



Équité

Étude de cas sur l'approvisionnement en fruits et légumes
locaux dans les établissements de santé au Québec

par Équiterre

Janvier 2013

Recherche et rédaction :

Jean-Frédéric Lemay, JFL Consultants

Simon Pelletier, Igloo solutions Inc.



Révision :

Murielle Vrins, Équiterre

Gaëlle Zwicky, Équiterre

Révision linguistique:

Mireille El Chacar

Remerciements:

Cette étude a été possible grâce à la contribution financière du Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), la Confédération des syndicats nationaux (CSN) et de la boulangerie ACE. De plus, la contribution de plusieurs partenaires a été très précieuse tout au long du projet : Synergie Santé Environnement (SSE), la Ville de Laval, la Coopérative Paniers-Saveurs de Laval, Laval Technopole, la ferme écologique D3-Pierres, le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) et les Agences de la santé et services sociaux du Québec, en particulier celle de Laval. Finalement, un merci spécial à l'Hôpital Jean-Talon (CSSS du Cœur-de-l'Île), à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé (CSSS de Laval), ainsi qu'aux travailleurs et travailleuses de ces établissements pour leur engagement et leur dévouement.



**Agriculture, Pêcheries
et Alimentation**

Québec 

**BOULANGERIE
ACE** 
BAKERY

INTRODUCTION	5
1. L'ETAT DE LA SITUATION DANS LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE	6
1.1 Bilan international	6
1.2 La situation du Canada : le cas de l'Ontario	7
1.3 Le cas du Québec	8
2. L'ETAT DE LA SITUATION DANS LA LITTERATURE JURIDIQUE	17
2.1 Accord sur le commerce intérieur (ACI)	17
2.2 Loi sur les contrats des organismes publics (LCOP)	20
2.3 Perspectives légales d'achat local pour le milieu hospitalier	23
3. ANALYSE DE LA CHAINE D'APPROVISIONNEMENT : BILAN ET OPPORTUNITES	26
3.1 La chaine d'approvisionnement	27

3.2 Les acteurs de l’approvisionnement en milieu hospitalier	28
3.3 Les acteurs de la distribution	38
3.4 Les acteurs politiques	41
4. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	44
5. ANNEXES	46
Annexe 1 : Définitions importantes	46
Annexe 2 : Éléments importants de l’ACI	49
Annexe 3 : Règles d’adjudication de contrats pour les organismes de services de la santé et des services sociaux pour les entités visées à l’article 1 de la LCOP	50
Annexe 4 : Règles d’adjudication de contrats pour les organismes de services de la santé et des services sociaux pour les OBNL non-visées à l’article 1 de la LCOP	51

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Objectif

Documenter deux expériences d'approvisionnement local en milieu hospitalier afin de tirer des leçons et d'identifier les obstacles, opportunités et stratégies principales à mettre en place pour d'autres institutions.

Méthodologie

- Recension des écrits récents;
- Analyse juridique de l'approvisionnement local;
- Entrevues avec douze répondants des milieux hospitaliers, de la distribution et du milieu politique.

Importance du secteur

Bien que les HRI ne représentent que 6,3 % des achats alimentaires au Québec, les établissements de santé font près de 72 % des achats totaux faits par les établissements, soit un chiffre d'affaires de 566 300 000\$.

Le nombre d'établissements au Québec est de 283 et les installations (lieu physique) qui les composent tournent autour de 1714. En 2009-2010, le nombre de repas servis dépassait légèrement le million.

Selon des données de 2003, les produits alimentaires frais constituent une part importante des achats de fruits et légumes (27% des achats totaux) par les établissements de santé. Bien que les conserves arrivent en première place (35 %), les produits frais (30 %) et les produits frais coupés (25 %) sont deux catégories de produits fortement utilisés par les services alimentaires de ces établissements.

Conclusion et recommandations

1. Pour le frais très périssable (contrats de moins de 25 000\$), la saison est courte et les quantités sont généralement limitées. Le contrat de commande organisé individuellement par chaque institution apparaît la voie à privilégier. Les institutions de santé ont une marge de manœuvre

pour ce type de produits, mais cette marge de manœuvre se limite au niveau juridique puisque, au plan économique, leur budget est de plus en plus limité. Dans ce contexte, le prix des produits devient central. Des initiatives d’approvisionnement direct peuvent être envisagées sous certaines conditions

- Planifier les volumes et négocier les prix en début d’année;
 - Faire un traitement minimum des produits (laver);
 - Proposer des produits esthétiquement imparfaits pour la cuisine.
2. Pour le frais qui peut être conservé (légumes racines, certains fruits, etc.), le travail devra probablement se faire au niveau des distributeurs afin de les sensibiliser aux produits locaux (contrat de 25 000\$–99 000\$ surtout). L’enjeu sera alors la capacité de produire des volumes relativement stables et des prix compétitifs. Une des pistes à explorer est celle des courtiers alimentaires qui pourraient être sensibilisés à la question du local et qui constituent une bonne porte d’entrée chez les distributeurs. Quelques façons de travailler pourraient être explorées :
- Regroupement de factures;
 - Regroupement de producteurs pour augmenter l’offre;
 - Accord entre un distributeur et des producteurs pour se compléter en saison et hors-saison.
3. Le congelé et le précoupé semblent être les voies d’avenir pour les institutions qui cherchent à économiser dans un contexte budgétaire difficile (peut viser des contrats de +100 000\$). Le problème majeur est l’absence de produits québécois qui pourraient être offerts aux distributeurs qui approvisionnent les institutions. Pour le moment, le seul gros joueur est Bonduelle, mais il semble qu’il y aurait de la place pour d’autres.

Des pistes de travail pour continuer l’analyse de l’approvisionnement local sont aussi identifiées :

- Mettre en dialogue tous les acteurs de la chaîne pour mieux comprendre les contraintes et besoins de chacun;
- Faire un calcul précis des coûts avec un projet pilote en identifiant un panier de produits habituels.

INTRODUCTION

La mise en marché de produits maraîchers via les établissements de santé est un créneau intéressant pour les producteurs parce qu'il s'agit de consommateurs de volumes importants et pour certains, de produits spécifiques à haute valeur ajoutée. Si la tendance est à regrouper l'achat institutionnel au sein d'une même catégorie, la situation dans les écoles et dans les hôpitaux est assez différente pour que chacun des secteurs fasse l'objet d'une analyse attentive. Aussi, si la littérature sur l'achat de produits frais est relativement abondante, surtout dans les pays anglo-saxons, celle sur les achats faits par les hôpitaux est plutôt limitée et les recherches sur des cas québécois sont particulièrement peu nombreuses.

Le présent document s'inscrit dans une étude d'Équiterre portant sur deux expériences d'achat local direct de produits maraîchers par des établissements de la région de Montréal (Hôpital Jean-Talon) et Laval (Hôpital de la Cité-de-la-santé). L'évaluation vise à tirer des leçons de ces deux expériences qui se sont déroulées au cours des dernières années afin d'identifier les possibilités et contraintes liées à l'approvisionnement local des établissements du milieu de la santé. Pour ce faire, nous avons mené les activités suivantes :

- Recension des écrits récents;
- Analyse juridique de l'approvisionnement local;
- Entrevues avec douze répondants des milieux hospitaliers, de la distribution et du milieu politique.

Ce rapport présente d'abord un état de la question dans la littérature académique afin d'identifier quels seraient les facteurs importants à considérer pour appuyer le développement de cette pratique dans le contexte québécois. Ensuite, nous proposons une analyse du contexte juridique dans lequel les décisions d'achat institutionnel se font dans le milieu de la santé. Cet aspect est important puisque les contraintes juridiques sont nombreuses, surtout pour les contrats à valeur élevée. Avec cette première recension des écrits, nous proposerons certaines stratégies générales qui permettront de bien définir la marge de manœuvre dont disposent les établissements et les pistes à explorer pour augmenter la part du local dans l'achat de produits maraîchers. La troisième partie du rapport porte sur les contraintes et opportunités auxquelles font face les trois grandes catégories d'acteurs de la chaîne d'approvisionnement. Après une schématisation de la chaîne d'approvisionnement générique pour le Québec, nous présentons une synthèse des contraintes/opportunités auxquelles font face les acteurs et qui ont été tirées de nos entrevues. La dernière section propose des recommandations et des pistes de travail.

1. L'ÉTAT DE LA SITUATION DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Une revue de littérature portant sur l'approvisionnement du secteur des HRI, incluant des hôpitaux, a déjà souligné les grandes particularités de ce marché et documenté les exemples internationaux (Équiterre, 2012). Cette section constitue une mise à jour et un résumé des principales conclusions des études publiées il y a quelques années focalisant spécifiquement sur le milieu de la santé, ainsi que des dernières publications (2011) sur le sujet au Canada et aux États-Unis.

1.1 Bilan international

D'abord, le tableau suivant résume les défis et les facteurs de succès, appuyés par des exemples tirés d'expériences internationales.

Tableau 1: Résumé des défis et des facteurs de succès à l'étranger et au Canada

Défis	Facteurs de succès	Exemples de stratégies/pratiques
Attribution des contrats	Modifications du mode de sélection des fournisseurs	Système de points (Italie) Appel d'offres par code postal (Grande-Bretagne)
Communications	Resserrement des liens entre les producteurs et les établissements	Journée de rencontres entre producteurs et acheteurs; création d'une base de données de producteurs locaux; publicité dans les journaux locaux (Grande-Bretagne); connaissance de la culture des producteurs locaux (USA)
Priorités divergentes des producteurs et établissements	Prise en compte des besoins des producteurs	Contrats plus longs (Grande-Bretagne)

Sensibilisation des directeurs des services alimentaires	Profil démographique; focalisation sur la pression par les pairs/compétiteurs et le sens du devoir; connaissance de la culture de l'établissement; soutien de professionnels de la nutrition	Certification de diététiste des directeurs des services alimentaires (USA); présence de diététistes dans les établissements (Canada)
Gestion des partenariats	Gestion dynamique et évaluation constante en tenant compte des coûts	Petits sondages, tests de goût (USA)
Soutien des administrateurs et du personnel	Implantation par étapes; communication constante	Ajustement des menus selon la saison avant le recours aux producteurs locaux (Kaiser Permanente)

1.2 La situation du Canada : le cas de l'Ontario

Dans cette section, nous présentons plusieurs cas de l'Ontario où, non seulement plusieurs initiatives ont été développées, mais des études les documentant ont été menées. Divers exemples sont disponibles dans la littérature. Par exemple, le Hospital for Sick Children de Toronto et le Farmers' Markets Ontario se sont associés afin de créer un marché sur le site de l'établissement pour vendre des produits locaux. L'objectif de cette initiative est la promotion des producteurs locaux, mais également la promotion d'une saine alimentation chez les visiteurs et le personnel (Wilson & Garcia, 2011a). Un autre projet à l'hôpital de Scarborough vise une meilleure intégration des produits frais locaux en les incluant dans les repas servis aux patients, au personnel et aux visiteurs (Globe&Mail, 2012). Toujours au Canada, une étude portant sur les connaissances relatives aux aliments et aux impacts environnementaux des choix alimentaires conclut qu'il y a un manque de connaissances à ce sujet dans le milieu des soins de santé. Selon les auteures, les diététistes seraient des acteurs de changement vers des politiques et des pratiques d'approvisionnement plus vertes en raison de leur statut d'experts. Par exemple, l'association des diététistes au Canada a déjà sensibilisé ses membres à la question du développement durable (Wilson & Garcia, 2011a).

Par ailleurs, plusieurs établissements ontariens ont opté pour des services alimentaires externes fournissant des mets déjà préparés et ne possèdent donc pas la capacité de préparer la nourriture sur place (Wilson & Garcia, 2011a). Une étude récente (Padyani *et al.* 2011) a procédé à une collecte exhaustive (entrevues, sondage et focus groups) auprès des institutions ontariennes, dont 137 questionnaires auprès de gestionnaires de service, 14 entrevues avec des gestionnaires de centres pour personnes âgées et six focus groups avec des producteurs. L'étude en est arrivée à certaines conclusions intéressantes :

- les hôpitaux utilisent de grandes organisations pour leurs commandes afin de satisfaire aux règles d'hygiène et d'assurer un prix bas : l'approvisionnement local est de faible importance stratégique en Ontario;
- les efforts devraient se lier à d'autres cibles (santé, émissions, etc.);
- enfin, les fournisseurs semblent peu intéressés à investir pour s'approvisionner localement.

La recherche conclut : « ...it is possible to take advantage of the market potential for local food in Ontario's health care sector. However, cooperation and coordination among several key stakeholders is essential if broad scale gains that can be sustained long-term are to be sought.» (Padyani *et al.* 2011 : 8).

Qu'en est-il de la situation de l'approvisionnement en fruits et légumes locaux par les établissements de santé au Québec? La section suivante présente les caractéristiques de ce secteur et les données recueillies par l'entremise des quelques initiatives lancées ces dernières années.

1.3 Le cas du Québec

Les études de cas sur la situation de l'approvisionnement en produits maraîchers locaux par les établissements de santé au Québec demeurent peu nombreuses. Équiterre fait figure de pionnier dans ce domaine, et ses recherches dressent un portrait de la situation du point de vue des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des producteurs. D'autres initiatives d'approvisionnement local dans les hôpitaux ont vu le jour au Québec, mais ces dernières ne sont pas toujours documentées ou n'ont pas fait l'objet d'une évaluation systématique¹. Cette section présente donc la situation de l'approvisionnement des établissements de santé (Hôpitaux et

¹ Un exemple est le Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke (CHUS) qui a collaboré en 2009 avec des étudiants de la Maîtrise en environnement afin d'instaurer une politique d'achat écoresponsable pour les services alimentaires. Le résultat a été un *Guide d'implantation de l'approvisionnement responsable dans le secteur de l'alimentation*, dont les effets sur les pratiques institutionnelles demeurent flous selon le Conseil en développement durable du CHUS.

CHSLD) en fruits et légumes produits localement ainsi que les dernières initiatives des acteurs gouvernementaux impliqués dans le dossier (MSSS et MAPAQ).

