



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2018 –

**«LA GESTION DES DECHETS D'ACTIVITES DE
SOINS PRODUITS EN DEHORS DES
ETABLISSEMENTS SANITAIRES, REGARD SUR
L'ACTIVITE LIBERALE
ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES »**

Groupe n°6

Fabien COMAS
Jean-François GICQUEL
Isabelle FRAZIER
Guillaume HURET
Mathieu KLEIN

Ludovic MISCHLER
Nicolas ODON
Isabelle PERRIN
Corinne TROESCH

Animatrices

Michèle LEGEAS

Pauline ROUSSEAU- GUEUTIN

R e m e r c i e m e n t s

La réalisation de ce travail a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui nous voudrions témoigner toute notre reconnaissance.

Mesdames Michèle LEGEAS et Pauline ROUSSEAU GUEUTIN, animatrices du groupe, pour la qualité de leurs conseils et leur disponibilité dans un contexte de temps restreint.

Nous exprimons également notre reconnaissance à l'ensemble des professionnels qui ont accepté de participer à des entretiens, souvent dans l'urgence, et qui ont concouru à l'élaboration de ce travail.

S o m m a i r e

Introduction	5
Méthodologie	7
Partie 1 : la gestion des DASRI, état des lieux	9 _Toc514934097
1.1 Les déchets d'activités de soins : une définition large et non exhaustive	9
1.2 Identification des producteurs de déchets	10
1.3 Les DASRI, une filière soumise à une réglementation rigoureuse engageant divers acteurs	10
1.4 Un risque infectieux qui impose la nécessité d'une filière de traitement spécifique	12
1.4.1 Les étapes techniques de la filière	13
1.4.2 Un état des lieux rendu difficile du fait de données peu actualisées	15
Partie 2 : Retour sur la rencontre des acteurs intervenant dans la production et le traitement des DASRI	17
2.1. Synthèse de la coordination nationale sur la gestion des DASRI dans le secteur diffus... ..	17
2.2. les acteurs régionaux, un rôle intermédiaire.....	20
2.3. Au niveau opérationnel : les acteurs locaux.....	22
2.4. Eléments de comparaison : caractéristiques de la gestion des DASRI dans le milieu vétérinaire	23
Partie 3 : Des propositions favorisant la coordination entre les acteurs	25
3.1. Elargissement des compétences de DASTRI auprès des professionnels	25
3.2. L'extension de la coopération entre libéraux et établissements publics de santé.....	27
3.3. Une meilleure intégration des collectivités locales dans la prise en compte de la problématique spécifique des DASRI.....	28
3.4. Une campagne d'amélioration de la communication et de la sensibilisation des professionnels libéraux au tri des DASRI.	28
CONCLUSION.....	29

Liste des sigles utilisés

ADEME	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
AES	Accident d'exposition au sang
ARS	Agence régionale de santé
BAA	Boîte à aiguilles
DAS	Déchet d'activité de soins
DASRI	Déchet d'activité de soins à risque infectieux
DGCL	Direction générale des collectivités locales
DOM	Départements d'outre-mer
DROM	Département et région d'outre-mer
EHESP	Ecole des hautes études de santé publique
EPS	Etablissements publics de santé
MIP	Module interprofessionnel
NOTRe	Nouvelle organisation territoriale de la République
OPCT	Objet piquant coupant tranchant
PCT	Piquant coupant tranchant
PRPGD	Plan régional de prévention et de gestion des déchets
REP	Responsabilité élargie du producteur
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise

Introduction

Chaque année, dans le cadre de la médecine humaine ou vétérinaire, les établissements de santé, les professionnels libéraux et les laboratoires génèrent près de 170.000 tonnes de déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI). Ces déchets particuliers sont compris dans un ensemble de déchets d'activités de soins (DAS) qui peuvent être à risques (DASR). Or, la dénomination même de DASRI contient l'élément principal de la problématique qui lui est liée : **le risque infectieux**. Ainsi, un traitement inadapté des DASRI représente à la fois un risque de contamination des professionnels qui produisent ces déchets, mais également de ceux chargés de la collecte et de l'élimination des déchets, y compris ménagers, et un risque sanitaire pour la population, s'imposant alors comme un risque de santé publique.

