



HAL
open science

La sobriété comme nouveau levier d'efficacité au service du mieux-soigner. Opportunités d'optimisation de valeur dans l'usage des dispositifs médicaux et hôteliers en milieu hospitalier public

Hourdier-Ducasse Christelle

► To cite this version:

Hourdier-Ducasse Christelle. La sobriété comme nouveau levier d'efficacité au service du mieux-soigner. Opportunités d'optimisation de valeur dans l'usage des dispositifs médicaux et hôteliers en milieu hospitalier public. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-04082753

HAL Id: dumas-04082753

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04082753>

Submitted on 26 Apr 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MOMA

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'UNIVERSITE

" MANAGEMENT DU DEVELOPPEMENT DURABLE EN SANTE "

**La SOBRIETE comme nouveau levier d'EFFICACITE
au service du MIEUX-SOIGNER**

Opportunités d'optimisation de valeur
dans l'usage des Dispositifs Médicaux et Hôteliers en milieu hospitalier public

Présenté par :

HOURDIER-DUCASSE Christelle

Jury :

FEBVRE, Nolwenn, Directrice de mémoire,
IADE, Présidente de l'association « Les P'tits Doudous »

ALLIES Cédric, Directeur des Opérations
COURRENT Jean-Marie, Professeur sciences de gestion

Année :

2022

En partenariat avec



« Le sûr n'est jamais certain, l'improbable n'est jamais impossible »

Edgar MORIN « Frères d'âme »

Edgar MORIN – Pierre RABHI Entretiens avec Denis LAFAY

Editions de l'aube 2021

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à Nolwenn FEBVRE, Directrice de ce mémoire, qui a accepté la guidance de ce travail de recherche au cœur de multiples sollicitations. Elle est pour moi un modèle d'exemplarité sur l'engagement quotidien qu'elle offre aux enfants soignés par son implication sans faille et ses grandes qualités humaines.

Je salue particulièrement les étudiants avec lesquels j'ai partagé cette année de Diplôme Universitaire « Management du développement Durable en santé ». Nous avons échangé connaissances et divergences en toute bienveillance.

Je salue la richesse et la qualité des enseignements et les interventions de l'ensemble des professionnels et Universitaires présents cette année. Merci pour ces douze mois enthousiasmant et inspirant.

Je n'oublie pas la chance d'exercer dans la fonction publique hospitalière qui a financé cette formation et qui, je l'espère, me permettra la mise en œuvre d'un projet durable et efficace...

Toute ma gratitude à mes proches qui me soutiennent sans faille à chaque retour sur les bancs tous les dix ans : mon mari pour sa lecture patiente, ma fille pour son aide numérique, mes amis pour leurs messages d'encouragement, Yan pour sa disponibilité et ses précieux conseils d'écriture.

Enfin, je remercie le jury ; Mr ALLIES et Mr COURRENT, pour la lecture et l'attention qu'ils porteront à ce travail de recherche.

RESUME

En France, les dispositifs médicaux représentent le deuxième poste de dépenses d'achats dans les établissements hospitaliers publics après les médicaments. Ces achats sont encadrés par des normes réglementaires strictes relatives au marquage CE, aux marchés publics et l'existence d'outils en faveur d'achats responsables (Programme Hospitalier Achats REsponsables) sont à disposition des acheteurs. Si cette chaîne d'approvisionnement en ressources médicales et hôtelière est maîtrisée, l'enquête menée dans ce travail de recherche révèle que plus de 60% des prescripteurs réceptionnent entre 1 et 5 dispositifs médicaux et/ou hôteliers insatisfaisants par mois et que le coût des ressources inutilisées et stockées dans les unités s'élèvent à plus de 45000€. Le constat sur cette déperdition d'efficacité dans cette gestion des ressources, en milieu hospitalier, ne vient pas de l'absence de ressources matérielles disponibles... mais de l'éparpillement opérationnel d'une utilisation optimale des ressources existantes. La bonne nouvelle, c'est que la valeur de la ressource, qui en fait existe, ne dépend que de notre capacité à organiser l'optimisation de son utilisation en se tournant vers des solutions vertueuses qui font déjà leur preuve.

MOTS CLEFS

Dispositifs médicaux - Ressources – Achats responsables - Sobriété – Efficacité– Mieux soigner

GLOSSAIRE

ACV : Analyse du Cycle de Vie

ADEME : Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CCP : Commission Consultative Paritaire

CDS : Cadre De Santé

CSDS : Cadre Supérieur De Santé

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSP : Code de la Santé Publique

DASRI : Déchet d'Activité de Soins à Risque Infectieux

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DM : Dispositif Médical

DMI : Dispositif Médical Implantable

DMNS : Dispositif Médical Non Stérile

DMS : Dispositif Médical Stérile

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

FREC : Feuille de Route Economie Circulaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

PENM : Plan d'Equipement Non Médical

PHARE : Programme Hospitalier Achats Responsables

PIB : Produit Intérieur Brut

PSH 34 : Plateforme Humanitaire et de Solidarité de l'Hérault

RSE : Responsabilité Sociétale des Entreprises

Table des matières

INTRODUCTION	8
1 LE CONTEXTE	9
Du constat d'un déficit d'utilisation de ressources disponibles, à l'identification de solutions opérationnelles pour une valorisation vertueuse de ces ressources	9
1.1 Trois circuits de commandes pour trois types de déperdition dans l'efficacité des ressources et des services	10
1.2 Un constat qui invite à interroger l'efficacité des dispositifs de concertation liés à l'optimisation de l'utilisation de nos ressources disponibles	11
1.3 Une feuille de route en 3 étapes : vers une solution d'efficacité facilement adaptable et durablement efficace	12
Quelle méthodologie de recherche pour identifier des solutions d'optimisation dans l'utilisation de nos ressources disponibles ?	13
A - Le cadre réglementaire : premier pont opérationnel vers une sobriété possible	13
B - Les parties prenantes, clés d'informations pour la recherche de solutions collectivement efficaces... et possibles.....	13
C - L'extension du territoire d'application de solutions existantes comme clé d'extension du bénéfice collectif, durable et vertueux de ces solutions	14
2 LE CADRE REGLEMENTAIRE et CONCEPTUEL : un préalable qui définit, autorise et circonscrit la recherche et la mise en place de solutions à identifier	14
2.1 Le programme PHARE : premier outil d'orientation pour une meilleure utilisation des ressources... ..	14
2.2 Définition réglementaire de la norme d'usage et règle du marquage CE	16
2.3 Définition réglementaire de la ressource « Dispositif Médical ».....	17
2.4 Plan national d'action pour les achats publics durables (2015 – 2020) : deuxième outil d'optimisation des ressources publiques à visée durable.....	19
2.5 La base de données ARMEN : premier outil pragmatique permettant de recenser, d'identifier et de mutualiser les bonnes pratiques.....	19
2.6 L'ajout d'un chaînon dans l'analyse du cycle de vie	20
2.7 LA SOBRIETE : frein ou levier d'efficacité ?	22
2.7.1 Sobriété : retour sur la signification d'un mot riche de sens et de possibles.....	22
L'HYPOTHESE DE RECHERCHE : L'efficacité POUR la sobriété. La sobriété PAR l'efficacité	25
3 METHODOLOGIE ET RECUEIL DE DONNEES : quand l'observation des pratiques ouvre le chemin des possibles	25
3.1 Rencontre avec les parties prenantes : pour une compréhension des circuits et un recueil des informations de pratiques.....	25
3.1.1 Identification des parties prenantes autour de l'investigation duale.....	27
3.1.2 Elaboration d'une grille d'entretien pour mesurer les mêmes critères auprès de chaque partie prenante.....	28
3.1.3 Les ressources inexploitées bénéficient-elles d'un cadre réglementaire ?.....	28
3.1.4 Mesurer les connaissances des parties prenantes sur l'estimation des ressources inutilisées .	29
3.1.5 Apprécier la place de la sobriété matérielle sur le terrain.....	29
3.1.6 Une réalisation des entretiens au plus près du terrain.....	29
3.1.7 Une enquête limitée pour un but recherché : l'engagement de réflexions autour des ressources inexploitées.....	29
3.1.8 Une analyse construite en miroir du cycle de vie de la ressource adossée à son cadre réglementaire et conceptuel.....	30
3.2 Analyse des données interviews.....	30
3.2.1 Cadre réglementaire autour du devenir des DM et biens hôteliers inutilisés.....	30

3.2.2	<i>Estimation des connaissances quantitatives, en nombre et coût des DM et biens hôteliers neufs non utilisés</i>	32
3.2.3	<i>Un pas vers la sobriété : mesure de la sensibilisation aux risques environnementaux et aux enjeux relatifs au développement durable dans les établissements de santé</i>	36
3.2.4	<i>Synthèse de l'analyse des interviews : l'identification d'un maillon fragilisé sur le cycle de vie de la ressource quand l'« usage » devient un « mésusage »</i>	38
3.3	Analyse des données questionnaires	39
3.3.1	<i>Population et lieux d'exercice</i>	39
3.3.2	<i>Une première ressource : Les Dispositifs Médicaux</i>	40
3.3.3	<i>Une deuxième ressource : Les Biens Hôteliers</i>	44
3.3.4	<i>Synthèse de l'analyse des questionnaires : le constat d'un déficit de valorisation des ressources est unanime parmi les parties prenantes, qui sont aussi unanimes dans l'attente de solutions pragmatiques pour faire converger Sobriété et Efficacité</i>	47
4	Le cas du CHU de Toulouse : l'exemple inspirant d'UNE SOLUTION OPERATIONNELLE pour l'optimisation de valeurs des biens hôteliers, qui pourrait être étendue aux DM.	48
	➤ Une gestion des ressources défaillante qui se répète, mais qui évolue vers de nouvelles solutions d'efficacité possibles	48
4.1	Naissance d'un projet vertueux : l'expérience de terrain, terreau d'expertise et de solutions possibles.	48
4.2	Une appropriation pour déployer le projet aux dispositifs médicaux et autres consommables hôteliers	50
	CONCLUSION	51
5	ANNEXES	53
6	BIBLIOGRAPHIE	64
7	WEBINOGRAPHIE	64

INTRODUCTION

Si les personnels de santé représentent 70% des dépenses des établissements de soins, les achats et approvisionnements hospitaliers se placent juste derrière (médicaments compris). Ce second poste de dépense demande donc une attention particulière à l'usage efficace des ressources matérielles qui regroupent l'ensemble des dispositifs médicaux et biens hôteliers. Forte d'une expérience de trois décennies dans quatre établissements hospitaliers publics Français, la disponibilité des ressources matérielles a toujours été effective. Si la qualité de ces biens peut être discutable, la mise à disposition a toujours été de mise. La crise sanitaire liée au covid a été le grain de sable qui a révélé des défauts d'approvisionnement dans les équipements de protection individuelle puis a entraîné un arrêt de fabrication de certains dispositifs médicaux faute de matière première disponible. Aujourd'hui encore, des substitutions de ressources sont proposées et adaptées au mieux aux besoins.

En revanche, si la chaîne d'approvisionnement est maîtrisée, il est constaté un éparpillement opérationnel de l'utilisation optimale des ressources existantes. Des dispositifs médicaux neufs restent inutilisés dans des unités, des biens hôteliers en bon état d'usage encombrant des bureaux et des couloirs administratifs.

Ce travail de recherche se propose d'identifier, de délimiter et de circonscrire la mise en œuvre de solutions d'efficacité dans l'utilisation ou la réutilisation des ressources disponibles qui adosserait conjointement et par conséquent durablement EFFICACITE et SOBRIETE.

En se donnant pour projet de confronter cette réflexion aux possibilités opérationnelles de sa mise en œuvre, j'ai d'abord étudié le périmètre réglementaire qui en définit les conditions comme les perspectives. Puis j'ai cherché, grâce à une étude de terrain auprès de chacune des parties prenantes, à identifier le travail réel et les perspectives d'amélioration possibles entre circuits d'approvisionnement en ressources et circuits d'utilisation des ressources.

Ce travail a permis non seulement de confirmer que cette équation Sobriété-Efficacité était féconde de solutions, mais également d'identifier et de proposer une solution opérationnelle pour la gestion des ressources hôtelières et des dispositifs médicaux, facilement adaptable, répondant à l'enjeu majeur de la gestion des ressources dans l'hôpital public : le mieux-soigner.

1 LE CONTEXTE

Du constat d'un déficit d'utilisation de ressources disponibles, à l'identification de solutions opérationnelles pour une valorisation vertueuse de ces ressources

Cadre de Santé dans un bloc opératoire, la gestion des dispositifs médicaux (stériles et non stériles), des biens hôteliers et mobiliers (médical et hôtelier) fait partie de mes missions quotidiennes. Cette gestion concerne la recherche de références quand il s'agit de nouveaux dispositifs médicaux, la commande, la réception et parfois le devenir de ces dispositifs neufs quand ils ne satisfont pas à la demande.

- **Un circuit de commande des ressources auprès des fournisseurs très bien défini, fluide et efficace**

Les biens issus du mobilier hôtelier et médical font partis d'un plan d'équipement non médical (PENM) annuel¹. Cela concerne les chariots de soins en passant par les fauteuils de travail, les statifs de rangement de matériel médical et les équipements électro-ménagers.

L'ensemble de ces dispositifs correspondent aux besoins exprimés par les équipes médicales et paramédicales afin de réaliser des soins de qualité et en toute sécurité.

Les renouvellements de marchés obligent aussi à modifier certains générateurs et leurs consommables dont ils sont captifs.

Les demandes de l'ensemble de ces dispositifs se font auprès de personnels dédiés : conseillères techniques pour les biens hôteliers, pharmaciens et Personnel des achats et de l'approvisionnement pour les dispositifs médicaux stériles, non stériles et les biens mobiliers.

Deux logiciels sont utilisés pour la réalisation de ces commandes. Seul le PENM est transmis par le Cadre administratif aux directions des achats.

Si le circuit de commande est bien défini, qu'en est-il de l'utilisation et le stockage de ces biens lorsqu'ils sont inutilisés ?

- **Un circuit d'accueil, de retour ou d'utilisation de la ressource qui se révèle inefficace dans sa valorisation**

¹ Annexe 1

Il suffit de poser son regard sur l'environnement hospitalier ; unités de soins, administration, plateforme d'approvisionnement, services médicotechniques voire les locaux du centre de formation pour constater qu'un nombre non négligeable de matériel et DM² encombrant l'espace faute d'utilisation.

Le problème majeur ne vient pas d'un déficit de ressources mais d'un déficit dans l'organisation de l'utilisation de ces ressources.

Il convient de distinguer les différents types de DM et matériel selon leur destination et leur état d'usage.

1.1 Trois circuits de commandes pour trois types de déperdition dans l'efficacité des ressources et des services

→ **Commandes de DM auprès de fournisseurs en cours de contrat : une double déperdition d'utilisation (gaspillage) et financière (traitement du gaspillage)**

Le premier cas concerne **les commandes de dispositifs médicaux relatives à une demande médicale spécifique ou suite à une rupture de stock**. A réception, si le dispositif ne convient pas (erreur de référence ou non adapté à l'indication médicale), dans le meilleur des cas, il est retourné à la plateforme d'approvisionnement et envoyé par l'acheteur au fournisseur pour un échange. Toutefois, certaines conditions contractuelles ne permettent pas le retour de DM. C'est le cas de certains dispositifs sortis de leur emballage d'origine, même si celui-ci n'a pas été stérilisé. Il peut donc rester dans l'unité dans l'attente de trouver un secteur où il pourrait être utilisé.

Il faut aussi souligner les quantités minimums de commande demandées par les fournisseurs pour certains DM. C'est le cas d'aiguilles stériles utilisées lors de repérage chirurgical en oncologie. Elles sont conditionnées par 250 unités pour moins de 40 utilisations annuelles. Non seulement, il faut trouver un espace de stockage dans un local déjà exigü et veiller à leur date de péremption, et lorsque cette date est dépassée, comme les aiguilles font parties des piquants et tranchants ; la réglementation oblige de les évacuer dans les DASRI³ après péremption. Le gaspillage est ainsi double : d'une part il s'agit d'un achat de DM qui ne sera pas entièrement consommé et d'autre part, il engendrera un coût lors de son élimination dans les DASRI.