L'importance du réseau de la santé dans le secteur des achats alimentaires des HRI est indéniable. Bien que les HRI ne représentent que 6,3 % des achats alimentaires au Québec, les établissements de santé font près de 72 % des achats totaux faits par les établissements, soit un chiffre d'affaires de 566 300 000\$. Selon le MSSS, le nombre d'établissements au Québec est de 283 et les installations (lieux physiques) qui les composent tournent autour de 1714. En 2009-10, le nombre de repas servis dépassait légèrement le million (MSSS, Répertoire des établissements). De plus, le vieillissement de la population devrait accroître cette part de marché (Ntibashoboye, 2010). Selon des données de 2003, les produits alimentaires frais constituent une part importante des achats de fruits et légumes (27% des achats totaux) par les établissements de santé. Bien que les conserves arrivent en première place (35 %), les produits frais (30 %) et les produits frais coupés (25 %) sont deux catégories de produits fortement utilisés par les services alimentaires de ces établissements (MAPAQ, 2003).

Tableau 2: Les entreprises offrant des services alimentaires au Québec en 2007

Types d'établissements	Nombre (en 2007)		Ventes (M \$) (en 2007)	
Hébergement (1)		1 634		n.d.
Restauration (1)				
Restaurants à service complet	9 627			4 776
Restaurants à service restreint	6 414			2 884
Services de restauration spéciaux	797			742
Débits de boissons alcoolisées	1 456			714
Total		18 294		9 115
Institutionnel (2)				
Santé				
> Maisons de retraite	n.d.		494	
> Soins de longue durée	n.d.		838	
> Hôpitaux	n.d.		904	
Sous-total		n.d.		2 236
Éducation				
> Écoles privées	n.d.		17	
> Écoles secondaires	n.d.		82	
> Collèges (Cégeps)	n.d.		28	
> Universités	n.d.		202	
Sous-total		n.d.		329
Forces armées		n.d.		279
Transports		n.d.		141
Services correctionnels		n.d.		114
Milieu de travail				
> Secteur privé	n.d.		46	
> Secteur public	n.d.		7	
Sous-total		n.d.		53
Région isolées		n.d.		119
Total		10 083		3 270

MAPAQ, Bottin statistique de l'alimentation, 2008

1 MAPAQ, Direction générale de l'alimentation, avril 2008

2 CFRA, Institutional Foodservice Market Report, 2007 (Ventes, données préliminaires)

Source 1: Marcon, 2010

Au sein des établissements du réseau de la santé, il existe un grand intérêt pour l'approvisionnement en produits locaux. Comme l'a constaté Équiterre à travers les projets *Approvisionnement alimentaire local pour le milieu institutionnel à Laval* (2011), *Le marché institutionnel en circuit court en Mauricie : une opportunité à saisir* (2010) et *À la soupe!* (2007-2010), les institutions de santé sont très intéressées par l'alimentation locale. Selon l'organisme (Équiterre, 2012), cet intérêt serait un facteur favorable pour l'approvisionnement local. Un sondage auprès de 25 établissements révèle que pour 80 % d'entre eux, cet aspect est déterminant dans la mise en place de politiques et de pratiques d'approvisionnement en circuit court (Équiterre 2012). Les facteurs motivant cet intérêt sont les préoccupations grandissantes envers le développement durable et les saines habitudes de vie.

Politiques-cadres

Deux éléments concourent à favoriser le potentiel de développement de l'achat local dans les établissements de santé : la cadre de référence sur la saine alimentation et les orientations en termes de développement durable.

D'abord, le MSSS souhaite intégrer les principes du développement durable à l'ensemble des activités des services alimentaires en minimisant les impacts environnementaux (transport, entreposage, menus saisonniers) et en privilégiant l'achat local dans le respect des lois et règlements régissant l'approvisionnement des établissements. La sensibilité écologique dans le secteur de la santé est d'ailleurs identifiée comme un facteur de succès (Équiterre, 2010) et comme argument convaincant dans la mise en place de politiques d'achat local (Ntibashoboye, 2010).

Ensuite, en 2009, le MSSS publiait le cadre de référence *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité*, invitant les établissements de soins à offrir des aliments de qualité et à haute valeur nutritive tout en respectant les goûts et préférences des résidents. Ce cadre de référence s'inscrit dans un contexte spécifique :

[Il] découle du récent Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir. Rappelons que sept ministères et trois organismes gouvernementaux ont décidé de mettre en place de façon coordonnée et concertée des actions ayant une réelle portée sur la qualité de vie des jeunes et de leur famille. Le réseau de la santé publique est donc plus que jamais interpellé pour soutenir et outiller ces partenaires dans la mise en place d'environnements favorisant une saine alimentation et un mode de vie actif.

De plus, les pratiques de saine alimentation dans les établissements de santé mettent l'accent sur l'accès à des produits à haute valeur nutritive dans une optique de santé publique. En effet, les autorités de santé publique qui visent la prévention des maladies chez les employés favorisent également l'approvisionnement auprès de producteurs locaux. En ce sens, l'Agence de santé publique et des services sociaux de Montréal suggérait d'organiser la vente d'aliments sains et de produits locaux en collaboration avec des organismes communautaires ou avec des producteurs locaux afin de lutter contre l'excès de poids et d'aider les employés à « atteindre un état de santé globale et de bien être. » (Agence de santé publique et des services sociaux de Montréal, 2011). Les établissements de santé doivent donc respecter les normes du Guide alimentaire canadien et offrir des repas composés des quatre groupes alimentaires (Marcon, 2011).

Si ces cadres de référence ont encouragé les établissements à prendre en considération et à implanter des mesures d’approvisionnement local, il ne faut pas sous-estimer l’initiative individuelle des membres des établissements de santé. Par exemple, c’est par l’initiative du D^r Mirabelle Kelly, microbiologiste, qu’un jumelage entre l’Hôpital Jean-Talon et une ferme locale prend forme en 2007 (Équiterre, 2010). De plus, la présence d’un conseiller en développement durable au CHUS en Estrie et l’ouverture de la directrice ont facilité la mise en place de critères d’achat responsable par les étudiants de la maîtrise en environnement (Eyssartel et coll., 2009).

L’intérêt pour l’approvisionnement local est donc bien présent dans les établissements de santé et au MSSS, mais il faut noter un certain flou dans la définition du concept. Des entrevues ont révélé une absence de consensus autour de la définition du produit local. Certains établissements font leurs achats en se basant sur la localisation du fournisseur, sans connaître la provenance des produits, alors que d’autres possèdent des normes spécifiant qu’un produit local doit être cultivé à l’intérieur d’une certaine distance (Marcon, 2011). De plus, si le contexte semble favorable du point de vue des cadres de référence, un sondage auprès de 30 établissements de santé a démontré que seulement 40 % considèrent que la présence d’une politique d’achat est un facteur de succès pour l’approvisionnement auprès des producteurs locaux (Équiterre, 2012).

Fonctionnement de l’approvisionnement

En ce qui a trait à la gestion de l’approvisionnement, les établissements de santé utilisent de multiples canaux : appel d’offres, contrats de commandes (de gré à gré), grossiste, système, regroupement des achats, cuisines centrales (Ntibashoboye, 2010). En ce qui concerne les produits frais spécifiquement, les achats se font par appels d’offres individuels pour chacun des établissements ou par le biais de négociation de gré à gré. En effet, 8 établissements sondés ont répondu procéder par négociation de gré à gré dans 75 % des cas et par appel d’offres public dans 25 % des cas (Équiterre, 2012). Aussi, les établissements du réseau de la santé sont habitués à utiliser non seulement de multiples canaux, mais aussi à s’approvisionner auprès de plusieurs fournisseurs. Sur 22 établissements, 82 % font affaire avec plus de 5 fournisseurs (Équiterre, 2012). Les responsables de l’approvisionnement doivent comparer le prix de l’aliment recherché auprès de trois fournisseurs avant de procéder à un achat (Équiterre, 2010). Par ailleurs, pour 61 % de ces établissements, le « processus d’approbation du fournisseur » serait un facteur favorable à l’approvisionnement en circuit court dans le réseau de la santé (n=23) (Hardesty, 2008 cité par Équiterre, 2012, p. 37-38).

Selon ce même sondage de 2012, 68 % des établissements du réseau de la santé (n=25) s’approvisionnent auprès de grossistes-distributeur spécialisées dans les fruits et légumes. Suivent dans l’ordre les grossistes-distributeur généralistes dans 40 % des cas et les achats directs auprès du producteur pour 24 % des établissements (Équiterre, 2012).

L'approvisionnement des établissements de santé est caractérisé par des variations régionales (Agéco, 2007). Néanmoins, en ce qui concerne les fruits et légumes frais, il y a possibilité de déroger à cette manière de faire. En Mauricie, aucun contrat ne prévoit un approvisionnement contrôlé pour des produits. À l'inverse, les contrats de fruits et légumes et fruits congelés sont régis par la coopérative d'approvisionnement (Équiterre, 2010, Agéco, 2007). À Montréal, SygmaSanté n'intervient pas dans les achats de fruits et légumes frais (Agéco, 2007). Pour les établissements, les négociations ont lieu au début de l'été ou de l'automne pour chaque catégorie de produits. Ces contrats sont d'une durée d'environ 2-3 ans. Bien que cela laisse entrevoir une forte instabilité chez le producteur, en raison de la fréquence des appels d'offres, trois études ont constaté qu'il se développait une fidélité entre les établissements et les producteurs qui compense la lourdeur du processus (Équiterre, 2010; RCGT, 2006; MAPAQ, 2003).

Certaines pistes de solutions sont ressorties pour pallier ce problème. Premièrement, les négociations de gré à gré pour obtenir un meilleur prix pour des volumes plus importants seraient un moyen de faire baisser les coûts. Les producteurs se montraient ouverts à négocier un prix à la baisse si les établissements de santé commandaient des volumes intéressants et les maintenaient. Deuxièmement, Équiterre a suggéré l'offre de produits à l'esthétique imparfaite puisque les établissements transforment les aliments. En effet, Équiterre croit que cette approche serait bénéfique, car elle ferait baisser le prix des aliments et permettrait aux producteurs d'écouler tous leurs produits. Ceci permettrait également, selon les établissements de santé, d'avoir accès à davantage de variétés (Équiterre, 2011).

Obstacles

Bien que les établissements de santé soient intéressés à introduire des aliments frais locaux dans leur offre alimentaire, il y a des obstacles d'ordre technique et en ce qui a trait aux ressources humaines. D'abord, l'IRIS a constaté un virage vers les cuisines froides (mets surgelés ou congelés) et l'abandon des cuisines traditionnelles et des liaisons chaudes. Ce constat découle de l'analyse des plans techniques des « méga hôpitaux » montréalais, le CUSM et le CHUM (Hébert, 2010). De plus, les cuisines fonctionnent de plus en plus en mode « service hôtelier » offrant une vaste gamme de repas. Cette orientation technique des hôpitaux n'est pas irréversible, car après des plaintes des patients sur la qualité de l'offre alimentaire en liaison froide, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont est revenu à une cuisine traditionnelle (IRIS, 2010). Dans la même veine, Équiterre proposait un investissement dans les cuisines afin de rendre possible la préparation de produits frais sur place (Équiterre, 2010).

Par ailleurs, l'introduction de produits locaux frais, généralement plus chers, nécessiterait des ajustements dans les menus afin d'équilibrer les budgets. En effet, la capacité d'adaptation des cuisines en fonction de l'offre alimentaire a été reconnue comme un facteur de succès des initiatives

d’approvisionnement local dans les établissements (Équiterre, 2010). Pour ce qui est des employés des cuisines, l’approvisionnement en produits locaux impliquait une modification des habitudes de travail en raison du temps nécessaire pour préparer les aliments (lavage, épluchage, coupage), tâches nécessitant la formation du personnel.

Enfin, la diversité des modes de gestion en approvisionnement des établissements de santé peut freiner l’intégration d’aliments locaux. De l’aveu du MSSS, « l’implantation d’une politique alimentaire dans ces établissements pourrait demander davantage de temps, compte tenu du temps requis pour respecter les ententes contractuelles en cours et la renégociation de nouvelles ententes » (MSSS, 2009).

Les aspects logistiques de l’approvisionnement en produits locaux nécessitent une attention particulière et des ajustements de la part des établissements de santé et des producteurs. Si la facilitation des livraisons a été considérée comme un facteur de succès par les participants en Mauricie (Équiterre, 2010), les établissements Lavallois ont soulevé certains problèmes de communications et auraient souhaité des livraisons plus fréquentes (Équiterre, 2011). De plus, l’embauche d’un employé saisonnier pour la prise de commande par fax, d’un commun accord entre les établissements et la Coopérative Paniers-Saveurs de Laval, a créé des problèmes en raison du risque de perte des formulaires de commande; par ailleurs, le retour à l’école de cet employé a fait diminuer les livraisons pendant une semaine, soit vers la fin du projet (Équiterre, 2011). Cependant, il semble que la proximité des fournisseurs permette des livraisons plus rapides (RCGT, 2006).

Pour les producteurs, la prise de commande et la logistique de la livraison représentaient une charge de travail additionnelle. Ainsi, 28 % des producteurs considéraient ardue la gestion de la distribution de leurs produits (Équiterre, 2010). Des mesures comme la mise en place d’une plate-forme virtuelle pour la prise de commandes ont été suggérées afin de minimiser le risque de perte des commandes, de permettre leur réception hors du bureau (travail mobile) et de rendre le suivi plus efficace et plus rapide (Leclerc-Marceau et coll., 2011).

Tableau 3: Les facteurs influençant l'approvisionnement local

Aspect	Exemples
Solidarité envers les producteurs et fournisseurs locaux	Le projet auprès des établissements lavallois a démontré que ces établissements et leur personnel ont grandement apprécié le soutien à la production locale.
Fraîcheur et qualité des produits locaux	Selon le MAPAQ, les établissements de santé considèrent (en plus du prix, abordé ci-dessous) l’apparence et la fraîcheur comme des

indicateurs de la qualité et comme un facteur orientant les achats.

