

Stratégie RSE à l'hôpital public

**IMPACT CARBONE DES PRODUITS
DE SANTÉ ET RÉPERCUSSIONS
EN TERMES DE MARCHÉS**

26
NOV

**STRATÉGIE D'ACHATS À L'HÔPITAL
PUBLIC : COMMENT ALLIER LA
PERFORMANCE ACHATS DES PRODUITS
DE SANTÉ À L'INNOVATION ?**

19
DEC

AGEPS : ACHATS À L'AP-HP

21
JAN

**HAS : COMMISSION DE LA
TRANSPARENCE : ACTUALITÉS ET
PERSPECTIVES**

SOMMAIRE

INTRODUCTION ET PRÉSENTATION DE LA JOURNÉE Christian Doreau - Elisabeth Aoun	02
POLITIQUE D'ACHATS RESPONSABLES MENÉE À L'HÔPITAL PUBLIC Céline Rojano	03
POLITIQUE RSE NATIONALE : POINT DE VUE DE LA DGOS Véronique Chasse	07
POLITIQUE RSE NATIONALE : POINT DE VUE DE LA DGE Charles Flahault	09
POLITIQUE RSE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ : POINT DE VUE D'UNE FÉDÉRATION Rudy Chauvel	14
DÉMARCHE DE TRANSITION ÉCOLOGIQUE MENÉE DANS UN CHU Rudy Chauvel	16
POINT DE VUE D'UN OMÉDIT SUR LA RSE Hélène Eychenié	18
CHALLENGE DE LA RSE APPLIQUÉE À LA LOGISTIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ Franck Huet - Davis Feldman	21
DÉMARCHE DÉVELOPPEMENT DURABLE : RÉPERCUSSIONS EN TERMES D'ACHATS Frédéric Bounoure	28
POLITIQUE RSE DANS L'ACHAT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX EN CHU ET RETRAITEMENT : DES PISTES POUR AMÉLIORER LE DÉVELOPPEMENT DURABLE ? Sébastien Colombat - Jean-Claude Ghislain	31
POLITIQUE DES GROUPEMENTS SUR LES ACHATS RESPONSABLES : EXEMPLES CONCRETS Guilhem Biancarelli - Véronique Bertrand Vincent Hurot	37
CONCLUSION Christian Doreau - Elisabeth Aoun	45

INTRODUCTION ET PRÉSENTATION DE LA JOURNÉE

Christian DOREAU
Vice-Président de l'API

Elisabeth AOUN
Modératrice

Au nom de l'Association des Pharmaciens de l'Industrie et du Club de la Communication Santé, je vous souhaite la bienvenue à cette journée consacrée à la stratégie RSE à l'hôpital public. Nous avons préparé une réunion magnifique et ambitieuse, au cœur de de l'actualité.

Je remercie l'ensemble des intervenants qui nous font l'honneur de participer à cette journée. Je salue également toutes les personnes qui nous suivent à distance.

Elisabeth AOUN

Le profil de nos intervenants est varié, mais tous sont impliqués dans la valorisation des produits de santé les plus écologiques. Ils n'auront vraisemblablement pas de réponses à toutes vos questions tant le sujet est complexe. Leurs interventions devraient toutefois vous permettre d'identifier les points importants pour la valorisation des actions de développement durable dans l'acte d'achat. Nous tenterons de présenter des exemples qui vous éclaireront sur ce que les acheteurs attendent de vous. Réaffirmer de grands objectifs vertueux ne suffit plus : nous avons besoin de concret pour entrer dans une phase d'exécution.

Dans un contexte d'expérimentations diverses, le dialogue entre fournisseurs et acheteurs apparaît plus que jamais nécessaire, pour éviter de considérer que l'écologie est nécessairement punitive.

Si l'impact écologique le plus faible est un objectif, le choix d'un produit de santé doit tout de même avoir pour finalité de procurer le meilleur soin au meilleur coût, avec des produits dont on fera bon usage.

Le programme de notre journée est construit en entonnoir, en partant des jurisprudences et des réflexions conduites au niveau national – avec la Direction générale de l'offre de soins, la Direction générale des Entreprises et la Fédération Hospitalière de France – puis, au niveau régional – avec les OMÉDIT – et, enfin, au niveau des acteurs de l'achat – avec les grou-

pements d'achats et divers acteurs hospitaliers. Nous traiterons de deux domaines : celui des médicaments, et celui des dispositifs médicaux, dont le délicat sujet du recours à l'usage unique versus le réutilisable. Le problème de la logistique, important en matière d'écologie, sera également abordé. Enfin, nous consacrerons un temps aux échanges.



STRATÉGIE RSE A L'HOPITAL PUBLIC :
Impact carbone des produits de santé et répercussions en termes de marchés

LUNDI 17 JUIN 2024 - PROGRAMME
 9h-16h

SALONS DE L'AEROCUB
 6 rue Galilée, Paris 16

MODERATEURS Martine Aoustin Modératrice Elisabeth Aoun Modératrice Christian Doreau Vice-Président de l'API INTERVENANTS : Véronique Bertrand Directrice Adjointe UniHA Guilhem Biancarelli Directeur général Adjoint – Resah Frédéric Bounoure Ph, CH Yvetot Véronique Chasse Responsable Programme PHARE par intérim – DGOS Rudy Chouvel Chargé de mission Transition écologique – FHF Sébastien Colombat Ph, Serv. Dispositifs Médicaux, CHU Dijon Hélène Eychenié Ph responsable - OMÉDIT Ile-de-France David Feldman Ph, Resp. Pharmacie Clinique - CHU Nantes Charles Flahault Chargé de Mission Décarbonation des Industries de Santé – DGE Jean-Claude Ghislain Ancien directeur - ANSM Franck Huet Ph - Gestion et Optimisation des flux logistiques pharmaceutiques – AGEPS APHP Vincent Hurot Pst ANOPAR (Asso. Nat. des Opérations d'Achats Régionaux) Céline Rojano Avocate Version du 3 juin 2024	8h45 - Accueil et présentation 9h INTRODUCTION 9h10 - POLITIQUE D'ACHAT responsable menée à l'hôpital public 9h10 - Actualité jurisprudentielle 9h30 - Politique RSE nationale, point de vue de la DGOS • Enjeux et perspectives 2024 9h50 - Méthodologie Bilan Carbone des Médicaments : • Présentation du mode de calcul de l'empreinte carbone 10h20 - Politique RSE en établissement de santé • Point de vue d'une fédération 10h40 - Pause 11h10 - Démarche de transition écologique menée dans un CHU 11h30 - POINT DE VUE D'UN OMEDIT SUR LA RSE 12h - CHALLENGE DE LA RSE appliquée à la logistique des produits de santé • Aspects RSE centrés sur la logistique 12h40 - Questions/réponses 13h - Déjeuner-discussion 14h - DEMARCHE DEVELOPPEMENT DURABLE : répercussions en termes d'achats 14h - Quel médicament doit-on éviter ou préférer dans une démarche de développement durable ? 14h20 - Politique RSE dans l'achat des dispositifs médicaux en CHU et retraitement : des pistes pour améliorer le développement durable ? 15h - Politique des groupements sur les achats responsables : • exemples concrets 16h - Session de questions/réponses et conclusion 16h15 Fin
---	--

Formation organisée sous l'égide de l'API et du CCS.
En présentiel ou en distanciel par Zoom.

Date, thèmes et conférenciers susceptibles d'être modifiés à la dernière minute.

ASSOCIATION DES PHARMACIENS DE L'INDUSTRIE
 Association déclarée régie par la loi du 1er juillet 1901
 Siège social : 12, avenue Victor-Hugo, 75116 Paris



CLUB DE LA COMMUNICATION SANTE
 Association déclarée régie par la loi du 1er juillet 1901
 Siège social : 12, avenue Victor-Hugo, 75116 Paris

POLITIQUE D'ACHATS RESPONSABLES MENÉE À L'HÔPITAL PUBLIC

Céline ROJANO
Avocate



ACTUALITÉ JURISPRUDENTIELLE

Nous avons fait le choix d'évoquer les décisions intéressantes rendues dans le cadre du référé précontractuel, c'est-à-dire lors de la procédure d'urgence qui précède la signature d'un contrat. Ce référé est possible à compter du jour où les candidats reçoivent le courrier leur annonçant le rejet de l'offre. Ils disposent alors d'un délai – onze jours en général – pour saisir le juge sur la légalité de la procédure. Le juge doit alors statuer sous 20 jours. Cette procédure d'urgence est ainsi extrêmement rapide.

Nous restons dans l'attente des décisions du Conseil d'État et des cours administratives d'appel, qui pourraient prendre du temps compte tenu des délais de la justice pour les procédures d'appel.

Nous disposons de peu d'exemples sur le domaine précis des médicaments et des dispositifs médicaux. Pour autant, les jurisprudences permettent de comprendre le raisonnement du juge quant à la prise en compte des critères RSE dans les marchés publics.

Définition du besoin

Commençons par le stade de la définition du besoin. A compter de juillet 2026, les spécifications techniques des marchés – c'est-à-dire le détail des caractéristiques attendues par l'acheteur au titre des prestations – devront obligatoirement prendre en compte des objectifs de développement durable dans la dimension environnementale. Le code de la Commande publique permet aux acheteurs de formuler ces spécifications en faisant référence à des labels. Sur ce point, nous disposons d'une jurisprudence importante de la cour de justice de l'Union européenne – qui, bien que remontant à 2012, reste parfaitement applicable.

Cette décision nous rappelle que l'acheteur peut parfaitement s'appuyer sur les prescriptions d'un écolabel pour définir ses attentes. En revanche, il ne peut pas se borner à viser ce label et doit énumérer les spécifications détaillées attendues. Surtout, l'acheteur doit autoriser tous les modes de preuve équivalents. Le code de la Commande publique reprend ces exigences et rappelle qu'un acheteur public peut imposer aux candidats de détenir un label, sous réserve d'accepter les labels équivalents ou toute caractéristique équivalente.

Le tribunal administratif de Nancy a rendu une décision en ce sens, concernant un marché de fournitures en impression et de livraison de copies d'examen. Le règlement de la consultation prévoyait que le jugement des offres s'effectuerait au regard d'un "éventuel" écolabel détenu par la société attestant que

le fournisseur garantissait l'utilisation de fibres recyclées ou de fibres issues de bois de forêts gérées durablement. A aucun moment les documents de la consultation n'indiquaient que les labels équivalents garantissant le respect de ces caractéristiques seraient également acceptés. Le juge administratif a censuré la procédure de passation.

La sélection des offres et des critères d'attribution

Passons ensuite au stade de la sélection des offres et des critères d'attribution. A échéance d'août 2026, toutes les procédures de passation de marché public devront inclure au moins un critère de sélection des offres renvoyant aux caractéristiques environnementales de l'offre. Autrement dit, l'acheteur devra comparer les offres en fonction de leur impact sur leur environnement, en regardant par exemple les modalités de livraison et de fabrication des produits, la part de recyclage ou encore les formes de gestion des déchets. Il sera possible – mais pas obligatoire – d'intégrer un critère social lié à l'insertion professionnelle de publics en difficulté ou éloignés de l'emploi (jeunes, travailleurs handicapés, personnes en chômage de longue durée, etc.).

Pour être valide, tout critère utilisé doit être pertinent au regard de l'objet du marché et de ses conditions d'exécution. Surtout, il doit être objectif et suffisamment précis. Si l'acheteur reste obscur sur les critères et les attendus, nous parlons de discrimination entre les candidats ou de liberté de choix quasi discrétionnaire donnée

POLITIQUE D'ACHATS RESPONSABLES MENÉE À L'HÔPITAL PUBLIC

à l'acheteur public. Nous reconnaissons ici l'égalité de traitement entre les candidats et la transparence des procédures.

Une décision du Conseil d'État de 2018 nous rappelle qu'un critère social ou environnemental doit être aussi concret que possible dans son lien avec le marché et ne pas se rattacher à la politique générale du candidat. L'objectif est ici de s'assurer que les acheteurs apprécient bien la politique RSE mise en œuvre dans le cadre de la passation du marché en cause, et non pas la politique générale de l'entreprise.

Qu'en est-il des décisions rendues récemment ?

Une jurisprudence concerne un marché de fournitures de dispositifs médicaux standards, décomposé en 409 lots. Un candidat évincé a saisi le juge des référés, soutenant que le sous-critère relatif à la RSE n'avait pas de lien avec le marché et n'était donc pas opportun en l'espèce.

Pour lui, le GCS qui passait le marché entendait juger la politique globale de RSE des candidats. Le sous-critère était ainsi rédigé : *"La responsabilité sociétale des entreprises est entendue dans le cadre du présent marché selon la définition retenue par la Commission européenne comme l'intégration volontaire par les entreprises de préoccupations sociales et environnementales à leurs activités commerciales et à leurs relations avec les parties prenantes."*

Dans le cadre de leur offre, il était demandé aux candidats de développer deux aspects :

- leur démarche RSE (en précisant les actions visant à réduire leurs gaz à effet de serre et leur consommation d'électricité et à contrôler la production des déchets et en indiquant les principaux publics intégrés affectés à l'exécution du marché) ;
- les éventuelles certifications.

Sur cette base, nous pouvons effectivement estimer que la politique globale du candidat au titre de la RSE est ici regardée. Le GCS avait toutefois ajouté un paragraphe rappelant que *"au titre des éléments ci-dessus, il n'est pas attendu une liste d'éléments génériques sur la politique RSE de l'entreprise sans lien avec l'objet de l'accord-cadre, mais bien la manière dont celui-ci entend mettre en œuvre ces différents éléments pour l'exécution de l'accord-cadre"*.

Le juge a validé ce sous-critère, considérant que seul ce qui est mis en œuvre au titre de la RSE dans le cadre du marché étant pris en compte.

D'un point de vue strictement juridique, il semble quelque peu artificiel de se contenter d'ajouter un paragraphe assurant que la politique RSE générale de l'entreprise n'est pas jugée. Pour autant, cette pratique a été validée juridiquement. Les décisions du Conseil d'État sur ce genre de rédaction sont attendues.

Le deuxième exemple porte sur un marché de fourniture de consommables médicaux et, plus précisément, sur le lot concernant le liquide de conservation d'organes. La société qui a vu son offre rejetée pour ce lot avait contesté l'utilisation d'un critère "Performance environnementale", qu'elle ne jugeait pas pertinent.

Elle contestait également les notes attribuées, constatant avoir obtenu une note quasiment identique à celle de l'attributaire alors que l'empreinte carbone liée au transport de son produit était bien moindre – elle fabrique son produit dans une usine lyonnaise tandis que le produit de l'attributaire est fabriqué en Pologne.

Le mémoire technique demandait aux candidats de développer quatre catégories au titre de leur politique RSE :

- la mise en place ou non d'une politique d'optimisation des livraisons et du transport ;
- la mise en place d'un système de management de l'environnement ;

- la mise en place d'un système de gestion de la santé et de la sécurité au travail ;
- la politique de réduction des déchets et toute autre action utile en matière de développement durable. Malgré une rédaction relativement générale, le juge valide le critère.

Il valide également les notes attribuées à l'attributaire et à la société formulant le recours, en relevant les insuffisances de l'offre de cette dernière. Le juge constate en effet que l'entreprise n'a pas répondu aux trois premières catégories et qu'elle s'est bornée, pour la quatrième, à indiquer qu'elle avait mis en place une politique environnementale visant la réduction de la consommation d'eau, d'énergie et de substances toxiques ainsi que des actions pour favoriser l'utilisation de matériaux recyclés.

Le juge des référés peut ainsi étudier de manière approfondie les offres des candidats et comparer les mémoires techniques.

Le troisième exemple concerne un marché de maintenance et de dépannage des systèmes de sécurité incendie dans les locaux d'une administration. Une société estimait que le critère de développement durable était sans lien avec le marché. La position du juge est claire et intéressante. Il relève que les prestations de maintenance prévues au marché, en ce qu'elles impliquent des déplacements et portent sur des matériels de haute technologie consommateurs d'énergie, sont susceptibles d'affecter l'environnement. Il en déduit donc que le critère environnemental a bien un lien avec les conditions d'exécution du marché.

Le dernier exemple jurisprudentiel porte sur l'aspect social du critère de développement durable – qui, rappelons-le, ne devient pas obligatoire. Une ARS a lancé un marché de prestations de prélèvements et d'analyses en laboratoire des eaux destinées à la consommation humaine.

POLITIQUE D'ACHATS RESPONSABLES MENÉE À L'HÔPITAL PUBLIC

La société dont l'offre a été rejetée considère que le critère social n'était pas suffisamment précis dans le marché.

Le sous-critère développement durable était décomposé en deux volets :

- l'un sur la protection de l'environnement,
- l'autre sur les mesures sociales.

Sur le premier aspect, le juge constate qu'il était bien demandé aux candidats de développer dans leur mémoire technique la démarche et les actions concrètes qu'ils mettraient en place pour réduire les impacts négatifs des

prestations sur l'environnement et sur la santé des personnes. En revanche, le marché n'apportait aucune précision sur les attendus du volet relatif aux mesures sociales. A ce titre, le juge considère que le critère, insuffisamment précis, ne pouvait être mis en œuvre régulièrement dans le cadre de l'exécution du marché.

Enfin pour rappel : à échéance 2026, les clauses d'exécution environnementales deviendront obligatoires, donnant la possibilité à l'acheteur d'imposer des optimisations de ressources énergétiques ou de consommation, par exemple. Des calculs, des

contrôles et des sanctions pourront être prévus à l'encontre des titulaires qui ne respecteraient pas ces engagements. Il sera également possible d'insérer des clauses sociales pour favoriser le travail de personnes éloignées du marché de l'emploi, par exemple. Ces clauses seront uniquement obligatoires pour les procédures formalisées – quoique le texte prévoit nombre d'exceptions pouvant aisément être mises en œuvre par les acheteurs.

Nous attendons encore des décisions de jurisprudence intéressantes.



QUESTIONS / RÉPONSES



Elisabeth AOUN

Cette présentation suscite certainement des questions. Il est souvent difficile d'appréhender la notion de "lien avec l'objet du marché". En effet, vous mettez souvent en œuvre des politiques générales très volontaristes qu'il peut être frustrant de ne pas voir être prises en compte, puisque considérées n'avoir pas de lien direct avec le marché.

Vincent HUROT

Je suis pharmacien acheteur et votre intervention m'effraie. D'un côté, vous soulignez les éléments précis attendus, "en lien avec l'objet du marché". D'un autre, vous relevez l'élargissement de ces critères par le juge. Que nous conseillez-vous : de mettre de côté les actions de développement durable mises en œuvre par l'entreprise pour se consacrer uniquement sur le produit ou d'inclure les deux volets, en prenant le risque d'une large interprétation du juge ?

