mise en œuvre des lois EGAlim et AGECE dans les établissements hospitaliers publics et privés de la région Grand Est ;
 - des relations et actions des PAT avec la restauration collective tout particulièrement hospitalière d'autre part.
- **Identification des enjeux, freins, leviers et bonnes pratiques** du développement de la mise en œuvre des lois EGAlim et AGECE dans les établissements hospitaliers en s'appuyant sur les approvisionnements locaux et de qualité ;
- **Mise en évidence des actions** possibles pour développer la mise en œuvre des lois EGAlim et AGECE dans les établissements hospitaliers en s'appuyant sur les productions locales ;
- **Regroupement des Bonnes Pratiques dans un vade-mecum** utile à l'ensemble de la communauté de travail du territoire national, coconstruit avec les professionnels du secteur et diffusé dans les réseaux professionnels hospitaliers (UDIHR, syndicats professionnels, ANAP...), dans les réseaux des PAT ainsi qu'à l'occasion de manifestations nationales, régionales et thématiques.

Le présent rapport synthétise les résultats des 3 premières étapes. Le Vademecum fait l'objet d'une production spécifique.

¹ Les productions locales sont celles de la Région Grand-Est

I – MÉTHODOLOGIE

Cantines Responsables a ici appliqué la démarche éprouvée dans d'autres projets par l'exploitation de données fondamentales relatives à l'objet du projet : celles des restaurations hospitalières (sites de production et de consommation). Elle a ensuite procédé à une analyse croisée des autorités organisatrices des services de restauration, de leur mode de gestion, de leur procédure d'achat et d'approvisionnements alimentaires, et du degré d'application de la loi EGALIM.

L'originalité de ce projet se situe dans l'analyse simultanée des projets alimentaires territoriaux (PAT), nombreux en région Grand-Est, dont tous évoquent la restauration collective comme vecteur d'un débouché pour une alimentation locale et de qualité. Nous verrons plus loin quelles sont et quelles pourraient être les passerelles entre les restaurations hospitalières et les actions que les PAT seront susceptibles de mettre en œuvre.

Enfin, pour rendre opérationnelles les actions permettant de lever les freins à une restauration collective durable, nous avons organisé le croisement de tous les acteurs impliqués dans l'achat et l'approvisionnement alimentaires pour qu'ils participent à la co-construction de leviers pour en lever les freins opérationnels.

En détail, voici la procédure adoptée depuis l'origine du projet :

1- Exploitation du fichier FINESS² (septembre 2024)

L'exploitation du fichier FINESS a permis l'identification des sites hospitaliers de consommation de repas et la qualification administrative des sites (statut, gestionnaire...).

2- Interviews et entretiens avec les acteurs de la chaîne alimentaire

Afin d'obtenir une vue d'ensemble des organisations de production de repas et des modalités d'achats des denrées, les sites hospitaliers de production et consommation de repas ont été contactés par téléphone. Ces échanges ont été complétés par une cinquantaine d'entretiens approfondis avec les acteurs majeurs de la chaîne d'approvisionnement de la restauration hospitalière (sites de production et de consommation, Unités centrales de production alimentaire, acteurs principaux de la chaîne d'approvisionnement (grossistes, Sociétés de Restauration Collective (SRC), centrales et groupements d'achats...)).

3- Enquête auprès des établissements hospitaliers

Une enquête a été réalisée au début de l'année 2025 auprès des responsables de la restauration hospitalière de la région afin de :

- Caractériser l'organisation de la restauration hospitalière en région Grand Est :
 - Identification et qualification des sites disposant d'un service de restauration ;
 - Organisation de la production des repas servis ;
 - Mode de référencement des fournisseurs et denrées ;
 - Profil des fournisseurs avec un zoom sur les fournisseurs locaux.
- Évaluer le degré de mise en œuvre d'EGALIM avec identification des difficultés et bonnes pratiques de mise en œuvre :
 - Établir un état des lieux de la mise en œuvre d'EGALIM et du niveau d'approvisionnements locaux dans les établissements hospitaliers de la région Grand Est ;
 - Identifier freins, leviers et bonnes pratiques de mise en œuvre d'EGALIM en s'appuyant sur les produits locaux de qualité ;

² La base FINESS est le répertoire national des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux en France. Ici, ont été isolés les établissements sanitaires publics et privés

- Dresser un état des lieux des relations et actions des PAT avec la restauration collective :
 - Cartographie des restaurations collectives du territoire et de leurs besoins ;
 - Identification des acteurs des restaurations et relation entre les PAT et ces acteurs ;
 - Identification de l'offre du territoire et structuration de filières pour fournir la restauration collective.

Les questionnaires ont été segmentés par modes de production des repas : Établissements cuisinant sur place, Établissements approvisionnés en repas, Unités centrales de production alimentaire. 49 réponses ont été enregistrées, représentant 112 sites de consommation de repas (47% des sites)

4- Enquête auprès des porteurs de PAT de la Région Grand Est

Une enquête a été menée auprès des porteurs de projets alimentaires territoriaux (PAT) en étroite collaboration avec le réseau PARTAAGE, réseau d'animation de l'ensemble des PAT en région Grand-Est, avec pour objectifs de dresser un état des lieux des actions des PAT en matière de restauration collective :

- Cartographie des restaurations collectives du territoire et de leurs besoins ;
- Identification des acteurs des restaurations et relation entre les PAT et ces acteurs ;
- Identification de l'offre du territoire et structuration de filières pour fournir la restauration collective.

Un questionnaire a été envoyé à l'automne 2024 aux 31 PAT identifiés. 19 réponses ont été enregistrées.

5- Webinaire d'acculturation des PAT sur l'organisation de la restauration hospitalière

Suite au Comité technique de suivi du projet de mars 2025, un webinaire a été proposé aux acteurs des PAT de la région le 24 avril 2025.

En effet, au vu de la complexité de la chaîne d'approvisionnements de la restauration hospitalière, il a semblé nécessaire de préparer les porteurs des projets alimentaires territoriaux, en amont des ateliers de l'étape suivante.

L'objectif du webinaire était de leur présenter l'organisation technico-administrative de la restauration hospitalière en région Grand Est, et d'échanger sur les modes d'approvisionnements alimentaires pour faciliter la compréhension des éléments qui seront abordés lors des ateliers.

Une vingtaine de porteurs de PAT ont ainsi participé à cette sensibilisation³.

6- Organisation de 3 ateliers mobilisant l'ensemble des parties prenantes de la restauration hospitalière

Afin de coconstruire des propositions d'actions concrètes, des ateliers ont été proposés aux parties prenantes de la restauration hospitalières pour **identifier les freins, leviers et actions** permettant de développer les approvisionnements en produits locaux et de qualité dans les établissements hospitaliers du Grand Est, en s'appuyant sur les organisations et structures existantes.

Trois ateliers ont été organisés sur les territoires :

- ✓ Le 16 juin à Obernai
- ✓ Le 2 juillet à Nancy
- ✓ Le 3 juillet à Châlons/Marne

³ Le diaporama présenté est en annexe 3

Le déroulé commun des ateliers était le suivant :

- ✓ **Exposé du panorama** de la restauration hospitalière régionale et des circuits d'approvisionnement ;
- ✓ **Table ronde** sur les freins rencontrés dans l'intégration de productions locales ;
21 personnes ont témoigné dans les tables rondes, après avoir été préalablement interviewées en amont des ateliers.
- ✓ **Groupes de travail** visant à faire émerger des leviers opérationnels et des propositions d'actions concrètes.
Ce travail en sous-groupes a permis de construire un panorama de solutions et d'identifier des actions opérationnelles visant à répondre à l'adaptation de l'offre alimentaire aux exigences de la restauration hospitalière, à la stimulation de la demande en produits locaux de qualité, à l'optimisation logistique et enfin au renforcement des synergies

Une centaine de représentants des acteurs (établissements hospitaliers publics, privés, grossistes, société de restauration, producteurs, transformateurs, PAT, institutions régionales...) ont participé à ces ateliers.

7- Rédaction d'un Vade-mecum de Bonnes Pratiques : « Produits durables et de qualité en restauration hospitalière : Développer la mise en œuvre de la loi EGALIM et les approvisionnements locaux en s'appuyant sur les PAT »

Les Bonnes Pratiques observées en région Grand-Est tout au long des étapes précédentes, ont été rassemblées dans le Vademecum et illustrées par des témoignages d'établissements, acteurs de l'approvisionnement et des PAT.

II – ÉTAT DES LIEUX

1.1. Panorama de l'organisation de la restauration hospitalière en région Grand Est

Préambule

Quelques définitions pour mieux comprendre les organisations administratives et techniques.

- Autorité organisatrice : entité (SIREN) qui a la responsabilité de la gestion du service, le plus souvent, le Groupe hospitalier qui est composé de plusieurs établissements (secteur public) ou de plusieurs cliniques (secteur privé non lucratif et lucratif) ; si l'adresse de production et/ou de consommation est similaire, on parlera ici d'autorité gestionnaire ;
- Cuisine sur place : repas préparés et consommés sur place (y compris des distributions locales sur plusieurs sites de consommation) ;
- Unité centrale de production alimentaire - UCPA : cuisine centrale soit attachée à un Groupe hospitalier, soit une Société de restauration collective (SRC), soit au sein du Groupement d'intérêt public (GIP), soit encore au sein d'un Groupement de coordination sanitaire (GCS) ;
- Cuisine « autre établissement hospitalier » : repas préparés achetés et livrés par un établissement ou une structure tierce.

7

Organisation de la consommation de repas

525 établissements ont été répertoriés dans la Base FINESS. Certains établissements étant basés sur un même site géographique les établissements de même adresse postale ont été regroupés, y compris quand les services de santé sont distincts.

Parmi ces établissements, ont été identifiés les « sites de consommation », où des repas sont distribués aux patients. Les établissements n'assurant pas et/ou ne recevant pas un service de restauration ont été supprimés.