Face à un risque qui, s'il se réalise, peut générer des conséquences graves, en termes de traitements prophylactiques préventifs ou de pathologies développées, pour une production qui n'est à priori ni quantitativement ni qualitativement significative (il est possible de s'interroger sur le caractère infectieux de certains DASRI et de leur traitement dans une filière particulière), le grand nombre de contraintes et de conditions matérielles, financières et réglementaires, interroge.

En effet, la gestion des DASRI est soumise à de nombreux textes réglementaires concernant le conditionnement des déchets, les modalités d'entreposage, les conditions de transport et les documents de traçabilité. L'article R.1335-2 du code de la santé publique précise par ailleurs que « *Toute personne qui produit des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés est tenue de les éliminer* ».

Les principaux producteurs de DASRI sont tout d'abord les établissements de soins, au sein desquels des procédures de gestion des déchets sont mises en œuvre depuis plus de 40 ans. La loi n° 75-633 du 15 juillet 1975 relative à l'élimination des déchets précise que l'établissement, et plus particulièrement son directeur, est responsable des déchets qu'il produit et qu'il est tenu d'en assurer l'élimination. Les établissements de santé sont donc de loin le premier producteur de DASRI en France et ils sont à même d'organiser efficacement le processus de tri et d'élimination. Or, il n'en n'est pas de même pour le secteur diffus.

En effet, un contexte lié à l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques (diabète, hépatite B, SIDA, cancer, ...), associé à l'éducation thérapeutique permettant le développement de l'auto-traitement et au virage ambulatoire, ont progressivement provoqué un déplacement partiel des déchets des établissements vers le milieu diffus, mouvement qui va aller en augmentant. En outre, si la prise du traitement produisant les DASRI est gérée à moyen et long terme par le patient lui-même, il est en dans un premier temps initié par un professionnel de santé, en établissement ou libéral, comme le médecin ou l'infirmier, chargé de transmettre les « bons gestes » et les connaissances suffisantes au patient afin d'assurer l'autonomie de sa prise en charge. Par ailleurs, les professionnels libéraux comme les dentistes, les infirmiers, les médecins ou les vétérinaires peuvent également produire des déchets dans le cadre de leur propre activité.

Or, les contraintes techniques liées à la gestion des DASRI s'accompagnent également de contraintes économiques, puisque le financement de la filière doit être pris en compte par ce secteur. Cela n'est pas sans conséquence à ce jour, sur la gestion du risque sanitaire. La contrainte légale et réglementaire est susceptible d'évoluer pour tenir compte du poids croissant de ces environnements de soins (domiciles des patients et cabinets libéraux), et des nouvelles responsabilités des professionnels qui en découlent (éducation thérapeutique et information des usagers).

Ainsi, l'élaboration de ce travail prend ancrage dans la problématique suivante : **dans quelles mesures les professionnels libéraux du secteur diffus assurent-ils une élimination conforme des DASRI ?**

Pour répondre à cette question, il conviendra de procéder à une analyse en trois parties : Une première partie développera l'état des lieux de la gestion des DASRI au niveau du territoire national. Une deuxième partie décrira le point de vue des professionnels impliqués dans cette filière. Enfin, une dernière partie décline un certain nombre de préconisations, reposant principalement sur la coordination entre les acteurs, permettant d'améliorer la filière de gestion des DASRI.

Méthode

Les travaux de groupes dans le cadre du MIP reposent sur le principe de **l'inter-filiarité**. Ils constituent « un temps de réflexion collective qui vise à faire percevoir l'intérêt des approches pluri professionnelles des problèmes et à initier des habitudes de travail concertées».

Nous nous sommes positionnés sur la thématique d'étude suivante : « *la gestion des déchets de soins produits en dehors des établissements sanitaires : quels problèmes, quelles pistes d'amélioration ?* »

Le groupe est ainsi composé d'élèves issus de différentes filières à savoir, un élève attaché d'administration hospitalière (AAH), deux élèves directeurs des soins (DS), trois élèves directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S), deux élèves directeurs d'hôpital (DH) et un élève ingénieur d'études sanitaires (IES). Les spécificités et la complémentarité de ces parcours ont été un atout dans l'approche de cette problématique de santé publique.

Compte tenu de conditions particulières en 2018 (mouvements sociaux, fermeture de l'EHESP, calendriers de stages et de formation), nous avons élaboré des outils partagés de travail : une boîte mail, un espace internet dédié et un accès à Skype accessibles à l'ensemble des membres du groupe, afin de garantir un contact permanent et une répartition pertinente du travail malgré la fermeture pour une semaine de l'EHESP. Nous avons également échangé physiquement, dans des configurations variables, selon nos disponibilités respectives.