Céline ROJANO

En première instance, le juge reste large dans son appréciation en considérant qu'il est suffisant de poser des questions sur le type de véhicules utilisé pour la livraison ou sur les mesures que le candidat entend prendre pour réduire les emballages. Il existe toutefois peu de contentieux à ce jour dans votre domaine.

Dans le premier exemple, le GCS précise simplement aux candidats qu'il attend leur réflexion sur les actions

mises en œuvre pour l'exécution du marché. L'exigence du juge porte surtout sur cet aspect. Les décisions du Conseil d'État apparaissent plus exigeantes, mais elles sont plus anciennes. En rendant le critère obligatoire à compter de 2026, le législateur part du principe qu'il existe nécessairement un lien entre le marché et le critère environnemental. A partir de là, la pratique s'infléchira.

La rédaction doit être suffisamment précise en indiquant que les offres doivent détailler ce qui sera mis en œuvre pendant l'exécution du marché.

Véronique CHASSE

Dans le cadre du Plan national pour les achats durables (PNAD), tous les marchés devront avoir une considération environnementale à horizon 2025 et 30 % devront avoir une considération sociale. Comment situez-vous ces exigences ? Est-ce uniquement une politique publique sans valeur juridique ?

Céline ROJANO

D'un point de vue juridique, il s'agit de "droit mou". Ces orientations politiques publiques encouragent les bonnes pratiques, mais elles n'ont pas de valeur juridique contraignante. En cas de contentieux, nous nous concentrerons sur le critère RSE. Récemment, un candidat reprochait l'absence de critère environnemental dans un marché public. Le juge du tribunal de Versailles a rappelé que ce critère n'était pas obligatoire à date. Aucune sanction n'a donc été prononcée à ce titre.

POLITIQUE RSE NATIONALE : POINT DE VUE DE LA DGOS

Véronique CHASSE

Responsable programme
PHARE par interim – DGOS



ENJEUX ET PERSPECTIVES 2024

J'évoquerai tout d'abord les SPASER, puis la réduction et la valorisation du plastique à usage unique.

Dans ce contexte global d'achat durable et de RSE, nous avons connu le temps des principes, celui des textes et des bonnes pratiques par famille d'achat. C'est maintenant le temps de la structuration et de l'émergence de nouvelles pratiques.

Les SPASER

Les SPASER sont les schémas de promotion des achats publics socialement et économiquement responsables.

Il y a 10 ans, le texte concernant les SPASER était publié dans la loi ESS. S'il posait des objectifs sociaux et environnementaux, il était passé inaperçu et n'emportait pas de force obligatoire.

Pour le secteur hospitalier, une clarification est apportée fin 2023 avec la loi Industrie Verte. Jusqu'alors, les modalités, telles qu'elles étaient exprimées, ne permettaient pas de préciser clairement si l'hôpital devait ou non mettre en place un SPASER. Depuis la loi Industrie Verte, il est confirmé que tous les acheteurs qualifiés de "pouvoirs adjudicateurs" doivent mettre en place un SPASER, tous secteurs confondus.

La DGOS a rédigé une note d'information pour informer les établissements de l'existence de cette obligation et pour les accompagner dans leur mise en œuvre. La note précise les structures concernées, les modalités de mise en place, la gouvernance et le pilotage des SPASER et les spécificités de leur adaptation au secteur hospitalier.

Si les SPASER obéissent à certaines obligations (décrites ci-dessous), leur exercice demeure très libre.

Ils doivent être mis en place pour les pouvoirs adjudicateurs à compter de 50 millions d'euros d'achats. Comme le précise la DGOS, il est recommandé d'établir des SPASER mutualisés au niveau des GHT et non au niveau des seuls établissements quand bien même celui-ci atteindrait le seuil d'achat. Il n'y a pas de délai contraignant pour la mise en place d'un SPASER mais, nombre de GHT ont déjà commencé à travailler sur leur constitution qui nécessite six à huit mois.

Les SPASER comportent obligatoirement un volet environnemental et un volet social, mais les orientations et les choix pris au sein de ces deux

volets sont laissés à l'appréciation des pouvoirs adjudicateurs.

Enfin, les SPASER doivent obligatoirement être publiés. Cette publication est à la fois importante et intéressante, car elle permet d'avoir connaissance des orientations souhaitées par les GHT et de ce fait d'orienter la stratégie commerciale des laboratoires. La publication peut se faire sur les sites internet des GHT et des établissements, et/ou sur le RAPIDD du PNAD, qui comporte des onglets spécifiques pour les SPASER.

En dehors de ces obligations, les pouvoirs adjudicateurs ont toute liberté quant à l'orientation qu'ils souhaitent donner aux SPASER.

Pour rappel, le code de la Commande Publique distingue trois catégories de pouvoirs adjudicateurs : ceux de droit public, ceux de droit privé et les personnes morales regroupant d'autres pouvoirs adjudicateurs. La mise en place des SPASER dépasse donc les seuls GHT.

Concrètement, établir un SPASER consiste à mettre en place des axes directeurs, nous pouvons citer par exemple :

- la lutte contre le gaspillage et la surconsommation,
- l'amélioration de l'alimentation,
- la gestion économe des ressources,
- le développement d'achats inclusifs.

Et bien entendu, la nécessaire réduction de l'empreinte carbone du médicament, que nous évoquerons juste après.

POLITIQUE RSE NATIONALE : POINT DE VUE DE LA DGOS

Les SPASER s'apparentent à une politique qualité dont les indicateurs environnementaux sont nombreux. Ils sont amenés à être complétés, regardés, analysés et éventuellement rectifiés. C'est une démarche continue et évolutive.

On peut citer par exemple : la dimension carbone et la réduction du plastique, mais aussi le pourcentage de marchés favorisant l'écolabel, l'amélioration de la performance énergétique, le circuit court, la valorisation des déchets, le recyclage...

Pour le secteur hospitalier, nous avons insisté pour que les SPASER soient définis à l'échelle du GHT afin de renforcer la structuration de leur fonction achats et mettre en cohérence la convergence des

marchés et la mise en place des politiques d'achats durables.

Sur un plan opérationnel, les SPASER accentuent et facilitent le calcul du bilan carbone et favorisent le levier de l'achat durable qu'est l'analyse du cycle de vie (ACV).

Réduction et Valorisation des déchets alimentaires et du plastique à usage unique

Une expérimentation est en cours autour des déchets alimentaires et du plastique à usage unique.

L'établissement concerné réalise un état des lieux des médicaments et des dispositifs médicaux riches en plastique, puis définit les actions

pouvant être déclinées, tant en définition qu'en recentrage des besoins. L'établissement développe un outil d'analyse du cycle de vie centré sur le plastique à usage unique.

Les besoins et l'usage des produits utilisés sont interrogés et l'expérimentation porte à la fois sur la réduction et sur la valorisation, c'est-à-dire de l'élimination à la réutilisation. Un important travail a été conduit pour catégoriser le plastique en fonction des produits et identifier les entreprises pouvant le valoriser.

L'expérimentation se poursuit sur trois GHT pour le plastique à usage unique. L'objectif est d'en retirer des conclusions et des outils qui puissent être diffusés dans le plus grand nombre d'établissements possible.



POLITIQUE RSE NATIONALE : POINT DE VUE DE LA DGE

Charles FLAHAULT

Chargé de mission "Décarbonation
des industries de santé" – DGE



MÉTHODOLOGIE "BILAN CARBONE" DES MÉDICAMENTS – PRÉSENTATION DU MODE DE CALCUL DE L'EMPREINTE CARBONE

Une harmonisation nécessaire

Au commencement de nos travaux sur le calcul de l'empreinte carbone des médicaments, nous avons constaté qu'une méthodologie harmonisée serait nécessaire. Notre volonté était de tenir compte des considérations environnementales dans les achats publics, mais également dans les négociations tarifaires. *In fine*, l'objectif était, autant que possible, d'orienter le marché vers des produits plus vertueux.

Très peu de bilans carbone étaient réalisés. Nous n'avions donc quasiment pas de données disponibles. Les analyses de cycles de vie (ACV) se sont révélées disparates, aboutissant à des résultats extrêmement diver-

gents d'une entreprise à l'autre. Nous avons donc initié des travaux avec la DGOS, la DGS, la CNAM ou encore l'ADEME, avec l'appui d'un cabinet spécialisé (EcovaMed). Nous finalisons aujourd'hui une méthodologie de calcul de l'empreinte carbone.

Le système de santé compte pour 8 % des émissions de gaz à effet de serre de la France. Les médicaments et les dispositifs médicaux représentent respectivement 3 % et 2 % des émissions nationales. Contrairement à ce que nous pourrions penser, la production du principe actif est le poste le plus important compte tenu de la complexité des procédés de synthèse employés et des volumes de matières premières consommées, en particulier des solvants.

Même si l'impact varie selon la forme galénique du médicament, la production du principe actif pèse souvent pour plus de la moitié des émissions et peut représenter jusqu'à 85 ou 90 % du total. L'aval du cycle de vie du médicament est généralement bien moins impactant : le conditionnement et la formulation comptent chacun pour 5 à 10 % des émissions – parfois moins – tandis que la distribution, le stockage et le transport représentent souvent moins de 5 %.

Une méthode simplifiée

Nous recherchions une méthodologie simplifiée, représentative de l'empreinte carbone réelle du médicament et pouvant être systématisée

sur l'intégralité des produits de santé. Chaque fournisseur, chaque exploitant pharmaceutique doit pouvoir calculer le bilan carbone de son médicament générique.

La démarche ne devait donc être ni chronophage ni trop coûteuse. Nous avons pour objectif qu'à terme, le calcul coûte pas plus de quelques milliers d'euros et ne nécessite plus de quelques jours ETP par produit. Nous nous référons à des données facilement vérifiables et pouvant être rapidement obtenues.

Un guide méthodologique

Nous avons rédigé un guide méthodologique d'une cinquantaine de pages ainsi qu'une matrice d'évaluation sous format Excel. L'entreprise renseigne les données demandées pour obtenir le score de son médicament. Le guide méthodologique précise, pour chaque poste et sous-poste d'émission, la manière d'obtenir les données et les règles de calcul.

Il est organisé autour des cinq principales étapes du cycle de vie :

- la production des ingrédients, des composants et des emballages ;
- la production du médicament ;
- la distribution et le stockage ;
- l'utilisation par le patient ;
- la fin de vie du médicament.

Les trois dernières étapes sont automatisées autant que possible, car elles sont peu discriminantes. Elles

POLITIQUE RSE NATIONALE : POINT DE VUE DE LA DGE

sont néanmoins ajoutées au score final afin d'obtenir une vision de l'ensemble du cycle de vie.

Je rappelle les trois scopes du bilan carbone :

- les émissions directes du site industriel liées à son activité (scope 1) ;
- les émissions indirectes du site industriel liées à sa consommation électrique (scope 2) ;
- les intrants consommés, les déchets générés, les matières premières achetées, les immobilisations (scope 3).

Le scope 3 concentre environ 90 % des émissions pour les médicaments.

Nous avons décomposé toutes les émissions directes et indirectes (scopes 1 et 2). Les consommations en kilowattheure sont proratisées au produit à partir de clés d'allocations s'appuyant sur sa part dans le chiffre d'affaires ou dans le volume au sein de l'usine, par exemple. Il convient également de décompter dans le détail toutes les matières premières entrant dans la composition du médicament.

Pour les autres catégories d'émissions, les moins importantes et discriminantes, nous fixons des valeurs par défaut, correspondant aux bornes hautes habituellement constatées pour ces postes d'émissions. Cette méthodologie facilite grandement les calculs. Pour chaque sous-poste, nous fournissons des explications afin qu'une entreprise puisse affiner le calcul si elle estime avoir pris des mesures permettant de réduire les émissions afférentes – en recapturant des missions fugitives, par exemple. En démontrant le bénéfice de ces actions, l'entreprise peut améliorer son score carbone.

Pour le principe actif, selon que le facteur d'émission soit communiqué par le fournisseur ou non, deux options sont possibles dans la matrice. Dans le premier cas, il suffit de renseigner la matrice avec les catégories d'émissions prises en compte. Dans le second cas, il convient d'approximer

le calcul en pondérant les volumes de chaque réactif entrant dans la synthèse du principe actif.

Tous les principes actifs consommés doivent être entrés dans la matrice. En complément, plusieurs facteurs d'émission sont fournis pour les principaux excipients. L'entreprise n'a alors qu'à entrer le volume d'excipients qui compose le médicament.

Un enrichissement de la liste des facteurs d'émission

Nous continuons à enrichir la liste des facteurs d'émissions disponibles dans les excipients. Nous commencerons à les différencier en fonction des excipients et des fournisseurs d'excipients. Nous travaillons avec plusieurs producteurs afin qu'ils procèdent à l'ACV. L'objectif est de préciser, pour chaque étape, les éléments pouvant être valorisés en aval. La base de données s'enrichira avec les scores de chacun.

En ce qui concerne les emballages, la formulation, le stockage et la distribution

La logique est similaire pour les emballages. Nous regardons les volumes d'emballage et les pondérons par un facteur d'émission.

Pour la formulation, nous étudions les scopes 1 et 2, c'est-à-dire les émissions carbone du site. Ces dernières sont allouées au produit en fonction de plusieurs clés de répartition présentées dans le guide méthodologique.

Le stockage et la distribution sont entièrement automatisés dans la matrice, car ces catégories sont très peu discriminantes. Seuls le pourcentage de fret aérien et le transport à froid doivent être renseignés. Il en est de même pour l'utilisation et la fin de vie. Les exceptions en la matière

concernent essentiellement les inhalateurs, qui émettent principalement pendant l'utilisation. Pour la fin de vie, nous comptabilisons le carbone résiduel à partir d'une formule simple expliquée dans le guide méthodologique.

En fonction de la robustesse des données d'entrée, un score d'incertitude est ajouté au score final. L'objectif est de valoriser les entreprises dont le calcul est le plus précis. Ce score d'incertitude a été pensé à la demande des industriels.

Composition de l'empreinte carbone

L'empreinte carbone totale se décompose en trois volets :

- l'empreinte amont (la production, qui représente 90 à 95 % des émissions) ;
- l'empreinte du transport ;
- l'empreinte aval.

Pour les marchés publics comme pour la tarification par le CEPS, les médicaments seront différenciés au regard de leur empreinte carbone et de leur score d'incertitude.

Une consultation publique en juillet

Nous avons lancé une consultation publique début juin. Elle se poursuivra jusqu'au début du mois de juillet. Nous attendons des retours de toutes les parties prenantes (industriels, cabinets spécialisés dans l'analyse de cycle de vie, acheteurs, professionnels de santé) afin de comprendre les difficultés rencontrées.

Ces retours seront enrichissants. Nous ajusterons les paramètres de la méthodologie sur cette base. Nous entrerons ensuite dans une phase de validation de la méthode et de tests d'ACV.

En parallèle, la DGE propose un dispositif d'accompagnement unique pour tous les sites industriels souhaitant se lancer dans une démarche de réduction de leurs émissions. Chaque

POLITIQUE RSE NATIONALE : POINT DE VUE DE LA DGE

entreprise est invitée à présenter son projet de décarbonation. Nous intervenons pour centraliser les projets et vous accompagner vers les guichets disponibles. L'objectif premier de cette démarche est d'améliorer la performance environnementale des médicaments produits en France.

L'objectif : réduction des émissions et des médicaments

L'objectif final est de réduire les émissions de vos sites industriels, mais surtout, de vos médicaments, afin que les industriels français soient

performants lorsque la méthodologie commencera à être appliquée. En moyenne, un médicament produit en France est 20 à 40 % moins carboné qu'un médicament importé. Grâce à ce dispositif, nous pouvons nous assurer de cette performance et continuer aller encore au-delà.



QUESTIONS / RÉPONSES



Elisabeth AOUN

Je retiens de votre intervention, que vous recherchez une méthodologie simple, ce qui est tout à fait appréciable.

Le dispositif vous semble-t-il suffisamment simple, compréhensible et facile à être mis en œuvre ?

Jean-Michel DESCOUTURES

En tant qu'acheteurs, nous avons besoin d'éléments clairs et opposables. Cette démarche me semble être une première étape importante.

Vous soulignez que l'API concentre la majorité des émissions. Il pourrait s'avérer difficile d'obtenir toutes les informations de la part de l'industriel.

Les entreprises ont une approche mondiale. Malheureusement, les industriels français ne sont pas les plus importants dans le domaine du médicament. Avez-vous travaillé avec la Commission européenne ou l'Agence européenne du médicament pour identifier des démarches similaires menées en Europe ? Une démarche commune est-elle conduite ?

En tant qu'hospitaliers, nous sommes favorables à l'usage unique et à la présentation des médicaments en dose unitaire. Quel est l'impact de ce conditionnement sur la consommation de plastique et d'aluminium ?

Ma dernière question s'adresse à la DGOS. Je peine à comprendre le lien entre le travail conduit dans un GHT sur les SPASER et ceux qui seront réalisés par les groupements d'achat. Comment les industriels pourront-ils faire la part des choses ? Des produits peuvent être achetés pour un GHT, mais pas par un groupement.

Charles FLAHAULT

En principe, le CEP contient des informations utiles sur l'API. Si le score n'est pas disponible, vous devrez l'extrapoler – ce qui fera perdre en précision. L'objectif est que les exploitants pharmaceutiques demandent ces précisions à leurs fournisseurs. A terme, nous souhaitons mettre en place des règles de discrimination suffisamment valorisantes pour que tous les fournisseurs d'API finissent par réaliser ces calculs d'eux-mêmes. Nous ne nous adressons pas uniquement aux exploitants pharmaceutiques, mais aussi aux producteurs d'API et aux

producteurs d'intermédiaires de synthèse. C'est ainsi que nous pourrions enrichir la méthodologie.

Beaucoup d'initiatives sont engagées en Europe par les industriels. Une initiative du NHS réunit plusieurs États membres européens, par exemple. Nous discutons avec tous nos homologues européens, l'objectif étant de définir une méthodologie unique. Le NHS prévoit une ACV à partir de la méthode PEF, qui reprend seize critères environnementaux dont les rejets dans l'eau et dans l'air ou encore la toxicité. Ces travaux s'inscrivent dans un horizon 2026. Pour notre part, nous retenons uniquement l'émission carbone dans un premier temps. Nous pourrions ensuite remplacer les facteurs d'émission carbone par des facteurs sur d'autres critères tels que la toxicité du produit dans l'eau. Cette conversion sera relativement simple. Ne retenir que le carbone nous permet d'accélérer la démarche et de mettre en place une première politique environnementale. Le jour où nous prendrons en compte d'autres indicateurs, nous pourrions les intégrer plus facilement. A notre connaissance, nous sommes le pays le plus avancé en la matière. Nous travaillons avec nos homologues européens pour qu'ils prennent en compte nos travaux.