Enfin, ces sites de consommation ont été qualifiés en termes de statut (public/privé lucratif/privé non lucratif) et regroupés par gestionnaire :

- Sites avec un même SIREN ;
- Sites aux SIREN distincts mais appartenant à un même groupe privé qui gère en général la politique de restauration à un niveau central.

240 sites de consommation de repas ont été dénombrés qui se ventilent en :

- **136 sites sous statut public (57%), gérés par 83 groupes hospitaliers** dont 7 de plus de 5 sites ;
- **104 sites privés (43% du nombre total des sites décomposé en 28% sous statut privé non lucratif et 15% sous statut privé lucratif) gérés par 40 groupes** dont 7 de plus de 5 sites.

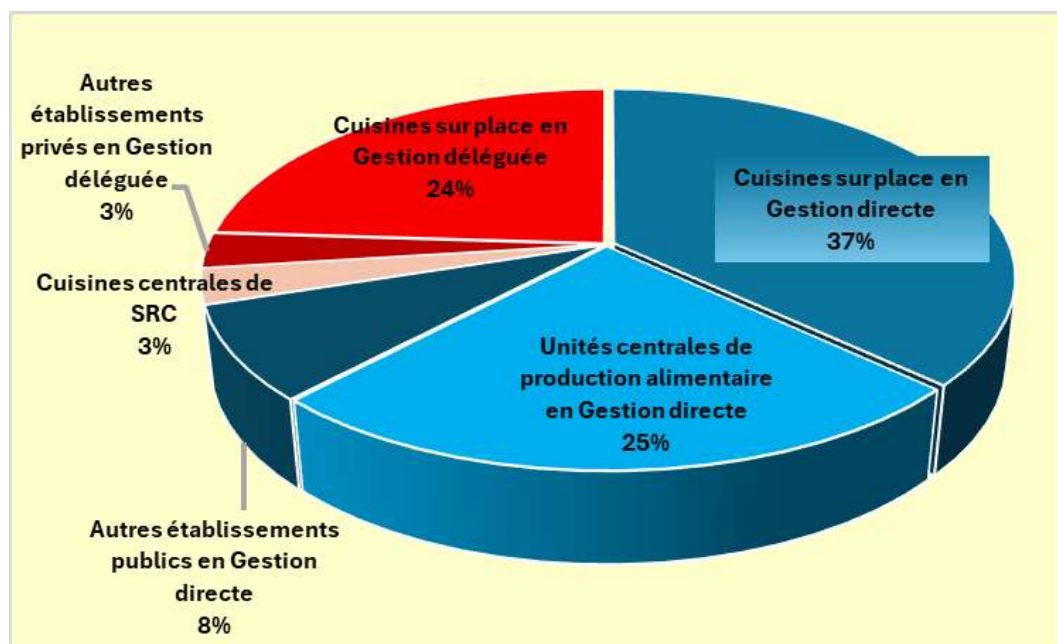
Le volume annuel de repas estimé pour ces 240 sites de consommation est de **60 millions de repas**.

Organisation de la production des repas

Les entretiens et enquêtes ont permis de dégager que :

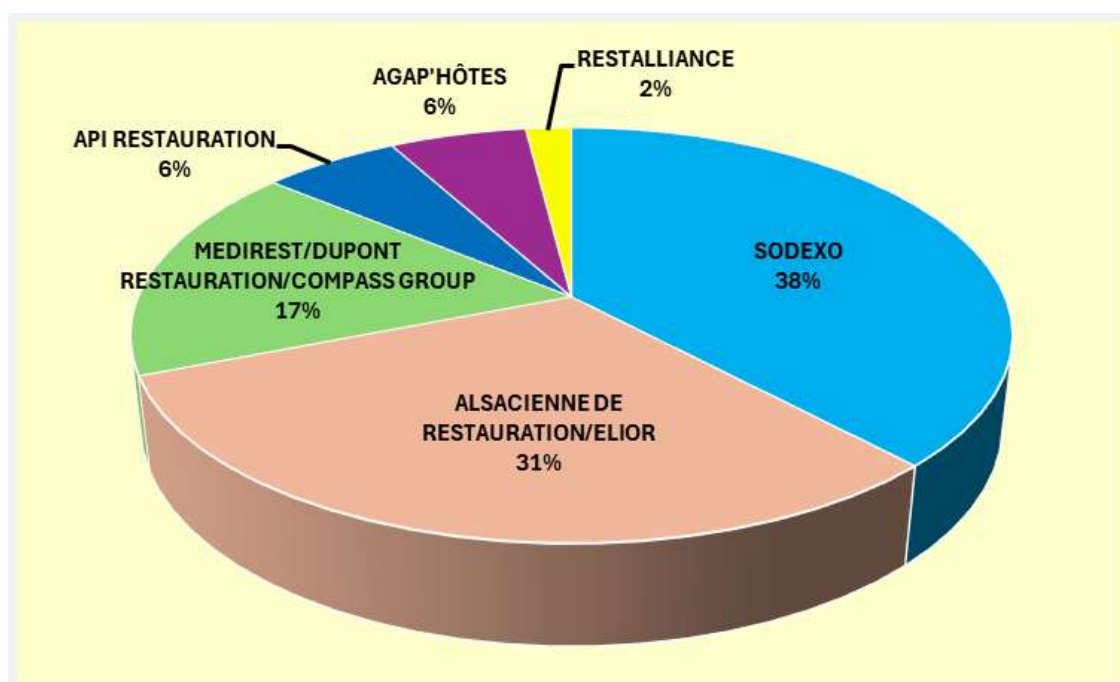
- **60%** des sites cuisinent sur place, (graphe 1)
- **40%** approvisionnent des repas produits à l'extérieur, (graphe 1)
- **70%** de la production est gérée en direct, (graphe 1)
- **30%** de la production est déléguée à une société de restauration -SRC, (graphes 1 et 2)
- De **fortes différences entre l'organisation du secteur public et du secteur privé** (graphes 3 et 4).
- Le territoire compte **7** unités de production centrale alimentaire -UCPA- publiques majeures.

Graphe 1 - Production de repas des 240 sites hospitaliers publics et privés avec consommations de repas



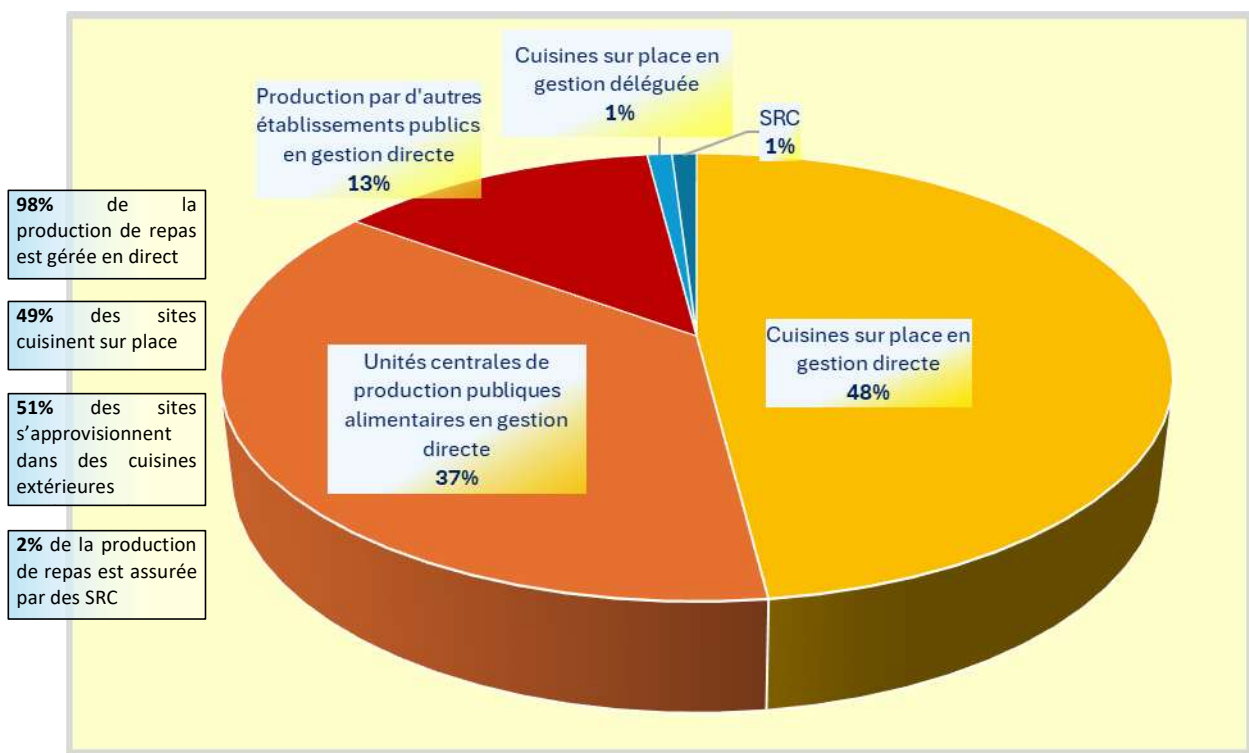
Source : Entretiens et Enquête Cantines Responsables 2025

Graphe 2 - Ventilation des SRC en % du nombre de sites hospitaliers en Région Grand-Est