² Dispositif Médical

³ Déchet d'Activité de Soins à Risque Infectieux

→ **Renouvellement de marchés des fournisseurs : un défaut de continuité dans l'optimisation de la ressource disponible**

Le second cas intéresse **les changements de fournisseur suite aux renouvellements de marché**. En général, le stock des anciens consommables est utilisé avant la mise en place des nouveaux. Ce qui ne s'applique pas à tous les DM et matériels. Prenons l'exemple du remplacement des imprimantes et des cartouches d'encre. Les cartouches de l'ex imprimante restent à la charge du service.

→ **Les biens mobiliers : un défaut de concertation des parties prenantes à l'origine d'un déficit de recyclage-ré-attribution des ressources anciennes, source de déperdition de valeur et de perturbation opérationnelle**

Enfin, le dernier cas concerne **les biens mobiliers**. Après le renouvellement de bureaux ou armoires de rangement, bien qu'usés par le temps, ils pourraient bénéficier d'une remise en état pour être utilisés dans d'autres secteurs. Au mieux, ils font l'objet d'un retrait par le Personnel d'une centrale de mobilier où ils sont stockés. Au pire, ils encombrent l'espace des unités ou couloirs administratifs.

1.2 Un constat qui invite à interroger l'efficacité des dispositifs de concertation liés à l'optimisation de l'utilisation de nos ressources disponibles

Le constat interroge en termes d'efficacité économique : ces DM et matériels entreposés de façon aléatoire encombrent l'espace restreint de tous les locaux hospitaliers. Sur le plan économique, il est évident que certaines commandes pourraient être évitées si ces DM et matériels étaient portés à la connaissance de l'ensemble des unités et redistribués selon les besoins. Sur le volet sécurité, l'encombrement des services contribue à l'augmentation des risques de vol et d'incendie.

L'analyse interroge en termes d'efficacité dans la transmission et le partage d'information : à ce jour, les moyens de communication sur la gestion de ces DM et matériels sont limités. Ils font l'objet d'un mail envoyé par le Cadre de l'unité concerné auprès d'une liste de diffusion ; un

groupe restreint de personnels qui se retrouvent vite submergés par les mails. Ce courriel concerne aussi bien les recherches que les « dons » de DM et matériels.

Au point de créer des impasses opérationnelles dans la réaffectation des ressources disponibles :

Pour certains biens hôteliers, comme les cartouches d'encre non utilisées suite à une erreur de commande ou un changement d'imprimantes, les conseillères techniques les stockent dans leur bureau et interviennent sur le logiciel de commande. Lorsqu'un CDS souhaite commander une de ces cartouches, l'accès est refusé, il ou elle contacte les conseillères techniques qui leur font parvenir une cartouche à disposition dans leur bureau. Ce procédé est chronophage pour les uns comme pour les autres.

A l'évidence, ces moyens plus ou moins efficaces méritent une réflexion, ou tout au moins invitent à l'engagement de celle-ci, sur d'autres solutions qui pourraient être apportées afin d'optimiser l'utilisation de ces DM et matériel non utilisés... et pourtant abondamment disponibles.

Il serait opportun d'interroger l'inefficacité de nos circuits de réutilisation de matériels disponibles, en la confrontant à la paradoxale efficacité et complexité de nos circuits d'approvisionnement. Interroger par conséquent le déficit d'efficacité et de continuité opérationnelle entre ces deux circuits, paraît aujourd'hui non seulement de bon sens, mais d'une très actuelle et très légitime préoccupation collective, qui redouble l'intérêt d'y apporter des solutions opérationnelles pragmatiques et accessibles : **la sobriété comme route de l'efficacité... et l'efficacité comme levier de la sobriété.**

Une interrogation par des questions majeurs :

Existe-t-il des préoccupations sociales et environnementales quant aux devenirs de ces DM et autres biens non utilisés ?

Comment promouvoir une économie circulaire autour des DM et autres consommables non utilisés dans les établissements de santé dans un souci de sobriété ?

1.3 Une feuille de route en 3 étapes : vers une solution d'efficacité facilement adaptable et durablement efficace

Afin de mener à bien cette réflexion, **une première partie traitera de l'aspect réglementaire** relatif à la fonction achat autour des DM essentiellement, des biens hôteliers ainsi qu'une approche de la sobriété matérielle. **Une deuxième partie s'intéressera (en les intéressant elles-mêmes à**

l'identification du problème comme à ses possibles solutions) aux parties prenantes concernées par cette démarche. Je souhaite rencontrer au moins un fournisseur, les acheteurs et les consommateurs afin d'avoir une approche la plus fine possible du sujet. Enfin, **une troisième partie sera consacrée à la recherche de solutions existantes et comment les promouvoir dans l'établissement dans lequel j'exerce.**

Quelle méthodologie de recherche pour identifier des solutions d'optimisation dans l'utilisation de nos ressources disponibles ?

A - Le cadre réglementaire : premier pont opérationnel vers une sobriété possible

Tout d'abord, je vais m'intéresser à l'existence d'un cadre réglementaire autour de la fonction achats des DM et des biens hôteliers dans les établissements de santé. Cette approche me permettra de mieux comprendre les processus d'achats, la définition des besoins ainsi que les outils de suivi. Je souhaite savoir s'il existe une réglementation ou des recommandations autour de ces cas particuliers du devenir de ces DM neufs et biens hôteliers neufs ou usagés inutilisés.

Le rapport de la Cour des comptes et le Guide de la Fonction achats des GHT devraient m'éclairer et m'apporter des pistes de réflexions afin d'orienter mes questions auprès des professionnels que j'interrogerai.

Cette démarche s'inscrit dans un souci de sobriété matérielle, concept que j'aborderai car très soucieuse de son application et convaincue de sa richesse. J'utiliserai le rapport de l'ADEME : *Penser la sobriété matérielle*, 2019 pour y puiser des pistes d'inspiration quant à la mise en œuvre de cette sobriété en réponse à ce contexte.

B - Les parties prenantes, clés d'informations pour la recherche de solutions collectivement efficaces... et possibles

Puis, une rencontre avec les différents acteurs impliqués autour des achats viendra enrichir mes connaissances du terrain.

Des échanges sont prévus avec les responsables des différents secteurs d'achats de DM et de biens hôteliers ainsi qu'avec un fournisseur de DMS à usage unique et un représentant d'une centrale d'achats publics.

Enfin, un questionnaire sera soumis par mail aux professionnels, responsables des commandes et de leur gestion dans l'établissement de santé dans lequel j'exerce, tous secteurs confondus, sur la quantité de DM, biens hôteliers et leur devenir en cas d'inutilisation.

L'idée étant de solliciter les parties prenantes qui interviennent au court du cycle de vie d'un DM. Depuis sa demande auprès du fournisseur qui sollicitera sa fabrication si besoin, jusqu'à son arrivée auprès de l'unité demandeuse qui sera satisfaite ou non de son usage avant d'en déterminer sa fin de vie.

C - L'extension du territoire d'application de solutions existantes comme clé d'extension du bénéfice collectif, durable et vertueux de ces solutions

Adossés aux outils procurés par ces deux premières étapes, je chercherai à identifier les solutions et process pouvant être opérationnellement source de valorisation de nos ressources disponibles, dans un horizon commun d'efficacité et de sobriété. Ce point ne saurait dès à présent présumer des possibles solutions qui auront été ouvertes et peut-être dessinées lors des deux étapes de recherches précédentes. Il faudra pour cela, attendre la quatrième partie de ce travail de recherche.

2 LE CADRE REGLEMENTAIRE et CONCEPTUEL : un préalable qui définit, autorise et circonscrit la recherche et la mise en place de solutions à identifier

2.1 Le programme PHARE⁴ : premier outil d'orientation pour une meilleure utilisation des ressources

Les dernières données datent de 2015 où les dépenses d'achats en fonctionnement s'élèvent à 18,7 Milliard d'Euros, 2^{ème} poste de dépense après le Personnel (40 Milliards d'Euros)⁵.

Les achats en produits de santé concernent essentiellement les médicaments au premier plan (5,8 Milliard d'Euros) devant les DM (3,5 Milliard d'Euros).

5000 agents se partagent les rôles et fonctions qui interviennent dans la chaîne des achats dans 878⁶ établissements de taille très hétérogène.

Le rapport de la cour des comptes constate que la fonction achat est mal reconnue et peu suivie dans ses résultats au sein des établissements. Les outils de gestion et suivis sont incomplets suite à une absence généralisée de système d'information qui traite l'ensemble du processus achat.

⁴ Programme Hospitalier pour des Achats Responsables

⁵ www.ccomptes.fr / Communication de la commission des affaires sociales et de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée Nationale. Juin 2017

⁶ 32 CHU – 755 CH – 91 CHPsychiatrie

Ainsi, le **programme PHARE**, porté par la DGOS⁷ depuis fin 2011 va inciter à une rationalisation et à une professionnalisation des achats hospitaliers. L'intérêt étant d'aboutir à une efficacité de la fonction achat et un partage des bonnes pratiques entre Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)⁸.

La feuille de route du **programme PHARE** se décline en 3 axes :

- **Préparation des acheteurs à l'achat responsable**

Un guide opérationnel est élaboré pour l'acheteur comprenant des fiches pratiques par famille et des clauses environnementales, sociales et sociétales. Une charte développement durable hospitalière est rédigée et la création d'un réseau achats responsable voit le jour.

- **Lancement de projets**

Sont proposés à des sites pilotes d'œuvrer sur des thématiques précises (déchets, recyclage d'équipement, énergie, transport...)

- **Accompagnement des GHT par la mise en place d'achats responsables**

Ces GHT, créés en 2016, suite à la Loi de modernisation du système de santé doivent entraîner une mutation importante de la fonction achat hospitalière. Chaque GHT dispose d'un établissement support qui doit définir une stratégie d'achats pour l'ensemble du groupement. La fonction achat se doit d'être plus professionnalisée et plus performante sur l'évaluation des besoins et sur le suivi de l'exécution des marchés.

Le recours à des centrales d'achats publiques devrait permettre de mutualiser au mieux les besoins. La création de ces structures d'achats a commencé en 2005 avec l'UGAP⁹ et UniHA¹⁰ et 2007 avec le RESAH-IDF¹¹ qui a ouvert l'accès à ses marchés au territoire national en 2016. Seulement, d'autres achats sont réalisés auprès de groupements d'achats régionaux (166 recensés) sans grande cohérence faute de pilotage d'ensemble.

Toutefois, quel que soit le choix de la centrale d'achats, les DM sont soumis à une réglementation liée à la mise sur le marché ainsi qu'à un marquage CE.

Ainsi, de la cour des comptes à l'Haute Autorité de Santé, les orientations d'optimisation de valeur dans les circuits d'approvisionnement restent elles-mêmes dépendantes de l'expertise des autorités compétentes en matière de santé

⁷ DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

⁸ 135 GHT en 2017

⁹ Union des Groupements d'achats publics

¹⁰ Union des Hôpitaux pour les Achats

¹¹ Réseau des Acheteurs Hospitaliers Ile De France

2.2 Définition réglementaire de la norme d'usage et règle du marquage CE

La HAS a publié une mise à jour en 2021 du « Parcours du dispositif médical en France »¹² qui souligne l'importance de déterminer précisément le statut du DM avant son développement en s'appuyant sur des définitions réglementaires autour desquelles le DM devra se conformer. *Le règlement européen 2017/745, qui remplace définitivement les directives 93/42/CEE et 90/385/CEE en 2021, définit un dispositif médical comme étant « tout instrument, appareil, équipement, logiciel, implant, réactif, matière ou autre article, destiné par le fabricant à être utilisé, seul ou en association, chez l'homme pour l'une ou plusieurs des fins médicales précises suivantes :*

- *Diagnostic, prévention, contrôle, prédiction, pronostic, traitement ou atténuation d'une maladie ;*
- *Diagnostic, contrôle, traitement, atténuation d'une blessure ou d'un handicap ou compensation de ceux-ci ;*
- *Investigation, remplacement ou modification d'une structure ou fonction anatomique ou d'un processus ou état physiologique ou pathologique ;*
- *Communication d'informations au moyen d'un examen in vitro d'échantillons provenant du corps humain, y compris les dons d'organes, de sang et de tissus*
- *et dont l'action principale voulue dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. »*

Le règlement européen 2017/745 est d'application obligatoire depuis le 26 mai 2021, date à laquelle les directives 93/42/CEE et 90/385/CEE ont été abrogées à l'exception de quelques dispositions. Les certificats délivrés au titre des directives 93/42/CEE et 90/385/CEE par un organisme notifié restent valables jusqu'à la fin de leur période de validité, au maximum 5 ans après leur délivrance et au plus tard le 27 mai 2024. Les dispositifs peuvent continuer à être mis à disposition sur le marché ou mis en service jusqu'au 27 mai 2025¹³.

Le marquage CE valide la conformité d'un DM aux exigences générales en matière de sécurité et de performance qui lui sont applicables. Ce marquage est incontournable pour la mise sur le

¹² Guide : Parcours du dispositif médical en France HAS 2017 mise à jour 2021

¹³ Guide : Parcours du dispositif médical en France HAS 2017 mise à jour 2021

marché européen. Il confirme le respect de différents critères¹⁴ selon la destination et la classe de risque du DM. Cette évaluation de conformité du DM est réalisée par un organisme notifié choisi par le fabricant. **Le marquage apposé reste sous la responsabilité du fabricant.** Si le choix de l'organisme notifié est libre, l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments (ANSM) reste l'autorité compétente en France pour contrôler les conditions de mise sur le marché des DM et s'assurer de la conformité à la réglementation des dispositifs déclarés par le fabricant.

Il s'agit ainsi d'une norme réglementaire commune mais à la responsabilité individuelle du fabricant.

Pour avancer dans l'analyse, il convient donc à présent de bien **distinguer la définition réglementaire de la norme d'usage de la ressource (CE) de la définition réglementaire de la ressource elle-même (DM).**

En effet, c'est cette distinction qui permet de saisir la discontinuité réglementaire qui vient s'ajouter (ou qui peut-être peut expliquer) la discontinuité d'efficacité entre circuits d'approvisionnement d'une part, et circuits d'utilisation d'autre part.

Et donc d'identifier les meilleurs leviers de solutions.

2.3 Définition réglementaire de la ressource « Dispositif Médical »

Les DM sont définis par le code de la santé publique (art. L.5211-1) « *comme tout instrument, produit, destiné à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques. Leur mise sur le marché est réglementée et conditionnée par l'obtention d'un marquage CE qui est un processus d'homologation moins lourd et moins long que celui applicable aux médicaments.* »

Il y aurait entre 800 000 et 2 Millions de produits, qu'une absence de classification et de codification (dans l'attente de l'instauration à l'échelle européenne d'une codification unique) rend difficiles à comparer.

Il existe trois grandes catégories de DM :

- ceux destinés à un seul patient (gants, pansement, aiguille...)
- ceux destinés à plusieurs patients après désinfection ou stérilisation (instrument de chirurgie, monitoring...)

¹⁴ Règlement 2017/745 du parlement Européen et du conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux

- ceux destinés à plusieurs patients comportant de l'électronique, mécanique (lit médical, matelas anti escarres...)

Ces deux définitions de la HAS et du Code de la Santé Publique montrent l'importante hétérogénéité du secteur du DM qui comporte des dispositifs aussi variés que des compresses, des lunettes de vue, des cathéters stériles ou des systèmes de monitoring ; générateur et consommables compris.

Si ce cadre réglementaire autour des DM est bien défini et respecté, nul texte oblige l'établissement de santé à acheter un seul et même type de DM pour une spécialité commune.

- Deux scénarios d'efficacité dans l'usage et dans l'approvisionnement de la ressource sont alors possibles

A- Une somme d'achats individuels selon l'usage défini par chaque équipe

Contrairement à d'autres types d'achats, chaque établissement achète ses dispositifs médicaux au regard des pratiques liées aux différentes équipes. Par exemple, au sein d'une équipe chirurgicale, pour une même spécialité, chaque opérateur, en fonction de sa propre pratique, peut être amené à utiliser des dispositifs médicaux différents. Cette pratique est courante dans les CHU.

B- Un achat unique selon l'usage mutualisé de toutes les équipes

A contrario, le groupe privé Ramsay Générale de santé, qui regroupe 124 établissements a réussi à mutualiser ses achats en dispositifs médicaux en créant un comité d'évaluation médicale. Ce qui a permis de passer de 71 références de kits pour césarienne à 2 références pour l'ensemble des établissements.

