



ARMEN Vague 2

Segment Gestion des déchets

Restitution du 20 février 2013



Notre équipe

Déolinda Borg
AAH des services économiques



Leader Gilles Vela
Ingénieur ergonomiste et logistique



Nabil Ayache
DA des services économiques



Peggy Campagne
Ingénieure logistique



Olivier Dirago
Coordinateur groupement Gestion des déchets



Yannick Mallen
AAH



Véronique Marco
DA des services économiques



Marie Laure Piqué
Ingénieure



L'assistante Marie Nicot



Parrain François Mourgues
DG

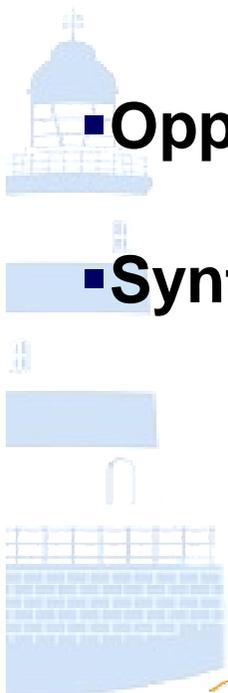


Jean Pierre Thomas
TSH Environnement



Sommaire

- **Présentation du périmètre et de la cartographie des dépenses**
- **Analyse de la situation actuelle**
- **Bonnes pratiques identifiées**
- **Opportunités**
- **Synthèse des gains et matrice enjeux – efforts**



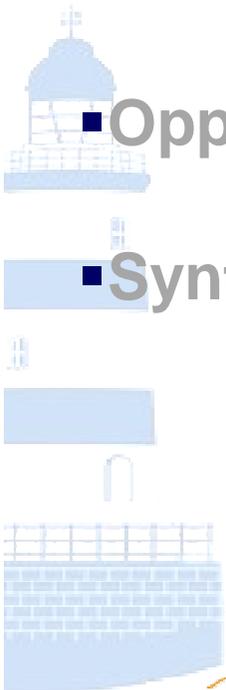
■ Présentation du périmètre et de la cartographie des dépenses

■ Analyse de la situation actuelle

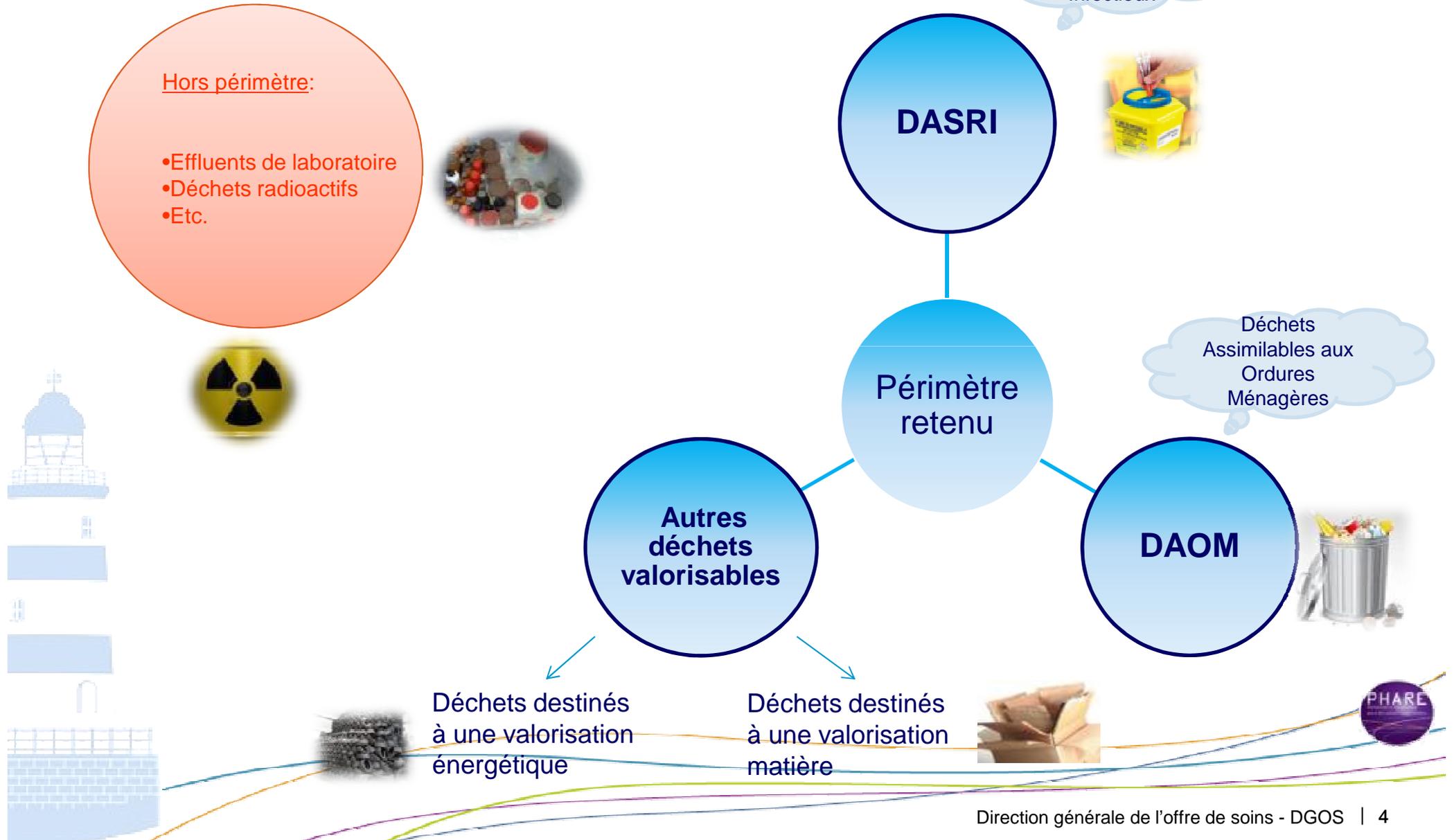
■ Bonnes pratiques identifiées

■ Opportunités

■ Synthèse des gains et matrice enjeux – efforts



Notre périmètre d'étude comprend...



Les autres déchets, une catégorie très diverse...