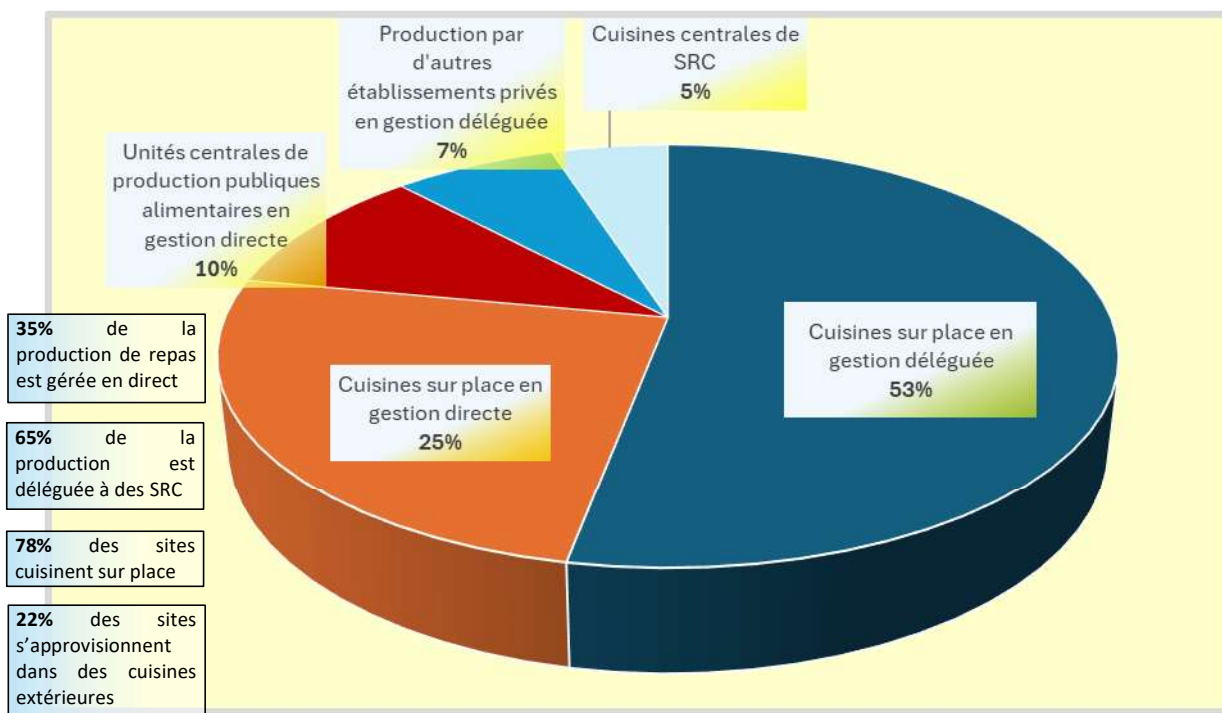
Source : Entretiens et Enquête Cantines Responsables 2025

Graphe 3 - Production des repas des 136 sites hospitaliers publics de la Région Grand-Est



Source : Entretiens et Enquête Cantines Responsables 2025

Graphe 4 - Production des repas des 104 sites privés hospitaliers de la Région Grand-Est



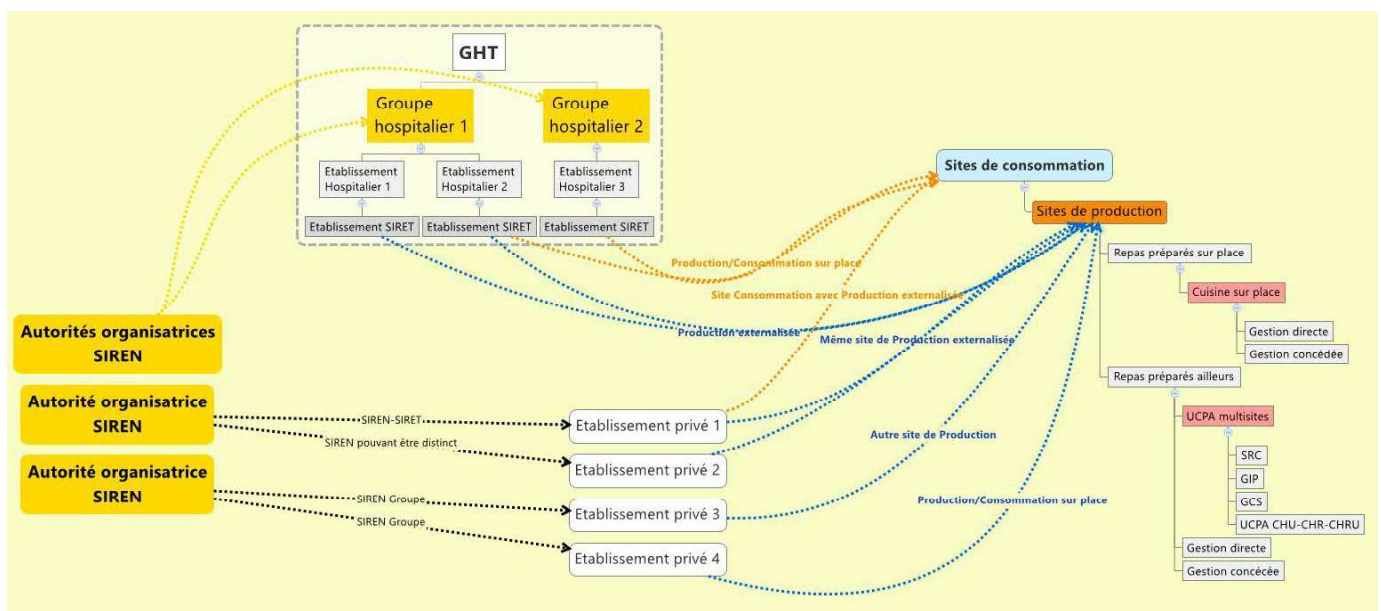
Source : Entretiens et Enquête Cantines Responsables 2025

Schématisation des organisations technico-administratives :

La figure ci-dessous présente les organisations administratives et techniques rencontrées lors de l'enquête :

- Une même autorité organisatrice (SIREN) peut être responsable de plusieurs groupes hospitaliers, eux-mêmes abritant plusieurs établissements (SIRET), le tout étant englobé dans le même GHT, archétype du secteur public ;
- Une autorité organisatrice (SIREN), dépendant d'un Groupe privé, possède un établissement privé (SIRET) dont l'organisation technique de production/consommation est unique ; le même Groupe privé (à l'occasion de fusion ou de rachat de structures -SIREN distinct), organise différemment la production/consommation des établissements concernés ;
- La segmentation des organisations de production reprend l'ensemble des situations rencontrées lors de l'enquête.

Figure 1- Organisations technico-administratives de la Production et de la Consommation des repas hospitaliers en Région Grand-Est

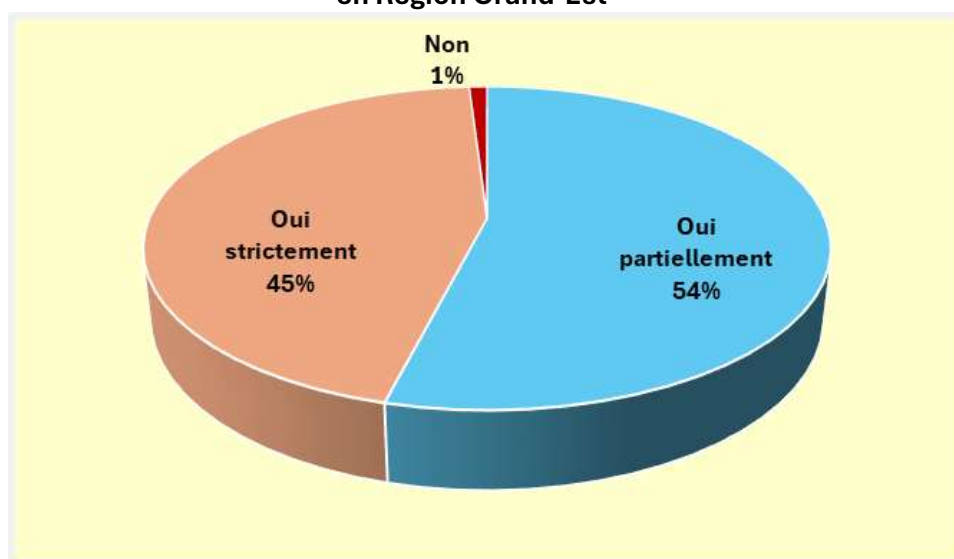


Analyse des spécificités de la restauration hospitalière

Les entretiens et enquêtes dégagent des points influençant significativement l'organisation de la restauration et ses approvisionnements :

- Des budgets contraints :
 - Coûts moyens de denrées = 6,2€ / jour (de 2,20€ à 3,58€ par repas) pour les établissements ayant répondu à l'enquête ;
- Des repas principalement en liaison froide (75%) ;
- Une planification des menus sur le temps long :
 - Les plans de menus sont en général modifiés entre 2 fois et 4 fois par an ;
 - Plus de 50% des cycles de menus ont une durée supérieure à 4 semaines ;
- Une nécessaire prise en compte des régimes particuliers compte tenu du public :
 - La moitié des cuisines gèrent plus de 10 régimes particuliers ;
 - 25% d'entre elles en gèrent plus de 25.
- Le GEMRCN reste encore la référence dans l'élaboration des menus (graphe 5).

Graphe 5 - Suivi des recommandations du GEMRCN des restaurations hospitalières en Région Grand-Est



Source : Entretiens et Enquête Cantines Responsables 2025

Certains établissements hospitaliers innovent en la matière, comme le CHU de Strasbourg qui s'appuie sur les travaux de la Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNCM) utilisant la méthode DELPHI.