Variété

Les établissements de la Mauricie ont apprécié la diversité des produits offerts (Équiterre, 2010).

Saisonnalité

Il est très difficile pour le producteur d’allonger la saison en automne, car les prix deviennent trop instables et qu’il est alors difficile d’assurer et de maintenir des prix raisonnables pour les établissements. Les établissements doivent adapter leurs menus aux saisons.

**Salubrité des aliments
frais et respect des
normes**

Les établissements vont orienter leurs achats vers les laitues américaines prélavées afin de respecter ces impératifs et d’éliminer le temps requis pour le lavage (Équiterre, 2010; Marcon, 2011, MAPAQ, 2003).

Prix

Il s’agirait du facteur primordial lors des achats par appel d’offres (MAPAQ, 2003); des données contradictoires sur le prix des aliments québécois proviennent d’autres études. Ainsi, le MAPAQ notait les prix abordables des produits québécois en saison comme un avantage pour la production locale (MAPAQ, 2003). La même chose était notée au Saguenay-Lac-Saint-Jean (RCGT, 2006).

Surcharge de travail

Élément d’insatisfaction chez le personnel, car cela entraînait une surcharge de travail, avec les implications budgétaires qui en découlent.

**Manque d’informations
sur les producteurs et les
distributeurs locaux**

Les établissements manquent de connaissances, mais émettent le désir d’être informés davantage (RCGT, 2006). De leur côté, les producteurs soulignent que la promotion des produits locaux est déficiente (Équiterre, 2010; RCGT, 2006).

Volume

Une grande préoccupation des maraîchers est la capacité de fournir les établissements en termes de volume. Selon ces derniers, les établissements ne semblent pas intéressés à multiplier les sources d’approvisionnement (Équiterre, 2010).

Conclusion

L’approvisionnement des hôpitaux en circuits courts au Québec n’en est qu’à ses débuts, les premières initiatives ayant été lancées par Équiterre ou des individus préoccupés par le développement durable et la saine alimentation. Le gouvernement du Québec (le MSSS et le

MAPAQ) débute ses efforts afin d’encourager les établissements du réseau de la santé à revoir leur mode d’approvisionnement alimentaire. Malgré la présence de cadres de référence, d’autres facteurs influencent positivement et négativement la mise en place de pratiques concrètes par ces établissements tels que le mode de gestion des cuisines, la sensibilité à la problématique par des personnes clés, les garanties de sécurité, etc. De plus, on note des variations régionales et des contradictions quant aux priorités guidant le choix de fournisseurs. Cette revue de la situation permet de conclure qu’une bonne connaissance des établissements relativement à leur mode de fonctionnement et leurs contraintes, ainsi qu’une attention spéciale à leurs besoins spécifiques ouvrent la voie à l’approvisionnement en circuits courts dans le réseau de la santé.

2. L'ÉTAT DE LA SITUATION DANS LA LITTÉRATURE JURIDIQUE

Les principaux mécanismes qui régissent directement l'approvisionnement de produits maraîchers, congelés et transformés dans le milieu hospitalier sont l'*Accord sur le commerce intérieur* (ACI) et la *Loi sur les contrats des organismes publics* (LCOP) avec les politiques et les règlements qui en découlent, tels que la *Politique de gestion contractuelle concernant la conclusion des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction des organismes publics du réseau de la santé et des services sociaux* (par après la Politique) et le *Règlement sur les contrats d'approvisionnement des organismes publics* (par après RCAOP).

2.1 Accord sur le commerce intérieur (ACI)

L'*Accord sur le commerce intérieur* (ACI) est un accord intergouvernemental, donc multilatéral, qui engage la quasi-totalité des gouvernements canadiens (Coulibaly, 2010).

Même si l'ACI ne possède pas le statut juridique d'une loi ou d'un règlement à proprement parler, il n'en reste pas moins qu'il a une influence majeure sur la législation provinciale et fédérale applicable aux marchés publics (INS, 2009 et Coulibaly, 2010). À titre d'exemple, les seuils établis dans la *Loi sur les contrats des organismes publics* (LCOP) pour les appels d'offres publics sont déterminés à partir des seuils établis dans cet accord ainsi que d'autres accords bilatéraux.

En somme, l'ACI dresse les grands principes auxquels sont soumis les marchés publics provinciaux et fédéraux pour l'adjudication de contrats (principe de libre marché). Pour concrétiser cet objectif l'ACI s'articule autour des six grands principes suivants: non-discrimination réciproque des parties, libre circulation des produits et services, absence d'obstacle au commerce, dérogation pour cause d'objectif légitime, conciliation, transparence (ACI, 1994).

Champs d'application

Les organismes de santé et de services sociaux du Québec sont visés par le chapitre 5 de cet accord par l'article 503 et l'annexe 502.4 de l'ACI.

L'article 504 par.4 en concordance avec l'annexe 502.4 C) par.3 a) établit le seuil d'application du présent accord aux marchés publics d'une valeur de 100 000 \$ et plus.

Appel d'offres

Toutes les dépenses effectuées par un organisme public d'une valeur de 100 000 \$ et plus doivent faire l'objet d'un appel d'offres public. Pour ce faire, les organismes publics de services de santé et de services sociaux doivent respecter les règles de transparence et de non-discrimination réciproque établies par l'annexe 502.4 de l'ACI en garantissant l'occasion des marchés publics à tous les fournisseurs canadiens qui sont en mesure de combler le besoin (ACI, 1994, Annexe 502.4 G) par.6).

Dans l'évaluation de leur offre, les organismes de santé et de services sociaux peuvent tenir compte, en plus du prix, de critères qualitatifs tels que : la qualité, la quantité, des modalités de livraison du service offert, la capacité du fournisseur de satisfaire aux conditions du marché public et de tout autre critère compatible avec le principe de non-discrimination (détails à 3.3) (ACI, 1994, Annexe 502.4 G) par.10)

Non-discrimination réciproque

Ce principe a pour fonction première d'établir un accès égal à tous les fournisseurs canadiens. On retrouve le principe général au chapitre 4 article 401 de l'ACI. Toutefois, pour les organismes de santé et de services sociaux, c'est plutôt le libellé du chapitre 5 et l'annexe 502.4 qui s'applique (ACI, 1994, Annexe 502.4 B et D). Concernant l'achat local, le principe est très clair quant à la discrimination géographique sur un fournisseur :

Les provinces ne peuvent adopter ou maintenir toute mesure ayant pour effet d'obliger les entités visées par la présente annexe à faire une distinction entre les fournisseurs, les produits ou les services fondés sur leur situation géographique au Canada. [Surligné ajouté] (ACI, 1994, Annexe 502.4 D par.1)

On remarque par cet extrait que l'annexe 502.4 D) par.1 n'offre aucune flexibilité pour une législation qui aurait pour objectif d'obliger les marchés publics dans le secteur de la santé et des services sociaux à discriminer selon la situation géographique d'un fournisseur canadien.

À la différence du premier paragraphe, le par.2 de l'annexe 502.4 vise directement les marchés publics :

Dans leurs pratiques d'acquisitions, les entités visées par la présente annexe ne peuvent adopter ou maintenir toute forme de discrimination fondée sur la province d'origine soit des produits, des services ou des matériaux de construction, soit des fournisseurs de ces produits, services ou matériaux de construction. [Surligné ajouté] (ACI, 1994, Annexe 502.4 D par.2)

Pour préciser les libellés du paragraphe 2, le paragraphe 3 de l'annexe 502.4 renvoie à l'appendice B de la même annexe. Cet appendice énumère, de façon non exhaustive, des exemples concrets d'acquisitions considérées comme discriminatoires au sens de l'ACI. Un aperçu des énumérations qui sont pertinentes à l'achat local en milieu hospitalier est présenté à l'Annexe 1.

L'article 504 paragraphe 4 de l'ACI vient bonifier cette interprétation en mentionnant que les pratiques visant à favoriser les produits, services ou fournisseurs d'une province ou d'une région dans l'évaluation et l'attribution d'un contrat sont incompatibles avec le principe de non-discrimination réciproque.

Exceptions

Un organisme public de services de santé et de services sociaux **peut accorder une valeur ajoutée aux produits canadiens** (Annexe 502.4, J). Cette valeur ne doit cependant pas dépasser 10 % (marge préférentielle calculée pour la comparaison des offres et non sur la valeur du contrat) (Annexe 502.4, J) par.1).

Également, un organisme public de services de santé et de services sociaux peut limiter son appel d'offres à des produits ou services canadiens. Pour être en mesure d'apposer une telle exigence l'organisme devra s'assurer que les deux éléments suivants sont respectés (Annexe 502.4, J) par.2) :

- Existence d'une concurrence suffisante entre les fournisseurs canadiens;
- Que son exigence en matière de contenu canadien ne soit pas supérieure à ce qui est nécessaire pour que le produit à acquérir soit qualifié de produit canadien.

(ACI, 1994, 504 par.5 et Annexe 502.4, J) par.2)

Ces exceptions offrent une ouverture pour encourager et prioriser l'achat de produits canadiens. Toutefois, selon l'esprit de l'accord, cette flexibilité ne peut pas être interprétée de façon à offrir un traitement similaire pour les produits québécois.

Non-application

Le paragraphe K de l'annexe et l'article 507 de l'ACI émettent des limites quant au champ d'application de l'accord. Selon ces dispositions, l'annexe 502.4 et le chapitre 5 de l'ACI ne s'appliquent pas notamment dans les cas suivants : à la revente au public, aux marchés publics avec un organisme à but non lucratif, aux établissements philanthropiques ou aux produits dont la circulation est retenue par des règles de droit (Annexe 502.4, K)) et (ACI, 1994, art. 507).

Selon la documentation sur le sujet, la notion de produits destinés à la revente au public exclut tout produit qui est revendu transformée (INS, 2009). À titre d'exemple, des pommes directement revendues sont considérées comme des produits de revente, mais des pommes utilisées pour en faire des croustades ou tout simplement bouillies ne doivent pas être interprétées comme un produit de revente, puisque le produit subit une transformation (INS, 2009).

La non-application de l'ACI sur les marchés publics conclus avec des organismes à but non lucratif et les établissements philanthropiques sera analysée plus en détail au chapitre suivant (chapitre 4).

2.2 Loi sur les contrats des organismes publics (LCOP)

Depuis le 1^{er} octobre 2008, la *Loi sur les contrats des organismes publics* (LCOP) est le principal outil législatif utilisé par le gouvernement québécois pour encadrer le processus d'attribution de contrats des marchés publics québécois.

La *Loi sur les contrats d'organismes publics* (LCOP) a été bâtie selon les principes établis dans l'*Accord sur le commerce intérieur* (ACI). Elle est l'outil juridique principal utilisé par le gouvernement québécois pour faire appliquer les règles de l'ACI sur son territoire. L'esprit de cette loi est donc le même que celle qui a guidé l'ACI.

La LCOP vise une quantité importante d'organismes publics qui sont eux-mêmes soumis à plusieurs lois, règlements, politiques et directives des différents paliers de gouvernements. L'analyse de cette loi fera donc, à l'occasion, référence à ces textes.

Entités visées par la LCOP

Selon le paragraphe 6 de l'article 4 de la LCOP, tout établissement public visé par la *Loi sur les services de santé et services sociaux* (Centres hospitaliers (art.79 LSSS)), les personnes morales ainsi que les groupes d'approvisionnement sont considérés comme des organismes publics au sens de la présente loi.

Précisément, la LCOP vise à déterminer les conditions de contrat qu'un organisme public assujetti à la loi conclut avec les contractants suivants : organisme de droit privé à but lucratif (compagnie, coopérative, et etc.), société en nom collectif, société en commandite, société en participation, personne physique qui exploite une entreprise individuelle et entreprise dont la majorité des employés est constituée de personnes handicapées.

Ainsi, les organismes de droit privé à but non lucratif (OSBL ou OBNL), les personnes physiques qui n'exploitent pas une entreprise individuelle et les contrats entre les entités publiques ne sont pas visés par la LCOP. Les règles entourant ces organismes se retrouveront dans la *Politique* du MSSS. Leur cas sera analysé plus en détail au sous-chapitre 4.3.

L'article 3 al.1 paragraphe 1 de la LCOP assujettit les contrats d'approvisionnement effectués par un organisme public, dont ceux de la santé et des services sociaux.

Adjudication et attribution des contrats pour les entités visées par l'article 1 de la LCOP

Les règles concernant l'adjudication de contrats sont établies par l'article 10 de la LCOP. Selon l'alinéa 1 paragraphe 1 de cet article de loi (LCOP, art. 10 al.1 par.1), les organismes publics de services de santé et de services sociaux, en concordance avec l'Annexe 502.4 C) par.3 a) de l'ACI, doivent recourir à l'appel d'offres public lorsque des contrats d'une valeur de 100 000 \$ et plus sont en jeu.

Les contrats d'approvisionnement accordés par appel d'offres public peuvent être adjugés selon deux types de critères : le prix et la qualité.

Dans les contrats d'une valeur inférieure à 100 000 \$, les organismes publics de services de santé et de services sociaux doivent notamment évaluer les possibilités suivantes : 1° de procéder par appel d'offres public ou sur invitation; 2° d'instaurer des mesures favorisant l'acquisition de biens, de services ou de travaux de construction auprès de concurrents ou de contractants de la région concernée; 3° d'effectuer une rotation parmi les concurrents ou les contractants auxquels cet organisme fait appel ou de recourir à de nouveaux concurrents ou contractants (LCOP, art. 14).

L'ordre d'évaluation des possibilités établi par l'article 14 de la LCOP indique également l'ordre dans lequel le processus décisionnel de l'organisme public doit procéder. Ainsi, pour les contrats d'une valeur inférieure à 100 000 \$, l'organisme public de services de santé et de services sociaux doit évaluer, en premier lieu, la possibilité d'aller en appel d'offres public ou d'utiliser le processus d'appel d'offres sur invitation. Une fois que ces possibilités sont jugées non concluantes, on évalue la deuxième possibilité mentionnée au paragraphe 2 de l'alinéa 1, et ainsi de suite.