Papier et carton

Les documents confidentiels

Piles usagées, accumulateurs usagés

Radios argentiques et produits de traitement

Toners d'impression et cartouches d'imprimantes

Verre

Métaux

DMIA (Dispositifs Médicaux Implantables Actifs)

Déchets organiques, verts et végétaux

Emballages plastiques (PET, PVC) thermodurcissables, thermoplastiques

Extincteurs

Huiles de vidange automobiles

DEEE ou D3E (Déchets d'Equipements Electriques et Electroniques)

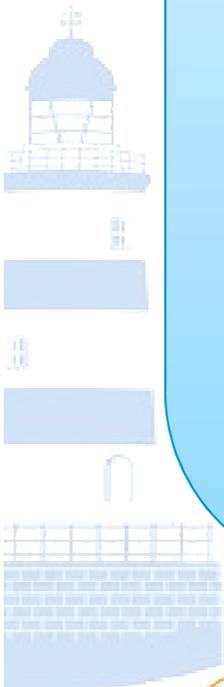
Encombrants

Déchets phytosanitaires

Pneumatiques usagés

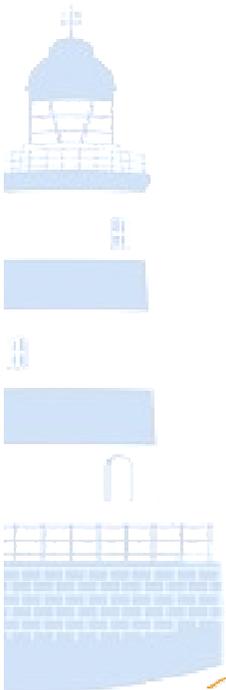
Bois autres que biomasse et déchets végétaux

Etc.



Les déchets: un enjeu majeur pour les établissements de santé

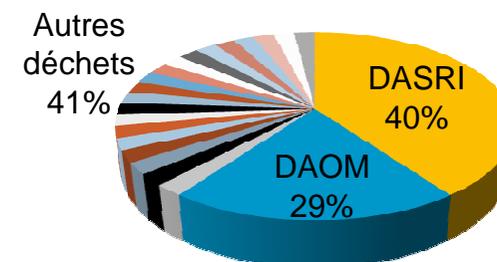
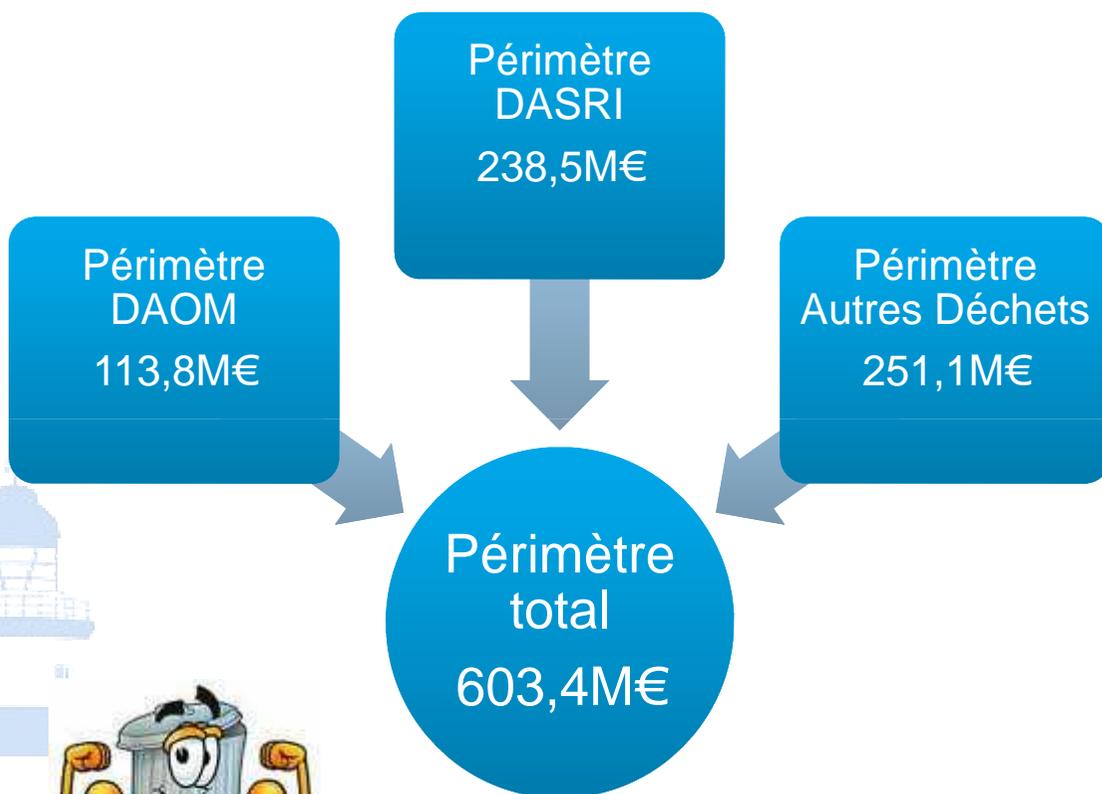
- Les hôpitaux publics et privés français produisent chaque année **700 000 tonnes** de déchets par an, soit **3,5%** de la production nationale.
- En moyenne, **1 050kg de déchets produits annuellement par lit et place** (contre 360kg par an et par habitant), soit **3 fois la production par an et par habitant.**



Source: ANAP, Organisation de la gestion des déchets, 2010



Les déchets: un périmètre de dépenses de plus de 600M€

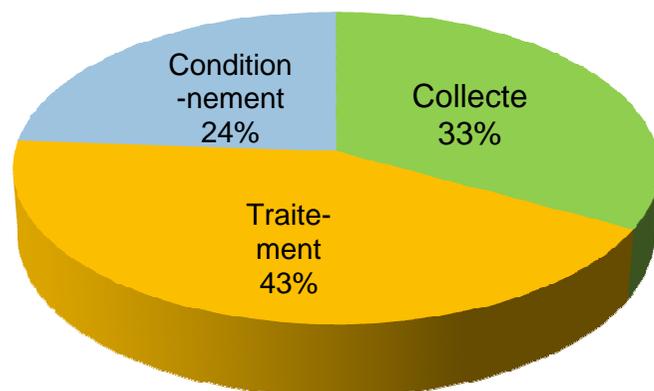


Répartition des dépenses

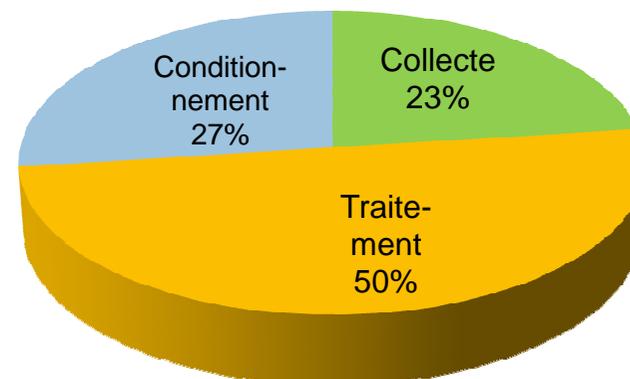
La répartition des dépenses ne représente pas forcément la situation d'un établissement moyen (certains établissements ne payent pas l'enlèvement et/ou le traitement des DAOM: ce qui augmente la part relative des autres déchets)