Processus achats et approvisionnements des denrées alimentaires

Deux étapes sont à distinguer dans le processus de décision de la qualité et la provenance des denrées mises en œuvre en production :

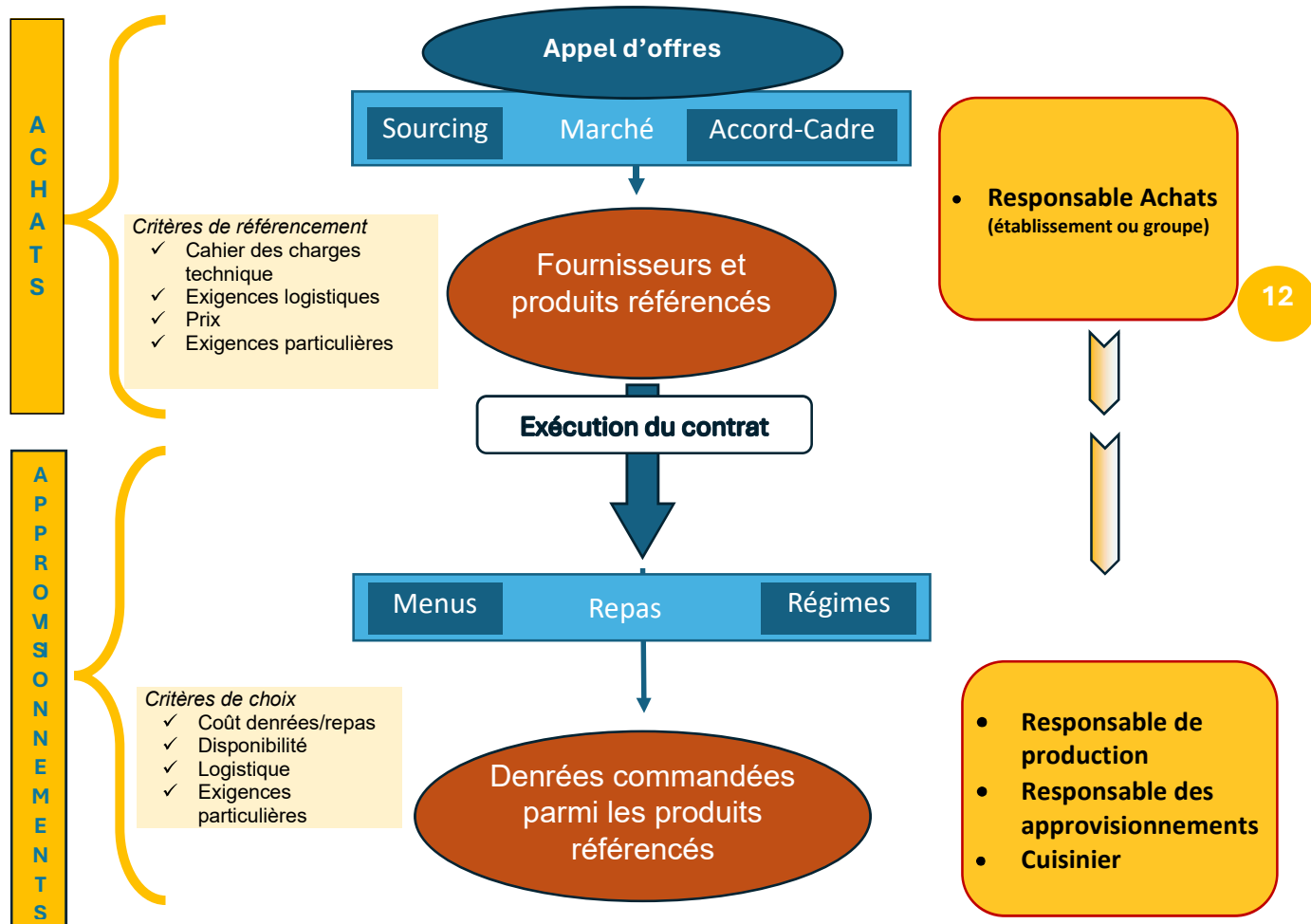
- **Achats** : Cette étape, assurée par le responsable des achats alimentaires, consiste à identifier les besoins (caractéristiques, qualité, volumes...), élaborer le cahier des charges y compris les modalités de révision des prix, de préparer les appels d'offres. Elle aboutit au référencement des fournisseurs et des denrées. En amont, il s'agit de prospecter les marchés, étape de sourcing. L'enjeu est ici de répondre aux besoins en optimisant les coûts et contenant les dépenses.

Après la phase de référencement, le responsable achats s'occupe d'élaborer les contrats, de suivre leur réalisation et d'évaluer leur performance.

- **Approvisionnements** : dans le cadre des procédures et du cadre contractuel arrêté par le service Achat (marchés publics ou marchés privés), le responsable des approvisionnements assure la passation des commandes nécessaires à la mise en œuvre opérationnelle de la préparation des repas programmés à courte échéance. Le type de denrées commandées est choisi parmi les fournisseurs et les produits ayant été préalablement référencés dans le cadre du contrat par le responsable des achats.

Les processus d'achat de denrées ont été analysés en détail. Il ressort de ces éléments une architecture complexe dans le temps et dans l'espace, mobilisant des acteurs multiples au sein des établissements ou des groupes privés, sans pour autant qu'un partage fertile des informations entre eux soit nécessairement effectif.

Figure 2 – Détail des fonctions « Achats » et « Approvisionnements » en restauration collective



Gestion des achats et typologie des fournisseurs

Pour pouvoir faire évoluer les produits approvisionnés par les établissements, il est apparu essentiel de comprendre comment étaient organisés les référencements des fournisseurs et denrées et qui étaient les fournisseurs du secteur, notamment au niveau local.

Il ressort ainsi que :

- **Les achats qui aboutissent au référencement des denrées alimentaires sont majoritairement délégués et massifiés**
 - Moins de 10% des référencements des denrées se font en direct par les établissements
 - Les cuisines publiques s'appuient à plus de 90% sur des structures de mutualisation des achats :
 - Centrale d'achats nationale spécialisée sur le secteur sanitaire (UNIHA) ;
 - Groupements d'achats hospitaliers régionaux (RAHL, groupement de Rouffach) ;
 - GHT (porté par l'établissement support).
 - Dans les cuisines privées, les référencements sont assurés à 70% par des Sociétés de Restauration Collective (délégataires de la production de repas ou en marché de denrées).

- **Les approvisionnements sont essentiellement assurés par des grossistes :**
 - Les cuisines gèrent un grand nombre de références (1000 à 1200 références) pour un petit nombre de fournisseurs (10 à 20 fournisseurs en moyenne) ;
 - 80 à 90% des approvisionnements sont assurés par des grossistes ;
 - 22% des cuisines ne travaillent qu'avec des grossistes :
 - Moins de 5% d'approvisionnements s'approvisionnent en direct auprès des producteurs ;
 - 42% des cuisines ne travaillent pas avec des producteurs en direct ;
 - 10 à 15% des approvisionnements sont réalisés auprès des transformateurs.
- **En termes d'approvisionnements locaux :**
 - Des attentes fortes sont exprimées en matière de produits locaux : ¾ des sites ont des objectifs en termes de produits locaux),
 - Mais avec une mise en œuvre qui reste très limitée (6% en moyenne) et avec une définition à géométrie variable des produits locaux. Les produits locaux ont été majoritairement définis comme produits de la région,
 - Les principaux produits recherchés sont les fruits et légumes, viandes, produits laitiers, pain ;
 - Les exigences spécifiques sur les produits locaux sont en premier :
 - La fraîcheur,
 - La logistique,
 - La saisonnalité.

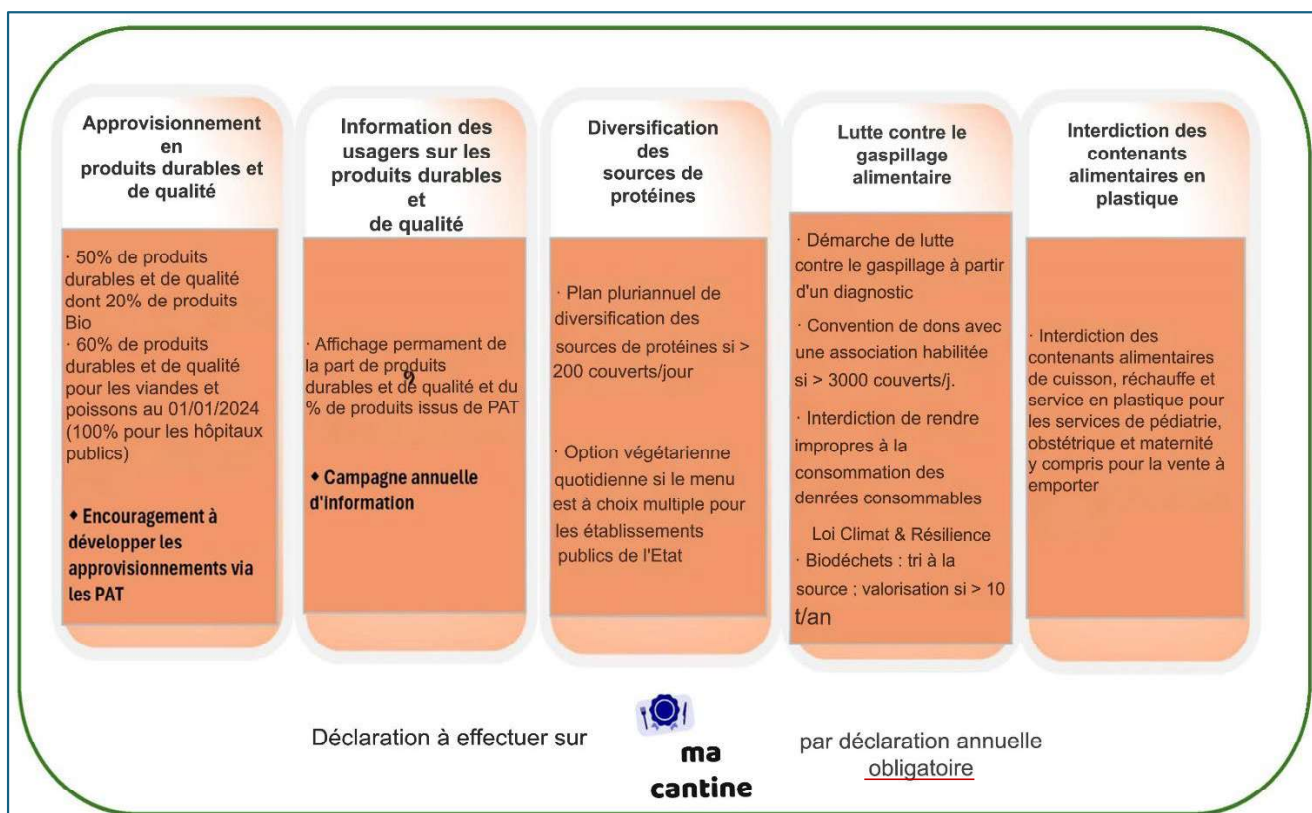
À noter, que moins de la moitié des cuisines recherchent des produits bruts, point à mettre en parallèle du fait que les cuisines n'ont pas toutes de légumeries.