Dans le même temps, les animatrices référentes du groupe nous ont accompagnées dans le travail d'identification des enjeux et des risques ainsi que dans la définition de la problématique.

A partir de ce cadrage nous avons défini nos angles d'approche et nous avons opté pour une déclinaison de la problématique à trois niveaux :

- Stratégique qui constitue le pilotage au niveau national, les ministères, l'ADEME, les conseils ordinaires,

- Intermédiaire qui représente la coordination en région, les ARS et les conseils régionaux,
- Opérationnel qui comporte les professionnels concernés, les producteurs et les responsables des filières de traitement de déchets.

Le choix du groupe s'est porté sur une étude basée sur des entretiens avec les principaux professionnels impliqués dans les trois niveaux d'études dans la gestion des déchets de soins produits en dehors des établissements sanitaires et des laboratoires (annexe 4). Nous avons également souhaité effectuer un comparatif avec le milieu agricole qui ne fait pas à proprement partie du champ de l'étude mais nous permettait d'élargir notre vision et d'alimenter des pistes en termes de préconisations.

Nous avons ensuite construit un calendrier prévisionnel, afin de respecter le temps imparti pour effectuer ce travail et de nous organiser de manière efficiente.

Malgré un travail à distance inhérent à la fermeture de l'école et à la phase d'investigation programmée sur tout le territoire français, le groupe a réussi à maintenir une réelle dynamique de travail collective. Les échanges, nombreux, enrichissants et productifs ont permis d'aboutir à une analyse partagée par tous les membres du groupe. Un contact régulier et la disponibilité des animatrices ont permis une avancée cohérente et continue de ce travail.

Partie 1 : la gestion des DASRI, état des lieux

La gestion des déchets est un domaine complexe mobilisant de nombreux acteurs. Le travail présenté ci-après est centré sur la gestion des déchets d'activité de soins produits dans le secteur diffus. Afin de circonscrire plus finement l'objet de celui-ci, nous nous sommes intéressés dans un premier temps à la typologie, les producteurs, les filières de traitement et le cadre réglementaire entourant ces déchets afin de dresser un état des lieux en France.

1.1 Les déchets d'activités de soins : une définition large et non exhaustive

L'article R. 1335-1 du code de la santé publique définit les déchets d'activités de soins comme « *les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire* ». Ces déchets peuvent présenter divers risques (infectieux, chimiques et toxiques, radioactifs, mécaniques) à la fois pour les patients, le personnel de soins, les agents chargés de leur transport et de leur élimination et représentent également un risque pour la population et l'environnement.

Ce même article précise que, les DASRI sont les déchets qui :

« *Soit présentent un risque infectieux du fait qu'ils contiennent des microorganismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants ;*

« *Soit, même en l'absence de risques infectieux, relèvent de l'une des catégories suivantes :*

- *Matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique, (ex: lancettes, auto piqueurs à usage unique, barillets à lancettes, aiguille pour stylo, aiguille seule, micro perfuseurs, sets de transferts, cathéters, seringues)*

- *Produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption,*

- *Déchets anatomiques humains, correspondant à des fragments humains non aisément identifiables. »*

Cette définition, ne fixe donc aucune liste réglementaire limitative des produits entrant dans la catégorie des DASRI. La démarche repose donc sur une évaluation a priori du risque infectieux par le Haut conseil de la Santé publique (comme pour les objets tranchants, perforants et coupants) mais a également a posteriori par l'interprétation in fine des professionnels concernés producteurs de déchets.

Cependant, afin de rendre plus concrète la définition ci-dessus, certains organismes comme le Comité international de la Croix-Rouge ont établi des classifications (annexe 1).

1.2 Identification des producteurs de déchets

L'article L.541-10 du code de l'environnement précise que, comme pour l'ensemble des déchets, le producteur est responsable de son élimination. La législation indique en outre qu' « *Est considéré comme producteur de déchets tout professionnel exerçant une activité produisant des déchets* ». En complément de cette définition large, une systématisation est cependant possible (Annexe 2).