Le traitement des déchets: le poste le plus important des dépenses



Répartition des dépenses DASRI



Répartition des dépenses DAOM

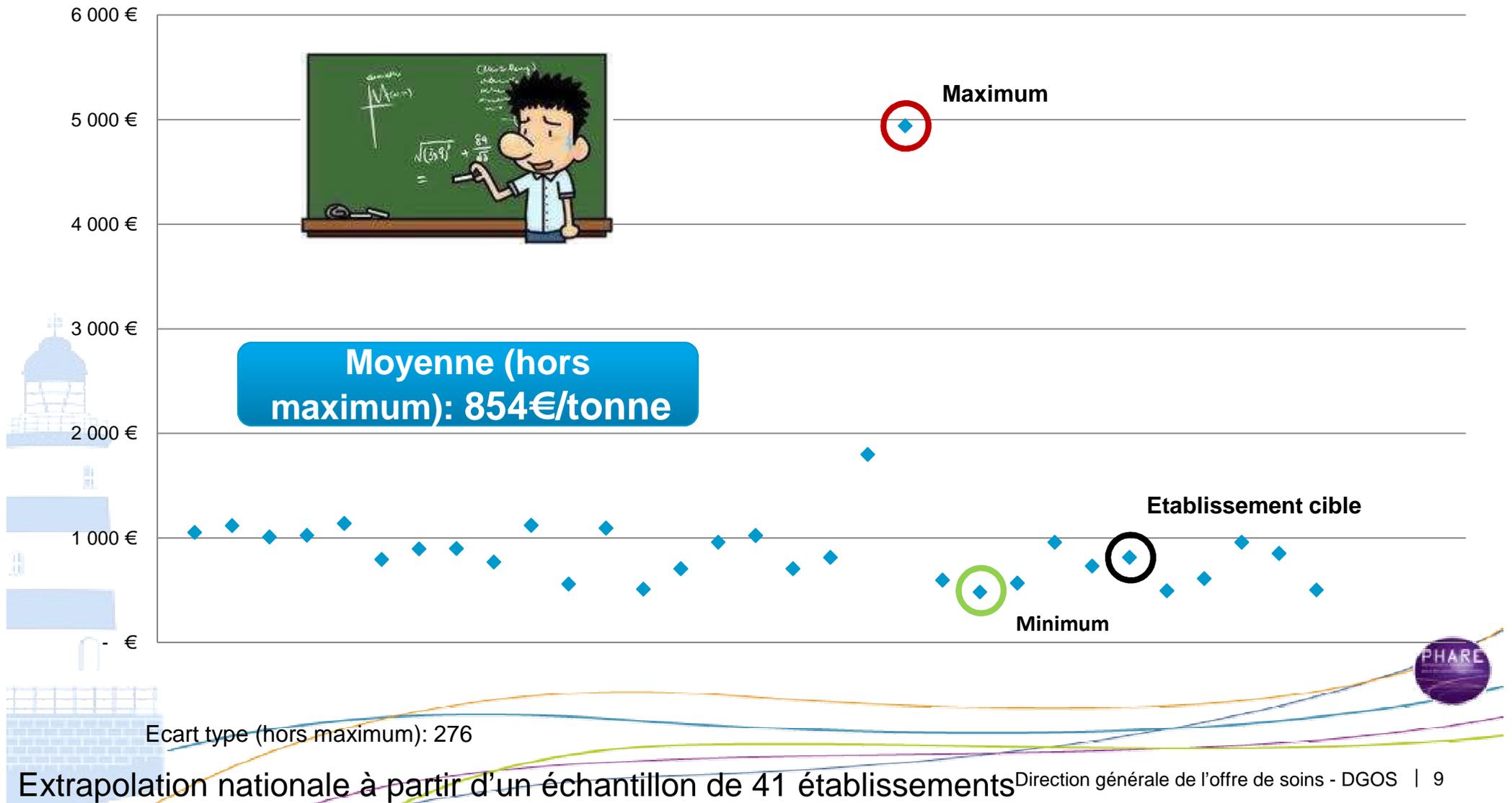
La répartition des dépenses ne représente pas forcément la situation d'un établissement moyen (certains établissements ne payent pas l'enlèvement et/ou le traitement des DAOM: ce qui augmente la part relative des autres déchets)

Pour évaluer la performance d'un établissement en matière de gestion des déchets, un bon indicateur est le tonnage des DASRI

Extrapolation nationale à partir d'un échantillon de 41 établissements



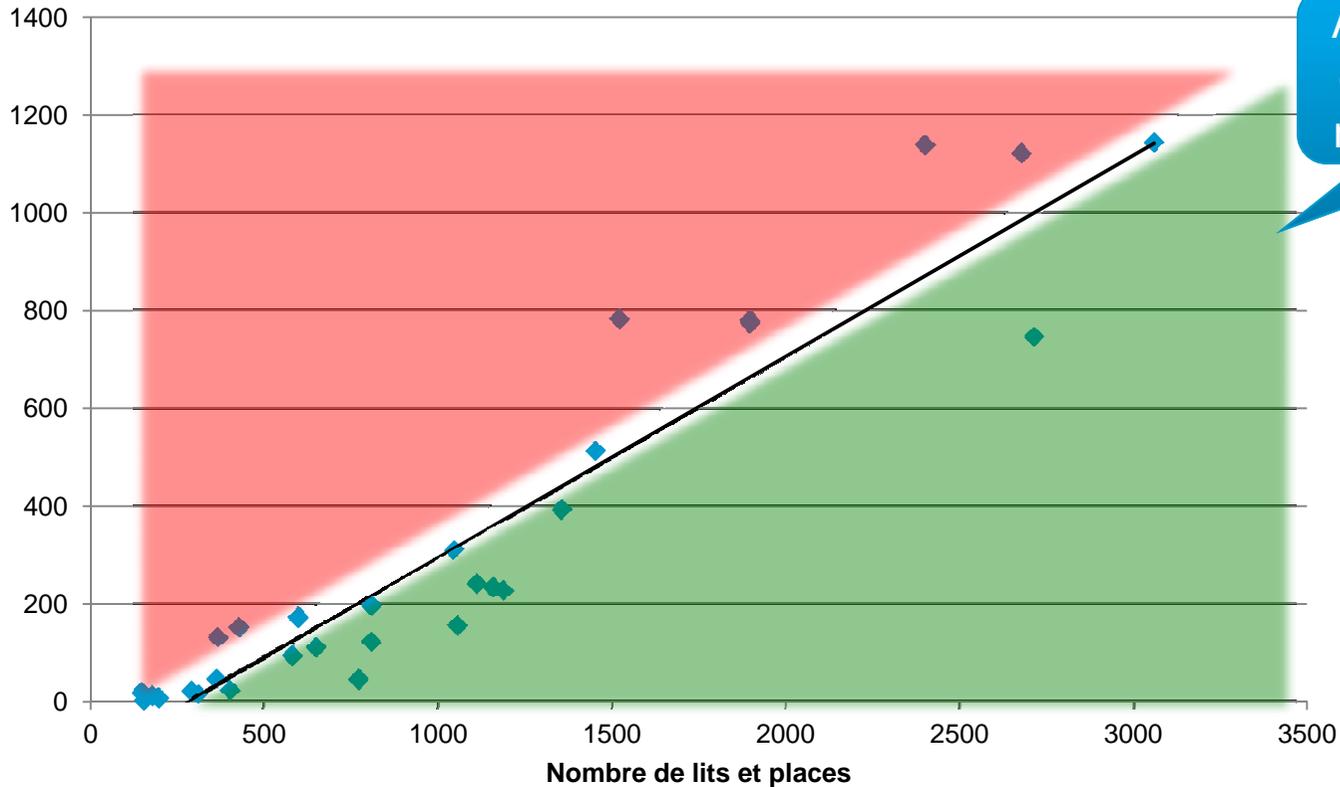
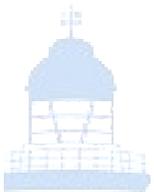
Le calcul du coût complet (collecte, traitement et conditionnement) des DASRI à la tonne montre des disparités entre établissements