Le résultat est fourni sous trois formats : la boîte, la dose définie journalière et la dose unitaire.

Véronique CHASSE

La mise en place des SPASER dans les GHT ne renvoie pas uniquement à ce qui est acheté à la maille du GHT. Recourir à des centrales d'achats nationales pour un certain nombre de familles de produits relève d'une politique d'achat en soi. La politique globale du GHT doit être prise en compte. Les GCS et les centrales d'achats devront aussi mettre en place leurs SPASER.

De la salle

La matrice est très intéressante et très claire. Il semble que des laboratoires ont été associés aux travaux de construction. Je suppose qu'il s'agit de grands groupes. Avez-vous également inclus des laboratoires de plus petite taille, qui ne disposent pas nécessairement d'un site de fabrication en France ou qui font appel à des fabricants ? Il est difficile pour nous de trouver toutes les informations précises attendues pour remplir la matrice.

Charles FLAHAULT

La phase de test implique effectivement plusieurs grands laboratoires. Les laboratoires plus petits sont toutefois invités à y prendre part s'ils le souhaitent. La période de prise en main pourrait être complexe. Le niveau de connaissance de nos interlocuteurs n'est pas du tout le même selon le niveau de formation des équipes, notamment. Nous savons que la prise en main sera plus complexe pour les petits laboratoires. Nous proposerons des formations pour accompagner chaque acteur.

Christian DOREAU

Une question vous est posée à distance : *"La méthodologie du bilan carbone a-t-elle également pour objectif d'être utilisable comme critère environnemental pour le CEPS ?"*.

Charles FLAHAULT

Dans le cadre de la Planification Ecologique des Systèmes de Santé présentée en décembre 2023, la volonté affichée par l'administration est d'examiner la prise en compte de critères environnementaux dans les négociations tarifaires en ville. Il s'agit donc d'une discussion à venir, notamment sur la base de cette méthodologie.

Vincent HUROT

Certains laboratoires sont réticents à communiquer leurs données, au motif du secret industriel, notamment. Comment entendez-vous gérer ces situations ?

Comment un acheteur peut-il appréhender deux résultats qui, compte tenu de la marge d'erreur de 28 %, pourraient se superposer ? Le risque de contentieux n'est pas neutre.

Charles FLAHAULT

Nous observons effectivement une réticence chez certains industriels à communiquer leurs données. Nous les rassurons en expliquant que toutes les informations seront

contrôlées par un tiers de confiance. Vous effectuez votre déclaration et transmettez les données à un "cabinet d'audit" spécialisé à même de les vérifier et de certifier le résultat. Ce processus permet de sécuriser le secret industriel puisque nous recevons uniquement le score final.

A ce stade, il n'existe pas d'obligation à communiquer les scores. Si un industriel refuse de nous fournir les données, nous le considérerons comme "non performant". Nous débuterons avec un panel de produits restreints pour lesquels nous disposons déjà des résultats. Nous monterons en charge progressivement.

L'incertitude s'ajoute au score final. Nous pouvons ainsi obtenir des scores comparables. Il convient de considérer l'empreinte carbone plus l'incertitude.

Véronique CHASSE

Soulignons également que tout le monde sera noté selon les mêmes règles. Cet aspect est essentiel.

Charles FLAHAULT

Nous observons effectivement une réticence chez certains industriels à communiquer leurs données. Nous étudions la possibilité que les informations soient contrôlées par un tiers de confiance. Vous effectueriez votre déclaration et transmettriez les données à un "cabinet d'audit" spécialisé à même de les vérifier et de certifier le résultat. Ce processus permettrait de sécuriser le secret industriel puisque nous recevons uniquement le score final.

L'incertitude s'ajoute au score final. Nous pouvons ainsi obtenir des scores comparables. Il convient de considérer l'empreinte carbone plus l'incertitude.

Elisabeth AOUN

J'en conclus que les laboratoires auront tout intérêt à agir pour disposer des données les plus fiables possible, car le critère du bilan carbone pourrait être très utilisé par les acheteurs. Je vous remercie.

POLITIQUE RSE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ : POINT DE VUE D'UNE FÉDÉRATION

Rudy CHOUVEL
Chargé de mission
"Transition écologique" – FHF



POINT DU VUE DE LA FHF

La feuille de route "Planification écologique du système de santé" (PESS) a été publiée dans sa première version en mai 2023 et mise à jour en décembre 2023.

Quelques-unes des 50 propositions de la FHF (novembre 2023) ont été reprises dans cette actualisation.

Planification écologique du système de santé

En la matière, je citerai tout d'abord l'Éco-score des produits de santé. Nous avons évoqué ce dispositif dès septembre 2020, lors de la première édition de nos 50 propositions. Nous en proposons une version plus détaillée fin 2023.

Nous appelons également à la refonte du MODD (Mon Observatoire du Développement Durable) afin qu'il devienne un outil davantage quantitatif. Cet outil ministériel est main-

tenu et géré par l'ANAP (l'Agence Nationale d'Appel à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux).

L'une de nos propositions portait sur l'expérimentation du traitement des dispositifs médicaux à usage unique, qui n'a jamais été autorisée en France. Cette proposition a été largement suivie par les autres fédérations ainsi que par des sociétés savantes. Cette expérimentation est finalement prévue dans l'article 66 de la LFSS 2024. Nous attendons désormais le décret d'application et le *modus operandi*.

La feuille de route PESS reprend également notre demande de guichet unique. Les dispositifs d'aides sont relativement nombreux en France, en particulier dans certaines régions. Les établissements peinent à identifier les aides auxquelles ils peuvent prétendre.

Nous avons été entendus sur le déploiement d'une plateforme d'achats durables afin de nous doter d'outils communs, de critères environnementaux partagés.

Nous invitons par ailleurs à favoriser le partage de bonnes pratiques, notamment sur l'éco-conception des soins.

L'article 69 de la LFSS 2024 prévoit par ailleurs que les transports sanitaires partagés soient désormais la norme, conformément à notre souhait.

Le financement et la gouvernance de la transition

La feuille de route évoque également le financement des projets de

recherche, la formation des agents et l'identification de conseillers en transition écologique et énergétique en santé. Ces dispositifs sont désormais une réalité bien ancrée, tout comme le comité de pilotage Planification écologique que nous proposons il y a déjà quelques années. Nous aimerions aller plus loin, avec la nomination d'un délégué ministériel.

Nos 50 propositions s'adressaient à plusieurs dizaines de destinataires, y compris les établissements, les prestataires et les industriels. Entre 15 et 20 propositions portaient sur les médicaments, les dispositifs médicaux et les pratiques de soins. Nous appelons à tendre vers des soins non-impactants.

Charles Flahault l'a dit : les produits de santé font partie du scope 3, le plus prégnant dans les établissements de santé. Il s'agit donc d'un véritable levier d'action pour les établissements. Proposer un projet de service éco-responsable peut aussi apporter un "supplément d'âme" aux professionnels. Nous pouvons envisager de travailler sur un bloc durable ou encore une maternité, un service de dialyse ou un service de réanimation éco-responsable en créant un réel projet de service. Au-delà de ces propositions, les établissements et les équipes ont un intérêt à avancer sur ces sujets.

L'Éco-score permettrait de sélectionner les produits de santé les moins impactants pour réduire nos émissions de gaz à effet de serre. Il s'agit aussi de réfléchir en amont, par exemple en évitant les médicaments non utilisés. Selon le ministère de la

POLITIQUE RSE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ : POINT DE VUE D'UNE FÉDÉRATION

Transition écologique, 23 000 tonnes de médicaments ne sont pas utilisées en France, dont 14 000 tonnes sont brûlées par Cyclamed.

Harmonisation des pratiques et pertinence des soins

Au sein des établissements, le sujet de l'harmonisation des pratiques et de la pertinence des soins se pose également.

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a émis des recommandations depuis de nombreuses années sur l'utilisation du desflurane, du protoxyde d'azote et du sévoflurane, l'idée étant d'abandonner les deux premiers au profit du troisième. Quelques publications invitent même à préférer la voie intra-veineuse plutôt que l'inhalation.

L'ensemble des sociétés savantes pourrait émettre des recommandations de ce type. L'idée n'est pas d'opposer les sociétés savantes, les établissements et les industriels, mais de travailler ensemble et de trouver des modèles économiques intéressants pour l'industrie, tout en avançant rapidement en faveur de la transformation écologique des pratiques soignantes et médicales.

Le CHU de Bordeaux a travaillé sur les soins infirmiers, au travers de la toilette éco-conçue ou encore en permettant aux infirmiers de prescrire directement des pansements plus adaptés aux plaies.

L'engagement des citoyens

Une partie de nos propositions portait sur l'engagement des citoyens – patients et usagers – autour de la transformation écologique. Ces populations ne se sentent pas nécessairement concernées. France Assos Santé commence à se positionner sur le sujet. Le gisement de 23 000 tonnes de MNU n'est pas neutre même s'il ne concerne pas les hôpitaux mais les patients eux-mêmes et les officines. De même, selon la Cour des comptes (2019), les transports sanitaires représentent un coût de cinq milliards d'euros par an, pour 87 millions de trajets.

Je ne reviens pas sur le volet juridique évoqué par Maître Rojano. Je souligne toutefois que depuis la loi RIST de 2021, le projet d'établissement des établissements publics de santé doit comprendre un volet éco-responsable. Cet impératif s'ajoute aux obligations existantes en matière d'achats publics et de SPASER.

L'éco-conception des soins et l'usage unique

Plusieurs établissements ont travaillé sur l'éco-conception des soins et l'usage unique. J'évoquerai le CHU de Clermont-Ferrand dans un instant. Après une ACV, le CHU de Nîmes a constaté que les lames de laryngoscope à usage unique présentaient un impact plus important que les lames réutilisables. Ailleurs, des actions ont

été prises sur le formol – cancérigène, mutagène, reprotoxique que les établissements ont l'obligation de réduire autant que possible –, sur la maternité éco-responsable, les gaz propulseurs, le recyclage du gadolinium ou encore les *custom packs*.

Elisabeth AOUN

Je regrette que nous n'ayons pas le temps de développer toutes les initiatives évoquées. Notre auditoire aura néanmoins l'occasion de se renseigner sur ces différentes mesures.

Je doute que nous parvenions à sensibiliser les patients tant qu'ils continueront de penser que la santé est gratuite. Cette position n'est pas politiquement correcte, mais il me tenait à cœur de le dire.

Avez-vous des questions ?

Jean-Michel DESCOUTURES

Pharmaprom a conduit un travail important sur la reprise des produits hospitaliers depuis les DROM ; les îles ne disposant pas d'incinérateurs, les produits doivent être ramenés par bateaux jusque dans l'hexagone. Ces éléments sont à prendre en compte dans la mesure.

DÉMARCHE DE TRANSITION ÉCOLOGIQUE MENÉE DANS UN CHU

Rudy CHOUVEL

Directeur des Affaires juridiques
et de la Transition écologique –
CHU de Clermont-Ferrand

Je prends mon autre casquette pour vous présenter la manière dont une démarche de transition écologique s'organise au sein d'un CHU.

EXEMPLE DU CHU DE CLERMONT-FERRAND

Un binôme médico-administratif anime un comité de pilotage d'une vingtaine de personnes. Le Copil ayant une vocation stratégique, il doit impliquer des profils complémentaires, tels qu'un ingénieur Restauration, un ingénieur Déchets, des praticiens, des paramédicaux. Un médecin hygiéniste est un plus pour faire le lien avec le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), tout comme un médecin nutritionniste est un plus pour faire le lien avec le comité de liaison Alimentation et Nutrition (CLAN). L'objectif est de définir une stratégie de transition écologique de court ou moyen terme.

Refonte du projet d'établissement

Le CHU de Clermont-Ferrand refond actuellement son projet d'établissement. Je rappelle que l'article L6143-2 du code de la Santé publique prévoit désormais que le projet inclut un volet éco-responsable. Le Copil Transition écologique est ardemment mis à la tâche pour proposer à la gouvernance un contenu adéquat. Lors de mon arrivée au sein du CHU, plusieurs axes étaient déjà envisagés, en

matière de formation, d'écoconception des soins, de maîtrise des risques environnementaux, d'économie des ressources, de transport, de déchets, de numérique, d'achats et d'alimentation durable.

Selon le Shift Project, l'alimentation constitue le troisième poste d'émission des établissements (11 %). Il peut être devancé par les mobilités si nous regroupons les trajets entre le domicile et le travail (4 %) avec les transports sanitaires et les déplacements des usagers (9 %).

L'objectif des travaux

L'objectif des travaux est tout d'abord de dresser un état des lieux de l'existant. Tous les établissements ont forcément mené des actions en matière de développement durable, parfois sans le savoir. Il convient ensuite de définir des indicateurs de suivi et des actions.

À la demande de la directrice générale, le projet d'établissement du CHU de Clermont-Ferrand sera défini pour cinq ans. En complément, une stratégie est construite sur un horizon à dix ans – avec toutes les limites et complexités que peut présenter une stratégie de long terme sur les enjeux de transition écologique.

Une dizaine de groupes thématiques se sont constitués pour aborder les volets plus opérationnels. Nous comptons quatre groupes dédiés à l'écoconception des soins, à raison d'un par pôle ou service (médecine

péri-opératoire, imagerie/radiologie, cardiologie, maternité) ainsi qu'un groupe dédié à la restauration, un pour les mobilités internes, un autre pour les mobilités externes, un sur la RSE, un sur la consommation de l'eau et un sur le numérique.

À titre d'information, le CHU de Clermont-Ferrand consomme chaque année 250 000 mètres cubes d'eau environ. La dialyse, la blanchisserie et la stérilisation sont les principaux consommateurs.

Les mesures proposées doivent être validées en interne par les instances ou la gouvernance : nous avons par exemple proposé de réduire la viande rouge afin de décarboner la restauration, cette orientation n'a pas été bien acceptée par le CLAN.

De plus en plus de thèses sont rédigées par des internes sur l'éco-conception des soins. Une jeune pharmacienne a ainsi travaillé sur le passage de l'usage unique au réutilisable pour un kit d'accouchement par voie basse. Une ACV a été réalisée avec un prestataire sur une quinzaine d'indicateurs.

Nous travaillons sur le recyclage du gadolinium, que nous récupérons et envoyons à Brest. Grâce à un prestataire, nous parvenons également à récupérer l'iode. Nous initierons prochainement des travaux sur les lames de laryngoscopes.

Les filières de tri

Le CHU de Clermont-Ferrand compte 63 filières de tri. Si nous sommes

DÉMARCHE DE TRANSITION ÉCOLOGIQUE MENÉE DANS UN CHU

en retard sur certains axes, nous sommes en revanche en pointe en matière de gestion des déchets. Nous trions environ 2 000 tonnes de déchets par an, pour un coût de près d'un million d'euros. Grâce à la formation des paramédicaux et aux nouvelles consignes de tri, les volumes de DASRI se sont sensiblement réduits. Ces mesures permettent également de mieux valoriser certains matériaux. Des dispositifs médicaux en provenance du bloc sont adressés à un prestataire qui les récupère et les valorise au mieux, parfois en rétribuant le CHU – pour un montant modique. Enfin, des éco-organismes récupèrent gratuitement le mobilier ou encore les déchets électroniques.

Le CHU compte trois sites, dont l'un à orientation gériatrique. Ce dernier se trouve dans un environnement relativement arboré. Il est en cours de rénovation. Plusieurs actions sont prises en matière de biodiversité, au travers de l'éco-pâturage, de ruches ou encore d'abris à insectes. Des actions de rénovation énergétique sont également engagées sur le volet bâtiminaire.

Nous sommes désormais raccordés au réseau de chaleur urbain, ce qui réduit substantiellement l'impact carbone de l'établissement et ses factures d'énergie.

Le volet numérique en santé

Sur le volet "numérique en santé", l'enjeu est double : il porte sur la dématérialisation et sur l'impact du numérique. Les équipements qui peuvent encore être utilisés sont donnés à des associations. Nous rationalisons autant que possible nos moyens d'impression pour réduire les consommations d'encre et de papier.

Des actions concrètes

Nous comptons environ 140 véhicules, dont une vingtaine roule moins de 3 000 kilomètres par an. Nous souhaitons verdir notre parc de véhicules. Ceux dont les normes sont les plus faibles seront remplacés par des véhicules aux normes plus élevées. Nous aimerions également réduire ce parc. Cela suppose toutefois de retirer des véhicules à des personnels qui les utilisent, ce qui n'est jamais facile à faire accepter. Dans un service, nous avons remplacé par deux vélos un véhicule qui n'était utilisé que pour des déplacements au sein du site. Malgré les aléas de la météo, le fonctionnement donne plutôt satisfaction. Nous identifions actuellement les services volontaires pour être dotés de vélos pour leurs déplacements, y compris entre les sites. Nous cherchons aussi à

nouer un partenariat avec l'agglomération afin de disposer de cartes de transport en commun pour que nos professionnels réalisent des trajets inter-sites décarbonés.

La démarche permet de diffuser une communication positive autour des hôpitaux, sur des actions concrètes qui ont mobilisé les équipes. Un projet de service entier peut être tourné vers la transition écologique. Des labels gratuits ou commerciaux existent : "Mon Resto responsable" ou THQSE pour les maternités éco-responsable, par exemple, reconnaissent les actions mises en œuvre.

La consommation d'eau du CHU tend à se réduire grâce à des actions prises sur la stérilisation du territoire. Les travaux réalisés permettent de diviser la consommation par deux. D'autres mesures sont en cours, notamment à la blanchisserie. Nous attendons une possible évolution réglementaire autour de la réutilisation de l'eau afin de progresser à nouveau sur ce volet.

Elisabeth AOUN

Le travail qui est conduit dans les hôpitaux est sensiblement le même que celui entrepris dans vos sociétés. Nous devons tous réfléchir aux moyens de devenir plus sobres.

Hélène EYCHENIÉPharmacien responsable – OMÉDIT
Ile-de-France

Je vous remercie de m'avoir invitée pour présenter les travaux de l'OMÉDIT Ile-de-France.

L'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMÉDIT) est une structure régionale d'appui et d'expertise dans le domaine du médicament et des DM stériles. Les quatorze OMÉDIT sont liés à l'ARS de leur région. Nous nous adressons aux secteurs sanitaires, médico-sociaux et de la ville. Nous sommes membres du réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA).