Un second scénario que le programme PHARE invite à privilégier...

Ce contexte répond aux objectifs du programme PHARE pour réaliser des gains économiques et de qualité de l'offre de soins en répondant aux critères du juste besoin et bon usage, de la mutualisation et de la standardisation.

... tout comme le plan national d'action pour les achats publics durables

En plus du programme PHARE, une prise en compte progressive des préoccupations sociales et environnementales a fait l'objet d'un second **plan national d'action pour les achats publics durables** pour la période 2015-2020 auprès des services publics dont les hôpitaux.

2.4 Plan national d'action pour les achats publics durables (2015 – 2020)¹⁵ : deuxième outil d'optimisation des ressources publiques à visée durable

Un achat public durable est soumis au code des marchés publics ou à l'ordonnance n° 2005-649 du 06 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumise au code des marchés publics.

Cet achat intègre des dispositions en faveur de la protection ou la mise en valeur de l'environnement, du progrès social et favorise le développement économique.

Il prend en compte l'intérêt de l'ensemble des parties prenantes concernées par l'acte d'achat. Il permet de réaliser des économies « intelligentes » au plus près du besoin et qui incite à la sobriété en termes d'énergie et de ressources. Enfin, il intègre toutes les étapes du marché et de la vie du produit ou de la prestation.

L'article 30 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 demande la prise en compte des objectifs du développement durable dans la définition préalable du besoin.

L'édiction de chartes de bonnes pratiques en matière d'achat durable devraient encadrer des critères de sélection des offres intégrant exigences sociales et/ou environnementales. Certains CH insèrent aux critères de choix des offres d'autres clauses relatives aux normes environnementales comme par exemple les conditions de livraison, la qualité environnementale des emballages ou la formation du personnel à l'environnement. Ces pratiques sont difficilement mesurables car les marchés qui incluent ces normes ne sont pas spécifiquement recensés.

2.5 La base de données ARMEN : premier outil pragmatique permettant de recenser, d'identifier et de mutualiser les bonnes pratiques

Issue de ce plan et du programme PHARE, une base de données ARMEN¹⁶ recense les bonnes pratiques en matière d'achat et aide l'acheteur à mettre en place des recommandations liées à des achats responsables au sein des GHT. La base de données est simplifiée par un tableau Excel dans lequel figurent, la classification des bonnes pratiques ainsi que la synthèse et les chiffres clefs. Les résultats relèvent **917 bonnes pratiques réparties sur les 6 vagues ARMEN**. En ciblant les DM et l'hôtellerie, les leviers qui ont permis de réaliser une performance d'achat concernent essentiellement les items suivants :

¹⁵ Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie et Annexe 2 « Calendrier et réglementation autour du Plan National d'Action pour des Achats Publics Durables »

¹⁶ base_de_donnee_bp_armen

- Action sur des prix
- Action sur un marché
- Juste besoin
- Levier financier
- Mutualisation via un opérateur externe
- Standardisation
- Substitution

Les DM : grands absents d'ARMEN

Aucune bonne pratique n'est retrouvée sur la gestion des DM neufs ou biens hôteliers neufs ou usagés non utilisés.

Une seule bonne pratique porte sur une action logistique dans les selfs des hôpitaux du Léman en recyclant le surplus de production alimentaire.

Si certains critères d'achats sont définis, aucune mesure quant aux devenirs des DM non utilisés n'est abordé. Un seul des objectifs de ce plan national demande que 80% des secteurs qui achètent du papier, appareils d'impression et consommables, mobilier, vêtements et matériel de bureautique doivent tenir compte de la fin de vie de ces produits.

2.6 L'ajout d'un chaînon dans l'analyse du cycle de vie

L'analyse du cycle de vie (ACV) est un outil qui permet l'évaluation globale et multicritère des impacts environnementaux d'un produit.

Selon l'Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie (ADEME), **l'ACV recense et quantifie, tout au long de la vie des produits, les flux physiques de matière et d'énergie associés aux activités humaines.** Toutes les étapes du cycle de vie du produit sont prises en compte pour réaliser l'inventaire de ces flux : extraction de la ou des matières premières nécessaires à la fabrication, transport du produit, stockage avant achat et utilisation, collecte et élimination en fin d'utilisation (valorisation ou fin de vie).

La **norme ISO 14040** décrit la méthodologie et la déontologie que doivent suivre les études d'ACV. Elle précise les objectifs et les domaines d'application de l'ACV. L'intérêt est d'optimiser le cycle de vie à chaque phase par :

- un meilleur choix des matières premières
- une fabrication moins énergivore en réduisant les flux d'énergie et les matières inutiles

- une amélioration de la distribution des produits en optimisant le groupement des commandes et des livraisons
- un usage qui génère le moins d'externalités négatives possibles
- une collecte de l'objet qui tient compte du recyclage pour favoriser l'économie circulaire et réduire la quantité de déchets

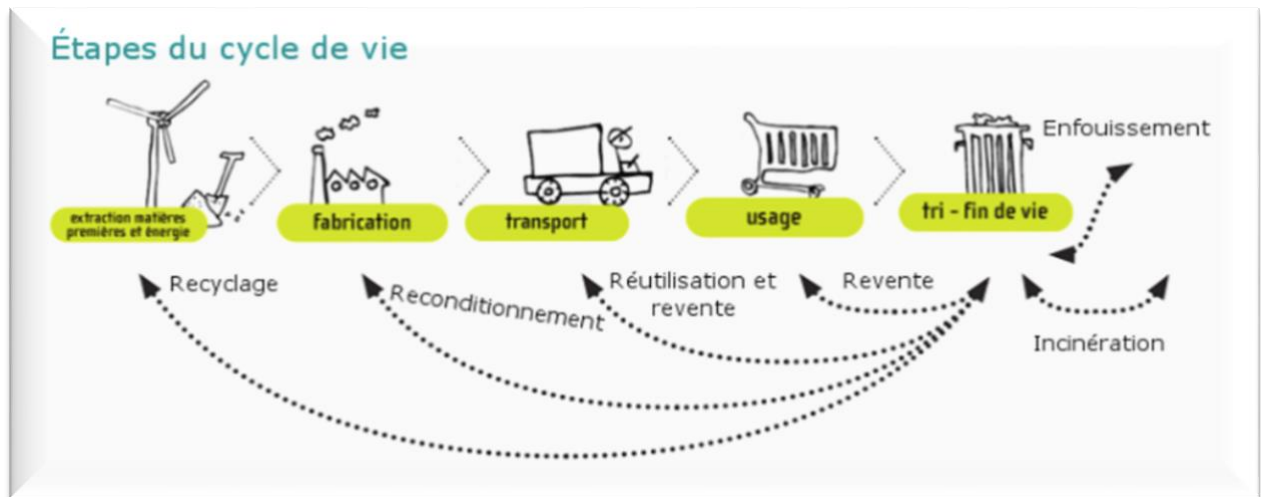


Schéma du cycle de vie d'un produit (source : Pôle éco-conception)¹⁷

Les établissements de santé sont tenus de s'inscrire dans une démarche de développement durable en adaptant leur projet d'établissement afin de prendre en compte leur impact environnemental, économique et social. Cette demande répond au **critère 3.6-04 du manuel de certification des établissements de santé de septembre 2021** : « **Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés** »¹⁸

La fin de vie d'un produit correspond à l'interruption de son utilisation, les causes peuvent être multiples (usage unique, non réparable, péremption de la stérilité), dans ces cas, des filières de tri et de valorisation des déchets peuvent garantir une fin de vie du produit vertueuse.

Mais, pour légitime qu'elle soit, quant à la fin de vie du produit, la **question du cycle de vie** d'un produit peut être aussi légitime quant à l'utilisation du produit durant sa « vie d'usage ».

Qu'en est-il en effet des dispositifs médicaux ou bien hôteliers neufs inutilisés ? Quel est le devenir de ces dispositifs, qui, une fois réceptionnés par l'unité demandeuse, ne répondent pas au besoin ? Existe-t-il une ou des démarches qui invitent à la sobriété matérielle ?

¹⁷ <https://www.eco-conception.fr/>

¹⁸ Annexe 3 : Manuel de Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Sept 2021 Critère 3.6-04

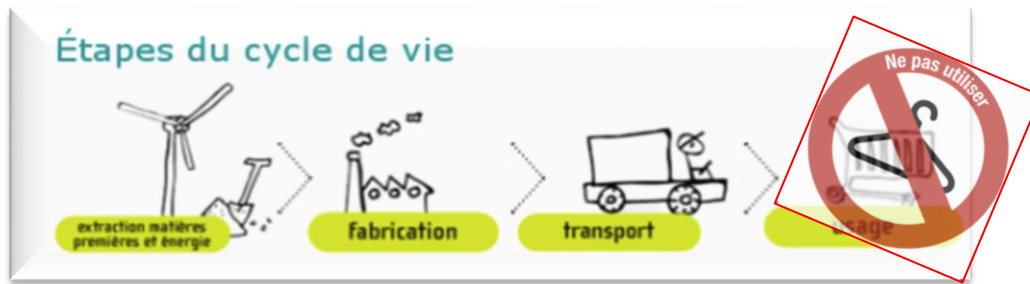


Schéma du cycle de vie d'un produit (source : Pôle éco-conception)¹⁹

Bien utiliser un produit dont on dispose, pendant la période dont on dispose de son utilisation possible ne serait-elle pas une piste extrêmement riche pour valoriser le cycle de vie d'une ressource ? Car au fond, les produits que nous produisons le sont avant tout pour un usage. Pour une utilité.

Ne pas les utiliser de manière optimale lorsqu'ils peuvent l'être, apparaît finalement comme la plus grande perte de valeur au cours du cycle de vie de nos produits. Et donc de nos ressources. Au sens le plus large du terme Ressource.

La question, aussi légitime qu'actuelle, de la sobriété vis-à-vis de nos ressources pourrait donc nous ouvrir un tout nouvel horizon : celui dans lequel **la sobriété n'est pas un frein** à la mise à disposition de ressources - **et donc à l'efficacité de service** - de l'hôpital... Mais un **levier d'optimisation et de surcroît d'efficacité** dans l'utilisation de ces ressources au service de l'hôpital.

A nouvel horizon, nouveau chemin.

2.7 LA SOBRIETE : frein ou levier d'efficacité ?

2.7.1 Sobriété : retour sur la signification d'un mot riche de sens et de possibles

- **La sobriété comme mesure face à l'abondance d'une ressource qui nous serait nuisible**

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales nous propose deux descriptions de la sobriété.

Tempérance dans le boire et le manger. Synonyme de Frugalité. Sobriété exemplaire, monacale, spartiate. D'une grande sobriété et d'une grande tempérance, il ne choisit jamais ses mets, mange indifféremment ce qu'on lui présente (FARAL, VIE temps st Louis, 1942).

¹⁹ <https://www.eco-conception.fr/>

Fait de ne pas boire ou de boire peu de boissons alcoolisées. Antonyme d'intempérance, ivrognerie. Régime de sobriété ; pratiquer la sobriété. Lui, l'homme dont on raillait la sobriété, il but, presque d'un trait, sans attendre que le sucre fût fondu, un grand verre d'absinthe (BENOIT, ATLANT., 1919).

Le slogan publicitaire de la Prévention routière utilise le terme « avec Santé-sobriété ». (Info santé, 1978, n°16)

Modération, mesure, discrétion. *Antonyme d'enflure, exagération, ostentation. Sobriété des gestes, du vêtement ; sobriété de l'esprit, de la parole, des sentiments ; admirable, élégante sobriété.*

Dans le domaine de l'art. Sobriété des coloris, de la décoration, de l'écriture, du style ; sobriété classique. Les gens qui aiment le bon goût et la sobriété en architecture doivent trouver l'Escorial quelque chose de parfait, car la seule ligne employée est la ligne droite (GAUTIER, TRA los montes, 1843).

Parmi les synonymes de « sobriété », certains termes évoquent l'austérité comme « rusticité, abstinence, sévérité », d'autres sont plus modérés comme « **modération**, tempérance, discrétion, ménagement » et certains s'inspire du calcul comme « **mesure, économie, pondération** ».

Les racines de la sobriété ont pris corps à travers des textes philosophiques ou religieux qui affirment que le bonheur ne se trouve pas dans les possessions matérielles. Chez les Stoïciens, cette notion de modération est retrouvée avec Sénèque pour qui « la pauvreté peut se changer en richesse grâce à la frugalité ».

Quant à la religion, une figure chrétienne s'impose dans le refus de l'opulence et le choix naturel de la sobriété : Saint François d'Assise que le pape Jean-Paul II a fait symboliquement patron « des cultivateurs de l'écologie » en 1979. Il s'inscrivait dans le refus de la richesse matérielle, considérant que ce renoncement contribuait au mieux vivre par l'égalité qu'il implique entre les humains.

➤ **La sobriété comme mesure face à l'abondance d'une ressource à laquelle nous serions nuisibles**

Plus près de nous, durant les années 1970, les limites planétaires en ressources au regard de la croissance démographique sont décriées dans le rapport Meadows²⁰ du **club de Rome** qui remet ainsi en cause le rêve d'une croissance sans fin. Meadows et ses collaborateurs chercheurs se sont appuyés sur une modélisation mathématique de l'écosystème mondial pour tirer le signal

²⁰ Premier rapport du club de Rome, intitulé *The Limits to Growth* (Halte à la croissance) publication de 1972

d'alarme sur le fait que nous vivons dans un monde fini. **La notion de limitation des ressources est propice aux propositions de modération de la production et de la consommation.**

Cette question sur la durabilité des modes de consommation et de production a donné naissance au concept de « développement durable » inspiré par le **rapport Brundtland**.²¹

➤ **La sobriété comme ressource de l'abondance qui nous est utile**

Dans les années 2000, l'accent est mis sur la différenciation entre croissance et consommation de matière et pollution. Il n'est pas demandé de réduire la croissance pour réaliser une consommation plus vertueuse.

Pour autant, certaines associations et organismes internationaux considèrent que la richesse mesurée uniquement au regard du PIB n'est pas un indicateur de développement pertinent. Ce qui fait référence au **paradoxe économique d'Easterlin**²² : **la hausse du PIB ne se traduit pas nécessairement par une hausse du bien-être ressenti.**

Une réflexion institutionnelle s'engage alors sur de nouveaux indicateurs autour de la richesse et du développement. L'INSEE intègre depuis 2010 une mesure subjective de la qualité de vie dans son enquête Statistiques sur les Revenus et Conditions de Vie (SRCV) ainsi que des indicateurs relatifs à la protection de l'environnement. Au-delà de la richesse, des indicateurs vont explorer la croissance et l'utilisation des ressources.

C'est le cas des dix indicateurs pour l'économie circulaire suivis par le Service d'Observation et des Statistiques (SOeS) du Commissariat général au développement durable depuis 2014. L'ADEME définit l'économie circulaire comme un « *système économique d'échange et de production qui, à tous les stades du cycle de vie des produits (biens et services), vise à augmenter l'efficacité de l'utilisation des ressources et à diminuer l'impact sur l'environnement tout en développant le bien-être des individus*²³ ».

La sobriété, le plus efficace et durable levier du bien-être. Et donc du bien-soigner ?

Loin de l'austérité, la sobriété matérielle intervient dans l'utilisation des ressources comme un levier efficace pour lutter contre le gaspillage et aussi pour favoriser des comportements contribuant au bien-être général de la société.