L'analyse du ratio tonnage Dasri/nb lits donne une indication du niveau de maturité des établissements



Tonnage DASRI



Analyses à partir des données de notre échantillon



Dans la **zone verte**, les établissements qui ont déjà une **politique d'optimisation de gestion des déchets**

Dans la **zone rouge**, les établissements qui peuvent **potentiellement encore optimiser la gestion de leurs déchets**

 Mais attention car certaines interprétations des **contraintes réglementaires** interfèrent aussi beaucoup!
Une corrélation encore plus forte entre tonnage DASRI et activité MCO



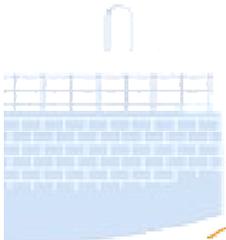
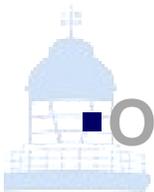
■ Présentation du périmètre et de la cartographie des dépenses

■ Analyse de la situation actuelle

■ Bonnes pratiques identifiées

■ Opportunités

■ Synthèse des gains et matrice enjeux – efforts



La réglementation générale met en lumière la responsabilité du producteur

- Le Code de l'Environnement définit 2 principes quant à l'élimination des déchets dangereux:

La responsabilité du producteur



- « Toute personne qui produit ou détient des déchets dans des conditions de nature à produire des effets nocifs sur le sol, la flore et la faune, à dégrader les sites ou les paysages, à polluer l'air ou les eaux, à engendrer des bruits et des odeurs et, d'une façon générale, à porter atteinte à la santé de l'homme et à l'environnement, est tenue d'en assurer ou d'en faire assurer l'élimination conformément aux dispositions du présent chapitre, dans des conditions propres à éviter lesdits effets » (Art L541-2)

Le principe du « pollueur-payeur »

- C'est au producteur du déchet qu'il incombe de mettre en œuvre une solution satisfaisante pour son élimination (Art L110-1)

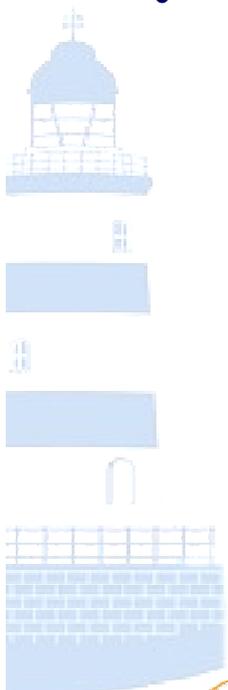
Source: ADEME



Le tri à la source, la base d'une bonne gestion des déchets

Le Code de la Santé Publique indique que les **DASRI doivent être triés** à la source afin:

- D'assurer la **sécurité des personnes**
- De respecter les **règles d'hygiène**
- D'orienter ces déchets vers les **filières appropriées**



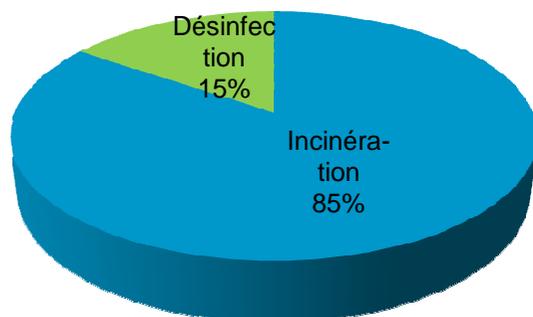
Source: ADEME



La répartition géographique des unités d'incinération et de désinfection détermine bien souvent la politique d'un établissement en matière de déchets

2 techniques d'élimination des DASRI:

- L'incinération
- La désinfection



Répartition des DASRI par type d'élimination

• **143 009 tonnes** de DASRI incinérées en 2008 (67% des capacités d'incinération disponibles utilisées)

• **26 324 tonnes** de DASRI traitées par désinfection en 2008 (32% des capacités de désinfection disponibles utilisées)



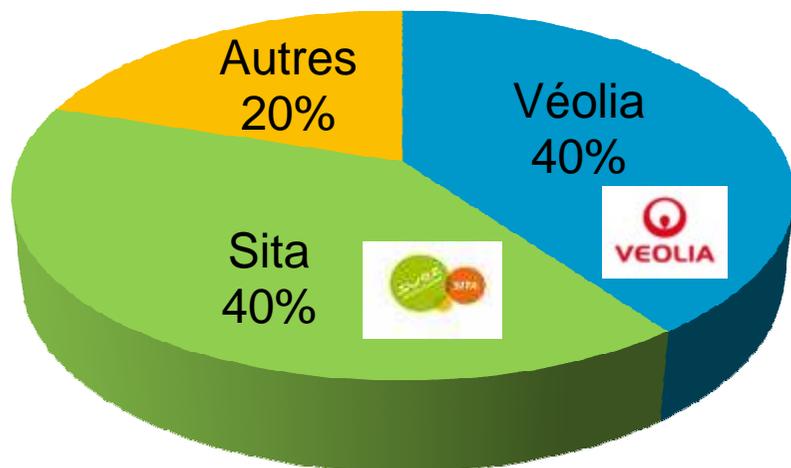
Capacité technique 2008 des unités de désinfection