Lorsqu'on procède par un appel d'offres sur invitation, on doit inviter un minimum de trois fournisseurs dont l'établissement est au Québec, dans le cas où c'est possible (Politique art. 29).

Les règles concernant les contrats de moins de 25 000 \$ accordés par un organisme public de services de santé et de services sociaux sont beaucoup plus souples. Entre autres choses, la politique, aux articles 37 et 38, offre la possibilité à l'organisme public de procéder soit par appel d'offres

public, par appel d'offres sur invitation, par appel d'offres verbal sur invitation ou encore de conclure un contrat de gré à gré.

Pour éviter tout fractionnement de contrat, la politique, à l'article 36, vient apporter une mention qui interdit à tout organisme public de scinder ou de fractionner un contrat dans le but d'éviter d'aller en appel d'offres.

Un tableau récapitulatif des principales obligations pour les organismes publics de services de la santé et des services sociaux peut être consulté à l'annexe 2.

Adjudication et attribution des contrats pour les organismes de droit privé à but non lucratif (OBNL) non visés par l'article 1 de la LCOP

Les organismes de droit privé à but non lucratif (OBNL), comme mentionné au début du chapitre, ne sont pas visés directement par la LCOP. L'octroi de contrat pour ce type d'organisme est donc encadré par la Politique du MSSS. Cette situation a pour effet que les exigences dans l'adjudication de contrats sont beaucoup plus flexibles que ceux prescrits par la LCOP.

En somme, les contrats de 100 000 \$ et plus doivent respecter un mécanisme d'adjudication similaire à celui des contrats situés entre 25 000 \$ et 99 999 \$ pour les organismes visés à l'article 1 de la LCOP. Un organisme public peut donc conclure un contrat de 100 000 \$ et plus avec un organisme de droit privé à but non lucratif non visé par l'article 1 de la LCOP par négociation de gré à gré, par appel d'offres où seulement ce type d'organisations sont invitées à soumissionner ou par appel d'offres public (Politique art. 11 et 29). L'appel d'offres public doit néanmoins être envisagé en premier lieu, et celui-ci peut même être régionalisé. Ensuite, lorsque l'appel d'offres public n'est pas utilisé, les autres alternatives telles que l'appel d'offres sur invitation non régionalisé et régionalisé, ainsi que le contrat de gré à gré, doivent être envisagées (Politique art. 29).

Le dirigeant de l'organisme public doit cependant autoriser toute transaction de 100 000 \$ et plus (Politique art. 11).

Un tableau récapitulatif des principales obligations pour les organismes publics de services de la santé et des services sociaux peut être consulté à l'annexe 3.

Contrat de commandes

Dans le cas précis des contrats de commandes, une organisation publique peut se doter d'une règle qui lui permet d'attribuer un contrat à un fournisseur qui excède pour un maximum de 10 % le prix le plus bas (RCAOP art. 18 al.2). Cette règle d'adjudication doit cependant être autorisée par les

dirigeants de l'organisme (RCAOP art. 18 al.2). Selon l'esprit de la LCOP, cette règle doit respecter le principe de non-discrimination réciproque de l'ACI analysé au sous-chapitre 3.3.

Spécification liée à la qualité ou au développement durable

Un organisme public peut exiger dans son document d'appel d'offres des spécifications liées à la qualité, au développement durable ou à l'environnement. Toutefois, si cette mesure a pour effet de réduire indûment la concurrence, l'organisme public doit permettre à tous les fournisseurs de présenter une soumission et accorder une marge préférentielle d'au plus 10 % aux fournisseurs qui répondent à la spécification demandée. La marge préférentielle doit être indiquée dans le document d'appel d'offres (RCAOP art. 37).

On ne peut pas considérer l'article de ce règlement comme une ouverture juridique pour mettre des exigences quant à la provenance géographique d'aliments attendu que cette spécification, quoiqu'en lien avec le développement durable, contreviendrait à l'article 2 de la LCOP. Actuellement la marge préférentielle de 10 % semble être le mécanisme le plus populaire auprès des acteurs pour favoriser les entreprises responsables dans le processus d'appel d'offres.

Regroupement d'organismes publics lors de l'appel d'offres

Il est possible pour les organismes publics de se regrouper et faire un appel d'offres commun afin d'obtenir des économies d'échelle. Néanmoins, ces entités sont soumises aux mêmes exigences et obligations que celles auxquelles sont assujettis les organismes publics (LCOP, art.15 et 16).

2.3 Perspectives légales d'achat local pour le milieu hospitalier

À la lueur de cette analyse, les possibilités d'achat institutionnel local dans le milieu hospitalier doivent se classer en trois (3) catégories : les achats de moins de 25 000 \$, les achats se situant entre 25 000 et 99 999 \$, et les achats de 100 000 \$ et plus.

Achats de moins de 25 000 \$

Pour les achats de moins de 25 000 \$, les perspectives juridiques sont très intéressantes, un organisme public de santé et de services sociaux pouvant choisir le mécanisme contractuel qu'il préfère.

Achats se situant entre 25 000 et 99 999 \$

Concernant les achats se situant entre 25 000 \$ et 99 999 \$, malgré des exigences plus strictes dans le processus d'octroi de contrats que pour la catégorie précédente, l'organisme public de santé et de services sociaux possède une marge de manœuvre intéressante pour favoriser l'achat de produits locaux. Il peut, entre autres, procéder par appel d'offres sur invitation.

Achats de 100 000 \$ et plus

La catégorie des achats de 100 000 \$ et plus offre des possibilités beaucoup plus limitées. L'objectif de libéralisation des marchés prôné par l'ACI et la LCOP limite considérablement la marge de manœuvre des organismes publics pour l'achat de produits locaux. Néanmoins, il est possible de retrouver quelques mécanismes qui, selon leur utilisation, peuvent favoriser indirectement l'achat de produits locaux. En voici un aperçu :

- La possibilité d'accorder une valeur ajoutée aux produits canadiens pour un maximum de 10 % et de limiter l'appel d'offres à des entreprises canadiennes (ACI, 1994, Annexe 502.4, J)).
- Une organisation publique peut se doter d'une règle qui lui permet d'attribuer à un fournisseur qui excède pour un maximum de 10 % le prix le plus bas dans l'octroi de contrats de commandes (Règlement sur les contrats d'approvisionnement des organismes publics art. 18 al.2).
- Un organisme public peut exiger dans son document d'appel d'offres des spécifications liées au développement durable et à l'environnement, ou offrir une marge préférentielle de 10 % aux fournisseurs qui répondent à ce type de spécification.
- Les contrats des organismes publics consentis aux organismes de droit privé à but non lucratif (OBNL) ne sont pas assujettis à la LCOP ou l'ACI. La Politique, seul texte qui encadre ce type de transaction, est beaucoup plus flexible dans ses exigences. Concrètement, dans ce genre de situation, l'organisme public dispose d'une latitude similaire à celle qui lui est offerte pour une transaction qui se situe entre 25 000 \$ et 99 999 \$.

Tableau 4: Règles d'adjudication de contrats pour les organismes de services de la santé et des services sociaux pour les entités visées à l'article 1 de la LCOP

Valeur du contrat	Contrat de moins de 25 000 \$	Contrat de 25 000 \$ à 99 999 \$	Contrat de 100 000 \$ et plus
Règles générales	<p>Peut choisir l'une des options suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appel d'offres public ▪ Appel d'offres sur invitation (peut-être verbale) ▪ Contrat de gré à gré 	<p>Se doivent d'évaluer les possibilités suivantes (dans l'ordre) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appel d'offres public ou sur invitation ▪ Appel d'offres avec des composantes régionales ▪ Effectuer une rotation parmi les concurrents ▪ Contrat de gré à gré : Après avoir considéré les autres alternatives. (Doit être utilisé de façon exceptionnelle) <p>Voir Politique art.34 et art. 10</p> <p>*La Politique interne doit identifier les mécanismes mis en œuvre pour s'assurer que le processus mentionné ci-dessus et le niveau d'autorisation</p>	<p>Se doit d'effectuer un appel d'offres public.</p> <p>*La Politique interne doit indiquer la structure du comité de sélection.</p>

		requis soient respectés.	
--	--	--------------------------	--

3. ANALYSE DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT : BILAN ET OPPORTUNITÉS

En plus de produire une recension des écrits et une analyse juridique pertinente à l’approvisionnement local en milieu hospitalier, nous avons aussi mené une collecte de données auprès d’acteurs de la région de Montréal, Laval et de l’Estrie. Le but était de mieux comprendre le fonctionnement de ce type d’approvisionnement sur le terrain à partir des deux expériences d’Équiterre et d’identifier les rôles, besoins et contraintes de chacun des maillons de la chaîne d’approvisionnement. Nous avons mené douze entrevues d’une durée variable de 15 minutes à 45 minutes avec des répondants des trois catégories suivantes :

Distribution	Achat institutionnel en milieu hospitalier	Acteurs politiques
4	6	2

Nous avons mené les entrevues par téléphone, enregistré les conversations et produit des notes d’entrevues qui ont fait ressortir des faits saillants des entrevues. Les entrevues menées ont atteint un niveau de saturation satisfaisant relativement aux obstacles et opportunités d’approvisionnement institutionnel local en produits maraîchers.

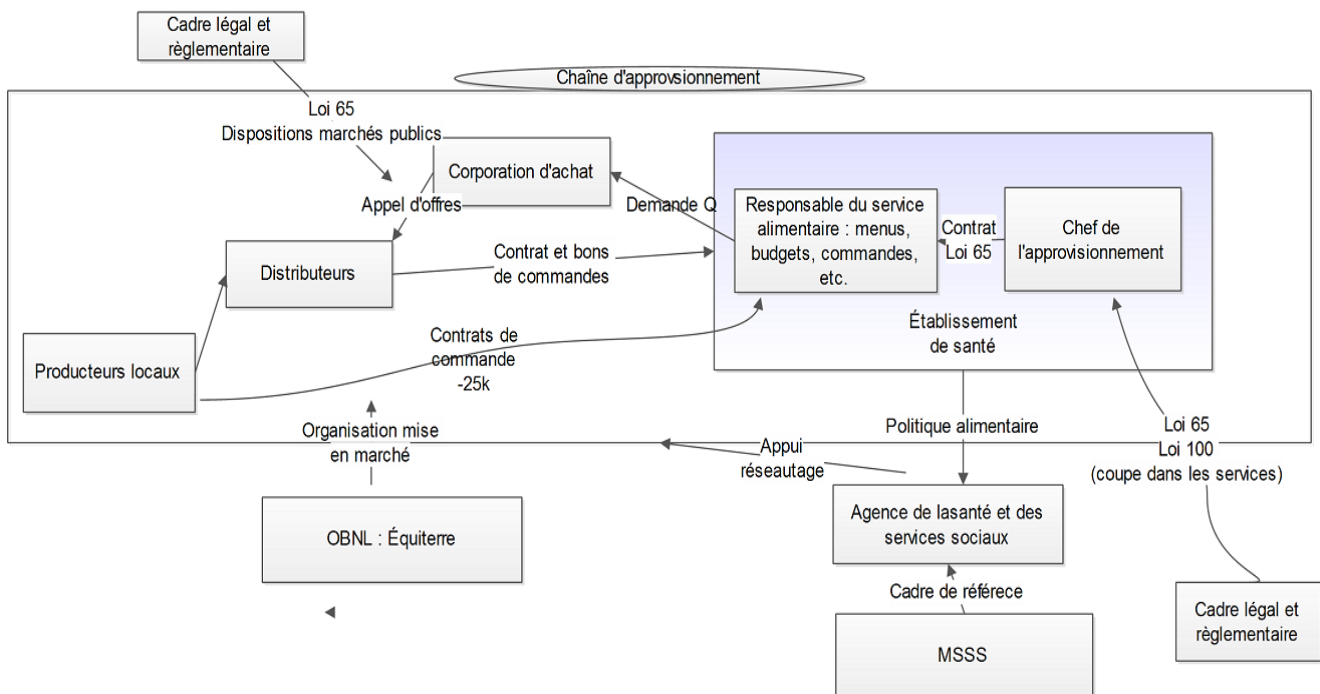
L’analyse des opportunités et obstacles pour le milieu de la santé doit permettre de mettre en dialogue les perspectives des différents acteurs de la chaîne. En effet, chacun fait face à des contraintes spécifiques et a des besoins précis. Mettre en relation ces diverses perspectives est une première étape au développement d’initiatives efficaces. À notre avis, la prochaine étape demande un réel dialogue et l’établissement d’un diagnostic en présence de tous les acteurs de la chaîne.

Cette section du rapport présente les faits saillants et les recommandations tirés des entrevues. Nous schématisons d’abord la chaîne d’approvisionnement avant de présenter les points de vue de chacun des trois groupes d’acteurs.

3.1 La chaîne d’approvisionnement

Les entrevues ainsi que la revue de littérature nous ont permis de schématiser une chaîne d’approvisionnement générique pour le milieu hospitalier au Québec.

Figure 1: Schéma de la chaîne d'approvisionnement



Sur ce schéma, nous voyons les trois grands types d’acteurs : production/distribution, achat et régulation. Nous avons schématisé les deux chemins principaux que prennent les produits maraîchers : les contrats de commande par les distributeurs ou les producteurs directement (-25 000\$) et les appels d’offres (plus de 25 000\$) qui passent par les corporations d’achat. Il faut aussi noter l’importance des acteurs politiques dans le contexte de la nouvelle politique alimentaire qui amènent les hôpitaux à proposer des plans d’action. Aussi, la loi 100 portant sur la réduction des coûts et la loi 65 qui organise les contrats d’approvisionnement publics influencent la façon et les contraintes dans lesquelles les hôpitaux font les achats. De plus, comme nous l’avons vu dans la

section juridique, les dispositions relatives aux marchés publics dans l'Accord de commerce intérieur viennent affecter la façon dont les appels d'offres sont construits. Enfin, la loi sur le développement durable ouvre une certaine porte pour la spécification d'origine dans une optique de réduction des émissions dues au transport.

Dans les sections suivantes, nous présenterons le point de vue de chacun des groupes d'acteurs de la chaîne, c'est-à-dire les besoins, contraintes et opportunités auxquels ils font face.