²¹ Rapport Brundtland « *Notre avenir à tous* » rédigé en 1987 par la commission mondiale sur l'environnement et le développement de l'Organisation des Nations Unies présidée par la Norvégienne Gro Harlem Brundtland

²² Richard Easterlin, économiste, paradoxe mis en évidence en 1974

²³ SOeS, « 10 indicateurs clé pour le suivi de l'économie circulaire », mars 2017

L'HYPOTHESE DE RECHERCHE : L'efficacité POUR la sobriété. La sobriété PAR l'efficacité

Au regard du cadre réglementaire encadrant les DM et leurs achats cette dernière décennie, un réel engagement de la part des politiques vise à améliorer ce secteur en commençant par une vraie formation dédiée et une reconnaissance des acheteurs au sein des établissements de santé. Si de bonnes pratiques sur une définition plus fine des achats hospitaliers se développent autour du juste besoin, de la standardisation ou encore de la substitution, **un domaine reste encore, à priori, insuffisamment exploité : l'optimisation des DM neufs et biens hôteliers neufs ou usagés inutilisés.**

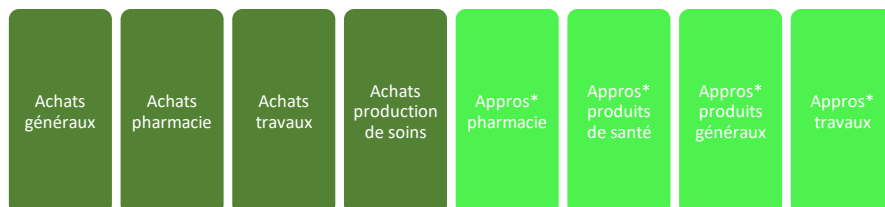
A partir de ce postulat, je vais définir une enquête auprès des parties prenantes depuis les acteurs responsables des achats hospitaliers jusqu'aux professionnels responsables des commandes et/ou de leur réception dans les différents sites de l'hôpital (tous secteurs confondus). Les résultats de cette enquête devraient me permettre de réaliser un état des lieux sur l'existence ou pas de documents internes relatives à ce contexte (auprès du fabricant comme des acheteurs) et de recueillir un retour d'expérience quantitatif et qualitatif auprès des utilisateurs (les DM et biens hôteliers concernés sont-ils réutilisés en tenant compte d'une économie circulaire ?).

3 METHODOLOGIE ET RECUEIL DE DONNEES : quand l'observation des pratiques ouvre le chemin des possibles

3.1 Rencontre avec les parties prenantes : pour une compréhension des circuits et un recueil des informations de pratiques

Les achats relatifs aux DM et biens hôteliers relèvent de la Direction des achats et de l'approvisionnement dans l'établissement de santé le quel j'exerce. Cette Direction coordonne quatre secteurs d'achats et quatre secteurs d'approvisionnement :

DIRECTION des ACHATS et de l'APPROVISIONNEMENT



*Approvisionnements

Je vais m'orienter vers les **secteurs d'achats et d'approvisionnement de la pharmacie, des produits de santé et des produits généraux**. L'intérêt est de rencontrer les responsables de ces différentes unités afin de pouvoir croiser leurs informations.

Je souhaite aussi compléter ma recherche vers le **secteur de la logistique** qui réceptionne les dispositifs neufs, en particulier le mobilier médical et hôtelier, avant livraison dans les unités. Ce secteur est aussi sollicité pour le retrait de ces mêmes dispositifs usagés. De plus, je m'adresserai à un **fournisseur de DMS** et à un **représentant d'une centrale d'achats publiques** afin d'échanger sur les modalités de retour de leurs dispositifs en cas d'inutilisation après réception dans l'établissement de soins.

Enfin, je m'adresserai aux « **prescripteurs** » : Personnels de l'établissement qui réalisent les commandes des DM et biens hôteliers afin d'apprécier, d'une part, la quantité de ces dispositifs non utilisés et, d'autre part, leur devenir.

Investigation duale pour un recueil précis et approfondi

Mon choix s'oriente vers l'**entretien semi directif** pour la richesse des échanges **auprès des responsables des secteurs d'achats et d'approvisionnements** ainsi que celui de la **logistique, du fournisseur et du professionnel de la centrale d'achats**. L'entretien sera proposé au choix en présentiel ou distanciel et prévu pour une durée de trente à quarante-cinq minutes maximum afin de ne pas surcharger des agendas déjà bien fournis pour ces Professionnels et ainsi m'assurer de leur adhésion à ma requête.

Investigation plurielle pour une exploitation statistique

Quant aux autres Professionnels, dont le nombre est supérieur à 300, un **questionnaire** sera envoyé par mail avec un **logiciel simplifié**²⁴ pour le remplissage et l'analyse des données. Il ne devra pas excéder cinq minutes de réalisation pour en faciliter le remplissage.

Les entretiens et questionnaires seront anonymes et feront l'objet d'un retour auprès des participants après la soutenance de ce travail de recherche.

Une population professionnelle ciblée pour une enquête de terrain

Ma volonté est de mener ces entretiens auprès de responsables issus de filières différentes et exerçant dans divers secteurs techniques et administratifs. Les entretiens ont été réalisés auprès des professionnels avec lesquels je travaille dans et hors de mon établissement de santé. L'enquête par questionnaire s'adresse aussi aux Professionnels exerçant dans l'ensemble des unités de soins, médicaux-technique, biomédical et Directions administratives d'un même établissement de soins. Ce dernier est le 6ème CHU de France avec près de **2000 lits et 600 places répartis sur douze Pôles** hospitalo-universitaires où exercent près de **11600 professionnels**.

3.1.1 Identification des parties prenantes autour de l'investigation duale

Trois responsables d'achats pharmacie et approvisionnements, deux conseillères techniques, un responsable logistique ainsi qu'un fournisseur de DMS et une représentante d'une centrale d'achats publiques ont été sollicités, soit un **total de huit personnes interrogées** :

TITRE	FILIERE	SECTEUR ACTIVITE
Responsable Coordination et optimisation des approvisionnements	Direction Achats et Approvisionnements	Gestion du référentiel & stock, gestion des marchés, liquidations et approvisionnements secteur pharmacie
Responsable Approvisionnements	Direction Achats et Approvisionnements	Gestion des produits de santé, biologie, biomédical
Cadre de Santé	Pharmacie	Pharmacie centrale
Conseillères techniques	Direction des Investissements et de la Logistique	Gestion des biens hôteliers

²⁴ Logiciel Sphinx : solutions d'enquêtes et d'analyses de données

Cadre logistique interne d'établissement	Direction logistique et transport	Gestion des biens hôteliers. Secteur où sont livrés les biens hôteliers neufs avant distribution dans les unités et où sont stockés les biens hôteliers usagés ou neufs non utilisés.
Fournisseur DMS	Société privée	Responsable relation fournisseur/acheteur
Chargée de projet RSE	Centrale d'achat publique	Chargée de missions RSE

Pour réaliser ces entretiens, j'ai réalisé une grille d'entretien, composée de questions ouvertes afin de faciliter l'échange, ciblées sur l'objet de ma recherche : le devenir et l'optimisation des DM et biens hôteliers neufs inutilisés.

3.1.2 Elaboration d'une grille d'entretien pour mesurer les mêmes critères auprès de chaque partie prenante

- La réglementation relative aux conditions de retours des DM et biens hôteliers neufs inutilisés est-elle aussi précise que celle relative aux achats ?
- Existe-t-il des indicateurs sur les quantités de DM et biens hôteliers neufs inutilisés ?
- Le devenir de ces DM et biens hôteliers neufs inutilisés s'inscrit-il dans une sobriété matérielle ?

Les questions ont été orientées autour de trois thématiques afin de réaliser un état des lieux sur ces ressources et ainsi d'en mesurer l'optimisation.

3.1.3 Les ressources inexploitées bénéficient-elles d'un cadre réglementaire ?

- Objectif : Savoir si le cas des DM et biens hôteliers neufs non utilisés s'inscrit dans une réglementation au même titre que leur achat.

Questions 1 et 2 :

- Existe-t-il une charte ou une procédure institutionnelle relative aux conditions de retours des DM et biens hôteliers neufs inutilisés, entre le CHU et les fournisseurs ?
- Existe-t-il une charte ou une procédure institutionnelle relative aux conditions de retours des DM et biens hôteliers neufs inutilisés intra CHU ?

3.1.4 Mesurer les connaissances des parties prenantes sur l'estimation des ressources inutilisées

→ Objectif : Apprécier la connaissance sur la quantité et le coût des DM et biens hôteliers concernés.

Questions 3, 4 et 5 :

→ La quantité annuelle de DM et biens hôteliers retournée auprès des fournisseurs est-elle connue ?

→ La quantité annuelle de DM et biens hôteliers non retournée auprès des fournisseurs est-elle connue ?

→ Le coût des DM et biens hôteliers neufs non utilisés est-il connu ?

3.1.5 Apprécier la place de la sobriété matérielle sur le terrain

→ Objectif : Apprécier les connaissances sur le réemploi de ces DM et biens hôteliers ?

Question 6 :

→ Le devenir des DM et biens hôteliers neufs non utilisés est-il connu ?

3.1.6 Une réalisation des entretiens au plus près du terrain

Deux interviews seulement ont été réalisées en visioconférence. Deux professionnels se sont déplacés pour répondre à mes questions et ma rencontre avec les quatre autres personnes sur leurs lieux d'exercice m'a permis de faire un constat sur le stockage de DM et biens hôteliers neufs non utilisés.

3.1.7 Une enquête limitée pour un but recherché : l'engagement de réflexions autour des ressources inexploitées

Cette enquête ne s'adresse qu'à un seul établissement de santé, elle ne se veut pas généraliste mais a surtout pour but de réaliser un état des lieux et une base de réflexion autour du sujet. L'idée étant de croiser les données recueillies avec celles des utilisateurs par le retour des questionnaires. Les questions propres au fonctionnement de l'établissement n'ont été posées qu'aux professionnels concernés. Le fournisseur DMS et la chargée de projet RSE d'une centrale d'achat n'apparaissent donc pas dans tous les tableaux.

3.1.8 Une analyse construite en miroir du cycle de vie de la ressource adossée à son cadre réglementaire et conceptuel

L'analyse se veut représentative et au plus près de la réalité du terrain sur lequel j'exerce. Au regard du cycle de vie d'un DM ou d'un bien hôtelier, j'ai limité les entretiens à six personnes de l'établissement et deux personnes hors CHU afin de recueillir les témoignages sur une partie du cycle de vie : du fournisseur à l'acheteur puis le recueil des questionnaires explorera le retour des utilisateurs.

Au fil de l'analyse, j'émettrai des interprétations en mobilisant le cadre réglementaire, conceptuel et les lectures qui m'ont accompagnées depuis le début de mon travail de recherche. Enfin, je confronterai mon hypothèse aux éléments de réponses que je pourrai apporter à ma question de recherche.

3.2 Analyse des données interviews

3.2.1 Cadre réglementaire autour du devenir des DM et biens hôteliers inutilisés

Question 1 :

→ Existe-t-il une charte ou une procédure institutionnelle relative aux conditions de retours des DM et biens hôteliers neufs inutilisés, **entre le CHU et les fournisseurs** ?

Tableau 1

Interviewé	DISCOURS
Responsable Coordination et optimisation des approvisionnements	« ...les retours fournisseurs sont actés sur les marchés publics » « ...il n'existe pas de charte ni de contrat »
Responsable Approvisionnement	« ...les conditions de retours et délais figurent dans le cahier des charges avec 10 à 12 clauses de réception » « ...il n'existe pas de charte ni de contrat »
Cadre de Santé	« ...il n'existe pas de charte ni de contrat » « il existe un tableau de suivi des retours vers les fournisseurs »
Conseillères techniques	« ...il n'existe pas de charte ni de contrat »
Cadre logistique interne d'établissement	« ...il n'existe pas de charte ni de contrat »
Fournisseur DMS	« ...les retours sont assujettis au marquage CE et aux contraintes réglementaires »

	« ...il n'existe pas de charte ni de contrat »
Chargée de projet RSE	« ...il n'existe pas de charte ni de contrat » « ...c'est pourquoi, il est important de bien définir le besoin... »

L'ensemble des professionnels s'accordent sur **l'inexistence de document type charte ou contrat** relatif au retour de tous les dispositifs. Le fournisseur évoque le marquage CE, étant seul responsable de ce marquage une fois apposé. Quant au responsable Coordination, il souligne l'obligation pour l'établissement support de respecter la réglementation liée à la mise sur le marché ainsi qu'au marquage CE.

Le tableau de suivi des retours des DM évoqué par le Cadre de Santé concerne essentiellement les dispositifs relatifs aux matériovigilances et aux DMI²⁵.

En miroir des textes réglementaires relatifs aux achats de DM, aucune charte ou contrat ne s'intéresse à ce cas particulier. Un seul cahier des charges dispose des conditions de retour vers le fournisseur.

Question 2 :

→ Existe-t-il une charte ou une procédure institutionnelle relative aux conditions de retours des DM et biens hôteliers neufs inutilisés **intra CHU** ?

Tableau 2

Interviewé	DISCOURS
Responsable Coordination et optimisation des approvisionnements	« ...il n'existe pas de charte, les retours se font par rapport à la date de péremption... si cela concerne un retour suite à une erreur de commande, c'est le rôle du Préparateur en Pharmacie de proposer le DM dans un service utilisateur... »
Responsable Approvisionnements	« ...il n'y a pas de charte »
Cadre de Santé	« ... il n'y a pas de charte »
Conseillères techniques	« ...il n'y a pas de charte »
Cadre logistique interne d'établissement	« ...il n'y a pas de charte » ... « lorsque la livraison ne convient pas, le technicien revient avec et la laisse dans l'entrepôt dans l'attente d'un retour chez le fournisseur si cela est possible ou dans l'attente qu'un service soit demandeur... »

²⁵ DMI : Dispositif Médical Implantable

Les Professionnels n'ont pas connaissance d'un document institutionnel relatif à ces retours.

Il existe un document institutionnel²⁶ relatif aux conditions de retours « physiques » des DMS et médicaments, rédigé en 2016 et dont la mise à jour date d'Octobre 2022. Ce document a été réalisé par les responsables médicaux et paramédicaux de la Pharmacie centrale de l'établissement.

Cette absence de document, en dehors des modalités de retour internes à l'établissement, reflète bien le cadre réglementaire relatif aux DM et biens hôteliers où **l'accent est mis sur la mise à disposition et l'usage de ces derniers mais pas de leurs devenir en cas d'inutilisation.**

3.2.2 Estimation des connaissances quantitatives, en nombre et coût des DM et biens hôteliers neufs non utilisés

Question 3 :

→ La **quantité** annuelle de DM et biens hôteliers **retournée** auprès des fournisseurs est-elle connue ?

Tableau 3

Interviewé	DISCOURS
Responsable Coordination et optimisation des approvisionnements	« ...pas de connaissance réelle des quantités ... »
Responsable Approvisionnements	« ...pas de connaissance réelle des quantités ... »
Cadre de Santé	« ... un tableau de suivi des retours et des relances existe... » « ...Concernant le nombre de retours entre les US et la plateforme, il s'agit du nombre global (DM et médicaments) » ...
Conseillères techniques	« ...pas de connaissance réelle des quantités ... »
Cadre logistique interne d'établissement	« ...seul un tableau ²⁷ sur la réception des matériels d'hôtellerie neufs à livrer dans les unités existe... »
Fournisseur DMS	« ...pas de connaissance réelle des quantités ... » « ... très peu de DM sont retournés, il faut que les DM soient retournés dans l'emballage d'origine conformément au marquage CE... s'il s'agit d'essais, ils ne sont pas toujours repris... »
Chargée de projet RSE	« ...pas de connaissance réelle des quantités ... »

²⁶ Annexe 4

²⁷ Annexe 5

Les DM non utilisés devraient être retournés vers la plateforme de stockage avant d'être envoyés vers le fournisseur si ce retour est possible. Il existe **deux types de stockage** ; les **DM en stock sur la plateforme** et ceux qui **proviennent directement du fournisseur à chaque demande**, ces derniers sont qualifiés « **hors stock** ».

Les biens hôteliers type **meublier inutilisés** sont retournés vers un entrepôt appelé **centrale du meublier**. Si cela est possible, ils font l'objet d'un échange par le fournisseur, au cas contraire, ils restent dans cette centrale en attendant qu'une unité soit demandeuse.

Certains consommables hôteliers (ex. : articles numériques, réactifs de laboratoire) sont retournés auprès des conseillères techniques qui peuvent les adresser aux unités utilisatrices si besoin.