En conclusion,

- 60 millions de repas sont servis dans 240 sites hospitaliers avec des budgets contraints (moyenne de 6,20€ /jour pour petit-déjeuner, déjeuner, collation, diner - Source : Répondants à l'enquête Cantines Responsables 2025).
- Des disparités de gestion ont été observées entre les établissements publics et privés :
 - 50% des établissements publics cuisinent sur place et sont gérés en direct à 98%.
 - 80% des établissements privés cuisinent sur place. 2/3 sont gérés par des Sociétés de Restauration Collective.
- Comme dans d'autres secteurs de la restauration collective, la procédure d'achat (marchés publics, contrats privés) fixe un cadre général dans lequel le responsable de restauration réalise ses approvisionnements en lien avec ses menus. C'est donc ce dernier qui met en œuvre de façon opérationnelle les dispositions de la loi EGALIM.
- Les référencements des denrées étant mutualisés et délégués à des centrales, groupements d'achats ou sociétés de restauration, seuls 10% sont gérés en direct par les établissements.
- 80 à 90% des approvisionnements des établissements publics et privés sont assurés par des grossistes.
- La liaison froide est le mode de production technique le plus utilisé (75% des sites)
- 50% des cuisines de production produisent au moins 10 régimes distincts, 25% en produisent plus de 25.

2.1. État des lieux de la mise en œuvre des exigences EGALIM et AGECE

Figure 3 - Rappel des exigences EGALIM en restauration hospitalière au 01/01/2025



Rappel sur les produits éligibles EGALIM

- Les produits issus de l'agriculture biologique
- Les autres produits durables et de qualité au sens de l'objectif fixé par la loi EGALIM sont ceux bénéficiant des labels / certifications / mentions suivantes :
 - Label rouge - Signe national qui atteste qu'un produit possède un ensemble de caractéristiques spécifiques établissant un niveau de qualité supérieur à celui d'un produit similaire.
 - Appellation d'origine (AOC / AOP) - L'Appellation d'origine protégée (AOP) désigne un produit dont toutes les étapes de production sont réalisées selon un savoir-faire reconnu dans une même aire géographique, qui donne ses caractéristiques au produit.
 - Indication géographique (IGP) - L'Indication géographique protégée (IGP) identifie un produit agricole, brut ou transformé, dont la qualité, la réputation ou d'autres caractéristiques sont liées à son origine géographique.
 - Spécialité traditionnelle garantie (STG) - Un produit dont les qualités spécifiques sont liées à une composition, des méthodes de fabrication ou de transformation fondées sur une tradition.
 - Certification « issu d'une exploitation à Haute Valeur Environnementale » (HVE) ainsi que, jusqu'au 31 décembre 2026, certification environnementale de niveau 2. À compter du 1er janvier 2027, en ce qui concerne la certification environnementale, seuls les produits issus d'exploitations certifiées Haute Valeur Environnementale seront comptabilisables dans les produits durables et de qualité.
 - Écolabel pêche durable
 - « Région ultrapériphérique » (RUP) - Produits issus de 9 régions ultrapériphériques à l'UE (Açores, Madères, Canaries, Guadeloupe, Guyane, Martinique, à la Réunion, à Mayotte, Saint-Martin)
 - Commerce Équitable
 - Mention « fermier » ou « produit de la ferme » ou « produit à la ferme »

3. D'autres catégories permettent de comptabiliser les produits durables et de qualité, produits qui auront fait l'objet d'une sélection particulière lors de la procédure d'achat :

- Produits acquis suivant des modalités prenant en compte les coûts imputés aux externalités environnementales liées au produit pendant son cycle de vie (production, transformation, conditionnement, transport, stockage, utilisation).

L'article 2152-10 du code de la commande publique dispose que, pour l'évaluation du coût du cycle de vie des produits, les acheteurs s'appuient sur une méthode accessible à tous, fondée sur des critères non-discriminatoires et vérifiables de manière objective et qui n'implique, pour les soumissionnaires, qu'un effort raisonnable dans la fourniture des données demandées. Ni la loi EGalim, ni le code de la commande publique n'imposent de soumettre la méthodologie de calcul du coût des externalités environnementales liées aux produits à une validation de l'administration. Dès lors qu'ils respectent les exigences du code de la commande publique, les acheteurs ayant recours à ce mode de sélection sont libres de définir les modalités qui leur semblent les plus pertinentes sous leur responsabilité. Certaines démarches collectives et/ou certains fournisseurs accompagnent déjà les acheteurs dans la mise en place d'une méthode.

- Produits acquis principalement sur la base de leurs performances en matière environnementale et d'approvisionnements directs.

Comme pour la catégorie précédente, les acheteurs s'appuient sur une méthode, qu'ils définissent, pour évaluer les deux critères cumulatifs (performance en matière environnementale et performance en matière d'approvisionnements directs), en fonction de caractéristiques non-discriminatoires, vérifiables de manière objective et qui n'impliquent, pour les soumissionnaires, qu'un effort raisonnable dans la fourniture des données demandées. Ni la loi EGalim, ni le code de la commande publique n'imposent de soumettre la méthodologie d'évaluation des performances en matière de protection de l'environnement et de développement des approvisionnements directs liés aux produits à une validation de l'administration. Dès lors qu'ils respectent les exigences du code de la commande publique, les acheteurs ayant recours à ce mode de sélection sont libres de définir les modalités qui leur semblent les plus pertinentes sous leur responsabilité.

- Produits équivalents aux produits bénéficiant des labels, certifications ou mentions, en accord avec le code de la commande publique.

Les dispositions relatives aux produits vertueux sont plutôt bien connues par les responsables de restauration hospitalière mais leur mise en œuvre reste moyenne.

Produits durables et de qualité dont produits bio

Graphe 6 - Taux de Produits durables et de qualité dont Bio



Source : Entretiens et Enquête Cantines Responsables 2025

- Les objectifs sont loin d'être atteints en termes de produits durables et de qualité, avec **2,6% de produits bio en moyenne** pour un objectif de 20% et **10% de produits durables et de qualité** pour un objectif de 50% (données des établissements ayant répondu au questionnaire).

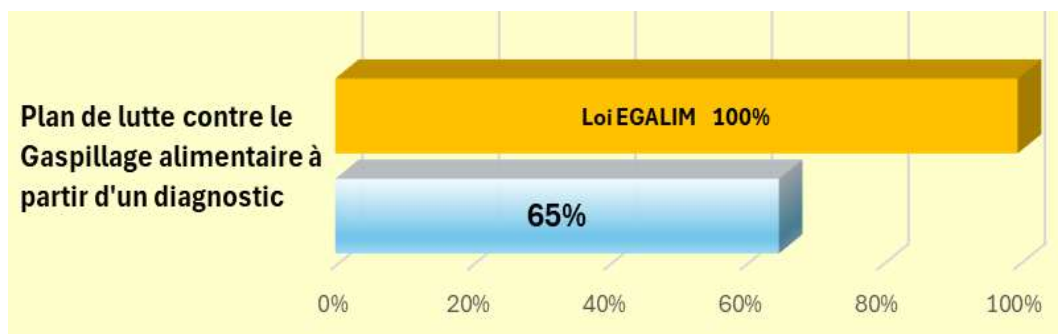
- Les établissements sont inscrits dans des démarches de progrès mais font face à des obstacles, tout particulièrement les surcoûts à l'achat de ces denrées, alors que le cadre financier est particulièrement contraint. Les responsables de la restauration indiquent par ailleurs que la disponibilité des denrées répondant à la fois aux critères EGALIM et aux contraintes technico-économiques freine dans une moindre mesure ces progrès ;
- Afin de progresser, on peut relever que les efforts menés portent en premier lieu sur le sourcing, l'évolution des marchés et l'augmentation de l'offre y compris locale ;

À noter : Les produits locaux peuvent intégrer la comptabilisation des produits durables et de qualité dans les conditions édictées par le CNRC⁴ sous la responsabilité de l'autorité organisatrice du service de restauration.

- Des expériences de travail partenarial avec le prestataire de restauration, la mise en place d'une trajectoire pluriannuelle et le pilotage des performances sont également des exemples inspirants ;
- L'atteinte des objectifs est souvent freinée par le manque d'outil de suivi dédié. Ce suivi devient fastidieux à opérer et n'est alors effectué que très épisodiquement, annuellement dans la majorité des cas.

Réduction du gaspillage alimentaire

Graphe 7 – Taux de mise en œuvre de la lutte contre le Gaspillage alimentaire et gestion des biodéchets - Ensemble des Établissements hospitaliers



Source : Entretiens et Enquête Cantines Responsables 2025

- La réduction du gaspillage alimentaire est en bonne voie d'être prise en charge dans les cuisines :
 - 2/3 des cuisines ont réalisé des diagnostics et structuré un plan de réduction du gaspillage alimentaire ;
 - Les déchets des cuisines, des selfs et retours des assiettes des patients sont les critères principalement pris en compte ;
 - Le manque de personnel, la difficulté à le motiver et le manque de temps sont les principaux freins à la lutte contre le gaspillage alimentaire.
 - Plusieurs leviers sont actionnés pour réduire le gaspillage alimentaire :
 - Sensibilisation et communication,
 - Quantification des déchets,
 - Gestion de la planification des repas,
 - Ajustement des grammages servis.

⁴ CNRC – Guide pratique Acheteurs pour la restauration collective en gestion directe/régie directe

- Très peu de dons alimentaires sont mis en place.
 - Ces derniers se heurtent en effet à la complexité du don (durées de vie courtes, contraintes sanitaires...), au fait que certains produits sont peu appréciés (régime particulier notamment), ceci dans un contexte de volumes faibles à donner par site, avec des contraintes logistiques de proximité importantes ;
 - À noter que certains établissements mettent en place des frigos solidaires pour le personnel ;
 - Les Unités Centrales de Production Alimentaires de plus de 3000 couverts/jour ont en général des conventions de don avec des organismes et associations locales.
- Le tri des biodéchets et leur valorisation est en bonne voie
 - ¾ des sites assurent ainsi un tri des biodéchets ;
 - La collecte est en général assurée par un prestataire et la valorisation essentiellement en méthanisation ;
 - La valorisation se heurte à la difficulté de trouver une filière adaptée à un coût acceptable, avec une fréquence de ramassage satisfaisante ;
 - Elle se confronte également au manque de tri dans les services de soin.