Deux types d'intervenants sur les déchets peuvent être distingués : le producteur initial de déchets d'une part, et d'autre part le manipulateur de déchets qui effectue des opérations de collecte et de traitement conduisant à un changement de la nature ou de la composition de ceux-ci.

Parallèlement, deux secteurs principaux de production de déchets d'activité de soins peuvent être distingués : le secteur majoritaire, qui est constitué par les établissements de santé, et le secteur dit « diffus », avec une production de déchets par les professionnels libéraux du secteur médical, de santé animale, de sécurité et de secours mais également par les particuliers, comme les patients en auto traitement.

1.3 Les DASRI, une filière soumise à une réglementation rigoureuse engageant divers acteurs

Il existe trois types de filière spécifiques de collecte et de traitement des DASRI : une filière pour les établissements de soins, pour le secteur professionnel diffus et pour les patients en auto traitement.

Pour les établissements de soins et le secteur diffus, l'article R. 1335-2 du code de la santé publique dispose que : « *Toute personne qui produit des déchets définis à l'article R. 1335-1 est tenue de les éliminer. Cette obligation incombe :*

1° A l'établissement de santé, l'établissement d'enseignement, l'établissement de recherche ou l'établissement industriel, lorsque ces déchets sont produits dans un tel établissement ;

2° A la personne morale pour le compte de laquelle un professionnel de santé exerce son activité productrice de déchets ;

3° Dans les autres cas, à la personne physique qui exerce à titre professionnel l'activité productrice de déchets ». Le producteur de DASRI est responsable de l'organisation de l'élimination desdits déchets (y compris sur le plan financier) et de la réparation du manquement à cette obligation.

Le non-respect de ce principe peut également constituer un manquement à une obligation déontologique.

En revanche en ce qui concerne les patients en auto-traitement, le principe est celui de la « personne responsable de l'élimination » dans le circuit. Cette personne est distincte du producteur de déchets à risque infectieux.

La détermination de la personne responsable dans le traitement des DASRI apparaît à l'article L.4211-2-1 du code de la santé publique :

« I. -Pour l'application de l' article L. 541-10 du code de l'environnement , les exploitants ou importateurs de médicaments, les fabricants ou leurs mandataires, distributeurs ou importateurs de dispositifs médicaux ou de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro qui fabriquent, importent ou introduisent sur le marché national des matériels ou matériaux, associés ou non à un médicament ou à un dispositif médical ou à un dispositif médical de diagnostic in vitro dont l'utilisation conduit directement à la production de déchets d'activités de soins à risque infectieux perforants par les patients en auto-traitement et les utilisateurs des autotests mentionnés à l'article L. 3121-2-2, assurent la prise en charge de la collecte et du traitement des déchets issus de ces produits de santé. »

Ici on parle de responsabilité élargie du producteur (REP) : c'est celui qui met le produit sur le marché qui finance la collecte et le traitement des DASRI.

Dans le cadre de la gestion des DASRI, l'article R 1335-4 du code de la santé publique prévoit la possibilité pour le professionnel de santé du secteur diffus de recourir à un tiers pour la prise en charge d'une partie de processus de gestion des DASRI. Ceci est une différence notable avec les particuliers qui doivent pouvoir recourir à une filière de ramassage mise à disposition gratuitement (article R. 1335-8-2 du code de la santé publique) et dont la collecte est organisée et centralisée par un éco-organisme agréé par le ministère de la santé publique, conformément à l'article R. 1335-8-8 du code de la santé publique. Cet organisme est depuis 2011 le DASTRI.

En outre, une convention avec un prestataire n'impliquera pas nécessairement un transfert de responsabilité. Aussi, un manquement n'engagera la responsabilité du tiers qu'à condition de bien identifier les obligations qui incombent au prestataire.

1.4 Un risque infectieux qui impose la nécessité d'une filière de traitement spécifique

La réglementation liée à la gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux, repose sur deux pans de la législation : celle du code de la santé publique et celle de l'environnement. Si, historiquement, le critère de risque sur la santé publique a prédominé, il existe aujourd'hui une volonté d'intégrer cette filière dans une politique plus globale de gestion des déchets ayant un impact sur l'environnement, comme a pu le montrer la dernière loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 en accentuant les renvois au code de l'environnement.

Néanmoins, le risque infectieux pour la santé publique est aujourd'hui encore un critère déterminant qui justifie une réglementation et des dispositions dérogatoires spécifiques, inscrites dans le code de la santé publique. Cette dualité transparait dans le jeu de renvois des deux codes concernés.