Capacité technique 2008 des unités d'incinération



Le marché fournisseurs de la gestion des déchets: un quasi duopole



Répartition des parts de marché des acteurs du marché

- **3,6Md€ de CA en 2011**
- **19M de tonnes de déchets traités**
- 8,6Mt de déchets valorisés
- 200 centres de tri et de recyclage
- 80 centres de stockage de déchets ultimes



Apparition progressive de challengers régionaux:

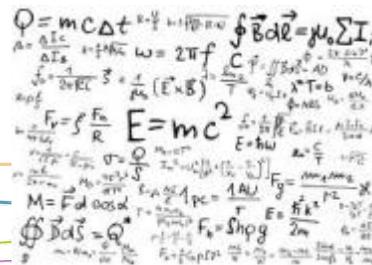
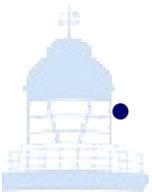
- GC Medical** : Nord-Est et Ile de France
- Sodicome SAS** : Ouest (Bretagne, Pays de Loire...)
- Tecmed** : Est, Sud-Est (Rhône-Alpes...)

- **CA pour la propreté: 3,5Md€ en 2011**
- 12,2M de tonnes de déchets collectés
- **18,6M de tonnes de déchets traités**
- 371 installations de traitement
- 7 unités thermiques de déchets spéciaux
- 25 unités de traitement physico-chimiques
- 11 unités de recyclage et de valorisation de déchets spéciaux
- 5 installations de stockage de déchets spéciaux



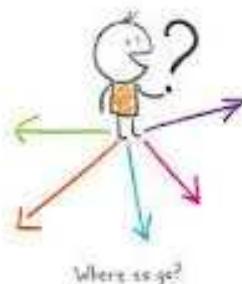
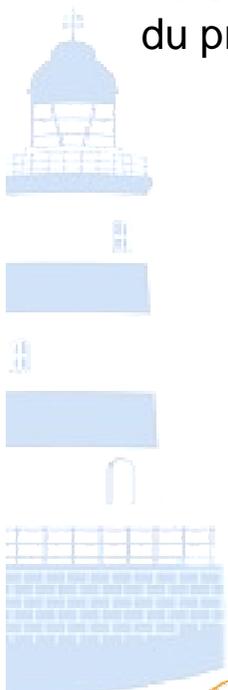
Les dépenses liées aux déchets sont difficilement comparables entre établissements

- **Tous les établissements ne paient pas l'évacuation et le traitement des DAOM**
- Certains établissements ont acheté leur propre parc de bacs roulants alors que d'autres le louent et certains bacs sont même fournis par les collectivités.
- **Certains établissements intègrent le transport de leurs DASRI jusqu'à l'incinérateur dans leurs organisations logistiques alors que d'autres font appel à un prestataire**
- Certains établissements confient la manutention interne des déchets à un prestataire alors que d'autres travaillent avec du personnel hospitalier
- **Selon les prestataires ou les marchés, les coûts ne sont pas exprimés selon la même unité ou décomposés de la même manière**



Des freins aux marges de négociation pour le traitement des DASRI

- Le marché de traitement des DASRI est principalement partagé entre 2 acteurs et sur certains territoires, 1 seul des 2 acteurs est présent
- Certaines Délégations de Service Public (DSP) prévoient le versement d'une redevance à la communauté de communes pour chaque tonne de DASRI incinérée
- Le Code de l'Environnement introduit le principe de proximité, qui va à l'encontre du principe d'égalité dans la commande publique



Le risque psycho-émotionnel: un vrai risque?

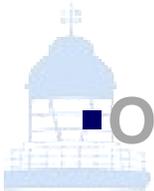
- Les règles de tri des DASRI ne sont pas identiques dans tous les établissements de santé ; la différence majeure réside en la prise en compte ou non du risque « psycho-émotionnel »



- Exemple d'un établissement qui a été contraint de réviser sa liste de tri des DASRI pour y intégrer la prise en compte du risque psycho émotionnel, car une tubulure avait été jetée dans les DAOM, ce qui a engendré une énorme augmentation des dépenses liées aux DASRI (on est passé de 320 tonnes à 440 tonnes)



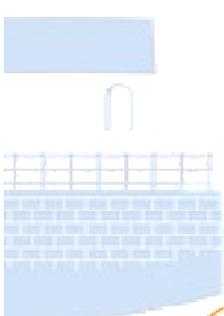
- Présentation du périmètre et de la cartographie des dépenses
- Analyse de la situation actuelle
- **Bonnes pratiques identifiées**



- Opportunités



- Synthèse des gains et matrice enjeux – efforts



BP1: Mise en place d'un groupement de commande Régional Poitou-Charentes DASRI avec un gain de 29% d'économies



Constat

- Situation hétérogène entre les établissements pour les coûts et les pratiques
- Potentiel de gain pressenti important
- Demande de l'ARH en 2008

Mise en œuvre

- CH Angoulême: établissement coordonnateur
- **Elaboration d'une convention constitutive** en juin 2009 à laquelle 21 établissements adhèrent
- **Découpage de la région en 4 zones de tonnage équilibré**
- Marché sur 4 ans / critères Développement durable dans le cahier des charges
- Date de démarrage opérationnelle au 1 juin 2010

Résultats

- Sur le plan financier :
 - Economie réalisée de **29%** en moyenne sur l'ensemble des établissements, soit **344000€** par an (1 376 000 € sur la durée du marché)
- Sur le plan technique :
 - **Optimisation des pratiques**
 - Contrôle systématique de la radioactivité des bacs
- **Satisfaction des adhérents**



Gain de 344 000€
29%



BP4: Au Resah Languedoc-Roussillon, le changement du mode de consultation dans le cadre du marché de collecte et traitement des DASRI a permis de gagner 27% sur les DASRI

Constat

- Le marché de collecte et de traitement des DASRI des établissements faisant partie du Resah LR (9 établissements) est coordonné par le CHRU de Montpellier.
- Ce groupement a adhéré à UniHA pour le segment Collecte et élimination des DASRI (coordonné nationalement par le CHU de Nancy)

RESAHLR

Mise en œuvre

- Pour le marché débutant au 1^{er} janvier 2013, la procédure choisie par UniHA est celle du **dialogue compétitif**. Les prestations collecte et traitement n'ont pas fait l'objet de lots séparés.
- Le groupement s'est élargi à de nouveaux établissements : la consultation a donc concerné **16 établissements** de la région Languedoc Roussillon pour **2300 tonnes**.
- L'**allotissement** a porté sur des **zones géographiques**, définies selon la répartition géographique et les lieux de traitement possible : **3 lots** ont donc été créés.