Diversification des protéines

- La diversification des protéines est encore peu généralisée.
 - 1/3 seulement des cuisines disposent de plans de diversification des protéines ;
 - Des options quotidiennes sont néanmoins proposées aux patients dans plus de la moitié des cas et des repas végétariens proposés à tous régulièrement ;
 - La principale difficulté vient de la faible appréciation des plats, liée à des recettes peu adaptées et à un manque de formation des cuisiniers, renforcée par une faible demande de la part des patients ;
 - Pour progresser, les établissements travaillent menus et recettes avec les diététiciennes et développent sensibilisation, communication et formation.

Substitution des plastiques

- La substitution des contenants en plastique pour la cuisson, réchauffe et le service pour les services de pédiatrie, obstétrique et maternité, est en bonne voie ;
- Près de 50% des établissements ont d'ores et déjà effectué la substitution. La substitution est en cours pour les autres sites à quelques exceptions près ;
- Le coût des contenants de substitution est de loin le premier frein à la substitution, auquel s'ajoutent des difficultés à trouver des contenants adaptés et des freins organisationnels ;
- La solution majoritairement adoptée est l'assiette en porcelaine, avec réchauffe en bac inox ou directement en assiette.

Information des patients et du personnel sur les dispositions EGALIM

Peu d'information des patients comme du personnel sur l'atteinte des objectifs EGALIM. ;

- Dans le meilleur des cas, l'information au sens d'EGALIM est annuelle ;
- Certains établissements s'attachent néanmoins à valoriser les labels qualité sur les menus ;
- En revanche, les établissements hospitaliers sont plutôt bien enregistrés sur Ma Cantine et 2/3 d'entre eux effectuent leur déclaration ;
- Le manque de temps est la première raison invoquée pour justifier le manque d'information.

En conclusion,

Les dispositions de la loi EGALIM sont diversement mises en œuvre.

Certaines sont bien avancées :

- *La lutte contre le gaspillage alimentaire,*
- *La valorisation des biodéchets,*
- *La substitution des plastiques pour la cuisson et réchauffe en pédiatrie, obstétrique et maternité,*

Les autres sont encore loin d'atteindre les objectifs fixés par la loi :

- *Les taux de produits durables et de qualité,*
- *La diversification des protéines,*
- *L'information des usagers de la restauration (patients et personnel)*

Les principaux freins à cette mise en œuvre sont les contraintes budgétaires et le manque de moyens (temps, formation, outils...).

Malgré ces freins, les établissements ont exprimé leur souhait de progresser et des exemples inspirants ont été rapportés.

3.1. État des relations entre les PAT et la restauration collective hospitalière

L'enquête auprès des PAT montre que les PAT n'ont qu'un état des lieux parcellaire en matière de restauration collective :

- **La cartographie des restaurations collectives** du territoire se concentre principalement sur les établissements scolaires même si 50% des PAT s'intéressent au secteur sanitaire et médicosocial ;
- **La cartographie des acteurs** reste partielle. Les sociétés de restauration collective (SRC) et les cuisines centrales sont relativement bien identifiées. Les grossistes, groupements et centrales d'achats ou de référencement, les acteurs centraux du référencement alimentaire sont peu ou pas identifiés ;
- **La cartographie des besoins** des restaurations collectives du territoire est centrée sur l'organisation des cuisines (mode de gestion et organisation technique), et le nombre de repas. Les modes d'approvisionnement, de référencement et les déterminants financiers (coûts matière/repas) sont peu appréhendés ;
- **La cartographie de l'offre** susceptible d'approvisionner la restauration collective s'avère très incomplète.
 - **58%** des PAT ont ainsi **identifié totalement ou partiellement les capacités de production de leur territoire** en s'intéressant d'abord aux **céréales, produits laitiers, œufs, légumineuses, légumes et viandes** ;
 - **42%** des PAT ont **identifié les producteurs et transformateurs** fournissant ou en capacité de **fournir la restauration collective** ;
 - **37%** des PAT ont analysé l'**adéquation et les écarts entre productions** du territoire **et besoins des restaurations collectives** ;

Les familles de produits ciblées sont les céréales, les produits laitiers, les œufs, les légumineuses, et les légumes et les viandes. Certains éléments déterminants dans le référencement des produits (besoins spécifiques) sont peu appréhendés.

Sur un plan plus général, les enquêtes auprès des PAT et celles auprès des établissements hospitaliers montrent que les relations entre ces deux acteurs sont peu établies :

- Côté PAT :
 - 2 PAT sur 3 ont établi des relations avec certains acteurs de la restauration collective ;
 - Les acteurs hospitaliers ne sont pas priorisés. Ainsi, même si les PAT montrent un intérêt pour le secteur, seuls 5% des PAT ont établi des relations avec ses acteurs.
- Côté établissements hospitaliers :
 - 3/4 des établissements n'ont pas connaissance de l'existence de PAT sur leur territoire ;
 - Seuls 15% des établissements se déclarent impliqués dans les PAT de leur territoire.

En conclusion du bilan des actions et des relations des PAT avec la restauration collective

- Les PAT sont encore **peu centrés sur la restauration hospitalière**, mais un fort intérêt se dégage pour le secteur.
 - ½ des PAT ont recensé les établissements hospitaliers de leur territoire
 - 5% des PAT ont établi des relations avec ce secteur
- Un **fort besoin de mieux comprendre la restauration du secteur hospitalier**, son organisation et ses acteurs se dégage
- La **cartographie de l'offre à destination de la restauration collective** reste à compléter et affiner.

III - FREINS AU DÉVELOPPEMENT DES PRODUITS LOCAUX DE QUALITÉ ET DURABLES EN RESTAURATION HOSPITALIÈRE

Les freins majeurs suivant ont été dégagés à la fois **lors des enquêtes et entretiens** avec toutes les catégories d'**acteurs rencontrés** et **lors des ateliers d'échanges** dans les territoires :

1. Engagement institutionnel insuffisant et manque de volonté politique

- **Injonctions perçues comme contradictoires** : augmenter les produits bio et de qualité, les produits locaux, avec des budgets particulièrement contraints, sans prioriser l'alimentation durable dans les projets d'établissement ;
- **Hétérogénéité d'implication des parties prenantes** et **dynamiques inégales** selon les territoires ;
- **Peu de pression au niveau des établissements hospitaliers** pour introduire des produits locaux et de qualité.
 - Pas de contrôles, ni de sanction sur l'application de la loi EGALIM ;
 - Pas de pression sur la restauration du secteur à la différence de la restauration scolaire sous pression des parents d'élèves.

2. Organisation de la demande hospitalière limitant les opportunités pour les productions locales

- **Cadre contraignant de la commande publique**
 - Règles de la commande publique contraignantes : rédaction des appels d'offres, lourdeur administrative et complexité du cadre de réponse ;
- **Massification des marchés conduisant à des tailles de lots trop importantes**, excluant de fait les producteurs locaux
 - **Forte centralisation des achats** qui limite les marges de manœuvre locales ;
 - **Massification des achats** qui génère des tailles de lots importantes, **excluant souvent les petits producteurs et les produits différenciés**.

À noter, la massification peut ainsi être « contre-productive » :

- Seuls quelques acteurs ont la capacité de répondre ;
- Les prix proposés par les répondants peuvent être impactés par la réduction de la concurrence. En augmentant les volumes demandés et en la concentrant sur un petit nombre d'acteurs, la pression est accrue sur la matière première, pouvant alors provoquer une augmentation artificielle des prix ou une indisponibilité (rupture d'approvisionnement).

- Planification rigide
 - Menus élaborés très en amont avec des difficultés à :
 - ✓ Modifier les menus, les organisations et les pratiques ;
 - ✓ S'adapter aux aléas comme les ruptures d'approvisionnement (nécessitant des modifications des sources d'approvisionnement ou des menus...) ;
 - ✓ Intégrer des opportunités saisonnières ou conjoncturelles.
- Engagements insuffisants et irrégularité des commandes :
 - Manque d'anticipation, de visibilité donnée aux producteurs qui ont besoin de planifier leur activité sur le temps long ;
 - Non-respect des engagements sur les volumes ;
 - Irrégularité des commandes : confrontation des producteurs à des commandes irrégulières voire à des annulations au contraire de la nécessité pour eux d'avoir la garantie d'une régularité de commandes et de volumes minimums afin d'amortir les coûts de livraison.

- Priorisation de la sécurité sanitaire impactant le type de produits et les garanties exigées des producteurs ...
 - Sécurité des aliments priorisée par rapport à l'origine ou à la qualité induisant certains choix sur les produits et les process en cuisine, comme :
 - ✓ Le choix de produits élaborés en amont plutôt que des produits bruts – ;
 - ✓ Les œufs liquides vs œufs coquille ;
 - ✓ Des produits de 4° gamme vs légumes bruts,
 - ...limitant les marges de manœuvre pour des approvisionnements directs auprès des producteurs.
 - Garanties sanitaires engendrant des demandes d'agréements, des certifications, des analyses microbiologiques ... auxquelles certains producteurs n'ont pas les moyens de répondre.
- Ressources humaines limitées & insuffisamment formées à la connaissance et à la valorisation des produits et filières tout particulièrement locales
 - Temps disponible très limité au niveau des acheteurs hospitaliers pour assurer un sourcing et travailler les allotissements. Une tendance à la mutualisation et à l'externalisation des fonctions supports est observée ;
 - Compétences nécessaires pour adapter la demande à l'offre souvent insuffisantes :
 - ✓ Connaissance des produits,
 - ✓ Modes et contraintes de production,
 - ✓ Organisation des filières tout particulièrement locales,
 - ✓ Valorisation des produits en cuisine, auprès des usagers.