Ainsi, le critère de dangerosité du risque infectieux et l'impact des DASRI sur l'environnement et la sécurité des personnes exposées par la manipulation des déchets, justifient l'existence et le respect d'un circuit d'élimination particulier.

1.4.1 Les étapes techniques de la filière et la réglementation afférente

Un tri fiable et durable dans le temps doit répondre à cinq critères : la simplicité tant pour la typologie que pour la compréhension, la sécurité pour la population et les professionnels, la cohérence, la stabilité dans le temps et un suivi régulier pour assurer la conformité.

Les déchets sont emballés dans des contenants de couleur jaune selon leur nature : dans des récipients étanches et imperforables pour les tranchants- coupants-piquants, dans des sacs étanches et résistants pour les autres déchets.

Pour ce qui est du stockage, dans le cas où les quantités sont inférieures à 15kg/mois, les déchets sont entreposés dans une zone intérieure répondant à des caractéristiques réglementaires optimales de sécurité et de conservation et adaptées pour le stockage. Les emballages non autorisés pour le transport sur la voie publique au titre d'un arrêté du 29 mai 2009 relatif au transport de marchandises dangereuses par voies terrestres (dit « arrêté TMD ») doivent être placés dans des emballages homologués. Si les quantités sont supérieures à 15kg/mois, les locaux sont réservés à l'entreposage des déchets. Ces locaux ne peuvent recevoir que des déchets préalablement emballés conformément à un arrêté du 24 septembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine.

La distinction entre les emballages contenant des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et les emballages contenant d'autres types de déchets doit être évidente.

Une collecte est alors organisée dans ces entrepôts. Il existe 2 types de collecte : celle réalisée par une entreprise spécialisée, qui récupère les déchets à fréquence définie après une contractualisation entre le producteur et l'entreprise, et celle réalisée par le producteur

lui-même et déposée par ses soins dans des endroits dédiés. Dans les deux cas le transport doit se faire selon des règles strictes d'hygiène afin de prévenir d'éventuelles contaminations. Le transporteur doit remplir des conditions d'habilitation professionnelles. Il assure également un suivi précis de son activité.

Enfin le traitement des déchets consiste, selon l'article R.1335-8 du code de la santé publique, au traitement soit par incinération spécifique dans des centres agréés, soit par prétraitement par désinfection avant élimination (DASRI banalisés assimilables aux ordures ménagères).

Ces procédés de prétraitement visent à modifier l'apparence des déchets (le plus souvent par broyage) et à réduire la contamination microbiologique (le plus souvent par élévation de la température) dans le but de rendre les DASRI désinfectés assimilables aux déchets ménagers. Les déchets ainsi prétraités peuvent être éliminés soit par incinération, soit par transfert dans une installation de stockage de déchets non dangereux (ISDND), selon les modalités habituelles relatives aux déchets non dangereux de toutes origines. Un décret récent de 2016 a prévu une nouvelle procédure d'agrément des appareils utilisés dans le cadre du prétraitement. Un projet d'arrêté interministériel est en cours de rédaction pour viser à la valorisation des déchets obtenus après ce prétraitement.

La traçabilité est permise par l'élaboration de bordereaux au moment de la collecte ainsi qu'à celui de l'arrivée au centre de traitement, avec retour au producteur du déchet. L'obligation de tenir le bordereau repose sur le producteur.

La réglementation en matière de traitement des DASRI prévoit des régimes distincts selon la quantité produite. Ainsi, plus la quantité produite est faible plus les normes à appliquer sont assouplies. Ces allègements peuvent être importants notamment sur des points critiques du processus d'élimination des DASRI (aménagement et délais de stockage, véhicule pour le transport etc.).

La grande majorité des professionnels, produisant des quantités réduites de déchets, relève d'un régime de collecte plus adapté. En revanche, si ce régime adapté permet de diminuer les frais de gestion des DASRI pour un professionnel exerçant en milieu libéral, il ne

l'exonère pas d'un suivi continu ne serait-ce que pour anticiper une modification ou augmentation de l'activité qui impliquerait un changement de régime.