3.2 Les acteurs de l'approvisionnement en milieu hospitalier

Les acteurs de l'approvisionnement sont de deux catégories. Il y a d'abord les gestionnaires du service alimentaire qui s'occupent de la planification et des commandes, et le chef d'approvisionnement qui s'assure que les contrats respectent la loi :

« Je dois m'assurer que tous les contrats sont conformes à la loi 65 qui est celle qui gère les approvisionnements pour les ministères et organismes du gouvernement du Québec. Je dois m'assurer que ces gens prennent de bons fournisseurs et que tous respectent le cadre de la loi. Le budget est pour gérer les services alimentaires. Moi je ne gère que les contrats individuels. » (Entrevue 3, 2012)

Il est à noter que dans les cas étudiés, les chefs d'approvisionnement ne s'impliquaient pas dans la commande comme telle, mais ils le font dans d'autres institutions. Il y a donc un choix organisationnel derrière l'ampleur du mandat de ces acteurs :

« J'ai un collègue dans un autre CSSS qui commande tout, c'est un choix d'organisation au final. Qui suis-je pour juger de la qualité de la commande, je laisse les gens communiquer avec les fournisseurs, moi je gère les quantités et les budgets. On comprend qu'il y a la loi 65 sur les achats, mais aussi la loi 100 qui nous demande de couper dans les services administratifs. On a des choix à faire. » (Entrevue 3, 2012)

Contexte

D'abord, les personnes qui travaillent à l'approvisionnement alimentaire en milieu hospitalier font face à divers éléments de contexte qui influencent leur travail. Comme le soulignait un répondant, la mise en œuvre de la politique alimentaire dans tous les hôpitaux, qui devait se faire en mars 2012, est prévue pour mars 2013. Cette politique touchera tous les volets de l'alimentation dont l'offre et la qualité, les aspects nutritionnels et la provenance. Cela signifie que : « Tout ce qui est *junk food* va

sortir des hôpitaux, on va revoir le contenu de nos machines distributrices, nos menus en cafétérias, pour les patients. On n'a pas de budgets par contre, pour le moment c'est de faire des priorités » (Entrevue, 2012). L'autre élément de contexte est celui des coûts globaux du système de santé et la rationalisation des services publics. Une personne mentionnait que si on voulait offrir plus de variétés et des produits frais, il fallait aussi ajuster les budgets.

Il y a aussi une tendance depuis plusieurs années dans plusieurs hôpitaux à aller dans le tout fait, le commercial. Dans le contexte actuel, cela risque de se buter aux contraintes de la politique alimentaire relative à la réduction du sodium et autres dimensions nutritionnelles. Malgré tout, il demeure difficile de s'approvisionner en produits frais, puisque, selon certains : « on n'est jamais sûr de la qualité et il faut les manipuler, les laver, c'est donc plus de frais au niveau du personnel » (Entrevue 2, 2012). Comme le soulignait un autre répondant: « Produits maraîchers : pas sûr qu'on va acheter un 50lbs de carottes et qu'on va l'éplucher, ça prend des aliments déjà pelés » (Entrevue 3, 2012). Certains hôpitaux ont gardé des façons de faire compatibles avec le travail avec des aliments frais, mais il semble y avoir un marché pour les produits issus d'une première transformation (pré-coupés, congelés); cependant, l'offre québécoise, au-delà de Bonduelle, est limitée.

Fonctionnement

Au niveau du fonctionnement, on peut distinguer deux grandes façons de procéder. Les achats des produits alimentaires sont segmentés selon les catégories suivantes :

- Cannage, sec, congelé
- Produits laitiers
- Boulangerie
- Maraîcher
- Pomme de terre

D'abord, pour les produits en conserves, la viande et les autres produits qui ne sont pas des produits maraîchers frais, les hôpitaux québécois sont régis par des achats de groupe via SygmaSanté. La façon de procéder est la suivante : il y a des appels d'offres publics, l'établissement évalue ses volumes et il envoie la liste de commande. Par la suite, SygmaSanté renvoie la liste des fournisseurs chez lesquels ils doivent acheter pendant l'année ou les prochaines années. Lorsque les contrats sont signés, les institutions doivent s'approvisionner chez le fournisseur à l'aide d'un bon de commande ouvert où le montant annuel est spécifié :

« Pour choisir les contrats, on regarde la valeur. Le processus, Sygma nous avise qu'on va en appel d'offres dites-nous combien vous pensez en acheter, on envoie les quantités, ils récoltent tout,

reviennent avec le contrat, après on fait un bon de commande ouvert pour la durée du contrat et on avise les gens qui est le fournisseur retenu. Les prix sont ajustés périodiquement, selon les dispositions des contrats et en fonction des législations (ex : lait). On compare donc le fournisseur sur le prix sur la durée. » (Entrevue 3, 2012)

Les établissements ont quand même une marge de manœuvre, comme le soulignait ce répondant :

« On doit respecter les contrats, mais si on n'est pas satisfait de la qualité d'un aliment, on doit en parler avec le chef et choisir un autre fournisseur, c'est sûr qu'on doit justifier pourquoi. En justifiant, on peut très bien commander chez un autre. Il nous suit et si on dépasse, il va nous demander pourquoi on ne commande pas chez le fournisseur duquel on devrait commander. On a quand même une certaine latitude, mais il faut que ce soit justifié auprès du chef des achats. Surtout pour la viande, la qualité peut varier beaucoup. » (Entrevue 4, 2012)

Pour les produits frais, le fonctionnement est différent. L'approvisionnement se fait par des soumissions hebdomadaires (contrats de commande), tout au plus aux deux semaines par le biais de contrats de commande. Certains établissements demandent à plus d'un fournisseur de soumissionner chaque semaine, ce qui amène des économies (Entrevue 4, 2012). Pour faire la cotation des fournisseurs, on ramène la liste de produits aux mêmes unités de mesure.

Contraintes

D'abord, les institutions ont besoin d'un approvisionnement constant sur toute l'année : « Nous, quand on fait l'épicerie, on fonctionne en fonction de ce qui est là, dans un hôpital c'est en fonction des menus. Quand on te demande des pieds de brocoli, il faut en trouver. On ne peut pas le demander à un maraîcher au mois de mai... » (Entrevue 3, 2012). Cela fait en sorte que peu importe la stratégie utilisée pour augmenter la proportion du local, les distributeurs devront demeurer dans la chaîne.

Pour ce qui est des coûts, les responsables de l'approvisionnement évaluent le coût des commandes et de la main-d'œuvre dans leur budget annuel. On regroupe les fruits et légumes ensemble dans un budget annuel qui se décline par plateau. Par exemple, un des établissements avait un budget de 2\$ par plateau pour les aliments et 5\$ par plateau incluant tous les coûts. La contrainte budgétaire doit donc être calculée sur une moyenne, mais aussi sur l'année ce qui peut laisser une petite marge de manœuvre en saison, comme le souligne ce répondant : « Dans les trois étés où on l'a fait, il y a des produits plus chers, mais j'arrivais dans mon budget. Je ne sais pas si je pourrais toute l'année, mais avec ce projet sur une vingtaine de semaines, ça marchait. » (Entrevue 3, 2012)

Le cas de l'Hôpital Jean-Talon

Le budget total pour les repas à la cafétéria (entre 200 et 300 par jour) et aux patients (environ 200 patients par jour – selon l'achalandage de l'urgence –, 3 repas par jour) s'élève à 864 000 \$ en 2012-2013. L'année est découpée en 13 périodes de 26-28 jours. La donnée commerciale fournie par l'hôpital pour l'exercice 2011-2012 démontre que les commandes annuelles en fruits et légumes frais se chiffraient à environ à 813\$ par semaine en moyenne.

	Du 1 ^e avril 2011 au 18 janvier 2012	Pour une année (2011- 2012)	Moyenne par semaine
Distributeur 1	24 326,00	30 511,99	586,77
Distributeur 2	9 386,00	11 772,82	226,40
TOTAL	33 712,00	42 284,81	813,17

Il existe un différentiel de commande d'environ 10 % entre la basse et la haute saison (pour un fournisseur pour lequel nous avons les données). Lorsqu'on compare ce qui a été commandé auprès de fournisseurs et directement auprès de fermes de la région, on voit que les commandes directes étaient plutôt faibles pendant le projet d'Équiterre.

Semaine du 21 au 25 juillet			
Dépenses de la semaine	Ferme	Fournisseur(s) régulier(s)	TOTAL
Quelle a été votre dépense en <u>aliments</u> (en \$) ?	0,00	8 800,00	8 800,00
Et en <u>fruits et légumes frais</u> seulement (en \$) ?	96,00	544,00	640,00

Les commandes directes ont représenté une proportion de 15 % des achats de fruits et légumes frais sur une semaine en haute saison. Lorsque nous avons comparé les prix sur un panier de 19 produits pour lesquels nous avons les prix, on réalise que les prix des produits achetés directement (qui sont biologiques) sont globalement deux fois plus chers que les produits habituels du fournisseur¹. Ces données doivent cependant être utilisées avec prudence, car :

- Nous avons fait des approximations pour créer des unités de mesures équivalentes basées sur le poids moyen de l'aliment;
- Certains produits différents sont comparés (grade de qualité, bio vs non bio, taille des unités, etc.).

Ensuite, une autre contrainte est au niveau de la main d'œuvre pour le frais qui n'est pas prélavé ou préoccupé. Plusieurs mentionnaient que les produits frais locaux avaient tendance à être plus terreux ce qui induisait des tâches supplémentaires pour les employés en cuisine.

« Il y a un gros impact sur la quantité de travail. On ne pourrait pas se permettre de servir des légumes frais à toutes les clientèles, ça demande beaucoup de manipulation, en étant un plus petit milieu, servir ça à la table chaude et au bar à salade, ce serait possible. Pour tous les repas, ce serait difficile. Les autres fournisseurs, pour les pommes de terre, carottes, oignons, on achète ça déjà pelé, c'est aidant. Les laitues ce n'est pas nécessairement lavé, le reste pourrait être pareil. C'est pour les autres que c'est plus difficile. Les fermes devraient peut-être se regrouper pour laver et couper. » (Entrevue, 2012)

Ce qui ressort des entrevues est que les établissements veulent éliminer les produits de 2^e transformation (cuisinés), mais que la première transformation (congelé, prélavé, etc.) est importante dans un contexte où les volumes sont importants et les budgets limités. Avec de tels produits, un des répondants soulignait cependant que ça ne devrait pas prendre plus de main d'œuvre d'avoir des produits locaux et frais, mais que cela nécessite seulement de revoir l'organisation du travail avec de la main-d'œuvre qualifiée.

L'enjeu a été résumé par un des répondants; il se situe au niveau du frais plus que de l'origine :

« Comme me disait quelqu'un des CHLSD, c'est sûr qu'une fois de temps en temps je me ramasse des poches de blé d'Inde pour faire mon épluchette, mais est-ce qu'on a le temps d'aller chercher les produits, etc. c'est bien que dans les grands restaurants ils aillent faire leur petite épicerie chaque jour, mais ici c'est trois fois par jour, pour 150 personnes. Est-ce que les producteurs sont prêts à venir ici, les coûts vont augmenter. Ce que le maraîcher va offrir, il va l'offrir sur une période courte. Le maraîcher peut seulement à un moment. J'ai besoin du distributeur qui va aller le chercher ailleurs le reste du temps. » (Entrevue 4, 2012)

Le support pour le frais local

Il semble que dans les milieux d'enquête, la direction des établissements soit plutôt favorable à l'approvisionnement local : « Il y a une volonté de la direction d'acheter local quand c'est possible, c'est sûr que l'on ne pourrait pas le faire pour tous les aliments, mais pour les fruits et légumes il y a une ouverture. » (Entrevue 3, 2012)

Cependant, cette ouverture demeure conditionnelle au respect des budgets donnés : « Les trois années que j'ai fait le projet, je n'ai pas débordé de mon budget, mais ce serait à voir avec les finances. Quand je le fais juste une période dans l'année, j'économise. Ce serait de voir si c'est une priorité organisationnelle, est-ce que ce serait possible d'augmenter le budget. » (Entrevue 4, 2012)

L'autre limite est la question des types de produits et des milieux dans lesquels on cherche à augmenter la proportion de l'achat local. Il semble selon les répondants qu'il faille que ces changements soient porteurs; certains semblent l'être plus que d'autres. Un répondant soulignait le faible plus valu du remplacement des pommes de terre pour les purées et la part que prend chacun des produits remplacés en fonction du surcoût qui amène des limites budgétaires importantes. Par exemple : « Sur un budget d'opération de 140 millions du CSSS au complet. Si ça me coûte 1000\$ de plus, ça ne change pas grand-chose. Mais si tu prends la viande qui représente 150 000\$ d'achat par année, ce 150k là si je le monte à 200k, là je l'enlève où dans les assiettes? La tarte est là et faut jouer avec les morceaux. » (Entrevue 3, 2012) Ce sujet ne faisait pas consensus, mais certains soulignaient que les milieux de vie (CHSLD) et la cafétéria des hôpitaux (offerte aux externes) avaient plus de potentiel que les repas servis aux patients internes hospitalisés.

Le cas du projet d'approvisionnement local à l'Hôpital Jean-Talon

L'Hôpital Jean-Talon du CSSS du Cœur-de-l'Île est un hôpital communautaire qui, au moment de son adhésion au programme À la soupe d'Équiterre, avait 246 lits, dont 60 lits de longue durée, et 21 civières à l'urgence. En 2007, à chaque jour, le Service alimentaire servait près de 800 repas aux patients et environ 300 à la cafétéria. Aujourd'hui, on parle plutôt de 1 000 repas servis quotidiennement aux patients, de 300 à la cafétéria et d'une clientèle annuelle de 38 000 personnes au Bistro l'Escale, ouvert en 2011.