3. Contraintes économiques et faible valorisation de la qualité et de l'origine des produits auprès des usagers

- Budgets contraints ne permettant pas d'intégrer aisément des produits locaux et de qualité,
- Pondération excessive du critère « prix » dans les appels d'offres. Absence ou mauvaise utilisation des critères RSE,
- Difficulté à valoriser la plus-value qualitative et sociétale des produits locaux et de qualité auprès des usagers comme des décideurs,
- Rapport « coût-valeur » insuffisamment travaillé,
- Peu de valorisation dans les menus, limitant leur légitimité aux yeux des acheteurs et des convives. A noter que les établissements valorisent difficilement les produits locaux :
 - ✓ Les critères permettant leur comptabilisation, au titre d'EGALIM, lorsqu'ils ne bénéficient ni de mentions valorisantes, ni de labels, ni de signes de qualité restant à harmoniser et à préciser.

4. Structuration limitée de l'offre locale

- Décalage entre l'offre disponible et la demande hospitalière (volumes, conditionnements, calibres...)
 - Volumes de production actuels insuffisants pour répondre aux marchés,
 - Produits non référencés chez les fournisseurs habituels,
 - Prix trop élevés pour certaines productions,
 - Offre insuffisante voire inexistante sur certains produits transformés prêts à l'emploi demandés par la restauration hospitalière comme les légumes transformés ou les œufs liquides, ...
 - Approvisionnements générant un déséquilibre matière nécessitant de trouver des débouchés complémentaires pour les coproduits, notamment sur la viande :
 - ✓ Exemple : demande importante en cuisses de volaille car moins chères,

- Menus déconnectés de l'offre :
 - ✓ Menus ne respectant pas la saisonnalité ou incluant des produits non disponibles localement,
- Contraintes logistiques fortes (besoins de livraisons fréquentes, multisites, plusieurs fois par semaine...) :
 - Difficulté pour les producteurs à organiser la logistique en direct (nombreux points de livraison dispersés sur un vaste territoire à approvisionner de façon très fréquente),
 - Défiance vis-à-vis des grossistes dans leur rôle de « facilitateur » entre l'amont et l'aval :
 - ✓ Écoute des besoins de part et d'autre,
 - ✓ Recherche des solutions de transport amont et aval,
 - ✓ Garanties de la sécurité alimentaire,
 - ✓ Engagement vis-à-vis des producteurs
 - ✓ Délais de règlement acceptables.
- Impacts économique et environnemental de la livraison sous-estimés.
- Manque de temps et connaissances insuffisantes de l'organisation, des attentes et contraintes de la restauration hospitalière locale par les producteurs
 - Méconnaissance de l'organisation des achats et approvisionnements ainsi que des exigences et contraintes de la restauration collective,
 - Manque de temps et compétences pour répondre aux marchés publics, par ailleurs mal identifiés,
 - Manque de temps et compétences pour prospecter et développer un courant d'affaires avec les établissements et les acteurs de l'approvisionnement hospitalier (grossistes, sociétés de restauration, groupements d'achats...).

IV - STRATÉGIE D'ACTION POUR DÉVELOPPER LES PRODUITS LOCAUX DE QUALITÉ ET DURABLES EN RESTAURATION HOSPITALIÈRE

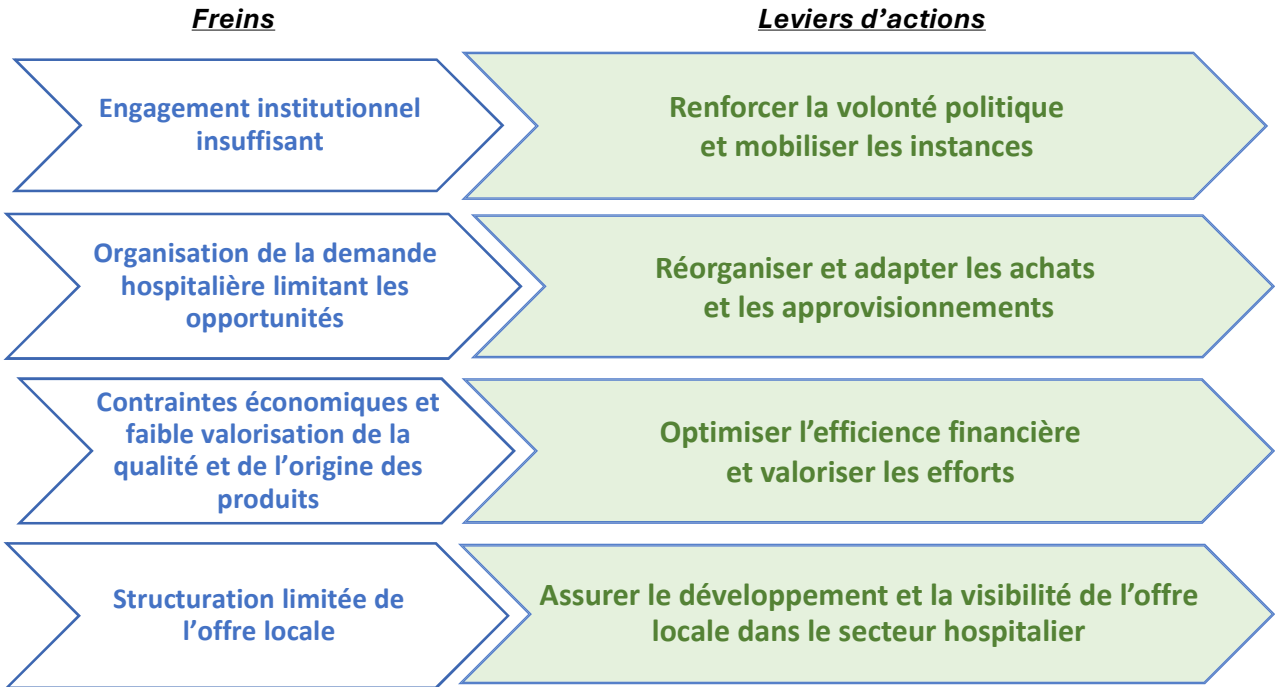
Des freins vers les leviers d'actions

L'ensemble des leviers qui font l'objet du chapitre suivant sont directement issus de ces ateliers et des entretiens auprès des responsables d'établissements, les fournisseurs et autres acteurs, les porteurs de PAT.

Ils ont été reformulés, classés et hiérarchisés pour en permettre une appropriation plus aisée pour le lecteur et tous ont été illustrés de sous-actions les plus pertinentes.

Enfin, ont été identifiés, à quelque niveau que ce soit, les acteurs les plus concernés par leur mise en œuvre opérationnelle.

Figure 4 - DES FREINS AUX LEVIERS



Ce sont ainsi **4 leviers**, **19 actions** et **43 sous-actions** mobilisant chacune des familles d'acteurs identifiés depuis l'origine du projet, institutions nationales, régionales et l'ensemble des personnes interviewées et rencontrées.

LEVIER 1 : Renforcer la volonté politique et mobiliser les instances

<u>Actions</u>	<u>Sous-actions</u>	<u>En charge</u>
Consolider l'ambition EGALIM au niveau national	Cœuvrer pour éviter des injonctions contradictoires	État / Ministère de l'agriculture, Ministère de la Santé
	Éclaircir les concepts imprécis : notion de « local », modalités de prise en compte des externalités environnementales et des produits issus des PAT dans EGALIM	
	Inciter au respect des obligations EGALIM : sanctionner le non-respect le cas échéant	
	Revoir le GEMRCN et rappeler que ce ne sont que des recommandations	
Mobiliser les instances hospitalières	Sensibiliser et mobiliser les organes de gouvernance des établissements et groupes hospitaliers ainsi que les institutions régionales dans une stratégie alimentaire commune	SNANC, niveau interministériel (santé, agriculture, transition écologique), CNA, CNRC UDIHR
	Faire évoluer les politiques d'achats du secteur hospitalier (GHT, groupements et centrales d'achats, groupes privés) en priorisant les dispositions EGALIM	
	Inciter les centrales et groupements d'achats nationaux du secteur hospitalier à développer des lots régionaux	
Créer des dynamiques territoriales	Mobiliser les directions des établissements, les organisations territoriales et les élus locaux	SNANC niveau régional / Directions régionales : ARS, DRAAF, DREAL, DR-ADEME Région
	Donner de la visibilité aux actions des établissements et/ou des PAT	
	Accompagner la transition et apporter un soutien financier ✓ Labellisation des produits ✓ Structuration des filières ✓ Formations des acteurs ✓ Approvisionnements locaux et de qualité ✓ ...	
Engager une politique alimentaire dans les établissements	Déployer une politique alimentaire dans les établissements : ✓ Inscrire des objectifs dans le projet d'établissement ✓ Mobiliser les équipes en lien avec les CLAN (Comités de Liaison en Alimentation et Nutrition) ✓ Affecter des moyens humains, financiers, matériels en phase avec les objectifs	Établissements

LEVIER 2 : Réorganiser et adapter les achats et les approvisionnements

Actions	Sous-actions	En charge
Développer le sourcing local	Mobiliser les équipes pour identifier productions et fournisseurs potentiels afin d'adapter stratégie d'achats et rédaction cahiers des charges et des marchés	Établissements, Responsables achats restauration & approvisionnements
Adapter les marchés et les référencements à l'offre locale	Réviser les lots pour « démassifier la demande » et les adapter à l'offre disponible : - Proposer des allotissements par filières (ou sous-filières), géographiques ou mixtes - Ouvrir la possibilité d'offres conjointes grossistes / producteurs et de lots multi-attributaires - Doubler les lignes : produits EGALIM et conventionnels - Le cas échéant, ajouter des spécifications en adéquation avec les productions locales	
	Rédiger les clauses et les spécifications techniques en adéquation avec les caractéristiques spécifiques des produits ciblés	
Adapter les modalités d'achats et d'approvisionnement	Adapter les modalités d'achats et d'approvisionnements, à chaque structure et territoire, afin de mieux répondre aux objectifs	
	Assurer les producteurs locaux de règlements sans délai afin de limiter leurs besoins en fonds de roulement	
Renforcer la planification et les engagements vis-à-vis des producteurs	Proposer une contractualisation de long terme incluant un planning prévisionnel d'approvisionnement afin d'intéresser les producteurs en leur permettant d'investir et de s'organiser	
	Développer l'agilité pour les changements de menus et d'ingrédients afin de gérer les aléas (et les ruptures) et de saisir des opportunités saisonnières	
	Piloter l'exécution des approvisionnements : - Respecter des délais suffisants entre la commande et la livraison - Organiser un suivi régulier des commandes au regard des engagements en volumes des marchés. Suivre les volumes approvisionnés « hors marché » - Rectifier la trajectoire au besoin	
Développer les compétences des acteurs hospitaliers	Proposer et diffuser des outils opérationnels (exemple : clauses CCTP, CCAP) aux acteurs hospitaliers pour faciliter leurs achats tout en les sécurisant	Organisations professionnelles & interprofessionnelles, PAT, ANAP, ARS
	Former les acheteurs sur l'organisation de l'offre et la façon d'intégrer les productions locales de qualité	
	Partager les Bonnes Pratiques entre les acheteurs (inter-GHT, avec les acheteurs du secteur scolaire...)	