Résultats

- L'économie s'élève à **27% (480 000€HT)** pour les établissements bénéficiant d'une collecte en bac (hors collecte en conditionnement primaire : cartons et fûts).



Gain de 480 000€
27%

HARE

BP6: Un changement d'allotissement au GREDHA Pays de Loire a permis un gain de 10%

Constat

- Le GREDHA (Groupement Régional pour l'Elimination des Déchets Hospitaliers et Assimilés)des Pays de la Loire a pour objet l'organisation de la collecte et de l'élimination de déchets hospitaliers et assimilés.
- Depuis sa constitution en 1996, il lance des consultations pour ses adhérents .
- Riche de son expérience, le GREDHA, pour améliorer la performance achat, a engagé un travail sur l'allotissement depuis plusieurs années en dissociant la collecte du traitement. En 2010, un travail sur la répartition géographique a été engagé.



Mise en œuvre

- En mai 2010, une consultation a été lancée.
- Le travail relatif à l'allotissement a porté sur la répartition géographique et le passage de 6 lots (territoires) à 5 lots ne permettant pas une répartition équitable des parts de marché par fournisseur.

Résultats

- **201 500€ HT soit 10% d'économie sur l'ensemble de la consultation (location de contenant, collecte, élimination)**



**Gain de 201 500€
10%**



BP5: Au CH d'Angoulême, la prise en charge du transport des DAOM jusqu'à l'incinérateur, par son Service Environnement a permis de gagner 22 %

Constat

- Le transport des DAOM des 3 sites du CH d'Angoulême était pris en charge soit par la collectivité (cas de 2 maisons de retraite) soit par un prestataire extérieur (cas du site principal)
- Insatisfaction globale des prestations



Mise en œuvre

- En juillet 2005, après une **étude interne de faisabilité technique et économique**, il a été décidé :
- d'acheter un camion benne à bras articulé d'occasion, des bennes et autres matériels
 - de former 2 agents au permis Poids-Lourds

Résultats

- L'économie réalisée est de **22%**
- La moindre dépense s'est élevée à **28000€** (coût des externalisations moins les coûts de fonctionnement du véhicule poids-Lourds)
- Retour d'investissement en 2,3 années
- La réussite de cette action est liée à :
 - la **faible distance de l'incinérateur**,
 - **pas de moyens supplémentaires en personnel**



Gain de 28 000€
22%



BP9: L'optimisation du tri à la source et de l'emballage des DAS au CH du Mans a permis de gagner 30%



Mise en œuvre

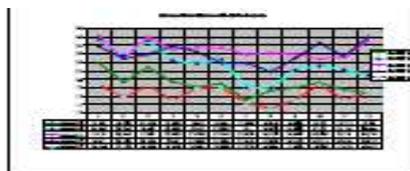
- Au CH du Mans, un travail a été mené sur l'ensemble des services de soins pour affiner le tri DAOM / DASRI et pour optimiser l'emballage, au plus près du geste de tri.
 - **Définition des critères de tri des DASRI** en appliquant au sens strict la réglementation : seuls les déchets présentant un risque infectieux avéré par la nature des micro-organismes, leur quantité, leur capacité à résister dans l'environnement et à être transmissible à l'homme, sont placés en DASRI.
 - **Mise en place d'un circuit pour collecter le verre médical** (dans les DASRI, cela représentait 30% en moyenne du contenu des boîtes à déchets perforants et environ 300 kg / an pour une unité de soin).
 - **Sécurisation de la filière de collecte des DAOM** (conteneurisation globale, réalisation de la collecte par des agents hospitaliers spécialisés, mise en compacteur pour incinération).
- Réalisation de sondage sur le tri des DAS avec pesée des déchets et sensibilisation des équipes soignantes.
- **Suivi hebdomadaire quantitatif des ratios de tri** (global établissement), échange avec l'équipe en charge de la collecte des déchets en cas de dépassement des volumes habituels.
- Echange avec l'EOH en cas de mise en place de mesures spécifiques, échange avec les pharmaciens et les acheteurs sur l'impact des déchets lors des choix de DM.

Résultats

- En 2012, la production de DASRI représente 12% de la production DASRI + DAOM (contre 30% en moyenne dans les établissements hospitaliers étudiés par UniHA).
- **La production de DASRI est passée de 280 tonnes en 2004 à 196 tonnes en 2012.**



Tableaux de suivi quantitatif / reporting comparatif par mois et année



Gain de 30%



BP11: Des actions de Sensibilisation, Formation et Evaluation au CHU de Nice pour une Amélioration de la Gestion des Déchets a permis de gagner 25%



Constat

- Non respect des pratiques de tri, de collecte et de stockage
- Implication insuffisante des professionnels de santé sur le thème
- **Manque de formation des professionnels**
- Une réponse au critère 7^e de la HAS

Mise en œuvre

- **Prise de position de la Direction Générale**
 - Coordination inter Direction sur le thème, avec la participation de professionnels experts
 - Approbation d'une procédure par les professionnels experts (internes et externes)
 - Phase de formation/sensibilisation à la fois ludique et rigoureuse
 - Responsabilisation de référents au niveau des pôles
 - Proximité de la Direction avec le terrain
 - Publication permanente des résultats (encourageants)
- **Organisation d'une Eco Campagne – Gestion des déchets :**
 - « Eco Journée » au niveau des selfs de l'établissement (repas vert, campagne d'affichage et jeu sur le thème des déchets)
 - « Tombola Eco Quiz » diffusée avec les bulletins de salaire (plus de 90 lots à gagner)
 - Actualisation et diffusion des procédures
 - « Eco code Formation gestion des déchets » (façon code de la route) avec distribution d'un livret des bonnes pratiques et évaluation de la formation
- **Démarche d'évaluation :**
 - Évaluation formative** au sein des unités en présence de l'équipe du service, avec une information sur les dernières actions mises en place sur l'institution
 - Audit** par la Direction qualité et le Service d'hygiène avec prise en compte des résultats pour l'intéressement qualité des pôles

Résultats

- Entre novembre 2011 et janvier 2013, près de **3000 professionnels formés**
- Entre 2010 et 2012, **baisse des DASRI de 380 tonnes soit 31,8 % , baisse des dépenses de 179 7503€ (25%)**
- Amélioration du taux de conformité aux bonnes pratiques
- De plus en plus d'initiatives prises par les professionnels sur le terrain

Gain de 179 750€
25%



Optimisation du tri à la source

BP11: Exemples de réalisations



BP12: Au CHU d'Angers, la valorisation de déchets assimilés aux ordures ménagères a permis une diminution de 7% du tonnage

Constat

Depuis, plusieurs années, un tri du verre, du plastique et du carton était réalisé par les services mais faute de filière de valorisation, ces déchets étaient éliminés dans la filière des ordures ménagères.