L'OMÉDIT ILE-DE-FRANCE**Un travail collaboratif**

Nous travaillons en collaboration avec les autres OMÉDIT. Nous intervenons sur les sujets de qualité, de sécurité, de pertinence, d'efficacité et de gestion des risques. Nous réalisons

POINT DE VUE

D'UN OMÉDIT SUR LA RSE

des expertises médico-économiques, nous travaillons sur le bon usage des produits de santé, nous évaluons les pratiques, nous accompagnons les établissements. Nous menons également des actions de coordination, d'information et de sensibilisation, nous organisons les remontées de terrain vers le national et nous animons des groupes d'experts.

**Le Plan National Santé Environnement**

La France a inscrit dans le Code de la santé publique l'élaboration d'un PNSE (Plan National Santé Environnement) tous les cinq ans. Ces plans ont permis des avancées notables. Les PRSE déclinent à l'échelle régionale les plans nationaux, avec pour ambition de mobiliser et d'accompagner les acteurs locaux en s'adaptant aux caractéristiques régionales.

Ils contribuent à l'intégration de la santé environnement dans les politiques publiques. Des OMÉDIT ont été mis à contribution pour porter et mettre en œuvre les objectifs du PRSE de leur territoire.

**L'exemple des gaz anesthésiques**

Les gaz anesthésiques se trouvent dans le scope 1. Ils représentent 5 % des émissions de carbone. Il y a quelques années, l'OMÉDIT Ile-de-France a créé un outil de sensibilisation gratuit et accessible à tous pour

calculer l'empreinte carbone des différents anesthésiques inhalés (desflurane, isoflurane, sévoflurane et protoxyde d'azote).

Ces quatre gaz représentent 66 spécialités. Ce calculateur permet d'accompagner les professionnels et les établissements dans leur trajectoire de décarbonation. L'enjeu est d'autant plus important que la certification HAS comprend désormais un volet relatif aux enjeux de développement durable.

Nous souhaitons proposer un outil ergonomique, pédagogique et facile à utiliser. Nous avons travaillé avec la SFAR dans le cadre de ce projet. Nous avons créé un tableau Excel, dont le remplissage est automatique ou manuel.

Pour plus d'information :

Calculer l'empreinte carbone des gaz anesthésiques : nouvel outil ! - OME-DIT Ile de France (omedit-idf.fr)

La France compte quatre millions d'asthmatiques. Plus de six millions d'inhalateurs ont été consommés en ville en 2019, contre 200 000 à l'hôpital. Le changement climatique a des conséquences directes et indirectes sur la santé et augmentera l'incidence des pathologies respiratoires.

En 2019, un état des lieux des consommations des inhalateurs avait été réalisé. Leur empreinte carbone avait été calculée à cette occasion. Pour rappel, il existe trois types d'inhalateurs :

- les inhalateurs à poudre sèche (DPI), qui représentent 68 % du total ;

POINT DE VUE D'UN OMÉDIT SUR LA RSE

- les inhalateurs sous forme liquide, avec gaz propulseur (MDI), qui représentent 34 % du total.
- les inhalateurs de brume douce (SMI), qui représentent 3 % du total.

Les MDI sont privilégiés pour traiter les crises. Selon la littérature, leur empreinte carbone varie entre 11 et 36,5 kilogrammes CO₂. Ce chiffre peut paraître faible, mais il est à mettre au regard du nombre d'utilisateurs. A titre de comparaison, l'empreinte des DPI et des SMI est inférieure à un kilogramme. L'empreinte carbone du salbutamol en Ile-de-France est estimée à 58 millions de kilos pour la ville et deux millions pour l'hôpital.

Pour plus d'information :

Présentation PowerPoint (omedit-idf.fr)

Favoriser la juste prescription et bon usage

Nous devons coopérer avec les industriels et l'ensemble des parties prenantes :

- chercheurs,
- prescripteurs,
- sociétés savantes,
- pharmaciens,
- patients, etc.

Des formations et informations sont impératives pour favoriser la juste prescription et le bon usage. Il convient de repenser les pratiques professionnelles et d'écoconcevoir le soin.

Tout changement doit s'accompagner d'une éducation thérapeutique des patients. Le développement durable doit être associé à la pertinence et à l'efficacité des soins. L'approche se doit d'être globale et coordonnée.

Pour plus d'information :

La Juste Prescription - OMEDIT Ile de France (omedit-idf.fr)

Le plan Health Faire

Lors de leur diplôme universitaire, Léa Boissinot – de l'OMÉDIT Ile-de-France – et Jérémy Guihenneuc – du CHU de Poitiers – ont conçu le jeu "Plan Health Faire". Leur volonté était de proposer un atelier collaboratif pour faire comprendre les enjeux et les appliquer à la santé. Le jeu compte sept modules thématiques (changement climatique, gouvernance, hôpital, bloc opératoire, eau, maternité, patients). La feuille de route PESS invite à déployer ces ateliers.

Vous pourrez retrouver des informations complémentaires sur le site de l'OMEDIT :

PLAN HEALTH FAIRE® - OMEDIT Ile de France (omedit-idf.fr)

Exemples en région

L'OMÉDIT Grand-Est a organisé deux journées de sensibilisation et d'information à la feuille de route et à l'analyse du cycle de vie. Des actions concrètes ont également été présentées à cette occasion, sur les gaz anesthésiants, la réduction des déchets plastiques en dialyse ou encore l'éco-prescription.

Pour plus d'information :

[Journées OMEDIT Grand Est | OMEDIT Grand Est \(sante.fr\)](https://omedit-grand-est.sante.fr)

Un travail commun a été conduit par tous les OMÉDIT sur les médicaments à service médical rendu insuffisant. Nous analysons les données qui nous remontent en la matière. Le partage des expériences permet d'avancer.

Pour plus d'information :

Médicaments à SMR insuffisant - OMEDIT Ile de France (omedit-idf.fr)

L'OMÉDIT Bretagne a défini un plan de pertinence des soins éco-responsables et a lancé un appel à projets sur le sujet. Un indicateur régional a été défini afin de suivre et évaluer la mise en œuvre.

L'OMÉDIT Centre-Val de Loire et l'URPS ont élaboré un flyer à destination des patients sur la gestion des médicaments périmés.

Pour plus d'information :

OMÉDIT Centre - Val de Loire (omedit-centre.fr)

Sous l'impulsion de l'ARS, l'OMÉDIT Normandie porte l'objectif de transformation et d'accompagnement des pratiques sur les soins éco-responsables. Les ateliers "Plan Health Faire" ont été déployés. Un référentiel régional d'éco-prescription et d'éco-substitution a été défini. Plusieurs projets sont menés sur l'optimisation thérapeutique sur les sujets âgés (Optimedoc), sur le parcours des patients en chimiothérapie orale ou encore sur les labellisations Green Bloc et Green Pharma. Des actions sont également engagées sur les achats durables.

Pour plus d'information :

Transition écologique en santé (omedit-normandie.fr)

Je vous invite à consulter les guides et ressources à disposition sur les sites Internet des OMÉDIT. Plusieurs webinaires sont également proposés sur le partage d'expérience.

« QUESTIONS / RÉPONSES »



Elisabeth AOUN

Cette perspective de mutualisation permanente me réjouit, car trop souvent, des expériences intéressantes sont conduites, mais ne sont pas partagées. Les fiches élaborées dans une région sont-elles diffusées à l'échelle nationale ?

Hélène EYCHENIÉ

Oui, nous essayons de rédiger des communications communes et de partager les contenus des autres structures du réseau. L'objectif est bien de déployer les supports dans tous les OMéDIT. Nous synchronisons nos actions autant que possible. Pour autant, les politiques sont définies par les ARS, ce qui peut entraîner des différences d'une région à l'autre.

Elisabeth AOUN

Les industriels peuvent être intéressés par ces informations. Sont-elles à disposition de tous ?

Hélène EYCHENIÉ

Absolument.

Jean-Michel DESCOUTURES

En France, la dispensation d'anticancéreux par voie orale s'effectue en officine. Le circuit est mieux maîtrisé dans d'autres pays européens. Lorsque les patients ne supportent pas les traitements ou lorsque la pathologie évolue, les produits reviennent à l'officine, sans que les pharmaciens d'officine ne sachent qu'en faire. Même si l'inviolabilité de la boîte est respectée, je ne peux pas les recycler dans mon établissement puisque ces produits ne relèvent pas du circuit hospitalier. Savons-nous quantifier ces pertes ? Les Pays-Bas – par exemple – parviennent à recycler ces médicaments.

Je ne sais pas s'il existe une réponse à cette question.

Elisabeth AOUN

En tout cas, la question est posée. Une réponse pourrait être trouvée avec les industriels. Tous les interlocuteurs doivent travailler ensemble.

CHALLENGE DE LA RSE APPLIQUÉE À LA LOGISTIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ

Franck HUET

PH, Gestion et optimisation des flux
logistiques pharmaceutiques –
AGEPS AP-HP



ASPECTS RSE CENTRÉS SUR LA LOGISTIQUE

J'évoquerai l'empreinte carbone du secteur sanitaire et le bilan carbone de l'AP-HP. Je présenterai également les leviers pouvant être activés en PUI, notamment sur l'approvisionnement et la gestion des flux pharmaceutiques. Enfin, j'aborderai l'automatisation et la dispensation nominative individuelle.

Nous l'avons dit : le secteur sanitaire représente 8 % des émissions de la France, dont près de 60 % proviennent des achats de médicaments et de dispositifs médicaux. Le reste des émissions des établissements provient des bâtiments, du transport, des déchets, de la gestion des ressources humaines et des consommables. Nous utilisons les cartes du jeu "Plan Health Faire" pour étudier les différents impacts.

Les activités humaines sont responsables du changement climatique, qui impacte négativement la santé humaine. Les usagers ont un rôle à

jouer pour limiter l'impact du secteur de la santé sur l'environnement. Il est important de les sensibiliser, même si ce n'est pas évident. L'un des enjeux est de réduire la quantité de médicaments stockés au domicile.

Leviers pour faire décroître l'empreinte carbone en santé

Plusieurs leviers existent pour faire décroître l'empreinte carbone de la santé. Nous pouvons tout d'abord réduire le volume de médicaments prescrits et gérer leur réintégration. La dispensation nominative répond en partie à cet enjeu.

Il convient également d'optimiser les stocks de médicaments et la logistique d'approvisionnement. Autant que possible, nous devons privilégier le réutilisable et réduire les déchets – notamment les DASRI. L'AP-HP comptait des volumes de DSARI conséquents, car tout y était mis.

Nous pouvons également utiliser de manière plus raisonnée l'énergie dans les bâtiments. Des efforts sont engagés en ce sens au sein de l'AP-HP, en adaptant l'usage du chauffage et de la climatisation.

Nous incitons également nos personnels à opter pour des déplacements à vélo lorsque cela est possible.

Enfin, il convient de privilégier les produits sans perturbateurs endocriniens ou composés cancérigènes ou mutagènes.

In fine, l'enjeu est de sensibiliser chacun pour améliorer et limiter notre impact collectif.

Sans grande surprise, le soin représente la majeure partie de l'empreinte carbone de l'AP-HP (58 %).

En 2022, l'Institution a émis près de deux millions de tonnes de CO₂, soit 312 kilogrammes par journée d'hospitalisation et 21 tonnes par équivalent temps plein. Les déplacements (13 %) et l'énergie (7 %) sont les deux autres postes principaux. Depuis 2019, les émissions de l'AP-HP ont cru de 6 %.

Notre objectif est de réduire nos gaz à effet de serre de 2 % en 2024.

La réalisation de nos bilans s'appuie sur la méthodologie publiée par le ministère de la Transition écologique et l'ADEME.

Des efforts sur l'Energie et Déplacements

Nous avons entrepris des efforts conséquents sur les volets Energie et Déplacements. Toutefois, nos émissions liées aux soins augmentent de 15 % depuis 2019. Nous devons porter nos efforts sur cet axe. Le numérique augmente de 48 %, mais reste relativement marginal.

L'AP-HP compte 21 établissements MCO, 17 établissements non-MCO et 9 sites transverses (siège, blanchisserie, AGEPS, etc.).

Les établissements MCO concentrent la majorité des émissions. Le soin

CHALLENGE DE LA RSE APPLIQUÉE À LA LOGISTIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ

représente près de 70 % de leur bilan carbone. Dans les sites non-MCO, la part du soin est moindre ; les émissions sont davantage liées au transport – car les transports en commun sont peu adaptés pour accéder à ces sites souvent excentrés – et à l'énergie – car les sites ne sont pas raccordés au réseau de chaleur urbain. Nous observons que les émissions des sites transverses sont supérieures à celles des établissements non-MCO. Les déplacements constituent un levier d'action important dans ces sites et services.

Une méthodologie rigoureuse

Nous souhaitons adopter une méthodologie rigoureuse. Nous nous adapterons aux évolutions méthodologiques. L'objectif est de mettre à disposition un outil homogène sur l'ensemble de l'AP-HP, mais personnalisable au regard des spécificités des sites. L'outil devra surtout être simple d'utilisation.

Notre méthodologie prévoit en premier lieu de lister et prioriser pour chaque GHU de l'AP-HP les actions de décarbonation les plus pertinentes en identifiant les freins et les accélérateurs propres à chacune.

Il conviendra ensuite de chiffrer l'impact de chaque action sur les émissions de gaz à effet de serre.

Dans un troisième temps, nous définirons la feuille de route de décarbonation de chaque entité de l'AP-HP. La phase de mise en œuvre du plan et de développement des outils de pilotage s'ouvrira à l'issue de ces travaux.

L'AP-HP vise une baisse de 2 % de ses émissions de gaz à effet de serre en 2024. La réduction de notre consommation et du gaspillage de médicaments et de dispositifs médicaux constitue un volet d'action prioritaire, tout comme la baisse de notre consommation d'énergie. Nous travaillons à la réhabilitation de plusieurs sites en fonction de nos moyens.

Approvisionnement et logistique à l'AP-HP

Plusieurs leviers existent en PUI. Je m'attarderai davantage sur l'approvisionnement et la logistique. Des mesures sont néanmoins possibles en aval, dans les services de soins, pour favoriser le bon usage et éviter le gaspillage des produits de santé.

Nous avons mis en place depuis plusieurs années à l'AP-HP un dispositif de rationalisation des commandes. Grâce à un outil spécifique et grâce à la professionnalisation de nos équipes, nous parvenons à planifier les commandes pour en limiter le nombre. La gestion de stock s'en trouve améliorée.

Nous cadencons les commandes et travaillons avec nos fournisseurs pour limiter le nombre de livraisons.

En coordination avec d'autres laboratoires, nous essayons d'optimiser le remplissage des camions, sans basculer dans le surstockage. L'AP-HP était très en retard en matière de dématérialisation des commandes, mais nous progressons sur ce volet.

Un important travail doit encore être conduit entre l'AGEPS et les PUI ; l'hétérogénéité des outils conduit parfois à multiplier les livraisons.

Gestion des stocks à l'AP-HP

Le deuxième levier majeur porte sur l'optimisation de la gestion des stocks. La justesse des stocks permet d'optimiser les besoins réels et de limiter les demandes de retour. Nous restons confrontés à un sujet quant au devenir des boîtes abîmées (pouvons-nous les remettre en stock ou devons-nous les détruire ?).

Nous essayons d'optimiser les immobilisations de stock pour réduire les surfaces de stockage et ainsi influencer sur nos consommations d'énergie. Nous réévaluons également les conditions de stockage. Peu avant mon

départ de la plateforme de Nanterre il y a trois ans, j'avais constaté que les commandes passées en température dirigée donnaient lieu à des livraisons en bacs isothermes.

Sur des volumes importants, la gestion des déchets n'est pas neutre. Un travail doit être conduit sur ce point, tant du côté des industriels que du côté de l'AP-HP. A Nantes, le CHU utilise des bacs en plastique réutilisables, gérés via un circuit de retour. L'AP-HP avait envisagé cette possibilité ; le sujet méritera d'être réétudié. Nous devons également poursuivre l'optimisation des livraisons et des transports intra-sites, d'une part, et conduire une réflexion sur les synergies régionales, d'autre part.

De plus en plus d'automates sont déployés dans les PUI, pour le stockage comme pour la distribution ou la dispensation. Ces équipements présentent plusieurs avantages. Nous disposons d'une vision accrue et en temps réel sur le stock et nous réduisons les pertes et périmés. En outre, les ressources humaines sont optimisées et la qualité de vie au travail est améliorée.

En revanche, un sujet demeure sur la durée de vie, le remplacement et le recyclage des armoires. L'AP-HP doit remplacer environ 70 % de notre parc d'armoires sécurisées, ce qui n'est pas neutre.

La DIN automatisée permet d'optimiser le référentiel

Nous essayons de limiter la complémentation manuelle pour que les préparateurs en pharmacie – notamment – gagnent réellement du temps. Nous avons besoin de l'aide des industriels, car il nous est actuellement techniquement impossible de mettre certaines références en dose unitaire.

Nous avons intégré cet aspect dans nos appels d'offres. Grâce à la DIN automatisée, nous conservons l'intégrité de la péremption. Les pertes et périmés sont sensiblement réduits.

CHALLENGE DE LA RSE APPLIQUÉE À LA LOGISTIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ

Avant le lancement de la DIN automatisée sur les quatre premiers sites, nous enregistrions énormément de retours ayant pour conséquence une destruction de produits importante.

La PUI n'ayant pas toujours le temps de traiter l'ensemble des produits remontant en vrac des services de soins, la plupart partaient en destruction. La DIN automatisée sera prochainement déployée sur six nouveaux sites – et seize à terme.

Un écueil perdure sur les consommables, qui restent nombreux. Le sur-conditionnement reste également important, imposant une gestion des déchets très lourde.

Dans le cadre de la DIN automatisée, nous devons conduire une réflexion commune sur la livraison de blisters en dose unitaire. Les fournisseurs d'équipement sont peu nombreux. Nous peinons à les mobiliser sur les enjeux de développement durable.

En conclusion, j'insiste sur le caractère évolutif de la feuille de route de décarbonation de l'AP-HP. Nous travaillons à la réduction de la consommation et du gaspillage des médicaments et des dispositifs médicaux, ainsi qu'à la diminution de notre consommation d'énergie.

Plusieurs projets d'automatisation sont en développement dans nos PUI. Enfin, nous ne devons pas minimiser les sujets SI.



CHALLENGE DE LA RSE APPLIQUÉE À LA LOGISTIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ

David FELDMAN

PH, Responsable UF Pharmacie
clinique Patients hospitalisés – CHU
Nantes, Vice-Président Comedims



TRAVAUX DU SHIFT PROJECT ET DU CHU DE NANTES

Je vous remercie de m'avoir invité à présenter les travaux du Shift Project et du CHU de Nantes.