LEVIER 3 : Optimiser l'efficacité financière et valoriser les efforts

<u>Actions</u>	<u>Sous-actions</u>	<u>En charge</u>
Éviter la pondération excessive du critère « prix »	Pondérer les critères d'attribution des marchés en limitant le poids du critère prix. Privilégier la qualité, ajouter des critères RSE, des critères environnementaux...	Responsables achats (Établissements hospitaliers, Groupements, GHT)
Introduire des produits locaux durables et de qualité dans le cadre budgétaire	Inclure des produits locaux et de qualité dans les menus en quantité et en fréquence compatibles avec le budget	Établissements hospitaliers
Développer une réflexion globale sur le coût et l'organisation des repas	Piloter le coût du repas avec des outils de suivi intégrant les données budgétaires et les critères qualitatifs et durables	Établissements hospitaliers
	Réduire le gaspillage alimentaire pour libérer des marges susceptibles d'être réinvesties dans des denrées de qualité	
	Développer la végétalisation des menus avec des recettes adaptées	
	Revisiter et rationaliser les différents régimes alimentaires	
Valoriser les produits locaux et de qualité	Développer les outils de communication interne valorisant les produits locaux et de qualité auprès des usagers (patients, familles, personnel)	Établissements hospitaliers
	Créer et diffuser des fiches par filière pour faciliter la comptabilisation des produits locaux dans EGALIM au titre des performances environnementales	Organisations professionnelles, PAT
	Sensibiliser les porteurs de PAT à l'importance d'accompagner la mise en œuvre de la loi EGALIM	DGAL, DRAAF, Réseaux des PAT

Levier 4 : Assurer le développement et la visibilité de l'offre locale dans le secteur hospitalier

Actions	Sous-actions	En charge
Promouvoir l'offre locale de qualité auprès des acteurs hospitaliers	Promouvoir l'offre locale et de qualité auprès des acteurs de la chaîne d'approvisionnement hospitalière	PAT avec l'ensemble des structures de promotion : Chambres d'agriculture, Bio en Grand-Est, ARIA Grand-Est, ...
Mettre en relation producteurs et acteurs hospitaliers	Recenser les acteurs des approvisionnement hospitaliers et mettre à disposition des producteurs des répertoires	
	Organiser la mise en relation entre les acteurs de la production et ceux des approvisionnements hospitaliers : forums, rencontres, speed dating, plateformes ...	
Accompagner les producteurs pour qu'ils répondent aux appels d'offres	Assurer une veille des marchés pour les producteurs	
	Former les producteurs aux marchés publics et aux cadres de réponse	
	Mutualiser des services pour aider les producteurs à répondre	
Mettre en adéquation Offre et Demande	Organiser un diagnostic croisé entre besoins de la restauration hospitalière et productions locales disponibles et proposer un plan d'ajustement	
Développer et structurer l'offre	Accompagner le développement des offres locales en réponse aux besoins hospitaliers	
	Proposer une logistique adaptée répondant aux attentes des établissements en optimisant les tournées et les coûts logistiques	
	Organiser une transformation mutualisée des produits bruts au travers d'infrastructures locales	
Encourager les engagements et la contractualisation	Proposer la contractualisation avec engagement sur les volumes et cycles de commandes adaptés	
	Développer les contrats tripartites Producteur/Distributeur/Acheteur	

V - VERS UNE STRATÉGIE D' ACTIONS Et CONCLUSION

L'étude dégage une organisation centralisée et complexe des achats et approvisionnements hospitaliers, avec des moyens humains, matériels et financiers limités.

La mise en œuvre des lois EGALIM et AGECL reste encore limitée en matière de produits durables et de qualité.

Les approvisionnements locaux en produits durables et de qualité restent aujourd'hui faibles.

Pourtant les leviers d'actions pour les développer sont nombreux. Ils ont été identifiés et partagés avec les acteurs de la chaîne d'approvisionnement.

Ils ont été rassemblés dans le **Vademecum** qui fait l'objet d'une production séparée.

28

Un résumé des leviers

Pour les établissements hospitaliers

- **Afficher la volonté de la Direction**
 - *Inscrire des objectifs EGALIM dans le projet d'établissement*
 - *Mobiliser les équipes (CLAN, GHT) et affecter des moyens dédiés*
 - *Piloter les progrès dans une dynamique d'amélioration continue*
 - *Former au besoin les équipes (responsables des achats et cuisiniers) à la connaissance et à l'intégration des produits locaux*
- **Réorganiser les achats :**
 - *Identifier des filières locales prioritaires (fruits/légumes, viandes, pain, produits laitiers...)*
 - *Suggérer aux groupements d'achats la création de lots régionaux*
 - *Adapter les cahiers des charges à l'offre locale : lots plus petits, clauses et spécification techniques ajustées, pondération du critère prix avec des critères qualité et RSE...*
- **Développer le sourcing local :**
 - *S'impliquer dans le ou les PAT du territoire pour mieux appréhender l'offre locale et les outils disponibles (annuaires de producteurs, plateformes ...)*
 - *Participer aux manifestations de mise en relation (rencontres, visites, forums avec les producteurs, ...)*
 - *Tester des approvisionnements directs sur quelques produits*
- **Optimiser le budget alimentaire**
 - *Réduire le gaspillage alimentaire (diagnostic et plan d'action, ajustement des grammages, outil de suivi des déchets)*
 - *Végétaliser 1-2 repas/semaine avec des recettes testées*
- **Valoriser les avancées en communiquant** (menus, affichage, supports de communication)

Pour les porteurs de PAT

- ➤ **Faciliter l'accès des producteurs locaux à la restauration hospitalière, en levant les freins logistiques et organisationnels :**
 - Mobiliser les acteurs et sensibiliser les élus locaux à l'enjeu
 - Cartographier les besoins des établissements hospitaliers du territoire
 - Développer des outils pour faciliter l'accès à la restauration hospitalière (ex : veille sur les marchés, annuaire des acteurs, formation aux marchés publics ...)
 - Organiser des rencontres entre producteurs et acheteurs
- **Adapter l'offre locale :**
 - Construire un plan de développement des filières locales et de qualité sur la base d'un diagnostic territorial de l'offre et de la demande
 - Développer l'offre et structurer les filières au besoin au travers de groupements de producteur, ou en organisant la transformation des produits agricoles
 - Proposer des solutions logistiques adaptées et mutualisées au besoin (ramassage, stockage, préparation de commandes, transport)
- **Accompagner les établissements :**
 - Faciliter le sourcing des établissements hospitaliers (répertoires de l'offre, formations, visites, rencontres...)
 - Proposer des ajustements des cahiers des charges à l'offre locale
 - Inciter les établissements à se doter d'outils de suivi en continu de leurs approvisionnements
 - Valoriser les bonnes pratiques (ex : fiches retours d'expérience, webinaires, guide de bonnes pratiques).
- **Communiquer et valoriser :**
 - Assurer la promotion des succès et plus généralement des actions des PAT

29

Il reste maintenant à faire vivre ces actions et en assurer la mise en œuvre en proposant aux responsables hospitaliers et aux porteurs de PAT de construire ensemble une trajectoire personnalisée s'inscrivant dans le temps long en privilégiant les actions qu'ils jugeront les plus accessibles et les plus simples à initier pour en garantir le succès.

Ce projet a montré que la transition vers une restauration hospitalière plus durable et locale est possible, à condition de combiner engagement politique, innovation organisationnelle, et coopération territoriale. Les établissements et PAT pionniers pourront servir de modèles, inspirant d'autres régions et secteurs. À terme, cette dynamique contribuera à renforcer la résilience alimentaire des territoires, tout en améliorant la qualité des repas servis aux patients et au personnel.

La clé ? Agir ensemble, pas après pas, en s'appuyant sur les synergies locales.

Car c'est bien dans l'intelligence collective et la mobilisation de tous les acteurs — établissements, acheteurs, producteurs, PAT, collectivités — que réside la force de ce modèle. La restauration sociale n'est pas qu'une question de repas servis : c'est un pilier du contrat social, un levier de santé publique, de cohésion territoriale et de transition écologique.

Chaque pas compte. Que ce soit en réorganisant les achats pour intégrer davantage de produits locaux et en renforçant les liens entre les PAT et les cuisines hospitalières, chaque initiative, aussi modeste soit-elle, participe à la construction d'un système plus résilient.

Les exemples inspirants existent déjà et montrent que le changement est possible.

Aux acteurs du terrain de faire vivre ces synergies, de les amplifier et de les ancrer dans le temps long. Car c'est en agissant avec pragmatisme et ambition que nous préserverons ce bien commun : une restauration sociale qui nourrit les corps, les territoires et l'avenir.