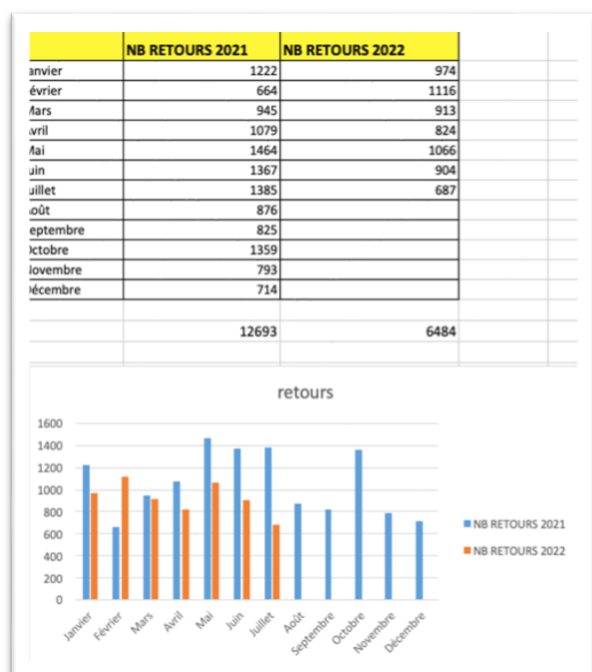
Au regard des réponses, force est de constater une **absence de traçabilité effective sur ces DM et biens hôteliers quel que soit le secteur concerné**.

Concernant le tableau de suivi évoqué par le Cadre De Santé (de Juillet 2020 à Juin 2022) ; après consultation, sur quatre-vingt-quatre lignes de commandes, seule une concerne un DM et représente un colis sur cent-vingt-quatre. Il s'agit d'un doublon de quantité.

Les autres retours concernent des Dispositifs Médicaux Implantables, des produits pharmaceutiques, des retours de DM utilisés pour des essais ainsi que des DM faisant l'objet d'une matériovigilance. Ce tableau n'est pas représentatif à 100% des retours relatifs uniquement aux DM neufs non utilisés.

Le tableau ci-dessous concernent les retours de DM et des médicaments des unités vers la plateforme de stockage. Il ne s'agit donc pas encore de données chiffrées objectives sur les DM concernés.

Tableau des retours de DM et médicaments des unités vers la plateforme de stockage



L'absence d'indicateurs précis représente un frein qualitatif à cette mesure quantitative

Sans une connaissance fine de ces quantités, la question se pose sur ces DM et biens hôteliers qui pourraient peut-être représenter une part négligeable sur l'ensemble des retours. Les réponses au questionnaire et une recherche sur cette situation auprès d'un autre établissement de santé sensiblement de même taille pourrait m'éclairer sur ce questionnement.

Faute de données chiffrées sur ces retours, le tableau²⁸ ci-dessous recense les quantités commandées de DMS en stock et hors stock pour l'année 2021. En comparaison avec les quantités retournées, elles paraissent infimes au regard du nombre de commandes. Toutefois, **une inconnue demeure : la quantité de DM et biens hôteliers « en attente » dans les unités et dans la centrale du mobilier.**

Quantité commandée	Type achat	Somme de Q
49877	DISPOSITIFS MEDICAUX IMPLANTABLES	
192479063	DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES Stockés	
725360	DISPOSITIFS MEDICAUX STERILES Non Stockés	
193254300	Total général	

²⁸ Extrait des données chiffrées sur les DMI, DMS en stock et hors stock du CHU, 2021

Quant au fournisseur interrogé, les **obligations liées au marquage CE n'autorisent pas toujours les retours selon les sociétés ou laboratoires mêmes si la stérilité des DM a été respectée.**

Quant aux emballages d'origine, si plusieurs DM conditionnés dans un même carton doivent être envoyés vers plusieurs unités de soins, ce carton n'est pas stocké. D'une part, faute de place et d'autre part, pour limiter les risques incendie.

Il est donc difficile de quantifier ces DM et biens hôteliers neufs non utilisés en l'absence d'indicateurs. Contrairement à la traçabilité relative aux achats et au marquage CE, force est de constater un **défaut d'informations précis sur ces retours.**

Question 4 :

→ La **quantité** annuelle de DM et biens hôteliers **non retournée** auprès des fournisseurs est-elle connue ?

Tableau 4

Interviewé	DISCOURS
Responsable Coordination et optimisation des approvisionnements	« ...pas de traçabilité existante... » « ...nous ne savons pas si les unités gardent ou pas des DM... »
Responsable Approvisionnements	« ...pas de traçabilité existante... » « ...nous ne savons pas si les unités gardent ou pas des DM... »
Cadre de Santé	« ...pas de traçabilité existante... »
Conseillères techniques	« ... un tableau recense le nombre de cartouches d'imprimantes retournées par les services... »
Cadre logistique interne d'établissement	« ...pas de traçabilité existante... »

Le défaut de traçabilité sur les retours vers la plateforme ou la centrale du mobilier coïncide avec les réponses apportées. Seules les conseillères techniques possèdent un suivi du nombre de cartouches d'imprimantes retournées à leur attention lors d'erreur de références ou après changement d'une imprimante avec un autre fournisseur de consommables.²⁹

En Juin 2022, **quarante-deux cartouches ont été retournées** faute de compatibilité avec l'imprimante du secteur concerné.

²⁹ Annexe 6

Question 5

→ Le **coût** des DM et biens hôteliers neufs non utilisés est-il connu ?

Tableau 5

Interviewé	DISCOURS
Responsable Coordination et optimisation des approvisionnements	« ...pas de connaissance des coûts... »
Responsable Approvisionnement Cadre de Santé	« ...pas de connaissance des coûts... »
Conseillères techniques	« ...un tableau recense le nombre de cartouches d'imprimantes retournées par les services et leur coût... »
Cadre logistique interne d'établissement	« ...pas de connaissance des coûts... »

Tout comme l'absence de données relatives aux quantités, il en est de même sur l'aspect financier. La seule connaissance objective des coûts concerne les cartouches d'imprimantes³⁰. Ce **coût s'élève à presque 2200 euros**.

3.2.3 Un pas vers la sobriété : mesure de la sensibilisation aux risques environnementaux et aux enjeux relatifs au développement durable dans les établissements de santé³¹

Question 6 :

→ Le devenir des DM et biens hôteliers neufs non utilisés est-il connu ?

Tableau 6

Interviewé	DISCOURS
Responsable Coordination et optimisation des approvisionnements	« ... une recherche est faite pour connaître les services utilisateurs et c'est le rôle du Préparateur en Pharmacie de proposer le DM dans un autre service... »
Responsable Approvisionnement	« ... ils sont retournés au fournisseur si celui-ci est favorable... pour les réactifs de laboratoire, il faut respecter les conditions de

³⁰ Annexe 6

³¹ Manuel de Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Sept 2021 Critère 3.6-04

	stockage et de température, ils sont proposés aux services utilisateurs sinon, ils sont détruits... »
Cadre de Santé	« ... les DM en stock sont à nouveau à disposition dans la plateforme, ...Il n'y a pas de filières spécifiques d'évacuation des DMS hors stock. Ils sont jetés dans les poubelles classiques. Il est donc difficile d'évaluer un volume... » « ...les DM peuvent être retournés auprès de certains fournisseurs s'ils sont dans leur emballage d'origine... »
Conseillères techniques	« ...certains DM qui ne sont pas utilisés, comme pour les périmés, sont jetés ou donnés aux instituts de formation du CHU, pour l'activité de simulation ou encore au CESU... » « ... s'il s'agit d'une erreur de commandes, l'accès au DM ou bien hôtelier est suspendu momentanément sur le logiciel de commande pour être redistribué dans un secteur demandeur... »
Cadre logistique interne d'établissement	« ...les biens hôteliers neufs non utilisés sont stockés dans la centrale du mobilier avec ceux qui sont usagés... ils sont redistribués dans les secteurs qui font une demande par mail... certains sont donnés dans une association (Plateforme Humanitaire et de Solidarité de l'Hérault) ... d'autres sont jetés dans la benne à déchets quand ils sont hors d'usage... »
Fournisseur DMS	« ...si les DMS sont dans leur carton d'origine, ils peuvent être repris ou échangés... »
Chargée de projet RSE	« ...il est possible de s'adresser à un broker, il s'agit d'un courtier qui rachète les DM...l'établissement de santé contractualise avec un broker sur les DM usagés ou inutilisés puis ils sont revendus vers des marchés, comme en Afrique par exemple... il existe aussi un site d'enchères pour les biens hôteliers : Agorastore... »

L'ensemble des professionnels dispose d'une connaissance du réemploi des DM et biens hôteliers qui reviennent dans leurs secteurs. Une préoccupation demeure pour trouver un secteur utilisateur pour les DM avant de les éliminer.

Toutefois, lors d'un échange avec une professionnelle qui réceptionne des retours de DM « hors stock » sur la plateforme du CHU, j'apprends que la fréquence de ces retours est quotidienne et que ces DM sont jetés dans une benne à déchets. La raison prioritaire est le **manque d'espace** pour stocker ces DM et l'**absence d'autres solutions pour les redistribuer**.

➤ **Constat sur site : des locaux sur exploités par des ressources sous estimées**

Quant aux biens hôteliers entreposés dans la centrale du mobilier ; **250 m2 sont dédiés aux retours où cohabitent des biens neufs et d'autres en bon état d'usage.**

Le bureau des conseillères techniques possède une pièce attenante d'une quinzaine de mètres carrés contenant des étagères bien remplies aux contenus divers (essentiellement des cartouches d'imprimantes, des DM de monitoring pour adultes et enfants et autres échantillons de DM retournés par les services après test).

Côté approvisionnements, des retours de DM occupent quatre étagères de six mètres linéaires chaque jour dans l'attente d'être distribués dans des unités utilisatrices.

Au regard du critère 3.6-04³² relatif aux risques environnementaux et aux enjeux du développement durable qui doivent être maîtrisés par l'établissement de santé, une marge de progression peut être mise en œuvre en termes de « *sensibilisation en matière de protection de l'environnement et de développement durable* ».

➤ **L'émergence de solutions durables**

Le site d'enchères « Agorastore » évoqué par la professionnelle chargée de projet est un site internet dédié à la vente aux enchères des biens des entités publiques et des entreprises. Des brancards, tables d'examen et générateurs de monitoring y sont proposés. Le broker ou courtier joue un rôle d'intermédiaire entre un acheteur et un vendeur. Certains établissements comme le CHRU de Besançon³³ propose certains DM à ces brokers. Ce fut le cas pour un lot de tables d'intervention, d'éclairage opératoire, de respirateurs et d'amplificateurs de brillance qui a été proposé à trois brokers pour être vendu au plus offrant.

3.2.4 Synthèse de l'analyse des interviews : l'identification d'un maillon fragilisé sur le cycle de vie de la ressource quand l'« usage » devient un « mésusage »

Si les processus d'achats autour des DM sont clairement définis, réglementés et connus des acheteurs hospitaliers, leur réemploi ou leur recyclage reste aujourd'hui approximatif avec une absence de traçabilité et d'indicateurs permettant une extraction fiable de données chiffrées sur la situation réelle.

Il en est de même avec les biens hôteliers dont la conformité aux marchés publics est respectée mais dont **la quantité inutilisée reste méconnue** des acheteurs.

³² Extrait de l'Annexe 3

³³ sante-achat.info Une deuxième vie pour les dispositifs médicaux 13 décembre 2021

Une **volonté** de redistribuer les DM **existe**, mais le **système** est **inefficace** car chronophage et loin d'être simplifié (recherche de secteurs utilisateurs, contact de ces secteurs par téléphone ou mails dans un établissement de plus de 11000 professionnels).

De plus, des locaux de stockage exigus (soumis à une augmentation croissante des activités hospitalières au fil des ans depuis leurs constructions) ne permettent pas de garder des emballages d'origine, obligatoires pour le retour de certains DMS.

Enfin, une quantité inconnue de ces DMS finissent dans une benne à déchets faute d'acquéreur.

Les retours des questionnaires adressés aux professionnels utilisateurs complétera ces informations relatives aux quantités et aux devenir de ces DM et biens hôteliers.

3.3 Analyse des données questionnaires

Un état des lieux sur le devenir des DM et biens hôteliers non utilisés a été soumis par questionnaire en ligne³⁴ à 300 professionnels du CHU responsables des commandes et/ou de la gestion des stocks dans l'ensemble des secteurs du CHU.

Il s'agit de réaliser un retour d'expérience auprès des professionnels qui gèrent les DM et/ou les biens hôteliers, tous secteurs confondus, de leur commande à leur réception.

L'idée est d'évaluer plusieurs facteurs autour de ces DM et biens hôteliers neufs non utilisés :

- la fréquence d'insatisfaction lors de la réception
- la cause de l'insatisfaction
- la quantité de DM et/ou biens hôteliers concernés
- la nature des DM et/ou biens hôteliers concernés
- la communication et le devenir

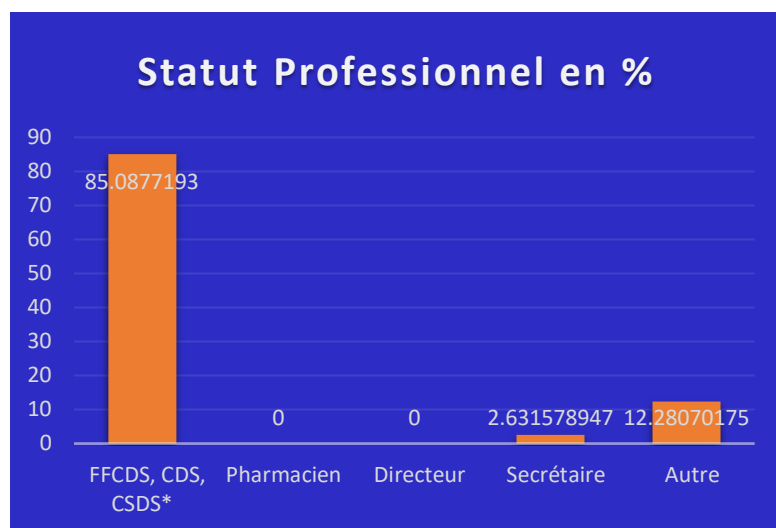
Les graphiques présentés sont issus de l'analyse du questionnaire. Un tableau EXCEL sera joint à ce travail à titre d'éléments de preuves, lui-même issu de ce questionnaire.

3.3.1 Population et lieux d'exercice

Les **managers représentent 85% des répondants**, suivis par 12% représentés par des professionnels paramédicaux, des ingénieurs biomédicaux, une conseillère technique, un gestionnaire approvisionneur et un Directeur des soins. Les secrétaires représentent 2%.

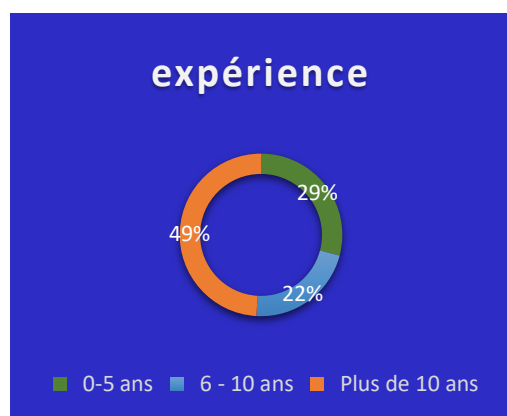
³⁴ Annexe 6

Statut Professionnel en %



* Faisant Fonction Cadre De Santé, Cadre De Santé, Cadre Supérieur De Santé

La majorité des Professionnels possède une **expérience de plus de 10 ans**



Les secteurs de Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Imagerie et Psychiatrie représentent 75% des lieux d'exercices. Les autres unités concernent les Directions des soins, des achats et approvisionnements, de la Qualité et sécurité des soins, la plateforme logistique, le département d'hygiène hospitalière et les Instituts de formation aux métiers de la santé.

3.3.2 Une première ressource : Les Dispositifs Médicaux

Deux logiciels sont majoritairement utilisés pour la commande des DM, seuls certains consommables numériques sont renouvelés automatiquement et quelques DM sont commandés directement auprès d'une centrale d'achat. Les utilisateurs doivent donc savoir quel logiciel utiliser en fonction du DM demandé et du secteur d'achat référent.

La **fréquence des commandes** varie entre une fois par jour pour 15% des utilisateurs et le plus souvent à **une fois par mois pour 28%**.

Insatisfaction à la réception des DM

40% des utilisateurs sont insatisfaits du ou des DM livrés une fois par mois et 20% le sont toutes les deux semaines. Quant aux causes du mécontentement, plus de **50% concernent les erreurs de référence** suivies par celles de livraison et enfin celles des quantités.

Causes de l'insatisfaction à la réception de DM



Les erreurs de références et de quantité peuvent être de deux origines, soit de la part du professionnel qui réalise la commande, soit de la part du fournisseur. S'il s'agit du demandeur, il est à souligner une nouvelle fois l'importance de bien définir le besoin en amont, autant de la part de l'unité demandeuse que du secteur d'achat. Une des missions premières de la fonction achat porte sur la satisfaction des besoins des prescripteurs en termes fonctionnels et qualité.