La responsabilité sociétale des entreprises est définie par la Commission européenne. En résumé, une entreprise doit avoir un impact positif sur la société tout en étant économiquement viable. La norme ISO 26000 définit le périmètre de la RSE autour de sept thématiques : la logistique a trait à la thématique environnementale, qui comprend les enjeux climatiques et les gaz à effet de serre, la contamination de l'eau et du sol et l'impact sur la biodiversité.

Ces sujets sont complexes et extérieurs à nos domaines d'intervention habituels. Une formation est donc importante.

Point sur les émissions de CO₂

En 2022, la France cumulait 623 millions de tonnes équivalent CO₂. Chaque Français pèse 9,2 tonnes de CO₂. Il est important d'avoir en tête ces volumes pour apprécier les effets de nos actions. Les émissions liées aux importations représentent 56 % du total. Entre 1995 et 2022, la France a réduit de 7 % ses émissions. Dans le détail, les émissions intérieures se sont réduites de 33 % tandis que celles induites par les importations ont cru de 32 %.

La Santé représente 49 millions de tonnes, dont une très large majorité (87 %) se trouve dans le scope 3, c'est-à-dire dans les émissions indirectes liées à l'achat de médicaments et de dispositifs médicaux, au transport des salariés et des patients ou encore à l'alimentation.

Les émissions du scope 3 sont les plus difficiles à mesurer – ce qui est d'autant plus regrettable qu'il s'agit du scope le plus important.

Toutes ces données sont disponibles dans le rapport *Décarboner la santé pour soigner durablement du Shift Project*.

Rapport 2024 Décarbonons les industries de santé

Le rapport 2024, *Décarbonons les industries de santé*, s'intéresse à

l'ensemble de la chaîne de valeur des médicaments pour identifier les consommations d'énergie – et donc, les émissions de gaz à effet de serre. Nous l'avons dit : la fabrication représente l'essentiel des émissions de CO₂. En son sein, la production du principe actif pèse le plus lourd (63 % des émissions).

Les quatre médicaments les plus utilisés en France (en tonnes) sont le paracétamol, la metformine, le lactitol et l'ibuprofène. Le principe actif de trois d'entre eux est majoritairement fabriqué en Inde. Or, l'énergie produite en Inde provient pour 44 % du charbon, pour 24 % du pétrole et pour 6 % du gaz nature. Ainsi, l'énergie indienne était carbonée à 77 % en 2021. Les sources peu ou pas émettrices sont quasiment absentes. A titre de comparaison, la production d'énergie primaire en France provient du nucléaire, qui est très faiblement émettrice de gaz à effet de serre.

Personne n'ignore les difficultés d'approvisionnement existantes pour les dispositifs médicaux et les médicaments. Nous suivons chaque mois le ratio du nombre de réceptions par rapport au nombre de commandes. Il apparaît qu'en moyenne, lorsque nous passons 100 commandes de médicaments, 130 camions viennent nous livrer. Nous proposons que toutes les pharmacies hospitalières suivent cet indicateur en permanence afin d'identifier les actions possibles. Pour les dispositifs médicaux hors stocks, le passage de 100 commandes

(SUITE)

CHALLENGE DE LA RSE APPLIQUÉE À LA LOGISTIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ

entraîne, en moyenne, le passage de 300 camions. L'impact sur le bilan carbone du circuit du médicament et du circuit logistique n'est pas neutre.

Un exemple

Prenons l'exemple d'un médicament dont le princeps est vendu entre 70 et 90 euros selon les dosages, qui est fabriqué aux Pays-Bas et compte quatre indications médicales. Cinq concurrents se sont positionnés pour la sortie en générique.

Pour trois d'entre eux, le principe actif et le médicament sont fabriqués en Inde (dont un pour deux indications). Ils sont vendus entre 1 et 2,80 euros pour le premier, entre 3,80 et 4,80 euros pour le deuxième et entre 7 et 9 euros pour le troisième (avec seulement deux indications médicales).

Un générique vendu entre 36 centimes et 1 euro avait son principe actif fabriqué en Lettonie et le médicament fabriqué en Croatie, mais bénéficiait de seulement deux indications médicales. Le dernier était fabriqué en République tchèque (principe actif) et au Chili (médicament) et vendu entre 1,20 et 2,40 euros.

Sur cette base, quel générique choisiriez-vous ?

Avec la pharmacie centrale, le CHU de Nantes a décidé de travailler sur les médicaments en chaîne du froid. Pendant six mois, nous avons abaissé la fréquence des commandes auprès de 17 fournisseurs (dont 3 majeurs) en optant pour une commande par mois, contre une par semaine auparavant.

Il apparaît qu'en réduisant de trois à quatre le rythme des approvisionnements, nous n'avons réduit le nombre de livraisons que de 26 %. Nous commandions moins souvent, mais des quantités plus importantes, que nous devons stocker dans les chambres froides. L'impact financier de ce stockage n'est pas négligeable.

Nous avons économisé 451 kilogrammes de CO₂, soit moins d'une tonne par an – pour rappel, un citoyen français pèse 9 tonnes de +6 par an. L'expérience est donc plutôt décevante. Pour avoir un impact, toute la chaîne d'approvisionnement doit collaborer. Ici, les fournisseurs n'étaient pas capables de nous livrer de telles quantités en une seule fois et devaient donc fractionner leurs livraisons.

Sobriété médicamenteuse

La notion de sobriété médicamenteuse me semble importante. Elle est définie par la revue *Prescrire* comme une *"démarche pratique au quotidien avec chaque patient, impliquant de prendre le temps de définir avec lui des priorités de soins, de renoncer à tout médicamenter, d'examiner méthodiquement les traitements en cherchant à les limiter à ceux qui sont justifiés et appropriés à la situation du moment, sans superflu ni risque disproportionné et parfois, de proposer l'arrêt de certains médicaments"*. Cet arrêt constitue une déprescription.

Souvent utilisée en gériatrie, elle conduit à arrêter d'utiliser sur des temps très longs des médicaments qui n'ont peut-être plus tant de bénéfices pour un patient âgé très fragile. La déprescription est alors bonne pour la santé du patient, économique et écologique ; elle concourt

à réduire le fardeau environnemental des médicaments.

La sobriété thérapeutique et la déprescription relèvent du juste soin. Il convient également de développer la prévention et la promotion de la santé pour réduire les consommations de médicaments, et donc la logistique et la fabrication. Il apparaît que la pratique du vélo permet de réduire de 40 % le cancer du côlon, de 30 % le diabète de type 2 et les maladies coronariennes, de 24 % les maladies vasculaires cérébrales et de 15 % le cancer du sein.

Le scope 3

Nous ne devons pas oublier de prendre en compte le scope 3, dont la part dans le bilan carbone des produits de santé est très significative. La part de la logistique reste relativement modérée. Je pense que ce constat vaut également pour les dispositifs médicaux, mais cela mériterait d'être démontré de manière rigoureuse. Relocaliser la production des médicaments essentiels est un enjeu d'indépendance stratégique sanitaire et permet de limiter les tensions d'approvisionnement ; il s'agit aussi d'un enjeu environnemental fort.

Pour diminuer les émissions de façon significative, toute la chaîne doit collaborer. Il est notamment opportun de commander moins et de fabriquer plus près.

Je conclurai avec deux citations.

La première est d'Alfred Capus : *"Tout s'arrange dans la vie, même mal"*.

La seconde est de Francis Blanche disait : *"Face au monde qui change, il vaut mieux penser le changement que changer le pansement."*

QUESTIONS / RÉPONSES

Elisabeth AOUN

Je vous remercie pour ces interventions. Je trouve très intéressant l'outil d'évaluation du poids des tensions d'approvisionnement. Le partagez-vous avec d'autres établissements ? Est-il connu ?

David FELDMAN

Nous l'avons proposé lors d'un congrès de pharmacie hospitalière. Plusieurs personnes m'ont sollicité pour en savoir plus. Le calcul est très simple à réaliser. Ce ratio me semble pertinent. J'aimerais effectivement qu'il soit davantage partagé.

Elisabeth AOUN

Il faudrait trouver le moyen de favoriser la diffusion d'outils simples et pertinents.

Hélène EYCHENIÉ

Une question m'est posée à distance : *"Les OMéDIT ont-elles la possibilité en termes d'impact RSE concernant l'arrivée de l'immunothérapie en forme sous-cutanée ?"*. Pour l'instant, nous n'y sommes pas. Nous devons aborder cette question, qui rejoint les propos de Jean-Michel DESCOUTURES sur la voie orale et l'élimination.

De la salle

Avant d'étudier le transport et les livraisons, le CHU a-t-il échangé avec les laboratoires concernés pour adapter les approvisionnements ?

David FELDMAN

Bien sûr, nous les avons prévenus de notre démarche près d'un an en amont. Les laboratoires étaient plutôt satisfaits, car cela leur permettait de réduire le nombre de commandes à traiter. Chacun a fait ce qu'il pouvait. Nous voulions aussi prendre en compte leurs contraintes.

Franck HUET

A l'AP-HP, nous définissons un schéma prévisionnel avec les laboratoires pour nous accorder sur les rythmes de livraison. Désormais, très peu de livraisons sont complètes. Nous recevons souvent 80 % de la commande le premier jour puis au fil de l'eau, en fonction des tensions et des difficultés ponctuelles.

Elisabeth AOUN

Il est possible de prévoir dans le cahier des charges des dispositions liées aux conditions d'exécution du marché. Des pénalités peuvent s'appliquer si le cadencement prévu n'est pas respecté. Il vous revient de voir, avec les acheteurs, si le cahier des charges comprend de telles exigences, qui me semblent être de nature à inciter à la régularité dans l'exécution du marché.

David FELDMAN

Je partage vos propos. Toutefois, le rapport de force est souvent en notre défaveur. Nous nous adressons souvent à des fournisseurs qui disposent d'un monopole ou à des PME avec lesquelles nous souhaitons continuer à travailler sereinement.

Le CHU de Nantes est entièrement dématérialisé. Nous ne comptons plus de fax. L'EDI est un facteur d'économie, y compris pour notre bilan carbone.

Elisabeth AOUN

Le coût écologique des transactions informatiques n'est jamais chiffré. Le numérique n'est pas sans impact sur l'environnement. Personne n'a conduit d'étude en la matière ?

David FELDMAN

Si, nous avons mené cette étude. Sur une année, le flux de commandes de notre CHU représente moins de données échangées que le visionnage d'un épisode d'une série Netflix.

De la salle

Côté industriel, nous passons parfois de très petites commandes, consommatrices en énergie et onéreuses pour les hôpitaux.

Elisabeth AOUN

Les acheteurs sont sensibles à cet aspect. Les quantités commandées sont parfois tellement minimes que la livraison coûterait plus cher à l'industriel que le prix du produit lui-même – je pense notamment aux réactifs de laboratoires à faible coût unitaire. Lorsque j'exerçais comme directeur des achats, j'avais décidé qu'en deçà d'un certain seuil de commandes, l'hôpital paierait la livraison. C'est un sujet que vous devez aborder avec vos interlocuteurs acheteurs, lorsque la question se pose.

Franck HUET

Certains industriels nous challengent sur le nombre de commandes passées dans le trimestre ou dans l'année, en proposant des remises si nous restons en deçà d'un seuil prédéfini.

David FELDMAN

Je vous rejoins. Si nous étions intéressés à une gestion plus saine, nous serions certainement plus performants. Si toute la chaîne collabore, le bilan carbone global s'améliore.

Vincent HUROT

Le modèle logistique doit être entièrement réinventé. Dès lors que peu de laboratoires répondent à nos appels d'offres, les clauses prévues ne sont pas toujours activées. En tant que pharmacien acheteur, une livraison franco de port sans minimum de commandes n'est plus audible en termes de RSE. Il est nécessaire de réinventer le modèle. Il n'est pas toujours facile de réduire le nombre de commandes. Le chantier est important.

Nous devons dépasser nos querelles intestines.

J'aime l'indicateur du ratio entre le nombre de commandes et le nombre de livraisons. Il ne révèle toutefois pas nécessairement des livraisons inutiles. Les dépositaires ne possèdent pas leurs stocks et sont contraints de répartir X commandes dans X cartons, alors qu'elles viennent du même endroit et vont au même endroit. Là aussi, nous devons réinventer le modèle.

De la salle

En tant qu'industriels, nous sommes capables de vous conseiller pour mieux utiliser nos instruments chirurgicaux, mieux les stériliser, moins les casser. Toutefois, les occasions manquent pour échanger sur ces sujets. Il conviendrait aussi de pouvoir mesurer notre impact en la matière sur l'ensemble de la durée du marché. Nous développons plusieurs politiques, mais nous ne voyons pas comment les intégrer dans un marché public. Nous avons intérêt à ce que nos instruments durent plus longtemps.

Elisabeth AOUN

Les contacts peuvent se faire à une échelle nationale ou directement auprès des acheteurs. Seuls le dialogue et l'instauration de relations suivies permettront de répondre à ces sujets. Vous bénéficiez aujourd'hui de l'écoute de la DGOS, d'acteurs régionaux et des établissements.

David FELDMAN

Je partage le point de vue de l'intervenante sur l'utilisation des instruments chirurgicaux. Une thèse a été soutenue l'année dernière sur le sujet, qui a démontré la nécessité d'être formé aux enjeux énergétiques et climatiques de l'utilisation des dispositifs médicaux. Nous avons sollicité de telles formations. Ce qui est vrai pour un dispositif médical ne l'est pas nécessairement pour un autre. Nous avons repris des modèles réutilisables d'équipements que nous achetions en usage unique. Les résultats de l'étude seraient certainement différents en Pologne. Le sujet est extraordinairement complexe et nécessite que nous nous formions tous.

DÉMARCHE DÉVELOPPEMENT DURABLE : RÉPERCUSSIONS EN TERMES D'ACHATS

Frédéric BOUNOURE

Pharmacien – CH Yvetot, Co-pilote du GT régional de l'OMÉDIT Normandie



QUEL MÉDICAMENT DOIT-ON ÉVITER OU PRÉFÉRER DANS UNE DÉMARCHE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE ?

Je vous remercie de me donner l'opportunité de présenter, pour la première fois, les travaux que nous avons conduits avec EcovaMed pour établir des règles de prescription.

La base de données EcovaMed

Il n'existe pas de définition claire de l'éco-prescription. Alice Baras, qui a travaillé sur le cabinet de santé éco-responsable, indique toutefois qu'écoconcevoir un soin consiste à *"estimer dès sa conception les impacts potentiels qu'il peut générer sur l'environnement"*. Autrement dit, il s'agit d'évaluer l'impact puis d'imaginer les mesures pouvant être prises pour le réduire.

Une initiative a été engagée en Moselle autour de la diminution des résidus médicamenteux dans l'environnement. L'objectif est de récupérer tous les médicaments inutilisés en distribuant des contenants aux prescripteurs et aux pharmacies en vue de les remettre aux patients pour la collecte.

Les quatre piliers de l'éco-prescription

L'éco-prescription repose sur quatre piliers :

- Mieux prescrire (bon usage) ;
- Moins prescrire ou déprescrire ;
- Limiter l'empreinte carbone des médicaments ;
- Limiter la contamination de l'environnement.

EcovaMed a construit une base de données sur l'empreinte carbone des médicaments, centrée pour l'instant sur les formes orales sèches – soit 12 000 spécialités environ. Elle sera étendue à l'ensemble des spécialités en 2025. La méthodologie est différente de celle employée par la DGOS. Une publication soumise prochainement permettra de mieux appréhender les modes de construction de cette base.

L'accès à la base EcovaMed sera gratuit pour les établissements de santé et payant pour les industriels. En entrant le code CIP du médicament, vous obtenez son empreinte carbone détaillée et son score d'incertitude. Prenons l'exemple de la metformine :

la fabrication concentre l'essentiel de l'empreinte carbone (56 %), devant la commercialisation et la distribution (40 %). Bien sûr, les ratios seront différents pour un princeps ou un générique, s'agissant notamment de l'amortissement de la R&D.

De nouveaux principes d'éco-prescription

A partir de cette base, nous avons tenté d'identifier de nouveaux principes d'éco-prescription. Une étudiante en pharmacie rédige une thèse sur le sujet. Elle part du postulat que beaucoup de professionnels ne pensent pas pouvoir agir puisque le bilan carbone d'un médicament dépend essentiellement de son lieu de fabrication et de la politique RSE de l'industriel.

Exemples

A titre d'exemple, un kilogramme de metformine émet 12,3 kilogrammes de CO₂ si elle est fabriquée en France et 23 kilogrammes si elle est fabriquée en Inde ou en Chine. Je le rappelle : le principe actif représente 50 à 70 % du bilan carbone d'un médicament. Vous disposez donc bien d'un levier de décarbonation.

Nous partons du principe que le prescripteur peut orienter les prescriptions vers des médicaments plus vertueux. Quels sont ses leviers d'action ? Il peut choisir au regard de la molécule au sein d'une même classe thérapeu-

DÉMARCHE DÉVELOPPEMENT DURABLE : RÉPERCUSSIONS EN TERMES D'ACHATS

tique, de la forme galénique, de la voie d'administration, du conditionnement, des conditions de stockage.

Plusieurs principes sont identifiés dans la littérature. Il est tout d'abord préconisé de privilégier la voie orale et les formes sèches. Le paracétamol présente une empreinte carbone de 38 grammes par voie orale, soit 20 fois moins que par voie parentérale et 5 fois moins qu'en solution buvable.

De par le gaz qu'ils contiennent, les inhalateurs pressurisés sont également fortement émetteurs de gaz à effet de serre pendant leur utilisation. Un système poudre émet moins d'un kilogramme par dispositif, contre 14 kilogrammes pour un inhalateur pressurisé. GSK travaille sur des gaz moins émissifs, permettant une réduction de l'ordre de 10 %. Même avec ces gaz, les systèmes d'inhalateurs pressurisés resteront plus émetteurs que les systèmes en poudre ou brumisables. Ainsi, lorsque cela est possible, il convient de privilégier la prescription de systèmes en poudre, réutilisables et combinés.

Nous avons travaillé sur l'activité de 70 molécules appartenant à neuf classes thérapeutiques. Au sein d'une même classe, la synthèse des molécules présente un bilan carbone à la quantité de principe actif pratiquement identique. Ainsi, il est cohérent qu'un médicament qui compte moins de principe actif présente une meilleure empreinte carbone. Nous avons étudié la quantité de principe actif de chacune des 70 molécules et l'avons relié à l'intensité carbone. Nous obtenons des relations linéaires. Par exemple, dans la classe thérapeutique des sartans, le candé-

sartan est le plus actif tandis que l'irbésartan est le moins actif. Le premier présente un bilan carbone deux fois moindre que le second.

Ce constat se retrouve pour les IEC, les bêtabloquants, les inhibiteurs calciques, les antihistaminiques, les benzodiazépines, les anti-dépresseurs et les IPP.