Mise en œuvre

- En 2009, une consultation a été lancée pour **valoriser des déchets assimilés aux ordures ménagères** (verre, carton, plastique, papier).
- En 2011, suite à une **cartographie des déchets réalisée en interne** (type de déchets, point de production...), un travail avec l'agglomération et une étude de marché sur les possibilités de valorisation, d'autres filières ont été créées: textile, archives administratives, canette aluminium, film de palettisation... La filière des archives médicales a donné lieu à une valorisation (40 537€ de recettes en 2011)

Résultats

En 2011, 56 463€ de recettes sur les filières des archives administratives, du carton, du papier, des archives médicales...

Diminution du tonnage DASRI + DAOM: on est passé de 1789T en 2009 à 1660T en 2010 soit **7% d'économies** malgré une augmentation de l'activité

👉 La réussite de cette action est liée à:

- Un **portage par la direction** (Projet d'Établissement, Projet Développement Durable)
- La **motivation d'une partie des personnels** pour la valorisation des déchets



Gain de 7%

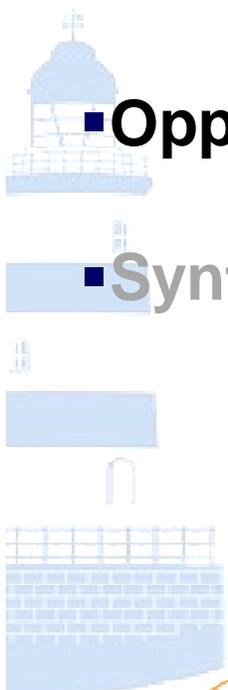


- Présentation du périmètre et de la cartographie des dépenses
- Analyse de la situation actuelle
- Bonnes pratiques identifiées



- **Opportunités**

- Synthèse des gains et matrice enjeux – efforts



Opportunité n° 1: Mutualisation de la collecte et du traitement des DASRI

Gain retenu
25%

- 29% de gains pour le groupement Poitou Charente
- 49% pour le groupement des Hôpitaux Lorrains
- 25% à UniHA

On retient
25%

Assiette retenue
88,8€

- Concerne le périmètre collecte et traitement des DASRI
- On considère que 30% des ES ont déjà mutualisé, 70% peuvent donc encore le faire
- Parmi ces **70%**, on considère que **70%** peuvent raisonnablement le faire
- Assiette retenue = $70\% * 70\% * 181,2M€ = 88,8M€$

Opportunité de gains
22,2M€
(4%)

- Potentiel de gains = $25\% * 88,8M€ = 22,2M€$ soit **4%** du périmètre total

Conditions de mise en œuvre

- Créer ou adhérer à un groupement
- Trouver un coordonateur

Difficulté technique

Difficulté d'acceptation

Rapidité de mise en œuvre

Opportunité n° 2: Modification de la stratégie d'achat (mode de consultation, allotissement...)

Gain retenu
25%

- 17% au GDS Métropole Lilloise
- 27% au Resah Languedoc Roussillon

On retient un gain de **25%** (donnée UniHA)

Assiette retenue
95,4M€

- On considère que 20% des ES modifient leur type de consultation (ceux qui sont en groupement), **80%** peuvent donc encore le faire.
- La **moitié** de ceux qui ne le font pas peuvent le faire (tous les ES n'ont pas le choix du mode consultation)
- Assiette retenue = $80\% * 50\% * 238,5M€ = 95,4M€$

Opportunité de gains
23,8M€
(4%)

- Potentiel de gains = $25\% * 95,4M€ = 23,8M€$ soit **4%** du périmètre total

Conditions de mise en œuvre

- Avoir fait une étude de marché ou adhérer à un groupement qui en a fait une

Difficulté technique

Difficulté d'acceptation

Rapidité de mise en œuvre



Opportunité n° 5: Optimisation du tri à la source des DASRI

Gain retenu
25%

- 7% au CH Lens
- 25% au CHU Nice
- 25% au CH Chambéry
- 30% au CH Le Mans
- 36% à Nîmes

On retient **25%**

Assiette retenue
143M€

- On considère que 25% des ES ont déjà optimisé leur tri à la source pour les DASRI
- Parmi les autres **75%**, **80%** peuvent raisonnablement faire ce travail d'optimisation (des obstacles réglementaires, des aspects psycho-émotionnels...)
- $75\% * 80\% * 283,5M€ = 143M€$

Opportunité de gains
35,8M€
(6%)

- $143M€ * 25\% = 35,8M€$ soit **6%** d'économies

Conditions de mise en œuvre

- Réalisation d'une grille de tri pour accompagner le personnel soignant
- Nécessite beaucoup de communication et une sensibilisation à tous les niveaux, de la DG aux salariés
- Partage d'objectifs avec les fournisseurs

Difficulté technique

Difficulté d'acceptation

Rapidité de mise en œuvre



Opportunité n° 6: Valorisation des filières diverses

Gain retenu
7%

- Gain de 7% au CHU d'Angers
- Gain de 26% au CHU de Grenoble

On retient **7%**

Assiette retenue
277,3M€

Concerne le périmètre DAOM et Autres déchets

- On considère qu'aujourd'hui 20% des ES valorisent leurs filières diverses. 80% peuvent donc encore le faire
- Et parmi ces **80%**, **95%** des ES peuvent raisonnablement la faire
- Assiette retenue = $80\% * 95\% * 364,9M€ = 277,3M€$

Opportunité de gains
19,4M€
(3%)

- Gain potentiel = $7\% * 277,3M€ = 19,4M€$ soit **3%** du périmètre total

Conditions de mise en œuvre

- Avoir fait une cartographie de tous les déchets
- Disposer d'une zone de tri
- Avoir fait une étude de marché

Difficulté technique

Difficulté d'acceptation

Rapidité de mise en œuvre



- Présentation du périmètre et de la cartographie des dépenses
- Analyse de la situation actuelle
- Bonnes pratiques identifiées
- Opportunités
- Synthèse des gains et matrice enjeux – efforts

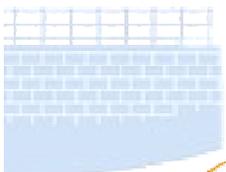
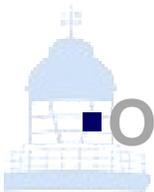