Quant aux **erreurs de livraisons**, elles concernent la localisation. Majoritairement, les DM sont livrés sur la plateforme logistique avant d'être transportés dans des armoires par camion aux différents secteurs. Il arrive, par erreur humaine, qu'un DM ne soit pas adressé au bon secteur. **L'établissement est réparti sur 67 hectares**, il compte huit établissements de santé et un campus hospitalo-universitaire. Un livreur inexpérimenté peut aussi se perdre facilement dans cet espace quand il livre directement un DM dans l'unité.

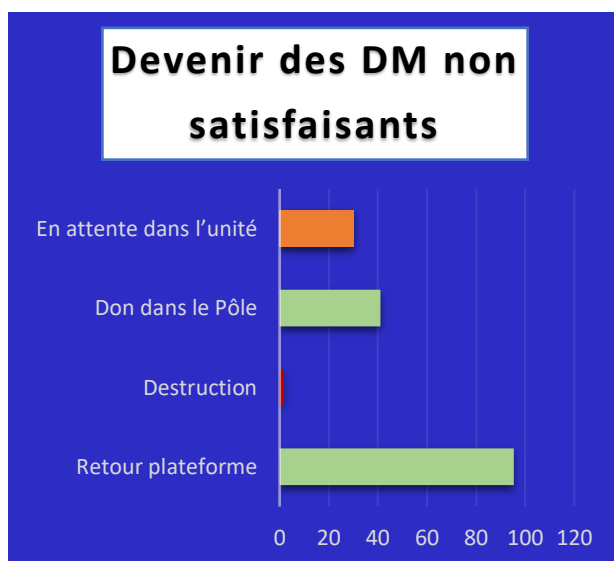
Deux autres causes d'insatisfaction sont relatives au **défaut d'information** relatif aux ruptures de stock ainsi qu'au **délai très long de livraison** pour certains DM. Les événements géopolitiques actuels ne font qu'accentuer ces ruptures et délais de livraison faute de matière première disponible. Une meilleure interface de communication sur ces situations entre les secteurs d'achats et les unités serait la bienvenue.

Quantité estimée de DM non satisfaisants reçus par mois et devenir

67% des répondants estiment recevoir entre 1 et 5 DM qui ne correspondent pas à leur besoin par mois. Seuls, moins de 10% en reçoivent plus de 5.



Ce résultat de 67% est significatif sur la quantité de DM reçue par mois, il manque toutefois des données indispensables sur la nature et la quantité exacte pour obtenir une approche encore plus fine. Le manque de traçabilité sur ce suivi ne permet pas d'avoir des données exhaustives. Le devenir de ces DM pourra déjà fournir une approche plus précise en termes de quantité.



Le choix des réponses pouvait être multiple.

Si un très fort taux de retour vers la plateforme est effectif, il faut garder à l'esprit que seules les erreurs de références de la part du fournisseur ou certains DM encore dans leur emballage d'origine peuvent être retournés vers celui-ci pour échange ou remboursement. La plupart des DM hors stock sont jetés à leur retour à la plateforme, c'est l'endroit où la destruction est la plus importante mais elle impacte un échantillon très faible de répondant (Professionnels parmi les 12% « autres » du graphique statut professionnel en % page 39) d'où une réponse très peu importante. Le don

dans le Pôle reste un moyen efficace pour le réemploi de ces DM. Enfin, **30% de ces DM restent inutilisés dans les unités** à encombrer l'espace alors qu'ils pourraient probablement être proposés dans d'autres secteurs. **Les précisions sur la nature et la quantité de DM qu'ont apportés les participants vont permettre d'obtenir des données chiffrées plus précises.**

Afin d'avoir un retour le plus fin possible, j'ai repris les résultats issus par l'analyse du logiciel Sphinx pour regrouper les DM en deux catégories :

- Dispositifs Médicaux Stériles (DMS)
- Dispositif de monitoring

Les coûts, pour certains DM, représente une moyenne par manque de précision sur leur nature. Par exemple : pour « seringue », il faut prendre en considération son volume, son embout et sa fonctionnalité. Pour ceux qui manquaient de précision, ils n'ont pas été pris en considération.

Dispositifs Médicaux Stériles	Quantité	Coût € HT /Unité
FLEXISEAL	1	200
FRAISES MOTEURS B BRAUN	60	70
HOUSSES ENDOFIX	80	99,50
INSTRUMENTATION	5	-
MATERIEL DE PONCTION	30	-
POCHE DRAINAGE EXTERNE LCR	5	40
SERINGUE	380	0,10
PRELEVEMENT	1	-
STERILE	1	-
AIGUILLES STERILES	1	-
INSTRUMENTS STERILES	1	-
COMPLET KIT FOR EXTERNAL VENTRICULAR DRAINAGE	3	412
EAU STERILE	1	0,77
CUPULE	20	0,30
DRAINAGE DE PLAIES STERILES	1	2
HOUSSE	30	-
LIGASURE	20	400
POCHES ILEO/COLO +SUPPORT	10	-
DRAINAGE	1	-
GANT	100	0,33
HYDROCLEAN ADVANCE	1	1,30
SORBACT	1	1,90
MATERIEL INTERVENTIONNEL	40	-

MATERIEL DE DRAINAGE	20	-
AUTRE	30	-
TOTAL €		21878,97

Dispositifs de monitoring	Quantité	Coût € / unité / HT
BRASSARD A TENSION PEDIATRIQUE	40	6
BRASSARD TENSION	12	8
CABLES MONITORAGE	11	100
ELECTRODES MINDRAY MR60	30	187
CAPTEUR	1	146
VENSTAR OXYLOG	10	1600
TOTAL €		23192

Le manque de précision pour certains DM sous évalue le coût total estimé. **Le montant de tous ces DM s'élève à plus de 45070€ dépensés pour une utilisation nulle.** La facture s'alourdit lorsque l'on prend en considération les commandes de ces mêmes DM par d'autres unités qui en expriment le besoin. La même analyse va être réalisée auprès des biens hôteliers.

3.3.3 Une deuxième ressource : Les Biens Hôteliers

Les commandes de biens hôteliers sont aussi réalisées avec les deux mêmes logiciels qu'avec les DM et certains biens spécifiques (mobilier hôtelier et médical) font l'objet d'une demande annuelle sur le Plan d'Equipement Non Médical.

65% des professionnels réalisent des commandes une fois par mois quand 16% le font deux fois par mois.

Insatisfaction à la réception des biens hôteliers

Comme pour les DM, plus **de 40% des professionnels qui réceptionnent les biens hôteliers sont insatisfaits une fois par mois.**

Les causes sont égales entre les erreurs de référence et de quantité. Un autre motif concerne le manque de visuel et le choix restreint des biens.

Causes de l'insatisfaction à la réception de Biens Hôteliers

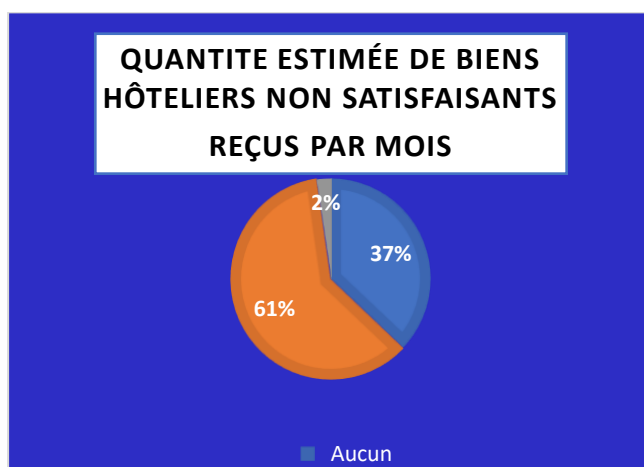


Les causes d'erreurs liées aux références et aux quantités sont identiques aux DM. Les erreurs liées aux livraisons sont plus faibles car, comme les DM, ces biens arrivent par la plateforme et les biens type mobilier sont livrés par les professionnels expérimentés de la centrale du mobilier qui ont une excellente connaissance de la localisation des unités.

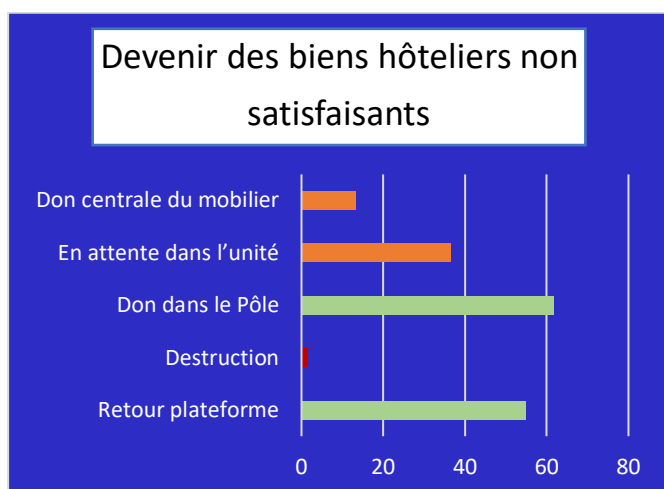
Quantité estimée de biens hôteliers non satisfaisants reçus par mois et devenir

61% des répondants estiment entre 1 et 5 biens reçus par mois qui ne répondent pas à leur besoin. Les biens supérieurs à 5 unités par mois sont très faibles par rapport aux DM (2%).

Comme pour les DM, ce résultat interroge sur la qualité de la définition initiale du besoin et du choix des références, comme le soulignent certains professionnels dans leur réponse à la nature de l'insatisfaction. Pour exemple, un seul choix de siège, type tabouret, est proposé aux professionnels dans les salles de bloc opératoire, sauf qu'à réception, ceux-ci se révèlent inconfortables avec une assise glissante entraînant un risque de chute. Quid du devenir de ce bien ? Si les professionnels sont prompts à signaler l'insatisfaction, les biens peuvent être proposés au retour auprès du fournisseur si celui-ci les accepte, au cas contraire, ils finiront à la centrale du mobilier à attendre un réemploi... ou pas.



Le don dans le Pôle est très largement déployé car facilité par la proximité avec les autres unités d'une même spécialité. Suivi de près avec le retour vers la plateforme où, encore une fois, une quantité inconnue, faute de traçabilité, est destinée au réemploi ou est jetée dans la benne à déchets.



Le choix des réponses pouvait être multiple.

Devant les DM, **presque 40% des biens hôteliers stagnent dans les unités** alors qu'ils pourraient être réemployés dans d'autres secteurs évitant ainsi des dépenses inutiles lors de commandes de biens par d'autres services. De plus, cela permettrait de libérer de l'espace, qui pourrait être dédié aux soignants et aux patients, espace plus que restreint dans les établissements hospitaliers publics de construction ancienne.

Quant au retour à la centrale du mobilier, **250m2 sont consacrés au stockage de biens inutilisés (neufs et usagés)**. Ces biens sont proposés aux professionnels lorsqu'ils en font la demande par mail, **il n'existe pas de document numérique où sont répertoriés ces biens**.

En complément du devenir, les réponses apportées par les utilisateurs permettent d'estimer un coût de ces biens hôteliers inutilisés, coût à minorer pour les biens usagés mais en bon état d'usage (brancards, lits, pieds à perfusion et chariots).

Bien hôtelier	Quantité	Coût € /unité/ HT
BRANCARDS	11	1300
LITS	1	1500
PIEDS A PERFUSION	16	250
CHARIOTS	3	378
PANIERS MEDIMAT	25	10
RAILS MEDIMAT	20	3,50
SUPPORTS GANTS NON STERILES	20	25
CARTOUCHES ENCRE	30	100
AUTRE	3	-
TOTAL €	130	22054

3.3.4 Synthèse de l'analyse des questionnaires : le constat d'un déficit de valorisation des ressources est unanime parmi les parties prenantes, qui sont aussi unanimes dans l'attente de solutions pragmatiques pour faire converger Sobriété et Efficacité.

Même si le **taux d'insatisfaction sur la quantité de dispositifs** reçue dans les unités par mois est élevé ; **plus de 60%** pour l'ensemble des DM et des biens hôteliers, la même proportion quasiment est retournée à la plateforme ou à la centrale du mobilier ou distribuée dans le Pôle d'exercice. Toutefois, une partie de ces DM, si elle n'est pas de retour vers le fournisseur, est jetée et les autres biens restent en attente dans un entrepôt. A cela se rajoute les 30% de l'ensemble de ces dispositifs neufs ou en bon état d'usage qui stagnent dans les unités. Cette analyse révèle que le système actuel mérite une attention particulière afin de le rendre plus performant et qu'il s'inscrive dans une réelle démarche d'économie circulaire. A la lecture du Plan National d'Action pour les Achats Publics Durables³⁵, je prends la mesure de l'importance de la bonne définition du besoin et de l'accompagnement des acheteurs afin, déjà, de limiter les dispositifs insatisfaisants lors de leur réception. De plus, une sensibilisation à la sobriété matérielle dans l'usage de ces dispositifs s'inscrirait parfaitement dans un cercle vertueux en luttant contre le gaspillage et l'insatisfaction des acheteurs et des utilisateurs.

A l'issue de ce constat sur cette gestion des DM et biens hôteliers inutilisés, j'ai souhaité élargir mes recherches auprès d'autres établissements de soins afin de savoir si des actions étaient mises en œuvre pour chercher et identifier des solutions opérationnelles viables face à cette problématique.

Avec une idée directrice :

Des solutions opérationnelles existent-elles et seraient-elles adaptables dans la perspective de faire converger Sobriété et Efficacité ?

Et avec une intuition :

Si la problématique du déficit de valeur dans l'utilisation de nos ressources, pourtant à disposition, semble être structurelle à la plupart des établissements hospitaliers, des initiatives locales ont pu être développées ailleurs, dans d'autres établissements de santé.

³⁵ Annexe 2

4 Le cas du CHU de Toulouse : l'exemple inspirant d'UNE SOLUTION OPERATIONNELLE pour l'optimisation de valeurs des biens hôteliers, qui pourrait être étendue aux DM.

- **Une gestion des ressources défaillante qui se répète, mais qui évolue vers de nouvelles solutions d'efficacité possibles**

Le CHU dans lequel j'exerce est le quatrième depuis le début de mon expérience professionnelle, commencée depuis 30 ans. Le recul me fait prendre conscience que j'ai toujours rencontré ce déficit d'efficacité dans la gestion des ressources disponibles, quel que soit l'établissement. Manager depuis moins de 10 ans, le sujet me préoccupe davantage car cette gestion fait partie de mes attributions et je sais qu'elle est perfectible. Mes recherches m'ont amené auprès d'un autre établissement de santé, dans la même zone géographique et de capacité similaire. J'ai pu échanger par visioconférence avec une Professionnelle qui a participé à la mise en œuvre d'un projet d'amélioration de la gestion des biens hôteliers dans son établissement.

4.1 Naissance d'un projet vertueux : l'expérience de terrain, terreau d'expertise et de solutions possibles.

L'idée a été soumise par un Aide-Soignant en 2018, responsable en logistique qui, face à ce même constat sur la gestion des biens hôteliers non utilisés a proposé la création d'une plateforme numérique dédiée uniquement aux équipements non médicaux, neufs ou en bon état d'usage. Les DM et consommables hôteliers ne sont pas concernés.

- **Un collectif compétent pour le développement d'un outil numérique efficace au service de toutes les parties prenantes**

Un projet qui rassemble dès sa conception les parties prenantes

Un groupe de travail a été constitué pour le bon développement du projet en mettant en lien l'ensemble des Professionnels concernés par le projet, du service informatique à celui de la logistique.

Un modèle économique vertueux autant que sobre

L'établissement a financé les compétences d'un apprenti Ingénieur en informatique pendant six mois. La mise en place du projet a duré moins d'une année.

Un outil numérique qui agrège les circuits au lieu de les siloter

L'idée est que l'accès à cette plateforme soit ouverte à l'ensemble des Professionnels de l'établissement depuis l'Intranet et aussi l'extérieur du CHU. Chacun est libre d'y proposer un bien et/ou de le solliciter. La confiance n'excluant pas le contrôle, lors d'une recherche de ressource, le supérieur hiérarchique du professionnel est informé de la demande.