Le Service alimentaire de l'Hôpital Jean-Talon, c'est une soixantaine d'employés, incluant les nutritionnistes, répartis sur différents quarts de travail, qui ont accepté de relever le défi d'innover, en 2007, en devenant le premier hôpital à s'inscrire au programme À la soupe ! D'ailleurs, cette initiative a permis au CSSS du Cœur-de-l'Île, avec quatre autres projets, d'être accrédité Établissement promoteur de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2008.

L'établissement a adhéré à deux volets du projet d'Équiterre :

- le stationnement de l'hôpital est devenu un lieu de collecte de paniers de légumes frais biologiques offerts par la ferme avec laquelle l'hôpital avait établi un partenariat;
- la ferme écologique était un fournisseur privilégié durant la période de récolte, permettant d'introduire des légumes frais dans les menus de la cafétéria et, lorsque la diète des patients le permettait, dans les repas servis à la clientèle.

Les principaux impacts de ce projet ont été sur l'organisation du travail et sur celle des commandes. « Une fois l'entente conclue avec le responsable de la ferme sur la journée de livraison des denrées, nous recevons à chaque semaine la liste des produits disponibles ainsi que les prix de ceux-ci. Nous passons notre commande et la livraison se fait le lendemain ».

L'utilisation des produits, pour assurer leur fraîcheur, se fait rapidement au sein des différents secteurs du Service alimentaire, qui ont réorganisé le travail afin de « parer » les légumes qui ne sont pas transformés par le fournisseur. « Et lorsque notre équipe en cuisine est en panne d'inspiration pour la préparation d'un légume moins connu, Équiterre peut nous suggérer des recettes sinon, nous faisons une recherche rapide sur Internet ! ».

En période de récolte, de juin à octobre, le Service alimentaire introduit au moins un légume biologique dans les repas, en plus du comptoir à salade qui comporte plusieurs légumes biologiques comme la tomate, la laitue, le concombre. Dès la première année du projet, la consommation de légumes avait augmenté de 30 %.

Qualifiant l'expérience d'enrichissante – une source de fierté pour les employés du Service alimentaire – et le partenariat avec Équiterre d'excellent, les répondants identifient des défis inhérents à la poursuite de ce projet. Il s'agira de maintenir une offre de produits variés qui respectent les limites des budgets des établissements publics de santé, d'assurer la capacité des fournisseurs d'offrir les quantités nécessaires de produits locaux aux établissements et de consolider le réseau de fermiers locaux pour offrir des services fiables à chaque année.

Le cas du projet d'approvisionnement local à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval

Cet hôpital de grande envergure compte 512 lits hospitalisés et 49 civières à l'urgence, au permis. L'établissement inclut également une cafétéria qui dessert le personnel et les visiteurs. À la Cité-de-la-Santé, on sert quotidiennement environ 3000 repas par jour, avec de nombreuses adaptations thérapeutiques (75 à 80 % des menus des patients). L'hôpital a fait le choix de conserver une cuisine traditionnelle où l'on privilégie les préparations maison plutôt que les aliments préparés de façon commerciale. L'équipe en cuisine est composée de quatre cuisiniers à temps complet, des aides et d'une pâtissière. La cuisine est très bien équipée. Le personnel de cuisine et le personnel cadre est allié relativement à la nutrition, selon les répondants. L'hôpital a fait le choix de conserver une cuisine traditionnelle où l'on privilégie les préparations maison plutôt que les aliments préparés de façon commerciale. La clientèle est généralement éduquée et gourmande.

Le contact initial a été fait par la Ville de Laval qui a invité Équiterre en raison de son expertise dans le domaine et de ses liens avec les producteurs locaux. Le projet s'inscrivait dans le programme « Accès environnement » ayant pour mission de faire de mobiliser la collectivité sur des sujets environnementaux à travers des projets écoresponsables.

Les étapes de planification du projet furent les suivantes :

- 1- Définition du mandat avec la Ville de Laval.
- 2- Recrutement des institutions : Équiterre et la Ville de Laval – ciblage des institutions et présentation du projet.
- 3- Sondage en ligne afin d'évaluer les besoins des institutions, connaître le fonctionnement des cuisines et les volumes potentiels de commandes.
- 4- Confirmation avec les institutions et suivi individuel pour la mise en place de la logistique d'approvisionnement.
- 5- Rencontre de planification logistique : présentation et validation de la logistique de l'approvisionnement. Présentation du calendrier des produits offerts, début et fin de l'approvisionnement, logistique des livraisons et établissement de la route, gestion des vacances, mode de paiement, fiches des institutions et fiche du producteur.

Sur le plan des commandes, on remarque une dichotomie entre les aliments frais les plus utilisés et ceux qui sont le plus commandés, dans le cadre du projet. En effet, les établissements utilisent la salade, les oignons, les carottes, les pommes et les oranges. Même si les pommes, les oignons et les carottes étaient disponibles, ils ont été peu commandés alors que les fraises, les framboises, le concombre, la salade et les bleuets ont constitué les commandes les plus fréquentes. L'incapacité de fournir des produits pré-coupés (oignons et carottes) ou leur disponibilité sur une courte période (pommes) sont les principales raisons expliquant le manque d'intérêt envers ces produits (Équiterre, 2011).

Le projet a aussi provoqué quelques changements internes. Par exemple, il a fallu changer le bon de commande. Globalement, les deux répondants soulignent que le projet s'est très bien déroulé et que le service offert par le producteur était très bien. La qualité a aussi été satisfaisante. Par contre, le coût a été un obstacle majeur qui a fait qu'on a acheté moins que prévu. Comme le mentionnait un des répondants, les prix étaient jusqu'à trois fois, parfois cinq fois l'équivalent chez le fournisseur. Une piste de solution pour réduire les coûts serait nécessaire pour des projets futurs. Par exemple, planifier en début d'année et baisser le prix en échange de volumes stables.

Recommandations

Les répondants interrogés avaient certaines pistes d'actions pour augmenter l'approvisionnement en produits frais locaux :

- Certaines spécifications dans les appels d'offres :
 - Possibilité d'exiger un certain pourcentage de produits locaux. Ce ne serait pas discriminatoire envers les fournisseurs puisqu'ils sont libres de négocier avec les producteurs de leur choix;
 - Possibilité de mettre l'emphase sur la qualité et le service pour favoriser l'approvisionnement local.
- Organiser les relations entre producteurs et institutions :
 - Planifier la production sur la saison et négocier des prix sur la saison avec des volumes (fourchette) négociés. Permet des rabais au volume?
- Organiser les transactions entre producteurs, distributeurs et institutions :
 - Organiser un contrat entre producteurs et distributeurs pour que les producteurs locaux deviennent fournisseurs en saison et le distributeur devienne fournisseur hors-saison et complémentaire en saison;
 - Convaincre le distributeur de favoriser les producteurs locaux et qu'il leur assure les services de première transformation.
- Diversifier l'offre de produits :
 - Offrir des produits non calibrés pour la cuisine;
 - Offrir des produits déjà épluchés localement²;
- Cibler les milieux de vie (CHSLD) et les cafétérias plutôt que le service alimentaire aux patients;
- Prioriser les produits qui ont un potentiel intéressant pour une stratégie d'approvisionnement locale.

² Un répondant soulignait : « J'ai tendance à penser que l'enjeu se situe dans les centres de transformation qui devraient acheter des produits québécois, il est trop difficile d'avoir des volumes en et hors saison avec le frais » (Entrevue 6, 2012).

3.3 Les acteurs de la distribution

Nous avons enquêté auprès de distributeurs qui font affaire avec le milieu de la santé ainsi que des personnes travaillant au sein de corporations régionales d'achat (Montréal et Estrie).

Fonctionnement et critères des distributeurs

Les distributeurs interrogés mentionnaient qu'ils vendent surtout de la conserve ou du sec aux hôpitaux. Pour le frais, ils font affaire directement avec l'établissement et il n'y a pas de contrat : ils envoient leur prix chaque semaine et les hôpitaux passent leurs commandes.

En saison, le distributeur s'approvisionne de deux façons principales :

- Le Marché Central (Montréal) : $\frac{3}{4}$ des achats
- Directement des producteurs (surtout en saison) : $\frac{1}{4}$ des achats environ (exemple : maïs, fraise, chou)

Dans le contexte québécois, il y a des acheteurs provenant de pays comme la Chine et surtout le Japon, qui paient beaucoup plus cher pour les beaux produits (pommes, bleuets, fraises, canneberges), ce qui fait en sorte que les acheteurs québécois se retrouvent souvent avec ce qui reste. En été (juin, juillet, août), les produits locaux peuvent représenter jusqu'à 60 % des achats (bleuet, fraise, poire, framboise, cantaloup, melon d'eau, cerise de terre, asperge, brocoli, maïs, céleri, etc.). En hiver, la proportion diminue à environ 10 % à 15 % de produits du Québec (oignon, carotte, patate, chou). Le répondant du distributeur montréalais mentionnait qu'ils demandent la provenance des produits. Par exemple, pour les légumes ils le demandent systématiquement puisque cela peut influencer la décision : pour les produits de Chine, on ne connaît pas les pesticides utilisés sur les fruits et légumes. Globalement, il semble que la pomme et le bleuet québécois soient les deux produits les plus compétitifs sur le marché.

Leurs critères de décision pour choisir les produits s'appuient sur :

- Prix : le moins cher possible, tout en sachant que les mauvaises récoltes peuvent également jouer sur le prix;
- Qualité : les clients sont très exigeants sur la qualité : « Par exemple, la pomme on en a à longueur d'année, mais en été la Macintosh commence à être pâteuse, alors on demande à avoir d'autres types de pommes » (Entrevue 7, 2012);

- Disponibilité : ils doivent pouvoir s’approvisionner de façon constante. Simplement en poire en conserve, ils peuvent commander 30 conteneurs par année. Donc le producteur ou le vendeur doit être en mesure de fournir cette quantité.

Les distributeurs interrogés mentionnaient d’autres contraintes relatives aux produits locaux :

« Les cuisiniers n’aiment pas toujours travailler avec des produits du Québec. Par exemple, les fraises du Québec ont beaucoup d’eau, cette caractéristique la rend peu attirante à cuisiner, alors les cuisiniers vont préférer une fraise d’ailleurs. Même chose pour le céleri, il contient beaucoup de terre donc moins attirant. » (Entrevue 7, 2012)

Par contre, d’après leur expérience, à qualité et prix égaux, les hôpitaux vont acheter les produits locaux. Enfin, le dernier problème est le menu des hôpitaux, qui devrait être adapté aux saisons pour maximiser l’approvisionnement local.

Certains des distributeurs exigent déjà que l’identification de provenance (pays) soit indiquée dans la soumission, ce qui indique que les préoccupations sur l’origine des aliments commencent à percer dans ce milieu.

Extrait d’un document d’appel d’offres de Sysco pour SigmaSanté

« Nous exigeons à ce que le pays producteur du produit proposé soit indiqué. Le non-respect de cette clause entraînera le rejet automatique de votre proposition.

...

Les quantités mandatées sont des estimations pour la durée de la période contractuelle (6 mois).

Vous avez la responsabilité de vous assurer qu’au moment du dépôt de votre soumission, les inventaires mandatés seront disponibles. Vous devez aussi anticiper les augmentations de prix. S’il vous est impossible de respecter votre entente contractuelle, Sysco livrera un autre produit et une charge représentant la différence de prix vous sera facturée.

Tous les prix indiqués devront être en dollars canadiens comprenant les droits de douane et taxes d’accises et devront être F.A.B. à notre entrepôt de Montréal.

Nous vous demandons de porter une attention particulière sur les champs “produit Kachère”, “contient trace de noix” et “prix au kilo”. »

Fonctionnement et critères des corporations

Les corporations d'achat sont régies par la loi sur les regroupements d'achat et sont au nombre de quatre au Québec. Ils adjugent les contrats par appel d'offres et il semble que les fruits et légumes frais ne fassent généralement pas partie de leur responsabilité; ils travaillent surtout sur les contrats de plus de 100 000\$ et avec les produits qui ont une plus grande durée de vie, les conserves et le surgelé. Ces corporations utilisent le système SEAO et sont soumises à l'ACI avec des contraintes relatives à la spécification de la provenance.

Le répondant de la Corporation d'achat en Estrie a souligné quelques éléments pertinents pour l'approvisionnement local :

- Pour intégrer des critères de développement durable dans leurs appels d'offres, le Regroupement pourra le faire via une marge préférentielle de 10 %. Le regroupement de l'Estrie a utilisé, lors de projet pilotes, des critères de développement durable pour certains de leurs achats tels que les meubles et le papier;
- L'évaluation mise en place visait plus à savoir où en étaient les fournisseurs dans leur cheminement de développement durable, que d'exiger des certifications. En agissant de la sorte, ils voulaient éviter de discriminer les plus petits joueurs qui n'avaient pas les moyens d'obtenir une certification. Par exemple, la certification biologique n'est pas un élément considéré dans les appels d'offres pour des produits alimentaires, parce que c'est un marché beaucoup trop restreint;
- Leurs critères visaient la performance en terme de développement durable, pas que l'approvisionnement local. Toutefois, des critères sur le transport peuvent dans certains cas être employés. Dans les appels d'offres, il est également possible de donner de l'importance à la qualité et au service. Ceci pourrait favoriser indirectement l'achat local;
- Intégrer le cycle de vie des produits peut toutefois être une alternative pour favoriser l'achat de produits responsables dans le secteur alimentaire;
- Les regroupements d'achats jouent un certain rôle d'accompagnement avec les fournisseurs. Il pourrait donc être envisagé d'aider les entreprises locales à bien s'outiller et ainsi améliorer leur performance.

3.4 Les acteurs politiques

Souvent, dans l'analyse de la chaîne d'approvisionnement et dans la planification des projets, le rôle des acteurs politiques est limité à un contexte légal et juridique. Nous avons eu l'occasion d'interroger un répondant du MSSS et de l'Agence de la santé et des services sociaux, ce qui a permis de comprendre le rôle de mise en relation que ces institutions jouent. Aujourd'hui, toute initiative d'approvisionnement local en milieu hospitalier doit être comprise dans le contexte du cadre de référence sur la saine alimentation.