Nous avons étudié des molécules génériquées de la classe des statines : à DDJ et dosage identiques, nous observons des fluctuations de 5,7 %. Les écarts ne sont ainsi pas liés aux molécules, mais à la quantité de principe actif.

Nous avons également étudié l'influence du nombre de doses administrées. Pour un médicament X dosé à 100 mg, deux schémas sont possibles : donner 100 mg le matin ou donner 50 mg le matin puis 50 mg le soir. Le premier schéma physiologique présente un gain carbone moyen de 37 %. Il convient donc de diminuer le nombre de médicaments administrés, car cela réduit les excipients, le nombre de boîtes commercialisées, le transport ou encore le stockage.

De même, il est utile de privilégier les spécialités combinées. Nous avons étudié ce principe en comparant l'intensité carbone de la forme combinée à l'association des deux spécialités. Le gain carbone est de 30 %.

Nous souhaitons désormais conduire ces évaluations sur les classes d'antibiotiques afin d'identifier les moins impactants dans chaque classe. Dans le cadre de l'OMÉDIT, nous voulons également réaliser des analyses de cycle de vie complet sur la voie parentale. L'objectif est d'identifier, pour

chaque indication, l'antibiotique recommandé.

En conclusion, je dirai que nous en sommes au début de l'éco-prescription. Le bon usage et le mieux prescrire vont se renforcer. Les prescripteurs prendront progressivement en compte un critère supplémentaire pour hiérarchiser les stratégies de prise en charge. Plusieurs travaux sont en cours. Pour la première fois, nous avons identifié de grands principes d'écoprescription à partir d'une base de données carbone des médicaments. Ces aspects environnementaux seront intégrés dans les préconisations des sociétés savantes. Je m'attends à une redistribution des volumes de vente entre les molécules d'une même classe thérapeutique – le candésartan est aujourd'hui davantage prescrit que l'irbésartan. Disposer d'un médicament plus actif constituera un avantage compétitif majeur, car son bilan carbone sera meilleur.

L'OMÉDIT Normandie communiquera prochainement autour de ces principes. J'ai évoqué la priorité à donner aux molécules les plus actives au sein d'une classe thérapeutique et aux spécialités combinées ainsi que la limitation du nombre de doses administrées pour un même médicament – en privilégiant les dosages les plus forts et les formes à libération prolongée. Il convient aussi de privilégier les médicaments conservés à température ambiante et d'éviter les molécules les plus récentes sans amélioration du service médical rendu. En effet, la R&D ayant un poids carbone certain, la molécule doit avoir une utilité.

QUESTIONS / RÉPONSES

Elisabeth AOUN

Les principes qui émanent de votre étude seront-ils diffusés ?

Frédéric BOUNOURE

Oui, nous communiquerons très prochainement auprès des prescripteurs. Nous souhaitons leur fournir des idées simples à mettre en œuvre. Deux journées sont prévues en Normandie, à la fin du mois de juin puis en octobre. Une campagne de communication également sera mise en place par l'OMÉDIT Normandie pour mettre en avant ces principes.

Elisabeth AOUN

Une diffusion large, au-delà de la Normandie apparaît souhaitable.

Hélène EYCHENÉ

Cela sera bien le cas, dans l'ensemble du réseau des OMÉDIT.

De la salle

Il arrive qu'une ASMR V présente une analyse du cycle de vie plus favorable que les produits existants sur le marché.

Frédéric BOUNOURE

L'inverse est aussi possible. L'activité R&D d'un laboratoire émet des gaz à effet de serre. Il ne s'agit pas d'encourager à ne plus prescrire de molécule récente. Il est important de promouvoir l'innovation, mais elle doit présenter un intérêt médical.

De la salle

Qui remplit les données dans la base d'EcovaMed ?

Frédéric BOUNOURE

Je ne suis pas spécialiste de cette base de données.

EcovaMed a décomposé les formules déposées puis a extrapolé un bilan carbone pour une boîte. La méthodologie sera prochainement publiée. La base a encore besoin d'être consolidée et affinée pour gagner en fiabilité.

De la salle

Je m'interroge, car un autre outil nous a été présenté ce matin, rempli par les laboratoires. Les données diffèrent d'un outil à l'autre. Quelle est la fiabilité de la base EcovaMed ?

Elisabeth AOUN

Je pense qu'EcovaMed comblait un manque. Si une méthodologie nationale est définie, il paraîtrait normal qu'elle s'impose à tous. J'allais également poser la question de la compatibilité entre les deux méthodes. Malheureusement, Charles Flahault n'est plus là pour nous le confirmer.

Frédéric BOUNOURE

Une valeur moyenne est calculée pour chaque molécule et s'applique à tous les laboratoires. Il ne s'agit que d'une tendance.

Elisabeth AOUN

Effectivement, votre approche est transversale pour une molécule tandis que l'autre méthodologie porte sur un produit.

Je m'interroge sur le maintien d'un boîtage systématique en France. Pourquoi ne pas recourir au vrac ? Le sujet est bien trop difficile à aborder aujourd'hui. Je pense toutefois que nous devrions nous interroger sur ce point.

Christian DOREAU

Olivier Demougin envoie le commentaire suivant :
"Charles Flahault a également travaillé avec EcovaMed".
EcovaMed procède à une pondération globale.

Elisabeth AOUN

Je vous remercie pour cette précision.

POLITIQUE RSE DANS L'ACHAT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX EN CHU ET RETRAITEMENT : DES PISTES POUR AMÉLIORER LE DÉVELOPPEMENT DURABLE ?

Sébastien COLOMBAT

Pharmacien hospitalier – CHU Dijon



DÉMARCHES ET ACTIONS CONCRÈTES PAR SECTEUR

Je vous propose de présenter l'application pratique mise en œuvre au CHU de Dijon. Nous avons souhaité lancer une dynamique au sein de notre équipe pharmaceutique, en rappelant que la santé consistait à soigner les patients, sans négliger l'environnement. Le pharmacien hospitalier a un rôle à jouer dans la démarche, au travers de l'achat et dans la stérilisation, notamment.

Un comité Innovert

Nous avons mis en place un comité Innovert pluridisciplinaire ayant la charge de statuer sur la politique écologique et développement durable de

l'établissement. Nous disposons également d'un plan de sobriété énergétique.

Dans ce cadre, un véhicule thermique de la pharmacie a été supprimé, au profit d'une trottinette électrique.

Notre PUI est l'un des plus gros pôles de l'établissement, avec près de 180 personnes réparties sur deux sites. En complément, le plan d'établissement 2023-2027 porte une ambition visant à adapter nos outils de travail aux innovations et aux enjeux de responsabilité sociétale et environnementale.

Comme beaucoup d'autres, nous cadencons nos commandes avec nos fournisseurs pour optimiser nos quantités, en tenant compte de leurs conditionnements. Nous travaillons également sur nos retours. Un de nos internes a étudié nos retours de dépôts et prêts temporaires – c'est-à-dire du matériel que nous faisons venir pour une intervention donnée. Il apparaît que 14 % de nos commandes sont directement renvoyées vers les fournisseurs, sans être utilisées. Ainsi, sur 7 200 demandes annuelles, nous en retournons 1 000 en raison de déprogrammations et d'annulation. Cet axe de travail est important.

Nous sommes proches de 100 % d'EDI pour nos commandes. Les cadencements sont formalisés pour tous les solutés (médicaments comme dispositifs médicaux).

Notre CHU achète des stocks stratégiques pour les produits dont les conditionnements ne sont pas adaptés, puis procède à la redistribution vers les établissements adhérents au sein du GHT et deux petits hôpitaux. Les achats et les dispensations sont ainsi centralisés.

Agir sur les appels d'offres

A notre sens, nous pouvons aussi agir sur les appels d'offres.

Pour des raisons économiques et écologiques, nous ne demandons plus d'échantillons de référence ou de spécimens; nous nous en tenons aux photographies et aux données techniques envoyées par le candidat. Les échantillons pour test sont rationalisés au strict nécessaire et rendus au fournisseur s'ils ne sont pas utilisés – sous réserve que l'impact carbone du retour soit compensé par la destruction du produit.

Les critères RSE représentent 15 % de la note. Nous les analysons lot par lot. Initialement, nous procédions par fournisseur. Or, l'approche est apparue inéquitable, car tous les produits d'un fournisseur ne sont pas nécessairement fabriqués au même endroit. La démarche est nécessairement plus longue et plus chronophage en procédant lot par lot, mais elle est aussi plus juste.

POLITIQUE RSE DANS L'ACHAT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX EN CHU ET RETRAITEMENT : DES PISTES POUR AMÉLIORER LE DÉVELOPPEMENT DURABLE ?

Nous regardons le lieu de production et le lieu de stockage, en accordant une priorité aux implantations européennes. Nous tenons également compte du taux de recyclage des déchets issus de la production, de l'utilisation d'énergies renouvelables et du caractère recyclable ou non des emballages et conditionnements. Nous apprenons au jour le jour, avec l'appui de nos fournisseurs. Nos grilles d'évaluation tiennent compte des données qu'ils sont en mesure de fournir.

Nous avons cherché à travailler sur l'ensemble du circuit, depuis l'extraction des matières premières nécessaires jusqu'à la fin de vie (recyclage et destruction), en passant par la fabrication, la distribution et l'utilisation. Le critère RSE représente 15 % de l'évaluation des appels d'offres.

Étude sur la composition des trousse de matériel

En 2023-2024, nous avons conduit une étude sur la composition des trousse de matériel utilisées au bloc pour les chirurgies. Le contenu peut être standard ou personnalisé. Dans le premier cas, la composition du pack est imposée par un fournisseur au regard des demandes fréquentes des établissements. Le prix est plus attractif.

En outre, puisque plusieurs fournisseurs proposent le même pack, la substitution est plus simple en cas de rupture. Pour autant, la composition n'est pas nécessairement adaptée aux utilisateurs, obligeant à acheter des composants satellites en parallèle – ce qui génère des commandes et des déchets additionnels – et à jeter des produits inutilisés.

Nous avons donc opté pour des packs personnalisés (*custom packs*), dont la composition est publiée dans un appel d'offres. Le contenu étant réalisé sur mesure, nous minimisons les déchets. En contrepartie, la trousse est plus onéreuse et plus difficilement substituable en cas de rupture.

Nous avons réinterrogé la composition des packs afin d'en adapter le contenu aux besoins réels du bloc. L'audit nous a conduits à identifier les composants inutilisés de la trousse d'intervention "césarienne" à titre d'exemple.

Deux éléments se sont révélés inutilisés. La trousse pèse environ 2,5 kilogrammes, dont 100 grammes de déchets pourraient être évités en retirant les deux produits inutilisés. L'économie en termes de déchets semble donc limitée. Toutefois, en incluant les sept composants satellites qui auraient pu être intégrés au custom pack, nous économisons 55 kilogrammes de déchets par an. En appliquant ce procédé à une trousse présentant une plus forte consommation sur l'établissement (trousse d'angiographie fémorale), l'économie de déchets atteint les 1,2 tonne par an. Nous souhaitons étendre ce principe à toutes les trousse pour accroître l'impact de la mesure.

Usage unique ou réutilisable

Le débat "usage unique versus réutilisable" nous anime tous. Un changement dogmatique est intervenu il y a quelques années, lorsque nous avons abandonné le réutilisable. L'usage unique permettait de s'affranchir des stérilisations et du risque de transfert de maladie. Globalement, l'usage unique présente l'avantage d'être plus pratique. Nous observons toutefois un impact non négligeable sur la production de déchets et le gaspillage. Ce constat nous amène à revenir au réutilisable. Au CHU de Dijon, nous avons constitué un groupe de réflexion pluridisciplinaire impliquant des cadres de santé, des anesthésistes-réanimateurs, la pharmacie et des représentants des Affaires économiques – la pharmacie achète les consommables à usage unique, mais les Affaires économiques achètent le réutilisable. Nous ciblons particulièrement les lames de laryngoscope, les cupules ou encore les bistouris électriques.

Des difficultés

Cette démarche se heurte à plusieurs difficultés. Nous n'avons pas les capacités disponibles pour absorber les activités de stérilisation. De nouvelles machines doivent être achetées. En outre, nous n'avons pas encore réussi à démontrer que l'eau et l'énergie utilisées étaient moins polluantes que les déchets à usage unique.

Le CHU recycle l'or contenu dans les cathéters d'électrophysiologie, non pas pour l'argent récolté, mais dans une logique écologique. Nous agissons également sur les DASRI, trop souvent utilisés par facilité. Dans le même temps, comment imposer un tri sélectif au bloc opératoire dans un contexte de cruel manque de ressources humaines ? Dans un souci de faisabilité, nous privilégions la sensibilisation.

Dans le domaine du médicament, l'hôpital Nord Franche-Comté est lauréat d'un appel à projets distinguant les établissements impliqués dans la diminution de l'impact environnemental des médicaments et dispositifs médicaux. Leurs travaux portent sur l'évaluation de l'impact de l'origine animale ou synthétique des héparines. Les études préliminaires ont soulevé le plus fort impact écologique de l'origine animale, en lien avec l'élevage des animaux nécessaires pour la production d'héparines.

Formation aux achats écoresponsables

Nous nous formons aux achats écoresponsables. Il est important de savoir ce dont les services disposent et quels sont les produits jetés avant de pouvoir être utilisés, car périmés. Nous cherchons également à optimiser la livraison des unités de soins via des navettes programmées et d'optimiser les commandes au regard du juste besoin pour éviter le surstockage et les périmés.

Nous essayons d'impliquer les équipes de pharmacie clinique, qui

POLITIQUE RSE DANS L'ACHAT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX EN CHU ET RETRAITEMENT : DES PISTES POUR AMÉLIORER LE DÉVELOPPEMENT DURABLE ?

sont à même de sensibiliser les soignants, mais aussi les patients. Ces derniers sont acteurs de l'écologie ; ils doivent avoir le réflexe de ramener leurs produits plutôt que de les jeter. Au près des soignants, nous devons agir en faveur de la juste prescription pour que le patient dispose de la bonne quantité et du bon produit.

Le médecin prescrit souvent de manière plus imprécise ou inadaptée les pansements que l'infirmier. Lorsqu'un infirmier libéral se rend au

domicile d'un patient qui sort de l'hôpital et constate que le pansement prescrit par le médecin n'est pas approprié, il effectue une nouvelle prescription. Nous générons alors du déchet, de la perte financière et un retard de prise en charge du patient que nous aurions pu éviter en prescrivant correctement au départ.

En conclusion, je dirais que le contexte est encore nouveau pour nous. Nous essayons de nous l'approprier du mieux possible. Les Éco-

scores nous aideraient certainement à sensibiliser les différents acteurs. Nous travaillons avec nos fournisseurs pour que les grilles d'évaluation de nos appels d'offres soient rationnelles. Dans plusieurs secteurs, la démarche de réduction de l'empreinte carbone reste difficile. Je pense ici à la stérilisation, mais aussi aux pharmacies hospitalières, confrontées à une pénurie de professionnels par manque d'attractivité. Enfin, nous observons des difficultés pour évaluer l'aspect sociétal de la RSE.



POLITIQUE RSE DANS L'ACHAT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX EN CHU ET RETRAITEMENT : DES PISTES POUR AMÉLIORER LE DÉVELOPPEMENT DURABLE ?

Jean-Claude GHISLAIN

Pharmacien, praticien hospitalier,
Ancien directeur à l'ANSM



LE RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX À USAGE UNIQUE AUX FINS DE RÉUTILISATION

Je suis très heureux d'être parmi vous. Je vous propose de partager des informations et des réflexions sur le sujet du retraitement des dispositifs médicaux à usage unique aux fins de réutilisation.

Dans les années 1980, il restait encore un peu d'activité de réutilisation de certains dispositifs – y compris invasifs –, essentiellement pour des raisons de coût. Les crises sanitaires successives ont conduit à des mesures d'interdiction, par circulaire, puis législatives. Les bonnes pratiques de stérilisation ont confirmé l'interdiction de retraiter les dispositifs conçus pour être à usage unique.

L'usage unique s'est donc développé à très grande échelle – peut-être à trop grande échelle. Nous y avons tous contribué sur le terrain. Lorsque je dirigeais le secteur des DM à l'AFS-SAPS au début des années 2000, j'ai ainsi été amené à interdire les pinces à biopsie endoscopique digestive réutilisables, car des équipes avaient identifié le nouveau variant de la maladie Creutzfeldt-Jakob dans des formations lymphoïdes digestives. Puisqu'il n'apparaissait plus raisonnable de nettoyer et stériliser ces pinces, celle-ci sont redevenues devenues à usage unique.

Un questionnaire permanent

Pour des raisons économiques, le sujet du retraitement est resté un questionnaire permanent.

En 2023, la feuille de route "Planification écologique du système de santé" évoquait le sujet. Elle aboutit, dans le PLFSS 2024, à une autorisation d'expérimentation, encadrée par le règlement sur les dispositifs médicaux de 2017, en cours de déploiement. L'article 17 du règlement européen ne promeut pas le retraitement des DMUU : il fixe les règles communes dans les pays qui autorisent cette pratique, sans revenir sur les autorisations ou interdictions nationales. Avec la libre circulation des marchan-

disés au sein du marché intérieur, il convient de s'assurer que les produits retraités ne circulent pas sans contrôle. En outre, compte tenu de la libre circulation des personnes, un patient pourrait être traité à l'étranger avec des dispositifs retraités dans le respect de règles qui ne sont pas partagées par tous les pays. Le Parlement européen a donc veillé à encadrer le sujet du retraitement.

Le règlement européen

Le règlement européen dispose qu'une entreprise qui met sur le marché un dispositif à usage unique retraité est un fabricant. Il doit apposer le marquage CE sur son dispositif. Pour cela, il doit en faire évaluer la conformité aux exigences du règlement par un organisme notifié qui lui remettra certificat lui permettant d'apposer le marquage CE sur son dispositif. Les règles de droit commun s'appliquent.

La procédure de validation sera donc très lourde pour le fabricant. Si le fabricant n'est pas le fabricant du DM d'origine – ce qui est souvent le cas –, il peut être complexe d'effectuer cette évaluation de conformité et de faire valider son processus de retraitement. A date, aucun organisme notifié n'est habilité pour certifier de tels dossiers au titre du nouveau règlement européen.

(SUITE)

POLITIQUE RSE DANS L'ACHAT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX EN CHU ET RETRAITEMENT : DES PISTES POUR AMÉLIORER LE DÉVELOPPEMENT DURABLE ?

Plusieurs candidats se sont néanmoins manifestés.

En outre, les industriels qui pratiquent ce retraitement pourraient récupérer des dispositifs dans d'autres pays de l'Union européenne ou en dehors, procéder au retraitement dans l'Union européenne ou en dehors et mettre sur le marché le produit avec le marquage CE dans l'Union européenne ou en dehors. Le bilan carbone d'un tel circuit ouvert ne serait pas neutre.