➤ Une utilisation simplifiée et un process facilité pour répondre aux besoins de chacun et à la recherche d'efficacité de tous

Pour déposer un bien ; doivent être renseignés : le code d'identité du produit, son état d'usage, une description, une photo et sa localisation. Le service logistique achemine le bien d'un point A au point B.

Une mise en alerte a été créée si un bien demandé n'est pas disponible au moment de la recherche. Un mail est alors envoyé au demandeur si le bien est mis à disposition sur la plateforme.

➤ L'enjeu d'efficacité économique du monitoring : une traçabilité avec des résultats à la clef qui s'alignent avec le paradigme de la sobriété

Un workflow permet le suivi de la demande par une traçabilité de cette dernière et la transmission par mail au fil de l'avancée du process jusqu'à sa livraison. Ce suivi permet l'extraction de données sur l'ensemble des actions réalisées sur la plateforme.

Ainsi, sur dix-huit mois, 878 biens ont été donnés avec cette plateforme et représentent une économie estimée à 250 000€.

Lors du salon Santexpo ce 19 Mai 2022 à Paris, la Fédération Hospitalière de France a remis un de ses premiers « prix de la transition écologique »³⁶ à cet établissement pour ce projet « au bon coin du CHU ».

➤ Quand l'efficacité POUR la sobriété s'inscrit dans la réglementation

Ce projet s'inscrit parfaitement dans une volonté de sobriété matérielle et répond favorablement au critère 3.6-04 du manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins³⁷ :

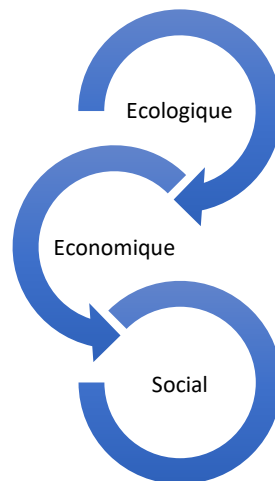
³⁶ APM International Dépêche du Jeudi 19 mai 2022

³⁷ Annexe 3

« ...l'établissement met en œuvre une politique de sensibilisation en matière de protection de l'environnement et de développement durable ».

4.2 Une appropriation pour déployer le projet aux dispositifs médicaux et autres consommables hôteliers

Ce « Bon coin du CHU » permet de donner une seconde vie aux équipements non médicaux qui ne sont plus utilisés par les unités de manière gratuite. L'idée serait de le déployer aux consommables hôteliers et aux dispositifs médicaux neufs ou usagés. Ce travail de recherche a mis en lumière la quantité de biens inutilisés et la quasi absence de réglementation et de traçabilité. Ce projet s'inscrit parfaitement dans une démarche de développement durable au travers des trois piliers :



Ecologique : Réduction des déchets liés aux dispositifs hors stock non retournés, aux périmés
Réemploi des dispositifs usagés
Suppression des mails envoyés pour demander ou proposer des biens
Diminution de l'empreinte carbone liée à la fabrication et au transport de dispositifs déjà présents sur site

Economique : Réduction d'achat des dispositifs par réemploi de ceux qui sont inutilisés
Bénéfice financier sur les économies réalisées
Réduction du coût des déchets d'activité de soins à risque infectieux

Social : Désencombrement de l'espace et possibilité de l'aménager pour améliorer la qualité de vie des patients et des soignants

Participation collective de l'ensemble des équipes hospitalières à une gestion plus sobre des ressources médicales et hôtelières

Développement d'un management et d'un travail agiles pour en finir avec les silos organisationnels

Amélioration du système d'échange des ressources matérielles

➤ **Mise en œuvre de la solution : mode d'emploi**

La mise en œuvre de ce projet commencera par la réalisation d'un **cahier des charges fonctionnel** afin de délimiter toutes les fonctionnalités de la plateforme.

Un groupe de **travail pluridisciplinaire** (soignant, informaticien, logisticien) permettra d'assurer une fonctionnalité efficiente de la plateforme numérique ; de son utilisation initiale à la livraison du dispositif.

Une **extraction des données** permettra de quantifier le nombre d'annonces et le volume de « transactions » sur la plateforme afin de pouvoir établir une liste d'**indicateurs de performance**. L'appropriation de la plateforme par l'ensemble des parties prenantes enrichira son utilisation et participera à déployer efficacité et sobriété.

Enfin, en fonction des résultats obtenus, il pourrait être envisageable d'exporter le concept dans d'autres établissements de santé et ainsi promouvoir la plateforme.

CONCLUSION

De manière globale, il ressort de cette analyse de la gestion des ressources, en termes de biens hôteliers comme de DM, que ce n'est pas tant la ressource matérielle elle-même qui nous fait défaut dans la recherche d'efficacité de notre système hospitalier mais la capacité organisationnelle d'en faire un usage optimal.

Ce constat d'un défaut d'efficacité, dans la perspective actuelle d'une recherche de sobriété, nous a permis d'identifier et de définir une nouvelle équation vertueuse entre sobriété et efficacité dans l'usage possible de nos ressources.

Cette possibilité est apparue aussi bien au niveau réglementaire que dans la réalité opérationnelle de terrain qui ont fait l'objet des deux premières phases de notre recherche.

Dans la continuité de cette nouvelle équation entre sobriété et efficacité, nous avons pu identifier une solution opérationnelle existante, appliquée à la gestion des biens hôteliers et développée par le CHU de Toulouse. Solution dont le modèle invite autant qu'il autorise à proposer de le faire migrer à la gestion des DM, dans d'autres CHU.

En résumé, si les établissements de santé manquent indéniablement de ressources humaines, elles disposent en revanche et à l'évidence de ressources matérielles suffisantes. Bien qu'insuffisamment optimisées. Ce travail a mis en lumière ce chaînon d'« usage » du cycle de vie d'un produit dont l'exploration mérite une vraie réflexion vertueuse pour le respect de nos ressources. Une meilleure définition des besoins entre l'acheteur et le prescripteur en amont de l'achat serait un premier levier pour satisfaire la demande, et pour d'emblée éviter le risque de se retrouver avec une ressource paradoxalement disponible, mais infructueuse en regard de sa vocation d'usage, qui reste et demeure le mieux soigner.

« Tout ce qui ne se régénère pas, dégénère » Edgar MORIN

5 ANNEXES

Annexe 1 : Extrait d'un Plan d'Equipement Non Médical

Annexe 2 : Calendrier et réglementation autour du Plan National d'Action pour des Achats Publics Durables

Annexe 3 : Manuel de Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Septembre 2021 Critère 3.6-04

Annexe 4 : Affiche extraite du document interne au CHU pour le retour des médicaments et des DMS non utilisés

Annexe 5 : Rapport d'activité 2020 et 2021 sur la réception du matériel hôtelier neuf















Annexe 6 : Quantité et Coût de cartouches d'imprimantes neuves inutilisées après commande


Annexe 7 : Enquête et analyse des données : Etat des lieux sur le devenir des Dispositifs Médicaux et des Biens Hôteliers dans l'ensemble des secteurs du CHU

Annexe 1 : Extrait d'un Plan d'Equipement Non Médical

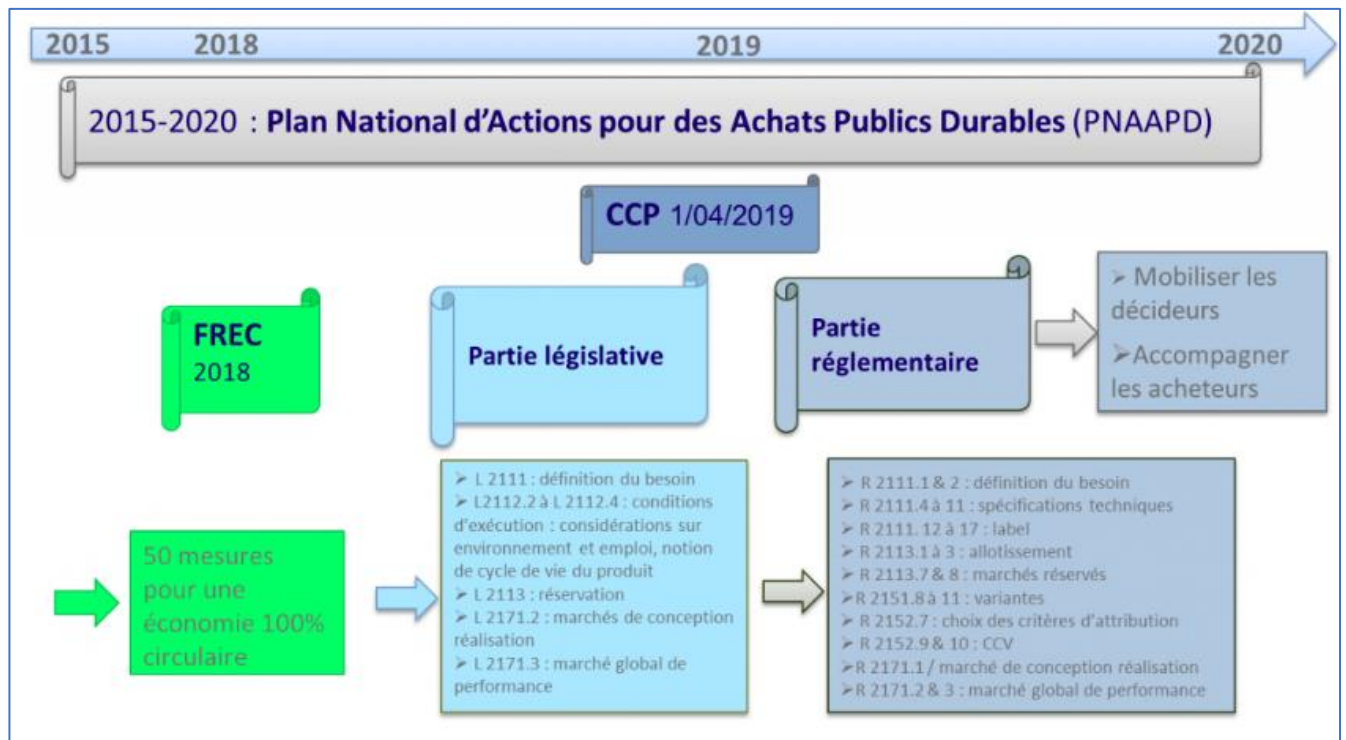
PENM (Plan d'Equipement Non Médical)

Documents partagés

✓		Nom	Modifié
		BERCEAU MATERNITE - SAS MEDICAL SERVICE - MARCHE 170966	... 17 novembre 2021
		BRANCARD GRAND CONFORT 70-80 - BMB - MARCHE 200769	... 17 novembre 2021
		BRANCARD MOTORISE - BMB - MARCHE 200770	... 17 novembre 2021
		BRANCARD POUR AMBULANCE - RTS CHAPUIS - MARCHE 211132	... 17 novembre 2021
		BRANCARD TRANSFERT ET URGENCE - HILLROM - MARCHE 200768	... 17 novembre 2021
		CHARIOT DE CHANGE - VILLARD - MARCHE 180648	... 17 novembre 2021
		CHARIOT DE DOUCHE ELECTRIQUE - AJO - MARCHE 200781	... 17 novembre 2021
		CHARIOT D'URGENCES - ZARGAL - 180579	... 17 novembre 2021
		CHARIOT ISOLEMENT - PH2 INTERNATIONAL - MARCHE 200775	... 17 novembre 2021
		DIVAN EXAMENS - VOG - MARCHE 200763	... 17 novembre 2021
		DIVAN GYNECO - PROMOTAL - MARCHE 200764	... 17 novembre 2021
		DOUCHE AU LIT - FRANCE REVAL - MARCHE 200779	... 17 novembre 2021
		EQUIPEMENT PEDAGOGIQUE - LAERDAL - MARCHE 201081	... 17 novembre 2021
		EQUIPEMENT PEDAGOGIQUE - MEDICALEM - MARCHE 210152_201080	... 17 novembre 2021
		FAUTEUIL DE PRELEVEMENT - PROMOTAL - MARCHE 200771	... 17 novembre 2021

1 - 15 

Annexe 2 : Calendrier et réglementation autour du Plan National d'Action pour des Achats Publics Durables



Objectif 3.6


L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté

Critère 3.6-04 Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés

L'établissement contribue aux enjeux du développement durable en adaptant son projet d'établissement et son fonctionnement pour tenir compte de son impact social et environnemental tout en garantissant une soutenabilité économique. L'établissement qualifie ses principaux projets à l'aune de ces trois enjeux en consultant les parties prenantes. En particulier, sur l'enjeu environnemental du développement durable, cette prise en compte vise à améliorer l'efficacité énergétique et le recours aux énergies renouvelables, mesurer et réduire les émissions de gaz à effet de serre, préserver la ressource en eau, développer la mobilité durable, prévenir, trier et valoriser les déchets et préserver la biodiversité.

Pour son activité, l'établissement met en œuvre les actions de maîtrise des risques environnementaux auxquels il est exposé : incendie, inondation, canicule, pollution (chimique, air, eau, sol, sonore, lumineuse), etc

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> Les consommations (énergie et eau) sont connues et un plan d'action existe pour les réduire. Une filière adaptée est en place pour chaque type de déchet. L'établissement agit pour influencer les comportements des professionnels et des patients en faveur du développement durable. L'établissement met en œuvre une politique de sensibilisation en matière de protection de l'environnement et de développement durable. Il existe un plan de maîtrise des risques environnementaux auxquels est exposé l'établissement. L'établissement a réalisé un diagnostic initial de sa situation au regard des enjeux du développement durable. L'établissement a établi une stratégie d'adaptation de son fonctionnement et un plan d'action au regard des enjeux du développement durable. L'établissement définit les modalités de pilotage de sa politique en matière de développement durable. L'établissement a désigné un référent développement durable. 	 Audit système
<p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none"> Le circuit des déchets est conforme aux règles d'hygiène. 	Observation



Références légales et réglementaires

- Loi n° 2019-1428 du 24 décembre 2019 d'orientation des mobilités.
- Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 relative à l'évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (notamment l'article 175 portant sur les actions de réduction de la consommation d'énergie finale dans les bâtiments à usage tertiaires).
- Loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous (notamment les articles 24, portant sur l'utilisation de produits issus de circuits courts ou d'origine biologique, et 28, portant sur l'interdiction des ustensiles jetables et contenant alimentaires en plastique).
- Loi n° 2016-138 du 11 février 2016 relative à la lutte contre le gaspillage alimentaire.
- Loi n° 2015-992 du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte intégrant un titre « Lutter contre les gaspillages et promouvoir l'économie circulaire : de la conception des produits à leur recyclage ».
- Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République dont l'article 5 porte sur la prévention et la gestion des déchets.
- Directive européenne 2014/95/UE du 22 octobre 2014 relative à la publication d'informations non financières transposée en France par ordonnance du 19 juillet 2017.