Contexte

Les acteurs politiques du milieu de la santé que nous avons interrogés soulignaient des éléments de contexte similaires à ceux des autres répondants :

- Une limite importante est l'organisation et la charge du travail pour apprêter les produits;
- Les établissements vont de plus en plus vers le pré-coupé et pré-lavé. Les années 1990 ont vu l'intégration de produits de 4^e et 5^e gamme, prêts à l'emploi. L'équipement a alors été changé lorsque caduque et n'a pas été renouvelé pour apprêter les produits;
- La saisonnalité est un frein à la stabilité de l'approvisionnement local;
- Les contraintes pour le service alimentaire sont en lien avec le service des finances. Le but est de minimiser le nombre de fournisseurs pour réduire les coûts administratifs³. Les établissements du milieu de la santé sont aussi assujettis aux règles d'approvisionnement qui leur demandent d'avoir plusieurs soumissionnaires;
- Les établissements de santé demandent la livraison à certains moments, les producteurs doivent être disponibles.

Par contre, on note une tendance générale positive : les gens sont de plus en plus concernés par les produits santé.

Le cadre de référence sur la saine alimentation et le plan d'action gouvernemental sur les saines habitudes de vie (PAG)

L'élément politique le plus important au-delà de la loi sur les regroupements d'achats, la loi 65, la loi 100 et la politique sur le développement durable, qui affectent toutes l'approvisionnement en milieu

³ Les frais d'administration de 50-100\$ pour payer une facture, si les achats trop petits, ne valent pas la peine.

hospitalier, est le *Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées.*

Ce cadre de référence touche plusieurs aspects de l'alimentation, dont les questions nutritionnelles, mais aussi d'autres liées à l'approvisionnement. Par exemple, dans le volet 2.2 portant sur l'achat local, les institutions doivent :

- Minimiser le transport tout en respectant les lois et règlements;
- Favoriser l'achat local de produits frais à la place de produits congelés;
- Mettre en valeur les produits régionaux;
- Minimiser l'impact environnemental.

Ce cadre de référence tire son origine du *Plan d'action gouvernemental sur les saines habitudes de vie et le poids* qui réunit huit ministères autour d'objectifs liés aux environnements favorables. L'axe 1 du PAG porte sur la saine alimentation et l'activité 17 sur les institutions de santé.

Les pratiques varient selon les régions, mais à Laval, le MSSS a donné le budget à l'Agence de la santé qui le distribue ensuite aux établissements.

Le rôle de l'Agence de la santé et des services sociaux

À Laval, le rôle de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) a joué un rôle central dans la mise en œuvre de la politique alimentaire. En effet, elle a été la répondante pour le cadre de référence dans la région. Elle a accompagné et fait le suivi au niveau des établissements. Son rôle était aussi d'accompagner et de mettre en relation les gens avec le ministère, par exemple pour les questions de besoins de formation. Son autre rôle est celui de reddition de compte pour le cadre de référence. En effet, chaque direction d'établissement a dû fixer ses cibles et les soumettre à l'agence, afin d'opérationnaliser le cadre de référence. Comme le soulignait le répondant, la tendance est malheureusement de reprendre intégralement le cadre de référence sans se questionner sur la faisabilité au niveau local (Entrevue 10, 2012).

L'ASSS a été très impliquée dans le projet avec Équiterre et la Cité-de-la-Santé. Son rôle n'est pas opérationnel, mais se situe plutôt dans la mise en réseau par sa participation à de nombreux organismes comme la Table de concertation agroalimentaire ou divers groupes de travail. Le répondant a noté que les gens ont été satisfaits de la qualité des produits et du service d'Équiterre.

En plus de souligner le rôle de l'ASSS elle-même, l'entrevue avec le répondant a permis d'identifier d'autres acteurs qui pourraient jouer des rôles dans des initiatives futures :

- l'Agropole : pour les producteurs
- la Table de concertation agroalimentaire : pour les consommateurs

Pistes de travail selon les acteurs politiques

Les entretiens avec les répondants du secteur de la santé et des services sociaux nous ont permis d'identifier certaines pistes pertinentes de travail pour augmenter l'approvisionnement local.

- Regrouper des factures pour favoriser une certaine stabilité de l'approvisionnement et une réduction des coûts administratifs liés aux petits volumes;
- Trouver des méthodes qui assurent une meilleure traçabilité de l'origine avec les distributeurs;
- En région surtout, intégrer la notion de solidarité avec les producteurs de la région pour amener les employés en cuisine à accepter les changements dans le travail. Dans les villes, le sentiment d'appartenance est moins présent.

4. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Pour le frais très périssable (-25 000\$), la saison est courte et les quantités sont généralement limitées. Le contrat de commande organisé individuellement par chaque institution apparaît la voie à privilégier. Les institutions de santé ont une marge de manœuvre pour ce type de produits, mais cette marge de manœuvre se limite au niveau juridique puisque, au plan économique, leur budget est de plus en plus limité. Dans ce contexte, le prix des produits devient central.

Des initiatives d’approvisionnement direct peuvent être envisagées sous certaines conditions :

- Planifier les volumes et négocier les prix en début d’année;
- Faire un traitement minimum des produits (laver);
- Proposer des produits esthétiquement imparfaits pour la cuisine.

Pour le frais qui peut être conservé (légumes racines, certains fruits, etc.), le travail devra probablement se faire au niveau des distributeurs afin de les sensibiliser aux produits locaux (contrat de 25 000 \$ - 99 000 \$ surtout). L’enjeu sera alors la capacité de produire des volumes relativement stables et des prix compétitifs. Une des pistes à explorer est celle des courtiers alimentaires⁴ qui pourraient être sensibilisés à la question du local et qui constituent une bonne porte d’entrée chez les distributeurs.

Quelques façons de travailler pourraient être explorées :

- Regroupement de factures;
- Regroupement de producteurs pour augmenter l’offre;
- Accord entre un distributeur et des producteurs pour se compléter en saison et hors-saison.

Le congelé et le pré-coupé semblent être les voies d’avenir pour les institutions qui cherchent à économiser dans un contexte budgétaire difficile (peut viser des contrats de +100 000\$). Le problème majeur est l’absence de produits québécois qui pourraient être offerts aux distributeurs qui approvisionnent les institutions. Pour le moment, le seul gros joueur est Bonduelle, mais il semble qu’il y a aurait de la place pour d’autres transformateurs.

Des pistes de travail pour continuer l’analyse de l’approvisionnement local sont aussi identifiées :

⁴ Ces courtiers facilitent la mise en relation entre les producteurs ou transformateurs et les clients potentiels. Voir, par exemple : www.courtieralimentaire.com

- Mettre en dialogue tous les acteurs de la chaîne pour mieux comprendre les contraintes et besoins de chacun;
- Faire un calcul précis des coûts avec un projet pilote en identifiant un panier de produits habituels.

5. ANNEXES

Annexe 1 : Définitions importantes

Appel d'offres :

Procédure d'appel à la concurrence entre des fournisseurs, les invitant à présenter une offre ou une proposition en vue de l'obtention d'un marché.

Appel d'offres public :

Appel public à la concurrence par lequel des fournisseurs de biens, des prestataires de services ou des entrepreneurs en construction sont invités à présenter une offre précise en vue de conclure un contrat.

Source : [Secrétariat du Conseil du Trésor](#)

Appel d'offres sur invitation :

Appel d'offres restreint aux fournisseurs de biens, prestataires de services ou entrepreneurs en construction préalablement sélectionnés, en vertu duquel ceux-ci sont invités à présenter une offre précise en vue de conclure un contrat.

Source : [Institut National de Santé](#) (INS), 2009

Marché public :

1. Contrat conclu entre un organisme public et un fournisseur de biens, un prestataire de services ou un entrepreneur en construction.

Source : [Secrétariat du Conseil du Trésor](#)

2. Acquisition par tous moyens, notamment par voie d'achat, de location, de bail ou de vente conditionnelle, de produits, de services ou de travaux de construction.

Source : [Accord sur le commerce intérieur](#) (ACI), article 518.

Objectif légitime :

L'un des objectifs suivants, poursuivis sur le territoire d'une Partie :

- la sécurité du public;
- l'ordre public;
- la protection de la vie ou de la santé des humains, des animaux ou des végétaux;
- la protection de l'environnement;
- la protection des consommateurs.

Source : [Accord sur le commerce intérieur](#) (ACI), article 200

Personne morale de droit privé :

Personne morale régie par le droit privé.

- Les personnes morales de droit privé sont soit des groupements de personnes (physiques ou morales), soit des groupements de biens. Les groupements de personnes sont divisés en sociétés et en associations, selon que leur but consiste ou non à réaliser des bénéfices pécuniaires (but lucratif ou non lucratif).
- En ce qui concerne les sociétés dotées de la personnalité morale, la société par actions en est au Québec l'exemple type. Pour ce qui est des associations personnifiées, on peut citer les associations caritatives (par exemple Centraide), les syndicats de salariés, les syndicats de copropriétés, les clubs. Les groupements de biens sont soit des fonds, soit des fondations, ces dernières poursuivant toujours un but non lucratif.

Source : [Justice Québec](#)

Produit agricole :

Est, selon le cas, un animal, un végétal ou un produit d'origine animale ou végétale. Peuvent également être des produits agricoles, y compris les aliments et les boissons, qui proviennent en totalité ou en partie d'un animal ou d'un végétal. Sont exclus de cette définition les poissons, les produits du poisson et les boissons alcooliques.

Source : [Accord sur le commerce intérieur](#) (ACI), article 908.

Produit alimentaire :

Se dit d'un bien qui peut être consommé par un humain à titre de nourriture ou de boisson, ou encore la gomme à mâcher et tout ingrédient pouvant être mélangé avec un aliment à quelque fin que ce soit. Sont exclus de cette définition les poissons, les produits du poisson et les boissons alcooliques.

Source : [Accord sur le commerce intérieur](#) (ACI), article 908.

Produit canadien :

S'entend des produits faits exclusivement à partir de matériaux d'origine canadienne, des produits fabriqués au Canada ou des produits qui, s'ils étaient exportés à l'extérieur du Canada, seraient considérés comme des produits du Canada selon les règles d'origine pertinentes.

Source : [Accord sur le commerce intérieur](#) (ACI), article 518

Valeur ajoutée canadienne :

S'entend :

- s'il s'agit de services, de la proportion du marché de services qui est exécutée par des résidents du Canada;
- s'il s'agit de produits, de la différence entre la valeur en douane de produits importés et leur prix de vente, compte tenu de la valeur ajoutée par des fabricants et des distributeurs et des frais engagés au Canada à l'égard des aspects suivants :
 - la recherche et le développement,
 - la vente et la commercialisation,
 - les communications et les guides,
 - la personnalisation et les modifications,
 - l'installation et le soutien,
 - l'entreposage et la distribution,
 - la formation,
 - le service après-vente.

Source : [Accord sur le commerce intérieur](#) (ACI), article 518

Annexe 2 : Éléments importants de l'ACI

Voici un aperçu des pratiques proscrites qui sont pertinentes à l'achat local en milieu hospitalier (ACI, 1994, Annexe 502.4 D par.3, Appendice B) :

- la rédaction de spécifications de façon soit à favoriser soit à défavoriser des produits ou des services donnés en vue de se soustraire aux obligations prévues par la présente annexe;
- l'établissement de dates d'ouverture et de clôture des appels d'offres de façon à empêcher des fournisseurs qualifiés de présenter des soumissions;
- la fixation de quantités et de calendriers de livraison à l'égard desquels il est raisonnable de considérer que, vu l'ampleur des quantités ou la fréquence des livraisons, ils ont été délibérément conçus pour empêcher des fournisseurs qualifiés de satisfaire aux exigences du marché public;
- la division des quantités requises ou la réaffectation de crédits à des organismes affiliés en vue de se soustraire aux obligations prévues par la présente annexe;
- l'octroi de remises ou de marges préférentielles en vue de favoriser les fournisseurs d'une province particulière;

[Surligné ajouté](ACI, 1994, Annexe 502.4 D par.3, Appendice B)

Annexe 3 : Règles d’adjudication de contrats pour les organismes de services de la santé et des services sociaux pour les entités visées à l’article 1 de la LCOP

Valeur du contrat	Contrat de moins de 25 000 \$	Contrat de 25 000 \$ à 99 999 \$	Contrat de 100 000 \$ et plus
Règles générales	<p>Peut choisir l’une des options suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appel d’offres public; ▪ Appel d’offres sur invitation (peut-être verbale); ▪ Contrat de gré à gré. 	<p>Se doivent d’évaluer les possibilités suivantes (dans l’ordre) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appel d’offres public ou sur invitation; ▪ Appel d’offres avec des composantes régionales; ▪ Effectuer une rotation parmi les concurrents; ▪ Contrat de gré à gré : Après avoir considéré les autres alternatives. (Doit être utilisé de façon exceptionnelle). <p>Voir Politique art.39</p> <p>*La Politique interne doit identifier les mécanismes mis en œuvre pour s’assurer que le processus mentionné ci-dessus et le niveau d’autorisation requis soient respectés.</p>	<p>Se doit d’effectuer un appel d’offres public.</p> <p>*La Politique interne doit indiquer la structure du comité de sélection.</p>

Annexe 4 : Règles d’adjudication de contrats pour les organismes de services de la santé et des services sociaux pour les OBNL non-visées à l’article 1 de la LCOP

Valeur du contrat	Contrat de moins de 25 000 \$	Contrat de 25 000 \$ à 99 999 \$	Contrat de 100 000 \$ et plus
Règles générales	Peut choisir l’une des options suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appel d’offres public; ▪ Appel sur invitation d’OBNL; ▪ Appel verbal sur invitation d’OBNL (contrats de moins de 25 000 \$); ▪ Contrat de gré à gré. 		Se doit d’évaluer les possibilités suivantes (dans l’ordre) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appel d’offres public; ▪ Appel sur invitation d’OBNL avec composantes régionales ou non; ▪ Contrat de gré à gré. <p>*L’autorisation du dirigeant est nécessaire</p>

Annexe 5 : Comparatif de prix à l'hôpital Y

Comparatif des prix entre des produits d'un fournisseur conventionnel et des produits locaux et biologiques.