Des dérogations

Pour tenir compte des pratiques de certains pays, un système de dérogation au marquage CE a été introduit. Les exigences de validation sont les mêmes, mais si le dispositif ne circule pas librement sur le marché, il est possible de s'affranchir de l'apposition du marquage CE par le nouveau fabricant.

Ces dérogations s'appliquent à un établissement de santé qui fait retraiter son propre dispositif par un prestataire qui le lui retournera. Les exigences restent très lourdes, particulièrement si le fabricant n'a pas produit le dispositif initial. Compte tenu des contraintes en matière de qualité et de traçabilité, le prestataire sera nécessairement un industriel.

Enfin, une exigence de "relative proximité" s'applique pour assurer le bon fonctionnement du processus. Des sujets se posent sur la responsabilité entre le donneur d'ordre (l'établissement de santé) et l'exécutant (le prestataire). Cette pratique existe en Allemagne, notamment.

Une dernière dérogation est prévue, autorisant le retraitement par l'établissement de santé lui-même. Les exigences sont similaires. En pratique, il est quasiment inaccessible pour un établissement de santé de valider la rétro-ingénierie du dispositif, faute de pouvoir accéder à son dossier de conception. Pour autant, nous ne pouvons pas totalement exclure des

circonstances exceptionnelles de type crise sanitaire ou pénurie, qui conduiraient à accompagner les établissements dans une telle démarche.

Quel impact écologique du retraitement pouvons-nous espérer ?

Le principal frein repose sur l'inéligibilité de beaucoup de DMUU, pour des raisons de sécurité, de faisabilité technique ou de rentabilité financière – pour le système de santé comme pour le fabricant. La maîtrise de la qualité et de la traçabilité du cycle de vie complet du DM constitue également une difficulté importante.

Nous pouvons aussi nous interroger sur la manière d'informer les patients, à l'échelle globale des usagers ou à l'échelle individuelle de la personne amenée à recevoir un dispositif retraité. Enfin, et cela sera le sujet de l'expérimentation si elle a lieu : l'impact doit aussi intégrer l'impact négatif du processus de retraitement lui-même, lié au transport, à l'énergie, à l'emballage et aux déchets.

Le règlement prévoyait que la Commission européenne effectue le bilan de l'application de l'article 17. Cette étude a été confiée à un établissement autrichien et a donné lieu à un rapport publié en février 2024. L'étude confirme que 17 pays de l'Union européenne interdisent le retraitement des DMUU tandis que 10 l'autorisent – ce qui ne signifie pas qu'ils le pratiquent.

Nous disposons de peu de données sur la réalité de ces pratiques, y compris en provenance d'Allemagne. Le rapport se contente de recommander de poursuivre les études. Une expérimentation en France serait donc la bienvenue. Elle suppose toutefois d'identifier un volume suffisant de dispositifs éligibles et d'opérateurs volontaires. Et nous devrons pouvoir nous appuyer sur des indicateurs valides, dont l'élaboration sera nécessairement complexe.

Si l'expérimentation devait avoir lieu, un décret devrait l'encadrer.

Jusqu'à présent, le retraitement n'a concerné que quelques cathéters de cardiologie et quelques dispositifs médicaux en orthopédie ou en laparoscopie, essentiellement dans une optique de bénéfice économique. Il me semble peu probable que le retraitement de DMUU puisse rapidement permettre une baisse significative du bilan carbone des produits de santé. Une action sur les DASRI me semble-rait plus pertinente compte tenu des masses de produits traités dans une filière qui n'est pas forcément la plus adaptée.

Beaucoup de textes européens s'intéressent aux déchets. Ces démarches écologiques auront, à terme, un impact sur la conception des dispositifs médicaux. Pourquoi ne pas demander au concepteur – et non à l'acheteur – de justifier le choix de l'usage unique par rapport au réutilisable ? Lorsque nous discutons, pendant la négociation au Conseil européen, de la rédaction de l'article 17 du règlement, nous avons débattu de l'opportunité d'interroger systématiquement la pertinence d'un DMUU. Bien sûr, nous ne sommes pas parvenus à imposer cette contrainte, car le règlement n'avait pas une visée écologique et environnementale. La liberté de la conception, de l'invention et du commerce a été invoquée. En outre, il n'est pas simple de concevoir une justification systématique à l'usage unique.

Le retraitement peut trouver sa place pour des objets contenus dans un pack à usage unique, qui peuvent être utilisés autrement. Il est plus difficilement envisageable sur des produits invasifs. Les fabricants des DMUU sont certainement les mieux placés pour imaginer ce qui empêcherait que leurs dispositifs puissent, un jour, devenir réutilisables – sous réserve de quelques évolutions. Il est clair que nous avons besoin de réfléchir à ces questions.



QUESTIONS / RÉPONSES

Elisabeth AOUN

Je vous remercie pour ce point très éclairant sur un sujet de longue date. Je m'étonne – et m'inquiète – que nous ne soyons pas en mesure de tirer des conclusions des pratiques de l'Allemagne en matière de retraitement.

Jean-Michel DESCOUTURES

Avez-vous étudié les pratiques des États-Unis en la matière ? Disposons-nous de données issues de leur expérience ?

Jean-Claude GHISLAIN

Le retraitement est pratiqué aux États-Unis, mais il est difficile d'obtenir une évaluation des impacts et des aspects de sécurité. Nous environnementaux qui motiverait éventuellement une évolution de la situation en France. De même pour le sujet de la sécurité d'utilisation, nous aurions besoin d'un recueil des incidents liés aux soins. Je ne crois pas que ces données soient réellement disponibles. Nous nous contentons d'entendre que le retraitement se pratique et ne pose pas de difficultés. Cela me paraît un peu juste. Une expérimentation en France serait utile aussi

dans ce contexte. A ma connaissance, le rapport de la Commission européenne ne donne pas d'éléments sur la situation aux États-Unis.

Elisabeth AOUN

Pour lancer une expérimentation en France, nous aurons besoin d'industriels volontaires.

Jean-Claude GHISLAIN

Certains pratiquent déjà le retraitement en Allemagne ou aux États-Unis et pourraient participer à cette expérimentation. Plusieurs questions devront être tranchées. Que souhaitons-nous évaluer ? De quoi avons-nous besoin pour procéder à ces évaluations ? Limitons-nous l'expérimentation aux cathéters de cardiologie ? Il est compliqué de revenir sur une interdiction sans disposer d'éléments probants.

Elisabeth AOUN

D'autant plus que des condamnations ont été prononcées à l'époque. Le sujet est lourd. Peut-être un sujet à réévoquer lors d'une prochaine séance.

POLITIQUE DES GROUPEMENTS SUR LES ACHATS RESPONSABLES :

EXEMPLES CONCRETS

Guilhem BIANCARELLI

Directeur général adjoint – Resah



POINT DE VUE DU RESAH

Lignes directrices de l'achat responsable

La norme ISO 20400 donne des lignes directrices sur l'achat responsable. Elle est elle-même issue de la norme ISO 26000 sur la responsabilité sociétale des entreprises et des organisations. Lorsque nous avons commencé à regarder ces normes, nous avons pu constater l'ampleur de la transformation qu'elles impliquaient dans l'achat et dans la commande publique. Il convenait donc de travailler sur les trois champs : l'environnemental, l'économique (au-delà du prix) et le social. Au Resah, nous avons pris le parti de travailler sur l'achat responsable dans toutes ces dimensions.

La décarbonation est un sujet considérable, mais elle n'est qu'une partie du volet environnemental. Des sujets tels que la sécurisation de l'approvisionnement, les achats souverains, les conditions de travail ou encore

l'expérience patient sont autant d'enjeux à prendre en compte dans une démarche d'achats responsables.

Nous essayons d'être aussi transparents que possible. Nous rendons publiques toutes nos orientations. Ces informations sont intéressantes pour les industriels. Notre politique RSO est publique. Elle décrit, notamment, l'orientation prise pour la décarbonation. Nous déclinons notre RSO dans une politique d'achat et de logistique responsables, qui est également publique. Enfin, notre SPASER 2023-2027 a été publié ; il décrit nos engagements pour des achats publics responsables. Nous avons travaillé sur notre SPASER dès 2021.

Achat responsable et décarbonation

Selon moi, l'achat responsable et la décarbonation supposent de répondre aux principes de transparence et de redevabilité.

Le Resah était le premier acteur public de la santé labellisé "Relations fournisseurs & Achats responsables". Dans ce cadre, nous sommes audités chaque année depuis trois ans. La décarbonation est l'une des orientations de ce label porté par le ministère.

Les achats renvoient souvent à la passation des marchés, mais peu au suivi de leur exécution. Lorsque le meilleur candidat est retenu, il devient titulaire du marché.

Au Resah, nous ouvrons alors une phase de promotion de la perfor-

mance environnementale et sociale, qui se joue tout au long du marché. Cet aspect est fondamental. Un acheteur doit toujours être dans un équilibre. Une exigence trop forte peut conduire à tarir le marché et ne pas obtenir de réponse à l'appel d'offres. Nous devons pousser autant que possible les conditions, tout en nous assurant d'être fournis en temps et en heure.

La promotion passe notamment par notre guichet de l'acheteur hospitalier responsable. Nous sommes résolument engagés dans une démarche de valorisation de nos fournisseurs présentant une démarche d'excellence – preuves à l'appui. Nous pouvons promouvoir les acteurs performants par différents biais (guides, webinaires, formations, etc.).

Notre approche

Le Resah adopte une approche distincte selon le type de produit :

Face à des médicaments en situation de monopole, nous essayons d'agir, mais nos marges de manœuvre sont limitées. Le critère du service rendu et de la sécurisation de l'approvisionnement prend donc le pas – ce qui ne signifie pas que nous abandonnons les considérations environnementales. Quoi qu'il en soit, nous nous inscrivons dans une démarche d'accompagnement du titulaire.

Face à des produits concurrentiels, nous adoptons une logique de montée en charge progressive de nos exigences, toujours avec l'idée d'une qualité de produits équivalente. Nous

POLITIQUE DES GROUPEMENTS SUR LES ACHATS RESPONSABLES : EXEMPLES CONCRETS

utilisons différents critères (labels, certifications, etc.) pour nous appuyer sur un faisceau d'indices.

Nous généralisons actuellement des questionnaires de performances environnementales et sociales, qui nous permettent de fournir divers aspects entrant dans l'interprétation de l'acheteur. Les laboratoires pharmaceutiques ont souligné la complexité et la lourdeur de ces démarches, les critères de performance pouvant varier d'un acheteur à l'autre. Nous devons tendre vers une harmonisation.

La DGE a entrepris des travaux en ce sens – nous attendions la publication de l'outil d'évaluation d'Ecova-Med, car il pourrait s'agir du futur outil opposable qui nous permettra d'analyser l'empreinte carbone des médicaments. Dans l'intervalle, nous devons nous assurer de faire preuve de pédagogie.

Face à des produits critiques (au sens de l'instruction 2023/40 de la DGOS), nous poussons l'exigence au maximum. L'instruction fournit des orientations claires sur la manière de pondérer les critères techniques et d'utiliser tous les critères de qualité pour orienter la performance.

Les critères de sélection peuvent être portés à des niveaux élevés, 15% et plus. Nous sommes exigeants sur

le lieu de production et l'ensemble du cycle de vie. Cette exigence est possible grâce à la compensation des surcoûts prévue par l'instruction 2023/40. Au-delà de la décarbonation, nous tenons valoriser les actions en faveur de la gestion de la consommation d'eau ou encore de l'emploi de personnes en situation de handicap sont valorisées.

Tout ne se joue pas lors de la passation de marchés. Souvent, les répondants aux appels d'offres expliquent que certaines demandes ne sont pas accessibles en l'état actuel de la maturité du marché. Nous utilisons beaucoup les plans de progrès pour agir avec le titulaire sur toute la durée du marché. Cette démarche d'amélioration continue est importante.

Aux Pays-Bas, plusieurs méthodes d'évaluation de la performance carbone adoptent cette logique ; même si elles ne sont pas appliquées aux médicaments et aux dispositifs médicaux, elles peuvent être en partie transposées.

Deux exemples : gants nitriles et solutés

Je vous propose de présenter deux exemples concrets de produits critiques :

- les gants nitriles
- et les solutés.

Dans les deux cas, nous pouvons nous permettre d'attribuer 15 % aux critères de RSE. Certains éléments techniques incluent également des volets RSE. Dans les deux cas, nos grilles d'analyse nous conduisent naturellement à choisir des productions en France – dans les Pays de la Loire pour les gants en nitrile et dans le Nord et en Normandie pour les solutés.

L'enjeu est celui de la prévisibilité des commandes. Nous avons commandé un milliard de gants nitriles sur quatre ans. L'approvisionnement et les stocks sont sécurisés. L'attributaire n'aurait pas consenti un tel investissement sans cet engagement. Via une ingénierie et via le soutien des pouvoirs publics, l'achat public peut transformer des pratiques que nous pensions complexes.

Nous pouvons intervenir activement dans l'écoconception des produits et agir sur tout leur cycle de vie. Par exemple, nous avons pu sélectionner une solution qui évite l'utilisation du chlore dans la production des gants nitrile, procédé largement utilisé d'habitude, et pourtant polluant.

Ces marchés extrêmement ambitieux vont dans le sens de l'histoire.

POLITIQUE DES GROUPEMENTS SUR LES ACHATS RESPONSABLES : EXEMPLES CONCRETS

Véronique BERTRAND

Directrice générale adjointe –
UniHA



POINT DE VUE D'UNIHA

Je vous propose de présenter le fonctionnement d'UniHA afin que nous puissions nous comprendre dans nos appels d'offres, notamment sur les enjeux stratégiques de RSE. Nous sommes au début de l'histoire. Nous devons construire ensemble la trajectoire qui nous permettra d'améliorer l'impact environnemental et social de nos achats à l'hôpital.

Plusieurs règles s'imposent aux acheteurs publics

Nous les présentons régulièrement aux acheteurs UniHA afin qu'elles soient parfaitement intégrées. À compter d'août 2026, la loi Climat Résilience imposera plusieurs contraintes desquelles nous ne pourrions pas nous soustraire. Sur les principes fondamentaux de la commande publique, rien ne change. L'égalité de traitement, la liberté d'accès à la procédure et sa transparence perdurent.

L'acheteur doit prendre en compte des objectifs de développement durable. Jusqu'à l'entrée en application de la loi Climat et Résilience en août 2026, la manière la manière d'aborder les spécifications techniques manque de précision. À terme, nous devons intégrer toutes les dimensions économiques, sociales et environnementales. Nous devons nous intéresser aux acteurs qui répondront à nos marchés et à l'impact de nos achats.

En outre, **les conditions d'exécution du marché devront systématiquement prendre en compte des considérations relatives à l'environnement.** Pour les marchés dont le montant est égal ou supérieur au seuil des procédures formalisées, des conditions relatives au domaine social ou à l'emploi s'ajoutent. Aujourd'hui, nous pouvons juger une offre sur son impact environnemental, sans tenir compte d'une possible amélioration de cet impact dans l'exécution du marché. Demain, nous exigerons des éléments réalisables dès la notification du marché ou devant être améliorés dans le temps. Cette logique de plan de progrès rejoint celle évoquée par le Resah.

Le critère de développement durable le deviendra à compter de 2026. Le critère prix ne pourra plus être le seul pris en compte. Si nous ne jugeons pas l'offre par un critère environnemental, nous devons absolument intégrer les impacts environnementaux dans notre critère de coût. Cette dimension est très intéressante. Il peut en effet être opportun de mesurer

l'impact économique de l'énergie employée pour produire un médicament.

Mesures de performance

Depuis 2023, nous suivons une dizaine d'indicateurs de mesure de notre performance extra-financière. Parmi ces indicateurs, trois sont identifiés comme des objectifs institutionnels que nos acheteurs doivent atteindre. L'année dernière, 60 % de nos procédures étaient analysées via une approche en coût global. Nous souhaitons que ce taux soit porté à 80 % en 2024 et 100 % en 2025. Nous serons ainsi prêts à intégrer dans notre analyse du coût les impacts économiques liés aux impacts environnementaux.

Caractéristiques environnementales

Nous demandons également à nos acheteurs de tenir compte des caractéristiques environnementales de l'offre dans les critères d'attribution et dans les conditions d'exécution. En 2023, 31 % de nos procédures intégraient ces caractéristiques dans les critères ou dans les conditions d'exécution. Nous visons des taux de 75 % en 2024 et 100 % en 2025. En 2026, et conformément à la loi Climat et Résilience, les procédures devront comprendre a minima un critère d'attribution et une condition d'exécution.

(SUITE)

POLITIQUE DES GROUPEMENTS SUR LES ACHATS RESPONSABLES : EXEMPLES CONCRETS

Le domaine social

Enfin, nos objectifs institutionnels comprennent un critère sur la prise compte des considérations relatives au domaine social. En 2023, 20 % de nos procédures intégraient une dimension sociale (travail avec des entreprises du secteur adapté, déploiement de formations, etc.). Nous souhaitons porter ce taux à 25 % en 2024 et 50 % en 2025. Ces considérations favorisent l'achat souverain, car nous identifions souvent des fournisseurs qui relèvent déjà de ces obligations en France.

Retour sur les questionnaires RSE

Au début du mois de juin, nous avons retravaillé en réunion acheteurs les questionnaires RSE issus des appels afin de les rendre pertinents.

Nous demandons aux acheteurs de permettre analyses et comparaison des offres entre elles à minima sur un point du cycle de vie. Il est rarement possible de disposer d'une réponse exhaustive de l'ensemble des industriels.

Nous avons donc sélectionné quelques critères adaptables sur certains segments d'achats, certains produits de santé. Notre approche se veut pragmatique afin de nous adapter intelligemment aux obligations légales.

Nous avons longuement échangé avec Charles FLAHAULT sur la "calculatrice carbone" d'EcovaMed. Nous souhaitons l'utiliser de manière pragmatique sur les données accessibles. Nous ne demanderons pas de l'appliquer systématiquement dans nos appels d'offres de médicaments, tant que nous ne disposerons pas de données exhaustives nous permettant de comparer correctement les offres. Nous préférons avancer étape par étape, en tenant compte de ce que vous, industriels, avez pu mettre en

œuvre dans l'analyse.

Exemple avec les anti-infectieux

Nous avons procédé ainsi sur les anti-infectieux. En 2020, l'appel d'offres portait sur 230 millions d'euros et 388 produits, dont 15 jugés critiques en matière de sécurité d'approvisionnement. Nous avons commencé à travailler sur la multi-attribution pour enrayer les difficultés de pénurie. Nous avons relancé l'appel d'offres en 2022 sur un périmètre équivalent, mais avec 27 lots jugés critiques – du fait de l'augmentation du nombre de ruptures d'approvisionnement. Sur les 27 lots, 13 ont été attribués en multi-attribution.