1. Le patient

2. Les équipes de soins

3. L'établissement

Annexe 4 : Affiche extraite du document interne au CHU pour le retour des médicaments et des DMS non utilisés

Gestion des retours de médicaments et dispositifs médicaux stériles depuis les unités de soins vers les sites de pharmacie	Document n° CHRU/ 20.a/013/v2 Page : 7/11
Document(s) de référence :	

6
Synthèse

Que faire des médicaments et des dispositifs médicaux stériles non utilisés

Médicaments ou Dispositifs Médicaux Stériles en dotation	Dispositifs Médicaux Stériles en nominatif	Médicaments en nominatif	DMS/ Médicaments périmés, ouverts ou blisters entamés, mentions illisibles, sans DLU ou n° de lot ou non référencés au CHU
À retourner avec le document dédié (retour de produits) correctement renseigné dans les armoires	À retourner avec l'étiquette AREM du patient	À retourner avec l'étiquette AREM du patient	Ne sont pas à retourner aux pharmacies
Pharmacie Euromédecine	Pharmacie Euromédecine	Pharmacie d'établissement LAP ou St Eloi	À éliminer en Dasnod

Les piquants/tranchants sont à éliminer en DASRI!
Les médicaments dérivés du sang (MDS) et les stupéfiants sont à retourner aux p

Annexe 5 : Rapport d'activité 2020 et 2021 sur la réception du matériel hôtelier neuf

RAPPORT D'ACTIVITE 2020 RECEPTION MATERIEL NEUF

MOIS	Articles			Types de Réceptions		Catégories de Matériel						Nbre Cdes	Nbre UF
	Nbre	Classe 2	Classe 6	Pilotage Livré Installé	A Quai CM	Bureautique	Soins Rééducation Labo	Hôtellerie	Electroménager	Divers			
Janvier	524	64	460	299	225	201	90	155	45	33	81	126	
Février	388	49	339	243	145	151	43	112	11	71	58	77	
Mars	524	160	364	227	297	124	70	164	25	141	82	124	
Avril	311	70	241	89	222	4	136	88	34	49	52	36	
Mai	961	208	753	101	860	73	806	29	11	42	55	73	
Juin	838	164	674	257	581	239	371	137	28	63	88	143	
Juillet	623	105	518	89	534	51	231	265	22	54	114	117	
Aout	324	61	263	130	194	64	62	112	65	21	58	54	
Septembre	322	79	243	118	204	25	69	156	51	21	88	92	
Octobre	1579	130	1449	186	1393	139	1312	61	38	29	82	96	
Novembre	540	141	399	84	456	32	150	214	24	120	105	96	
Décembre	935	126	809	403	532	330	143	312	58	92	130	152	
TOTAUX	7869	1357	6512	2226	5643	1433	3483	1805	412	736	993	1186	

MOUVEMENTS DE MOBILIERS

AMENAGEMENTS 350	DEMEMAGEMENTS 600
---------------------	----------------------

950

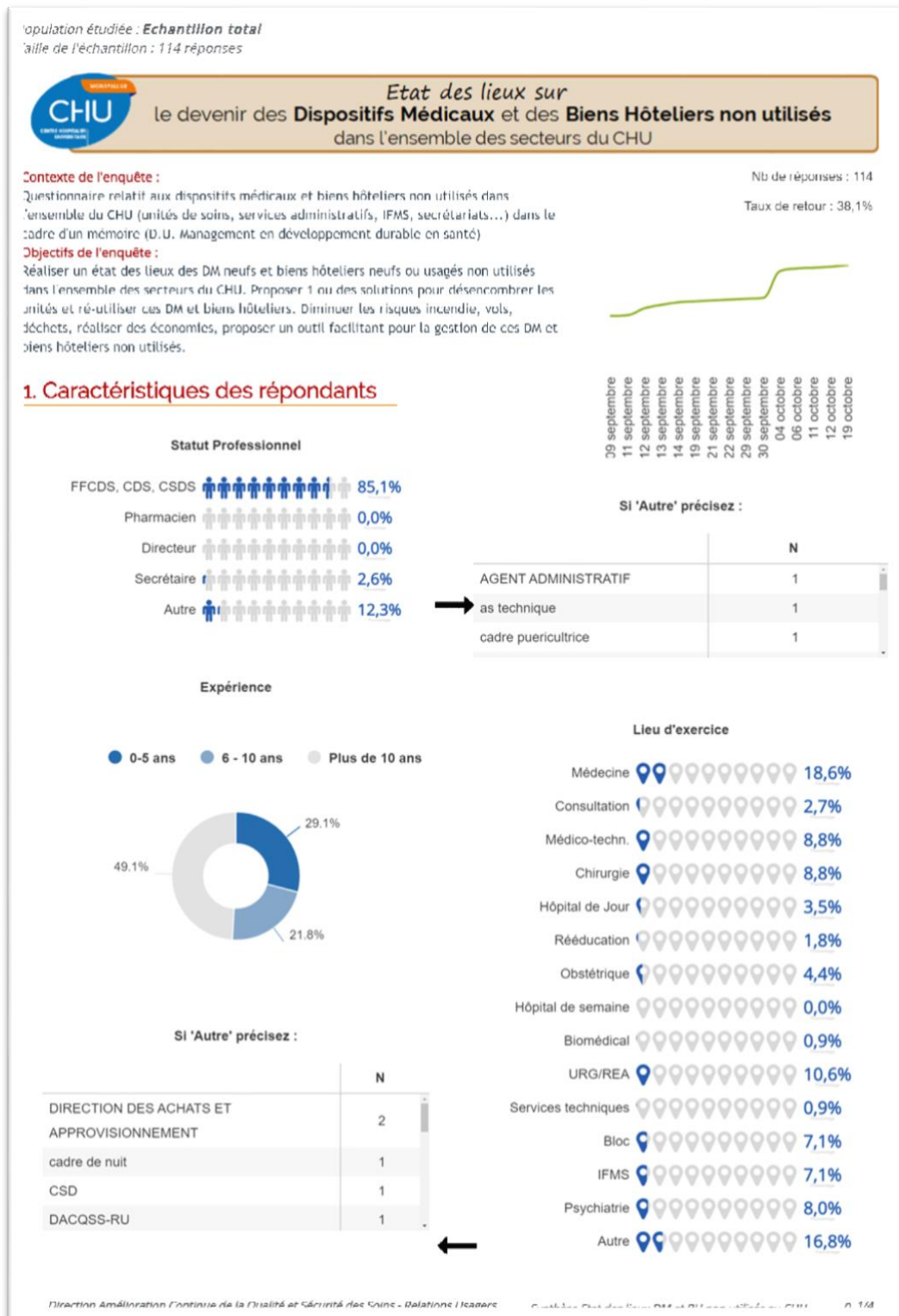
RAPPORT D'ACTIVITE 2021

MOIS	Articles			Types de Réceptions		Catégories de Matériel						Nbre Cdes	Nbre UF
	Nbre	Classe 2	Classe 6	Pilotage Livré Installé	A Quai CM	Bureautique	Soins Rééducation Labo	Hôtellerie	Electroménager	Divers			
Janvier	1078	41	1037	173	905	167	68	11	234	81	91	83	
Février	1507	658	849	534	973	470	588	15	48	118	144	76	
Mars	1772	78	1694	626	1146	780	157	21	163	115	196	61	
Avril	595	67	528	33	562	159	78	35	21	92	105	62	
Mai	444	71	373	162	282	157	24	31	116	67	88	67	
Juin	1770	61	1709	37	1733	41	106	38	1302	74	144	93	
Juillet	729	130	599	78	651	40	175	41	159	65	100	96	
Aout	401	14	387	69	332	97	27	4	124	42	73	80	
Septembre	297	92	205	87	210	22	85	28	23	69	78	66	
Octobre	2457	99	2358	573	1884	637	63	5	23	94	167	101	
Novembre	362	18	344	124	238	140	38	6	42	65	83	73	
Décembre	610	31	579	105	505	20	89	9	350	49	73	142	
TOTAUX	12022	1360	10662	2601	9421	2730	1498	244	2605	931	1342	1000	

Annexe 6 : Quantité et Coût de cartouches d'imprimantes neuves inutilisées après commande

REF	PRIX HT	CONTAINER POUR CARTOUCHES USEEES	STOCK CARTOUCHE 14/06/2022		OBSERVATIONS
			OUVERT/FERME		
2157879	5,99	REPERSE CARTON PLEIN + LIVRAISON CARTON VIDE POUR CARTOUCHES LASER OU JET D ENCRE CERTAINES VIDE UNIQUEMENT			
10183783	5,99				
CARTOUCHES BROTHER					
2795817	191,72	CART LAS SEMAN IMPRICA HELI001, 1001, 1040 et MFC 8020	4	F	Hors cat
4365484	10,48	CART LAS SEMAN IMPRICA BROTHER 9140 / MFC 8040D - TN3000	1	F	
5446663	45,02	CART BROTHER HL 0080TN 400	3	F	Hors cat
4893978	17,02	CART LAS OVA MFC 8000W 8000opics	1	O	
3786048	15,07	CART LAS SEMAN BROTHER HL 9240 - MFC 8000N - MFC 8070W-7000opics	4	F	
TAMBOURS BROTHER					
7634941	130,01	TAMBOUR HL 1000, 1000, 1040 et MFC 8020 DR 7000	4	F	
4365462		TAMBOUR 9140 / MFC 8040D DR 3000	4	F	HORS CAT
311732		TAMBOUR HL 0080 DR4000	3	F	HORS CAT
5304639	30,07	TAMBOUR MFC 8000 DW DR 3200	4	F	
5446674	45,42	TAMBOUR HL 9240 - MFC 8000 DN - MFC 8070W DR 5100	3	F	
LEXMARK					
5304526	43,30	CART LEXMARK 8400	2	F	HORS CAT
3655731	179,30	CART LEXMARK 8200 8000 opics	0	O	HORS CAT
3655844	48,10	SET PHOTOCONDUCTEUR POUR LEXMARK 8400. A CHANGER TOUTES LES 0 CARTOUCHES INVERGIN	2	F	
4266152	38,37	SET PHOTOCONDUCTEUR POUR LEXMARK 8200. A CHANGER TOUTES LES 0 CARTOUCHES INVERGIN	2	F	
SAMSUNG					
4115297	37,10	CARTOUCHE SAMSUNG ML 2850	1	F	
5032515	40,03	CART SAMSUNG ML 8080D - ML 8710 NR. MLT-D200R. 5000 Copies	1	F	
5960443	00,00	CART SAMSUNG 8080 ND - 807R 20000 opics	1	F	
5960465	30,02	UNITE D'IMAGERIE SAMSUNG 8080 80000opics	0	O	
6476993	37,01	CART SAMSUNG ML8070R70 FPD EXPRES - 2000 1000opics	0	O	
12201541	70,20	CART SAMSUNG 8080D DR04R 7000opics	1	F	
6477006	02,80	CARTOUCHE SAMSUNG ML8080D - ML807R - ML807R 2000	1	O	Récupéré G DE L'ITEM le 3 juin 2022, le 13/06 reste 1 Attention la 203E convient aussi mais pas l'inverse
8317056	119,03	UNITE D'IMAGERIE SAMSUNG ML8080D et 8080 80000opics	0	F	
TOTAL	2181,02				

Annexe 7 : Enquête et analyse des données : Etat des lieux sur le devenir des Dispositifs Médicaux et des Biens Hôteliers non utilisés dans l'ensemble des secteurs du CHU

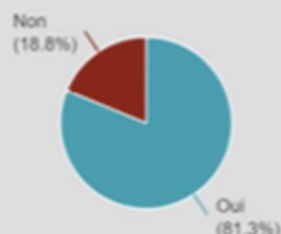


Population étudiée : **Echantillon total**

Taille de l'échantillon : 114 réponses

2. Commandes de dispositifs médicaux

Commandez-vous des dispositifs médicaux ?



Logiciel utilisé pour les commandes ?



Si 'Autre' précisez :

DIRECT PAR LA PHARMACIE
MAGH 2
MAGH2
renouvellement automatique des consommables pour les imprimantes multifonctions TOSHIBA
UNAP

Fréquence des commandes



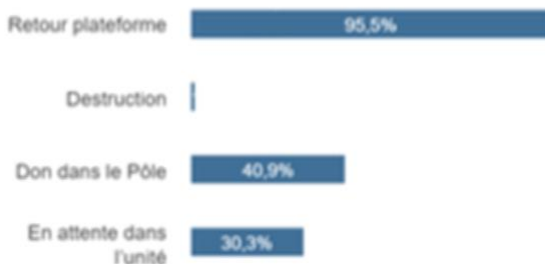
Si 'Autre' précisez :

Commande non validée par rupture ou stock insuffisant sans alerte; trop d'emballages plastiques
Délai de livraison / rupture de stock
Délais de livraison
Je ne les reçois directement
Niveau à vos côtés date avec notre médecin

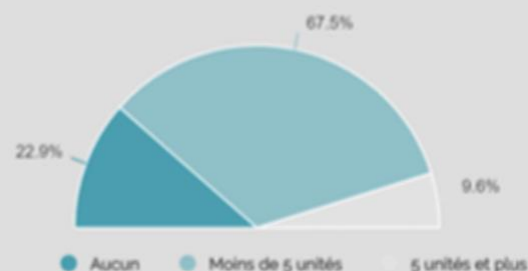
A quelle fréquence êtes-vous insatisfait à la réception de dispositifs médicaux ?



Quel est le devenir des dispositifs médicaux non satisfaisants ?



Quantité estimée de dispositifs médicaux non satisfaisants reçus par mois

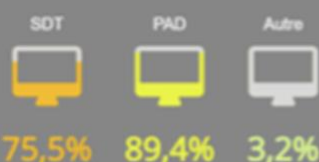


3. Commandes de biens hôteliers

Commandez-vous des biens hôteliers (consommables numériques, papeterie, hôtellerie, ...)?



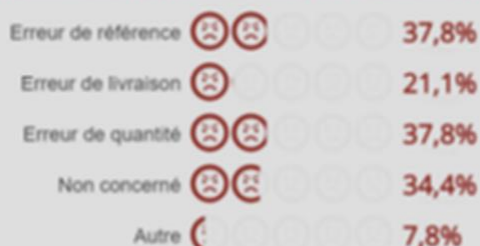
Logiciel utilisé pour les commandes ?



Si 'Autre' précisez :



Fréquence des commandes



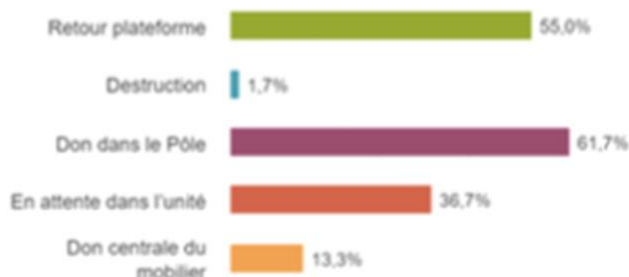
Si 'Autre' précisez :

manque des produits au départ référencé
peu de référence, pas de visuel, produit qui ne correspond pas exactement
produit dégradé pendant le transport

Quelle est la fréquence de réception des biens hôteliers non satisfaisants ?



Quel est le devenir des biens hôteliers non satisfaisants ?



Quantité estimée de biens hôteliers non satisfaisants reçus par mois



4. Devenir des DM et biens hôteliers non utilisés

Mode de communication pour le don de dispositifs médicaux et/ou biens hôteliers



Au sein de votre unité, disposez-vous de dispositifs médicaux (stériles ou non stériles neufs) et/ou de biens hôteliers neufs ou usagés non utilisés ?



Présence de Dispositifs médicaux dans le service

Présence de biens hôteliers dans le service

Nature	Quantité
DM1	
brassard à tension ...	49,5 / 380
BRASSARD TENS...	25,9 / 150
cables ECG	37,8 / 100
cartouches	17,0 / 30
DRAINAGE DE PL...	30,0 / 30
flexiseal	
Fraises moteurs B ...	
Housses Endofix	
INSTRUMENTATION	
instruments stériles	
MATERIEL DE PO...	
poche drainage ext...	
seringue	
VENSTAR OXYLOG	
DM2	

Présence dans le service ?	Quantité
Brancards	1,4 / 3
Lits	0,3 / 1
Pieds à perfusion	3,0 / 8
Chariot	1,7 / 3
Paniers médimat	9,5 / 20
Rails médimat	11,8 / 30
Supports gants non stériles	10,0 / 20
Autre	2,0 / 4

Si 'Autre', merci de préciser la nature du bien hospitalier :

Adaptable - Fauteuil - Méridienne - Paravent - ...
 fauteuil/ support ordinateur/
 Non concerné

6 BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

Morin E., Rabhi P. (2021). *Frères d'âme*. Entretien avec Denis Lafay. Eds de l'Aube, La Tour d'Aigues.

Rapport et Guides :

Ben Kemoun N., Guillard V. (2019), « PENSER LA SOBRIETE MATERIELLE » ADEME, Rapport final.

Cour des comptes – Chambres régionales & territoriales des comptes (2017) : *LES ACHATS HOSPITALIERS - Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*. Rapport Achats hospitaliers.

DGOS (2017) La fonction achat des GHT - Guide méthodologique.

HAS (2017, mise à jour 2021) Guide « Parcours du DM en France »

7 WEBINOGRAPHIE

<https://www.achatsresponsables-bdd.com>

<https://www.achatsresponsable.com>

<https://www.agorastore.fr>

<https://www.apmnews.com/depeche/0/382674/santexpo-la-fhf-remet-ses-premiers-prix-de-le-transition-ecologique>

www.ccomptes.fr / Communication de la commission des affaires sociales et de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée Nationale. Juin 2017

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/-commande-publique-et-developpement-.html/>

<https://www.eco-conception.fr/>

<https://librairie.ademe.fr/>

<https://sante-achat.info.fr/>