1.4.2 Un état des lieux sur le gisement et les pratiques rendu difficile du fait de données peu actualisées

Les installations

Il existe 77 installations de traitement de DASRI sur le territoire métropolitain, dont 71 en fonctionnement. 32 installations de traitement par incinération et 39 installations de prétraitement par désinfection, représentant une augmentation de 3% par rapport à 2011. L'augmentation des capacités techniques disponibles des installations de traitement est de + 4 500 t, soit une augmentation de 2% par rapport à 2011 corrélée avec la croissance du nombre d'installations.

Les gisements

En 2012, la quantité de DASRI traitée en France était de 170 000 tonnes, représentant une hausse de 5% des déchets traités par rapport à 2008. Cependant, comme le précise l'ADEME (une agence déconcentrée de l'Etat qui a notamment en charge la coordination et la surveillance de la gestion des déchets sous un prisme écologique), il est à noter que « les données de 2012 ne sont pas complètes par manque d'informations ». Force est de constater qu'à l'heure actuelle, il est difficile d'obtenir un état des lieux actualisé et fiable de la gestion des DASRI en France. La dernière enquête de l'ADEME, réalisée en 2012 et diffusée en 2013, fait le constat de la difficulté de l'obtention des connaissances exhaustives de tous les gisements de DASRI en France, avec des informations très disparates entre les régions et très peu de retour via les ARS fait de la surveillance du risque sanitaire. L'évaluation de ces gisements reste donc très imparfaite. L'ADEME estime le tonnage du secteur diffus entre 9 000 et 13 000 tonnes par an.

Elle se base également sur les informations des plans régionaux de prévention et de gestion des déchets (PRPGD), sur les données provenant des ARS, sur le calcul de ratio par région. Ce dernier est issu des données relatives à une production moyenne par type de producteurs rapportés aux données de référence de la base STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social).

La production potentielle de DASRI en France métropolitaine présentée dans le cadre de l'étude de l'ADEME est, selon les estimations, de 2,65 kg/hab/an.

Le taux de captage

Le taux de captage est le rapport entre les quantités régionales traitées quelle que soit la destination et le gisement de DASRI potentiellement produits en région. Il permet d'évaluer la part de déchets traités selon des conditions techniques adéquates et conformes réglementairement.

Des régions de métropole et 2 DROM, sur les 25 anciennes régions, présentent des taux de captage supérieurs à 100%. Deux anciennes régions en particuliers, Centre et Nord-Pas-de-Calais, ont un taux de captage dépassant 150%. En dehors de ces régions, cet indicateur permet de mettre en évidence les faibles écarts entre les régions (annexe 3).

Ces écarts entre le gisement de DASRI potentiellement produits et les quantités régionales de DASRI réellement traités peuvent être liés à plusieurs facteurs : une sous-estimation du gisement de DASRI produits, un sur-tri des producteurs par une orientation de certains déchets non DASRI (emballage de seringue, par exemple) vers cette filière spécifique, une erreur de la part des exploitants des installations de traitement sur l'origine régionale des flux de DASRI traités.

Ce premier panorama permet de faire ressortir que les quantités de DASRI traitées se stabilisent autour des 170 000 tonnes par an et que les installations techniques pour les prendre en charge sont globalement en surcapacité. 10 % des déchets produits dans une région ont été traités dans une autre. Une meilleure gestion des DASRI au sein même du territoire national permettrait de diminuer les flux de DASRI interrégionaux et d'augmenter le taux d'activité car un grand nombre de régions a un taux d'activité inférieur à 70%. Le recours à l'incinération, s'il reste majoritaire avec un taux de recours de 83 %, a perdu 10 % depuis 1994 au profit du traitement par désinfection avant élimination par incinération ou enfouissement.

Malgré ces données, il reste délicat d'obtenir des chiffres qui permettent de différencier le secteur diffus et les centres de soins, même s'il est possible d'individualiser la part de la filière des patients en auto-traitement.

Partie 2 : Retour sur la rencontre des acteurs intervenant dans la production et le traitement des DASRI

2.1. Synthèse de la coordination nationale sur la gestion des DASRI dans le secteur diffus.

La poursuite d'un objectif commun de sécurité sanitaire dans la gestion des DASRI est partagé même s'il est examiné au regard des contraintes et des priorités de chaque département ministériel. Ainsi, compte-tenu de sa place centrale en matière de déchets produits (environ 80%), une attention particulière est portée à l'égard des établissements de santé. Cependant, la mise en œuvre de la responsabilité étendue du producteur (REP) pour les dispositifs PCT et l'agrément de l'éco-organisme DASTRI ont permis de développer en quelques années une collecte et une élimination efficaces de ces DASRI générés par les patients en auto-traitement, ainsi que des actions de communication.