Comment avons-nous procédé ?

- Nous avons évalué l'impact environnemental sur certains aspects. En parallèle, nous avons étudié le risque de défaillance d'approvisionnement. Pour ce faire, nous avons analysé l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement des médicaments (site de fabrication du principe actif, site de façonnage, site de stockage), sous l'angle de la sécurité d'approvisionnement et sous l'angle de la souveraineté sanitaire.
- Nous avons analysé le type de production énergétique utilisée pour fabriquer les médicaments et le nombre de frontières traversées. Dans le détail, nous avons pris en compte l'intensité carbone de l'énergie consommée dans les pays de production de la matière première et de façonnage – selon les données fournies par l'Agence Internationale de l'Energie. Nous avons également analysé le mode de transport et la distance parcourue par le produit fini jusqu'à son lieu de stockage en France. Les offres ont été notées au regard de ces deux éléments chiffrés.

- Nous avons par ailleurs mesuré les risques de rupture liée à la chaîne d'approvisionnement, en tenant compte des risques économiques, financiers et géopolitiques du pays de fabrication de la matière première et du site de façonnage – selon la Coface. A nouveau, nous avons regardé le nombre de barrières douanières traversées et les données de sourcing, dans un enjeu de souveraineté européenne. Enfin, nous avons étudié la ou les parties de la chaîne de valeur sous-traitée par le prestataire.

Cette démarche nous a permis d'attribuer 12 des 27 lots à des solutions garantissant plusieurs sources d'approvisionnement, dont dix comprenant un sourcing européen. En appliquant notre ancienne méthode de sélection, seuls 7 lots auraient été attribués. L'empreinte carbone sur les 12 lots attribués est inférieure à celle des fournisseurs qui auraient été lauréats selon l'ancienne méthodologie. Au global, la performance économique sur les lots critiques est meilleure qu'en 2022.

Ce travail a été conduit avant la mise à disposition de l'outil EcovaMed. La charge de travail pour nos équipes comme pour les industriels est conséquente. Nous poursuivrons nos réflexions sur ces critères de choix pour les améliorer. Nous parvenons néanmoins à combiner plusieurs objectifs sociaux, de souveraineté et de performance économique de moyen terme.

Nous avons mené un travail très collaboratif en amont avec chaque industriel concerné par l'appel d'offres. Nous poursuivrons en ce sens. Nous appliquerons la calculatrice EcovaMed avec parcimonie. Nous souhaitons travailler avec vous à la co-construction de l'empreinte RSE de nos produits de santé. Il ne sert à rien de fixer dans nos appels d'offres des exigences auxquelles vous ne pouvez pas répondre.

POLITIQUE DES GROUPEMENTS SUR LES ACHATS RESPONSABLES : EXEMPLES CONCRETS

Vincent HUROT

Pharmacien, Groupement de commandes MEDINAQ, Président de l'ANOPAR (Association Nationale des Opérations d'Achats Régionaux)



POINT DE VUE DE L'ANOPAR

Je suis très heureux de pouvoir évoquer la RSE et l'ANOPAR. Dès la création du programme PHARE en 2012, des groupes se sont constitués au sein de la mission d'appui hébergée par le Resah. A l'issue de cette mission et de la première phase du programme, les pharmaciens acheteurs ont souhaité poursuivre de manière informelle leurs travaux avec les acheteurs, les prescripteurs, les paramédicaux, les tutelles et les fournisseurs. Au fur et à mesure, le besoin d'une représentativité s'est fait jour, à côté de celle proposée par UniHA ou le Resah, notamment. Nous avons créé l'ANOPAR dans cette logique.

L'ANOPAR

L'ANOPAR s'intéresse d'abord aux produits de santé, mais elle peut étendre son périmètre à d'autres segments. L'association réunit tous les groupements territoriaux et régionaux de

France, dont le Resah, l'Ageps et Uni-Cancer.

Un des objectifs de l'ANOPAR est de faire connaître les spécificités de l'achat régional, et d'harmoniser les pratiques. L'association intervient également dans la gestion des pénuries et des ruptures d'approvisionnement, dans l'intégration de la RSE et du développement durable dans les procédures d'achat. Elle œuvre également pour rendre le marché à nouveau attractif pour les fournisseurs, pour harmoniser les pratiques d'achat et pour faire converger l'ingénierie des marchés.

En effet, le marché français se révèle toujours peu attractif pour les fournisseurs. Alors que de plus en plus de laboratoires interviennent, nous enregistrons de moins en moins de réponses à nos appels d'offres. Ce constat doit nous interroger.

Un engagement pour l'harmonisation des pratiques

L'ANOPAR est fortement engagée pour harmoniser les pratiques. Nous entendons les remarques et les critères des laboratoires sur l'hétérogénéité des demandes et des critères selon les groupements. Nous sommes en train de produire un premier document sur ce sujet. Si nous parvenons à modifier nos pratiques, les industries du médicament et du DM devront comprendre nos évolutions et s'y adapter.

Je ne reviens pas sur les définitions ou les données chiffrées déjà évoquées.

Il me semble toutefois important de souligner que tout acte de soin a un impact carbone alors que 20 à 30 % des actes sont considérés comme sans bénéfice pour l'état de santé des patients. Un travail doit être mené sur la production et la prescription du soin. Le bon usage a un impact sanitaire pour le patient, un impact financier et un impact RSE.

Les actions

Plusieurs actions sont conduites pour améliorer l'impact environnemental et sociétal des médicaments et des dispositifs médicaux.

La SFAR a travaillé sur l'éco-responsabilité au bloc. La CAHPP a produit un "indice vert". Toutes ces mesures ne sont pas liées entre elles. Il n'existe pas de fil rouge. En tant qu'acheteurs, nous sommes le réceptacle de ces actions. Il nous est parfois difficile de les prioriser.

Les pratiques des fournisseurs sont marquées par le *greenwashing*. Lorsqu'un laboratoire indique qu'il livre ses clients parisiens en véhicule électrique, dois-je tenir compte de cet aspect si je suis implanté à Bordeaux ? De même, quel poids donner à l'action RSE d'un laboratoire dont le recyclage des capsules de café permet d'économiser 22 kilogrammes de CO₂ en un an, quand nous savons que chaque Français pèse neuf tonnes de CO₂ par an ?

L'ANOPAR a conduit une étude sur douze dossiers de groupements et CHU pour des achats de médicaments. Au total, 60 % ont identifié

(SUITE)

POLITIQUE DES GROUPEMENTS SUR LES ACHATS RESPONSABLES : EXEMPLES CONCRETS

des critères environnementaux comme critère principal, mais seuls 5 % ont demandé aux fournisseurs leurs émissions de gaz à effet de serre pendant la production. Les critères de choix ne sont donc pas systématisés pour évaluer l'impact environnemental des produits de santé. Dans un seul dossier, les critères environnementaux étaient pondérés à 10 % – tous les autres présentent des pondérations inférieures ou non déterminées. Je ne pense pas que cet aspect évolue à court terme, car la priorité reste d'être fourni en médicaments pour soigner les patients. Dans 17 % des dossiers, 10 à 20 critères RSE sont évalués. Nous pouvons nous interroger sur la pertinence de la multiplication des indicateurs pour une pondération aussi faible.

Les pratiques d'évaluation se révèlent hétérogènes, tant du côté des acheteurs que du côté des fournisseurs. Une standardisation apparaît nécessaire. Le niveau de maîtrise du sujet apparaît également inégal, démontrant le besoin de formations de toutes les parties prenantes. Les réponses des candidats sont souvent inadéquates. La hausse de la pondération des critères environnementaux inciterait les fournisseurs à porter davantage d'attention à leurs réponses. Pour autant, la RSE ne peut pas devenir le seul angle d'appréciation.

Nous avons besoin d'indicateurs partagés, normalisés et lisibles, pour les acheteurs, les utilisateurs et les fournisseurs. Aussi, nous nous félicitons de la création d'une méthodologie de calcul de l'empreinte carbone des médicaments par la direction générale des entreprises du ministère de l'économie et des finances.

Un schéma commun unique

Nous avons sollicité l'ANAP pour nous accompagner dans la rédaction de notre SPASER. L'objectif est de doter les groupements régionaux d'un schéma commun partagé.

Nous rédigerons des fiches labellisées

ANOPAR pour la gestion des ruptures et la logistique. Nous devons également faire évoluer notre ingénierie juridique, dans la limite des moyens et ressources à notre disposition.

Nous participons aux réunions de la DGE sur l'impact carbone du médicament. L'outil est très intéressant. Il convient toutefois de s'assurer qu'il soit simple à remplir pour l'industriel et qu'il soit connu de tous et centralisé. Des sujets se posent sur son opposabilité, car cet index doit permettre de donner une impulsion, sans toutefois devenir incontournable, stricte et rigide. Les outils marchés devront s'adapter pour tenir compte de ces évolutions.

Nous devons changer le paradigme vis-à-vis de la logistique. Un travail pluridisciplinaire me semble indispensable. Plusieurs groupes de travail sont d'ores et déjà constitués pour réfléchir à la nouvelle place des grossistes répartiteurs et des dépositaires.

Par facilité, nous focalisons sur le médicament, mais qu'en est-il des dispositifs médicaux ? Le nombre de fabricants, d'importateurs, de revendeurs est extrêmement important. Tous ces acteurs sont bousculés par la réforme des organismes de certification, notamment. Pour avancer sur ces sujets, nous attendons de la DGE ou d'un autre organisme un outil de calcul de l'impact carbone du DM.

Un travail global est nécessaire pour le bon usage, la déprescription, la réduction des médicaments non utilisés, la lutte contre l'antibiorésistance ou encore la gestion des déchets. Ce qui nous importe désormais est de disposer d'un véhicule juridique ou institutionnel, dont l'impact sera nécessairement supérieur aux initiatives privées ou associatives. Nous savons que le calcul de l'impact carbone n'est pas parfait. Une marge d'erreur existe. Il est toutefois essentiel de se doter d'une méthodologie de calcul commune. Nous serons tous soumis aux mêmes biais. Puisque ce levier d'achat public a été identifié comme stratégique par l'État, la diffusion de l'outil devrait être rapide.

Une continuité d'approvisionnement

Nous attendons de l'industrie pharmaceutique une continuité d'approvisionnement. Nous ne pouvons pas faire de RSE si les produits ne sont pas disponibles et livrés. Les ruptures de stock du temps ne sont pas sans conséquences ; elles provoquent des pertes de chance, un recours à des thérapeutiques moins adaptées, l'utilisation de médicaments dont les formes sont peu adaptées à l'hôpital. Devons-nous prévoir des pénalités ? Je suis favorable à un système de bonus pour ceux qui livrent correctement et de malus pour ceux qui livrent moins bien.

Il nous semble important d'identifier un référent "Rupture" unique dans chaque laboratoire, chez chaque fournisseur, afin de disposer d'informations fiables, harmonisées et actualisées.

Une optimisation de la filière logistique

Notre GCS achats et le CHU de Limoges – qui coordonne la filière Médicaments – considèrent qu'une optimisation de la filière logistique est incontournable. Nous avons toutefois sorti cet aspect de l'évaluation des offres.

Nous précisons dans une clause que, *"dans les trois mois qui suivent la notification du marché, le titulaire communiquera à la coordination un plan d'optimisation et de responsabilité du processus de commande"*. Nous avons notifié notre marché en avril. A date, j'ai reçu une seule proposition logistique pour 148 fournisseurs.

Il n'existe pas une stratégie unique : l'optimisation peut passer par un cadencement de commandes, par la livraison de cartons pleins ou encore par la fixation de minimums de commandes. Les fournisseurs sont ceux qui connaissent le mieux les produits et les clients. En tant qu'acteurs de

coordination, nous avons accès aux prévisions, mais pas aux réalisations. Avec l'intégration des considérations environnementales dans les innova-

tions, il sera plus simple de disposer d'une analyse de cycle de vie complète pour les nouveaux produits. Un calcul plus complexe sera néces-

saire pour les produits anciens et les génériques. Ces travaux pourraient être l'occasion de supprimer certains conditionnements, par exemple.



QUESTIONS / RÉPONSES

Elisabeth AOUN

Je vous remercie pour ces dernières interventions, qui nous ont permis d'aborder de nouveaux thèmes, dont celui de l'importance du suivi de l'exécution du marché. Je reste dubitative sur l'intégration du coût global dans l'offre de prix. Car si cela me paraît simple à calculer pour des équipements, cela me paraît plus difficile pour des produits tels que les médicaments et les dispositifs médicaux. De même, le domaine social s'applique plus aisément aux prestations de service.

Je rappelle par ailleurs que chaque référence à un label doit s'accompagner de la précision "ou équivalent", sous peine de s'exposer à des sanctions du juge.

De la salle

Le Resah utilisera-t-il la matrice de la DGE ?

Guilhem BIANCARELLI

Oui, dès que cela sera possible. Mais nous disposerons toujours de marges de manœuvre en la matière dans notre stratégie achats. A terme, nous devons tendre vers une utilisation systématique. Nous sommes toutefois confrontés à une problématique d'exhaustivité des données. Si

nous rendons obligatoire l'utilisation d'un outil qui ne nous permet pas de comparer toutes les offres, nous nous trouverons dans une situation complexe d'un point de vue juridique. Lors d'une phase de transition, nous promouvrons l'outil au cas par cas et tenterons de l'utiliser autant que possible. Lorsque nous aurons la garantie que l'outil est déployé de manière exhaustive, nous pourrions être plus ambitieux – en le rendant obligatoire, par exemple.

Véronique CHASSE

Le travail conduit sur la méthodologie du bilan carbone a impliqué la DGE, la DGOS, la DGS, mais aussi, la CNAM et l'ADEME, c'est-à-dire l'ensemble de l'écosystème. Une instruction ou une note d'information définira les modalités d'application. La mise en œuvre ne sera pas brutale. Nous entendons le sujet de l'alimentation des données. Il convient toutefois de se mettre en ordre de bataille pour qu'à terme, nous puissions utiliser cette méthodologie. Je ne suis pas en mesure d'annoncer une échéance. La méthodologie est en cours de finalisation. Nous souhaitons qu'elle entre dans un outil informatique – en mode SaaS, par exemple – plus ergonomique qu'un tableau Excel. En commençant ces travaux, notre ambition est que cette méthodologie puisse servir de référence pour calculer le bilan carbone des médicaments.

Elisabeth AOUN
Modératrice

CONCLUSION

Elisabeth AOUN

Je propose de passer la parole à Maître Rojano pour évoquer les incidences juridiques des éléments abordés aujourd'hui.

Céline ROJANO

- Du point de vue du contentieux, le principal sujet est celui de la pondération des critères RSE. Ce n'est que si l'attribution d'une offre s'est faite sur la base d'un critère RSE prêtant à discussion que le risque juridique sera élevé. Lorsque le juge est saisi, il regarde si le candidat établit une irrégularité sur les critères RSE, mais analyse également les notes obtenues par le candidat sur les autres critères (prix, performance, intérêt thérapeutique, etc.). Si le critère RSE est très faiblement pondéré, l'illégalité n'aura aucune incidence sur le classement des candidats. Le risque juridique est alors faible.
- Les clauses d'exécution deviendront obligatoires à terme. Le Resah et UniHA l'ont dit : nous avons longuement évoqué le jugement des offres, mais peu l'exécution des offres. Nous ne disposons pas de retour d'expérience sur les clauses d'exécution et, encore moins, sur l'aspect social de la RSE dans les marchés publics.

Elisabeth AOUN

Je retiens de cette journée que nous sommes dans un domaine en pleine expérimentation. La forte mobilisation de tous les acteurs est tout à fait rassurante.

- Nous avons souligné que si les obligations sont fixées par le politique,

c'est *in fine* le juge qui contrôle la pertinence de l'application de ces obligations.

- L'accès des industriels aux SPASER est prévu pour leur permettre de connaître les orientations des GHT. Cela me semble être une avancée positive pour capitaliser sur les expérimentations.
- La méthodologie de calcul du bilan carbone est également intéressante. Elle porte des perspectives de simplicité et d'harmonisation. Il pourrait toutefois être difficile d'obtenir les informations de la part de tous les intervenants, notamment des petits laboratoires, qui disposent de moins de moyens pour obtenir de leurs propres fournisseurs les éléments attendus.
- L'objectif de simplicité des expérimentations se retrouve à tous les niveaux, auprès des OMÉDIT comme auprès des établissements.
- Plusieurs propositions émises par la FHF ont été reprises dans les plans nationaux. Je retiens des exemples présentés que toutes les démarches restent compliquées. N'imaginons pas que nous aurons dès demain des solutions à toutes les problématiques.
- L'idée de travailler ensemble revient souvent dans les interventions, qu'il s'agisse des OMÉDIT entre eux, de la DGOS avec les industriels, ou les hospitaliers avec les industriels. La notion de "pragmatisme" a également été évoquée à plusieurs reprises, pour que les outils définis soient utilisables au mieux par toutes les parties, sans volonté d'autoritarisme.
- Les travaux ne portent plus uniquement sur la réduction des coûts. La sobriété est un objectif défendu par les hospitaliers qui ont pour objec-

tif la réduction des consommations de médicaments, la baisse du gaspillage, pouvant aller jusqu'à la déprescription. Les réflexions sont conduites tous azimuts, au-delà des seuls achats.

- Il est pour l'heure difficile de déterminer si l'impact des DM réutilisables est moindre que celui des DM à usage unique ; et c'est un sujet qu'il serait utile d'évoquer à nouveau, de même que celui du retraitement des dispositifs médicaux suite à la mise en place d'expérimentations. Autre sujet à suivre : celui de l'application de la méthode du bilan carbone.
- Des études et expérimentations intéressantes ont été conduites par différents acteurs. Il conviendrait de fédérer ces expériences afin qu'elles profitent à tous. Il y a encore trop de déperditions sur des mesures qui pourraient être utilisables par tous les acteurs. Il me semblerait opportun de conduire une réflexion à l'échelle régionale ou nationale sur la mutualisation et la diffusion des conclusions tirées de ces expérimentations.

Je vous remercie de votre présence et de vos questions. J'espère que cette journée vous aura permis de mieux comprendre les attentes des hospitaliers pour que vous puissiez vous mettre en ordre de marche pour répondre aux futures demandes, et de mieux connaître les méthodes mises en place pour mesurer l'impact carbone de vos produits.

Christian DOREAU

Je vous remercie. Nous vous retrouverons le 26 novembre 2024 pour une réunion sur les achats à l'hôpital public.