Fournisseur			Achat local biologique				Différentiel de prix absolu	Différentiel en %
DESCRIPTION	FORMAT	Prix	légume	format	Prix	Prix equivalent		
Top brocoli	unité	1,10 \$	brocoli	unité	2,00 \$		0,90 \$	81,82%
X blanc Chou-fleur # 12	unité	1,50 \$	chou fleur	unité	3,00 \$		1,50 \$	100,00%
Chou rouge	unité	1,60 \$	chou vert et rouge	livre	0,80 \$	3,528	1,93 \$	120,50%
Concombre-régulier	douz.	4,20 \$	concombre	unité	1,00 \$	0,35 \$	0,65 \$	185,71%
Échalotte verte # 48	unité	0,30 \$	échalotte	botte	1,25 \$		0,95 \$	316,67%
Épinards mini Arizona 2,5 lbs	cse	0,92 \$	épinard	sac	2,00 \$		1,08 \$	118,18%
Laitue iceberg californie	cse	1,02 \$	laitue	unité	1,50 \$		0,48 \$	46,94%
Navet select	kg	0,90 \$	navet	2livres	1,50 \$	1,6535	0,75 \$	83,72%
Oignons rouges	kg	1,80 \$	oignon	livre	0,60 \$	1,3228	(0,48) \$	-26,51%
Persil	unité	0,50 \$	persil	botte	1,25 \$		0,75 \$	150,00%
Piment rouge XLG	11LBS	1,95 \$	poivron rouge	livre	2,00 \$		0,05 \$	2,33%
Piment vert 11,35 kg	cse	0,88 \$	poivron vert	kg	3,86 \$		2,98 \$	340,09%
Radis 30x170gr.	unité	0,90 \$	radis (avec feuilles)	botte	1,25 \$		0,35 \$	38,89%
Tomates 25 LBS	cse	15,25 \$	tomates (20 livres)	20 lbs	15,00 \$		(0,25) \$	-1,64%
Patate pelées hôpital 10kg	poche	6,95 \$	pomme de terre 50lbs	50 lbs	12,35 \$		5,40 \$	77,64%
Fraises U.S.A 8X1	cse	18,50 \$	fraise	crête	25,00 \$		6,50 \$	35,14%
Top cantaloup # 15	unité	0,85 \$	cantaloup	unité	2,00 \$		1,15 \$	135,29%
Melon d'eau	unité	3,50 \$	Melon d'eau #2	unité	1,50 \$		(2,00) \$	-57,14%
Moyenne différentiel							1,26 \$	97,09%

Bibliographie

Acheson *et al.*, 2010. Policy Analysis of Standards for Institutional Purchasing of Food by State Government, University of Washington.

AGÉCO, 2007. Portrait des réseaux de distribution de fruits et légumes frais au Québec.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011. Le Guide pour la promotion de milieux de travail sains dans les établissements de santé.

Bagdonis, J., 2009. The emergence and framing of farm-to-school initiatives: civic engagement, health and local agriculture. *Agriculture and Human Values*, 26(1-2), 107-119.

Bellows, B.C., Dufour, R. et Bachman, J., 2003. Bringing Local Food to Local Institutions: A resource Guide for Farm-to-School and Farm-to-Institution Programs, National Center for Appropriate Technology.

CDC, 2011. Improving the food environment through nutrition standards: a guide for government procurement. Disponible en ligne: http://www.cdc.gov/salt/pdfs/dhdsp_procurement_guide.pdf [Accessed January 25, 2012]

Centre de services partagés du Québec (CSPQ) (2012) Approvisionnement écoresponsable, en ligne: <http://www.approvisionnement-quebec.gouv.qc.ca/accueil/devdurable.asp?MenPri=1> [Consulté le 25 janvier 2012]

Coulibaly, A. (2010) L'Accord sur le commerce intérieur est-il suffisant pour libéraliser le commerce intérieur des produits agroalimentaires au Canada ? Service d'information et de recherche parlementaire, Division de l'industrie, de l'infrastructure et des ressources, en ligne: http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/bdp-lop/bp/2010-25-fra.pdf [Consulté le 25 janvier 2012]

Dauner *et al.* 2011. Implementing Healthy and Sustainable Food Practices in a Hospital Cafeteria: A Qualitative Look at Processes, Barriers, and Facilitators of Implementation. *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, 6, 264-278.

Équiterre, 2012. Analyse de la demande institutionnelle pour l'approvisionnement en circuits courts de la région de Montréal.

Équiterre, 2011. Bilan, évaluation et recommandations du projet: Approvisionnement alimentaire local pour le milieu institutionnel à Laval

Équiterre, 2010. Le marché institutionnel en circuit court en Mauricie : une opportunité à saisir!

Équiterre, 2008. Comprendre le système agroalimentaire : enjeux et réalités au Québec.

Eyssartel L. *et al.*, 2009. Élaboration d'une politique d'approvisionnement responsable pour le CHUS. Travail présenté à M. Marco Lemay dans le cadre du cours Projet appliqué.

HCWH, 2011. New Report Details Growth of Sustainable Hospital Food Service Programs. Disponible en ligne: http://www.noharm.org/us_canada/news_hcwh/2011/nov/hcwh2011-11-14.php [Consulté le 25 janvier 2012]

Hébert, G., 2010. Nouveaux CHUM/CUSM : Vers la sous-traitance des services alimentaires? Rapport de recherche de l'IRIS.

Huang *et al.*, 2011. Sustainability in Hospital Foodservice. *Journal of Foodservice Business Research*, 14, 241–255.

Hudon, A., 2011. La Loi sur les contrats des organismes publics et sa réglementation en matière de marchés publics, 19^e Conférence des Juristes de l'État, en ligne: <http://www.conferencedesjuristes.gouv.qc.ca/textes-de-conferences/pdf/2011/LaLoisurlescontratsdesorganismespublicsetsareglementationenmatieredemarchespublics.pdf> [Consulté le 25 janvier 2012]

Institute for Agriculture and Trade Policy et Minnesota School Nutrition Association, 2010. Farm to School in Minnesota: A Survey of School Foodservice Leaders, Minneapolis, MN: IATP.

Institut National de Santé (INS) 2009. Perspectives d'achat local pour les organismes publics québécois et les municipalités : une analyse juridique, en ligne: http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/998_PerspecAchatLocal.pdf [Consulté le 25 janvier 2012]

Joanis, M. *et al.* (2009) Marchés publics et développement économique au Québec : *Leçon des expériences européennes et nord-américaines*, CIRANO, en ligne: <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2009RP-02.pdf> [Consulté le 25 janvier 2012]

Kingston Food Fight Organization (KFFO) (S.d.), en ligne: <http://www.kingstonfoodfight.ca/> [Accessed January 25, 2012]

Landry, I (2008) Contrats des organismes publics du Québec- Portrait d'une réforme, Heenan Blaikie, en ligne: http://www.heenanblaikie.com/fr/media/pdfs/pdf/200803_ProjetLoi17_fr.pdf [Consulté le 25 janvier 2012]

Leclerc-Marceau *et coll.*, 2011. Travail de Session : À la soupe ! Présenté à l'ESG de l'UQAM.

MacLeod, M. et Scott, J., 2007a. Local Food Procurement Policies: A Literature Review. Disponible en ligne: <http://www.agbio.ca/Docs/LocalFoodProcurementPolicies.pdf> [Consulté le 25 janvier 2012].

Lessard, L. 2007. Le Québec soutient le système de gestion de l'offre, en ligne : <http://www.vigile.net/Le-Quebec-soutient-le-systeme-de> [Consulté le 25 janvier 2012]

MacLeod, M. et Scott, J., 2007. Politiques d'approvisionnement alimentaire local: Une revue de la littérature, Ecology Action Centre et Ministère de l'Énergie de la Nouvelle-Écosse.

Mackrael, K, 2012, Hospital trays deliver change to patients' diets. Disponible en ligne: <http://www.theglobeandmail.com/news/national/hospital-trays-deliver-change-to-patients-diets/article2307622/> [Consulté le 24 janvier 2012]

MAPAQ, 2003. Services alimentaires : Enquête sur l'approvisionnement en fruits et légumes.

Marcon, 2011. Portrait québécois du secteur HRI et opportunités de développement pour les produits horticoles frais.

Marcon et Fédération des producteurs de pomme de terre du Québec, 2010. Service alimentaire - Étude de la pomme de terre: Rapport final, Fédération des producteurs de pomme de terre du Québec.

Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs du Québec (MDDEP) 2010, Trousse d'élaboration d'un cadre ou d'un système de gestion environnementale pour les ministères et organismes gouvernementaux, en ligne: <http://www.mddep.gouv.qc.ca/developpement/outils/conformite-engagement-gestes-recommandes-PGE.pdf> [Consulté le 25 janvier 2012]

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). 2009. Secteur de la santé : Miser sur une saine alimentation : une question de qualité : *Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées*, en ligne:

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-289-02.pdf> [Consulté le 25 janvier 2012]

Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMMROT) (2011) L'économie sociale : j'achète. Initiatives pour développer l'achat public auprès des entreprises collectives, en ligne:

http://www.mamrot.gouv.qc.ca/pub/grands_dossiers/economie_sociale/initiatives_entreprises_collectives.pdf [Consulté le 25 janvier 2012]

Morgan, K. et Sonnino, R., 2008. The school food revolution: public food and the challenge of sustainable development, London: Earthscan.

MSSS *et al.*, 2009. Miser sur une saine alimentation : une question de qualité. Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées. Disponible en ligne:

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-289-02.pdf> [Consulté le 25 janvier 2012].

MSSS, 2009b. 2009-2013. Plan d'action de développement durable. Prévenir et agir pour la santé de notre avenir. Disponible en ligne :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-733-01.pdf>, [Consulté le 25 janvier 2012].

Municipalité de Saint-Siméon, 2011. Politique d'approvisionnement de 25 000 \$ et moins et d'achat local de la municipalité de Saint-Siméon, en ligne:

http://www.saintsimeon.ca/phpformgenerator/use/politique_achat_local/documents/POLITIQUEAC_HAT.pdf [Consulté le 25 janvier 2012]

Ntibashoboye, B. 2010. Des débouchés pour les produits alimentaires québécois dans le secteur institutionnel, mais à quel prix? Bioclip + Volume 13, numéro 1.

Ralston *et al.*, 2010. Local Food Systems: Concepts, Impacts, and Issues. USDA Economic Research Report Number 97.

RCGT et Claude Spence, 2006. Études sur les habitudes d'achats dans les HRI. Document présenté à la Table agroalimentaire du Saguenay- Lac-St-Jean.

Schafft, K., Hinrichs, C.C. et Bloom, J.D., 2010. Pennsylvania farm-to-school programs and the articulation of local context. *Journal of Hunger and Environmental Nutrition*, 5(1), 23-40.

Secrétariat du Conseil du Trésor du Québec (SCT) (2012) Seuils d'application des accords, en ligne: http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/faire_affaire_avec_etat/tableaux_syntheses/seuils_application.pdf [Consulté le 25 janvier 2012]

Secrétariat du Conseil du Trésor du Québec (SCT). 2011. Synthèse des accords de libéralisation des marchés publics Réseau de la santé et des services sociaux, en ligne: http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/faire_affaire_avec_etat/tableaux_syntheses/sante_services_sociaux.pdf [Consulté le 25 janvier 2012]

Sharma, A., 2009. Assessing Costs of Using Local Foods in Independent Restaurants. *Journal of Foodservice Business Research*, 12(1), 55-71.

Strohbehn, C. et Connecting Local Food Service Operations and Farms in Central Iowa Project; Iowa State University. 2002. Local food connections: from farms to restaurants, Ames Iowa: Iowa State University Extension.

Strohbehn, C.H. et Gregoire, M.B., 2003. Case Studies of Local Food Purchasing by Central Iowa Restaurants and Institutions. *Food Service Research International*, 14, 53-64.

Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) 2011. La lutte pour l'approvisionnement local fait toujours rage, en ligne: <http://scfp.ca/services-alimentaires/la-lutte-pour-lapprovisionnement-local> [Consulté le 25 janvier 2012]

Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP). 2010. [Manifestation à Kingston pour des services alimentaires hospitaliers locaux](http://scfp.ca/sous-surveillance-novembre-2010/manifestation-a-kingston-pour-des-services-alimentaires-hospitaliers-locaux), en ligne: <http://scfp.ca/sous-surveillance-novembre-2010/manifestation-a-kingston-pour-des> [Consulté le 25 janvier 2012]

Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) .2010. La lutte contre la sous-traitance des services d'alimentation n'est pas finie et la campagne communautaire commence, en ligne: <http://scfp.ca/services-alimentaires/la-lutte-contre-la-sous-traitance-des> [Consulté le 25 janvier 2012]

Thatcher, J., 2004. The Cornwall Food Programme: Evaluating the Economic Impact of Local Procurement in the NHS. Master of Science in Local Sustainable Development. Bradford, UK: University of Bradford.

Thatcher, J. et Sharp, L., 2008. Measuring the local economic impact of National Health Service procurement in the UK: an evaluation of the Cornwall Food Programme and LM3. *Local Environment: The International Journal of Justice and Sustainability*, 13(3), 253-270.

Université de Montréal (UdeM). 2009. [Changement important au cadre réglementaire sur les approvisionnements et les contrats](http://www.fin.umontreal.ca/documents/pdf/reglements_acquisitions.pdf) Bureau des affaires juridiques Université de Montréal, en ligne: http://www.fin.umontreal.ca/documents/pdf/reglements_acquisitions.pdf [Consulté le 25 janvier 2012]

Wilson E. et Garcia A., 2011a. 'Going Green' in Food Services: Can Health Care Adopt Environmentally Friendly Practices? Canadian Journal of Dietetic Practice and Research – Vol 72 No 1, Spring 2011, 43-47.

Wilson E. et Garcia A., 2011b. Environmentally Friendly Health Care Food Services: A Survey of Beliefs, Behaviours, and Attitudes. Canadian Journal of Dietetic Practice and Research–Vol 72 No 3, Fall 2011, 117-122