Les professionnels de santé libéraux ne relèvent pas d'une filière similaire. Dès lors, la structuration et l'animation de la filière sont restées dépendantes de l'action des services déconcentrés et de la détermination d'une politique locale de contrôle, d'information et de sensibilisation. De plus, l'enjeu sanitaire hors établissement de soins des DASRI "mous", porteurs potentiels de germes pathogènes, paraît avoir été peu exploré et en tout cas jugé peu significatif.

Pour les OPCT utilisés par les patients en auto-traitement, l'éco-organisme DASTRI est considéré comme efficace dans l'organisation de la collecte des 1700 tonnes de déchets perforants, coupants et tranchants grâce à des points de collecte très nombreux (17 000). L'éco-organisme intervient à trois niveaux :

- en fournissant aux pharmacies des boîtes à OPCT qu'elles proposent aux patients ;
- en développant un réseau de points de collecte, composé principalement d'officines (34% des pharmacies environ sont des points de collecte) ;
- en contractant avec des entreprises au niveau territorial (territoire des anciennes régions) qui sont chargées de fournir une prestation intégrée comprenant à la fois la collecte et

l'élimination des DASRI PCT, à charge pour elles de contracter avec les opérateurs (notamment les centres de traitement des déchets). Ces opérateurs font l'objet de contrôles sur pièces et sur place par DASTRI et des sociétés d'audits privés.

Les différences de performance de la collecte entre régions sont dues à la préexistence de filières de collecte et d'élimination locale, mais également à des contextes géographiques et sociologiques locaux particuliers ainsi qu'à une évaluation a priori du tonnage qui reste imparfaitement fiable.

Pour le secteur diffus, les professionnels libéraux ont la liberté de contracter avec n'importe quel organisme habilité sous réserve de pouvoir présenter les bordereaux de suivi des déchets. Une liberté d'appréciation de ce qui relève d'un caractère infectieux ou non est également laissée au professionnel en ce qui concerne les déchets "mous". Cette appréciation se fait selon les recommandations de bonnes pratiques, et notamment de celles émanant du Haut conseil en santé publique.

DASTRI fait état d'une porosité entre les secteurs professionnels et particuliers dans la mesure où les professionnels peuvent parfois utiliser les collecteurs DASRI des particuliers pour leurs propres déchets.

Un des objectifs à ce jour des administrations centrales est de faire face à la complexification des dispositifs médicaux (ajouts de composants électroniques, par exemple dans le traitement du diabète), dans le cadre d'un équilibre à trouver entre leur élimination et leur valorisation. Le ministère de la santé souhaite favoriser des activités innovantes et assurer la sécurité sanitaire, telle l'expérimentation intervenue à l'hiver 2017 dans deux régions (Rhône-Alpes Auvergne et Nouvelle Aquitaine) à l'occasion de laquelle les pharmaciens d'officine ont vacciné la population contre la grippe saisonnière en organisant la prise en charge des DASRI par DASTRI.

Les nouveaux dispositifs médicaux contiennent des matières qui peuvent entrer dans une filière différente de celle des DASRI : ainsi, la pile d'un DASRI doit faire l'objet d'un recyclage, alors que tout DASRI doit être éliminé (la directive européenne D3E écarte cependant aujourd'hui les obligations de recyclage des produits de soins). Le risque de complexification du geste de tri pour le patient est important et peut nuire à la collecte.

L'équilibre est délicat, entre une logique portée par le ministère chargé de l'écologie visant à faire entrer dans l'économie circulaire ce qui ne va pas relever d'un danger infectieux, et celle portée par le ministère chargé de la santé, de ne pas désorienter des patients, afin d'assurer une sécurité sanitaire suffisante qui serait mise à mal, si le patient collectant ses DASRI ou les opérateurs de collecte devaient ouvrir les BAA pour trier les éléments recyclables.

Par ailleurs, les pharmaciens d'officine, qui vaccinent dans l'expérimentation évoquée plus haut, produisent des DASRI et devraient donc procéder à leur collecte et à leur élimination dans les mêmes conditions que tout autre professionnel de santé libéral. Le ministère chargé de l'écologie est ainsi vigilant à ce que les pharmaciens, rémunérés pour leur action de vaccination, restent considérés comme des producteurs de DASRI devant organiser leur élimination, malgré le cadre exceptionnel de cette expérimentation.