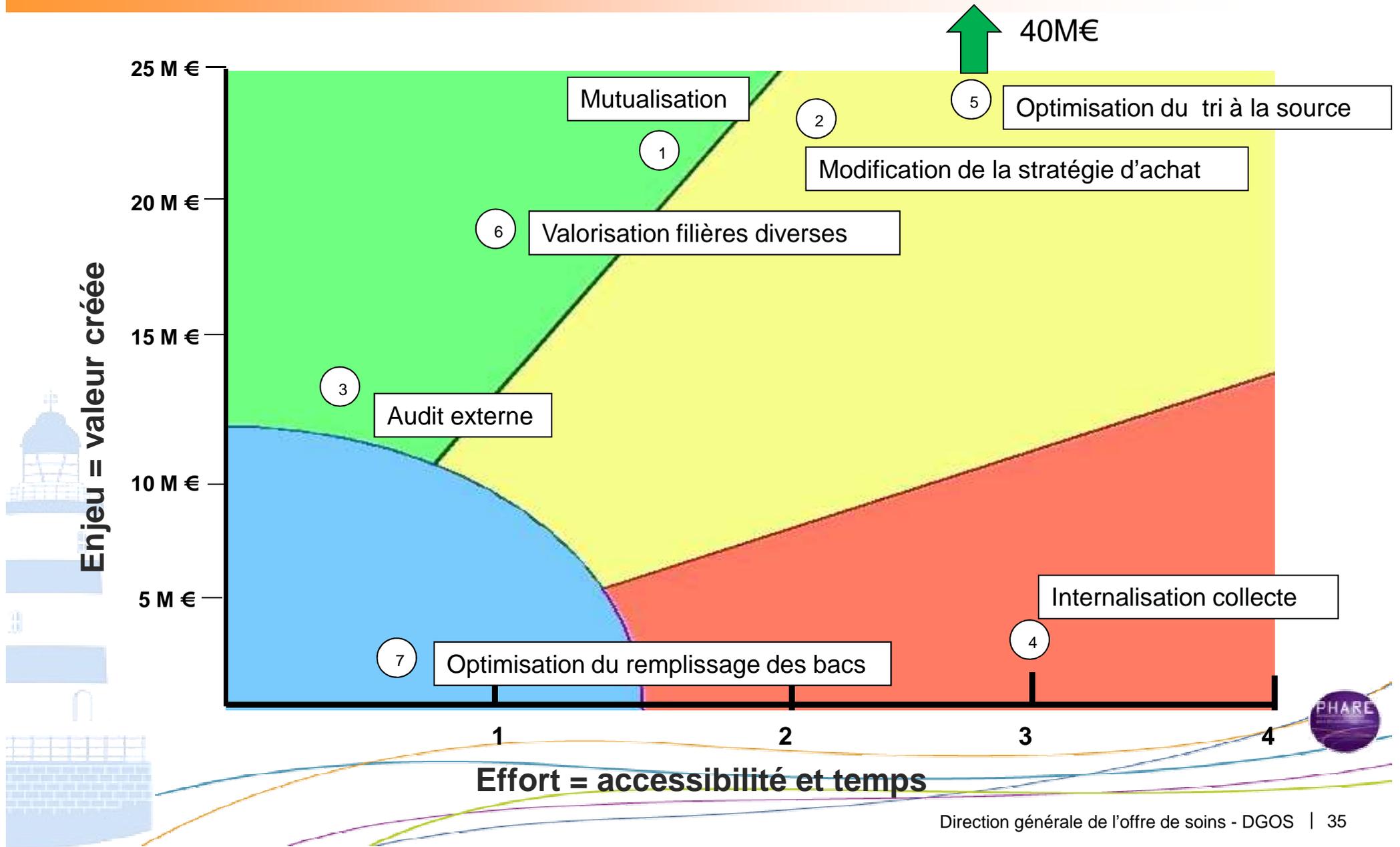
Tableau de synthèse des opportunités



Opportunité	Gain retenu en%	Gain national en €	Gain national en%
1) Mutualisation	25%	22,2M€	4%
2) Modification de la stratégie d'achat	25%	23,8M€	4%
3) Audit externe	10%	14,3M€	2%
4) Internalisation de la collecte	15%	2,9M€	0,5%
5) Optimisation du tri à la source	25%	35,8M€	6%
6) Valorisation des filières diverses	7%	19,4M€	3%
7) Contrôle et pesée des déchets	2%	0,3M€	0,1%

Soit 122M€ d'économie ou 19,5 % de gains

Matrice enjeux-efforts



En guise de conclusion... de bonnes résolutions...



Même si...

... les déchets n'ont pas toujours bonne image dans nos établissements au regard de ses autres activités

Même si...

... le marché est dominé par deux gros fournisseurs et si les marges de négociation restent faibles

Même si...

... les aspects psycho émotionnels nous conduisent à appliquer des principes de précaution parfois « coûteux »

Même si...

... il existe quelquefois des conflits d'intérêt entre « gains achats » et « comportement citoyen »

Même si...

... ça prend un peu d'énergie d'inventorier toutes ses filières pour ne pas payer inutilement ce qui n'est pas nécessaire

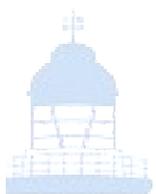
Il n'empêche que...

... **la gestion déchets est un enjeu majeur, aussi bien à court terme qu'à long terme**

Il n'empêche que...

... **gérer ses déchets, c'est facile et ça peut rapporter beaucoup et relativement vite**

Merci à tous ceux qui s'y mettront !



Merci aux établissements qui nous ont aidés!

CH Cannes	Hôpital de La Timone	Hôpital Nord	Hôpital de La Conception	Hôpitaux Sud	CH La Ciotat	CH Gap
CH Sisteron	CH Arras	CH de Thoissey	CH de Pont de Veyle	EHPAD La rivière d'argent	Centre Hospitalier Alès Cévennes	CHU de Nîmes
CHRU de Montpellier	CH Annecy	CH Drôme Nord	HCL	CH Montélimar	CH Pont-de-Beauvoisin	CH Vienne
CH Voiron	CH ANGOULEME	HOPITAUX DU SUD CHARENTE	Centre Hospitalier de CHÂTREAUNEUF SUR CHARENTE	CH LABAJOUDERIE	CENTRE HOSPITALIER DE NIORT	CH Nord Deux-Sèvres
Chu de Poitiers	Saintonge	CHU Nantes	CHU ANGERS	POLE SANTE SARTHE ET LOIR	Centre hospitalier C. GUERIN	CENTRE HOSPITALIER DE LOUDUN
CH Tarare	CENTRE HOSPITALIER ALPES ISERE	CHU GRENOBLE	CH Lens	CH Angoulême	GREDDHA pays de Loire	Groupement des hôpitaux Lorrains
Groupement 13	CH VDR	GDS Métropole Lilloise	Resah Languedoc Roussillon	CH Montperrin	UniHA	