Une généralisation de cette expérimentation créerait une distorsion entre les professionnels libéraux, les médecins ou les infirmiers. Ceux-ci, étant susceptibles de demander à bénéficier, au même titre que les pharmaciens, de la prise en charge à titre gratuit de leurs DASRI PCT par DASTRI. Or, l'augmentation de l'activité induite générerait des coûts supplémentaires devant être supportés par les producteurs de médicaments et de DM dans le cadre de la REP, ce qui paraît peu acceptable par les entreprises concernées et présente le risque de déstabiliser profondément la filière, comme le souligne à juste titre le ministère chargé de l'écologie.

Les collectivités locales sont concernées dans la mesure où le secteur diffus fait entrer dans la filière des ordures ménagères les déchets DASRI « mous ». Du point de vue de la planification, c'est au conseil régional que celle-ci incombe depuis la loi du 7 août 2015, portant sur la loi NOTRe, alors que les départements en étaient préalablement chargés. Cependant, très peu de régions ont effectivement réalisé ces schéma et plan (Schéma Régional d'Aménagement, de Développement Durable et d'Égalité des Territoires (SRADDET)) et un Plan régional de prévention et de gestion des déchets (PRPGD). Les régions sont en train d'élaborer ces documents de planification mais sans certitude que la question des DASRI soit spécifiquement traitée.

2.2. les acteurs régionaux, un rôle intermédiaire

Dans les documents de planification de gestion des déchets évoqués plus haut, le constat établi par la DGCL se retrouve en région. En effet, peu de schémas de prévention des déchets ont été finalisés suite à la loi NOTRe et à ce jour la gestion des DASRI n'est pas vraiment individualisée.

Ainsi, le PRPGD de la région Grand Est vise à coordonner, à l'échelle régionale, les actions entreprises par l'ensemble des parties concernées par la prévention et la gestion des déchets, sur une période de 12 ans. Concernant les DASRI, une commission de travail spécifique au sein du conseil régional sur les déchets dangereux a été créée sans que des conclusions aient été tirées à ce jour. Aujourd'hui, la gestion des DASRI dans le secteur diffus n'est pas un enjeu spécifique.

En effet, la problématique dans la région a été abordée de manière globale sur l'ensemble des déchets sanitaires en concertation avec l'ARS, l'éco organisme DASTRI et les professionnels de santé.

Aujourd'hui la difficulté réside dans le fait de disposer d'un diagnostic territorial initial exhaustif en la matière qui permettrait d'élaborer une stratégie performante et opérationnelle dans ce domaine.

Par ailleurs, la réduction des impacts environnementaux et l'économie circulaire, plus que l'impact sanitaire, constituent un objectif majeur de la politique de la région Grand Est.

L'ordre des pharmaciens a pu nous rappeler les missions assurées par ses professionnels à savoir :

- ✓ La distribution gratuite des boîtes à aiguilles aux patients
- ✓ La collecte et le traitement de ces boîtes remplies d'OPCT
- ✓ La diffusion de l'information relative à cette filière exclusivement dédiée aux patients et non aux professionnels libéraux

L'activité principale se concentre autour des patients en auto traitement et des relations avec l'éco-organisme DASTRI. La mise en place du réseau repose sur les officines qui souhaitent devenir des points de collecte par une déclaration à l'ARS. L'objectif est une couverture de l'ensemble du territoire national.

Si le réseau ainsi constitué ne permet toujours pas de répondre aux objectifs fixés par le législateur, les préfets de région, sur proposition des ARS désigneront des points de collectes complémentaires. En 2018, en France il y a environ 17 000 points de collecte, ce qui permet d'assurer un maillage très important du territoire.

Mais ce réseau de collecte ne concerne pas les professionnels libéraux pour lesquels les pharmaciens ne sont pas impliqués directement. Ce réseau de collecte est basé sur l'apport volontaire des patients et leur compréhension à trier et acheminer leurs déchets de soins vers les officines.

En ce qui concerne les **Établissements publics de coopération intercommunale**, dans la région Hauts-de-France, à la question de savoir si une coordination du traitement des déchets d'activités de soins existent, la réponse est négative. Les principales communautés d'agglomération mettent en avant leur rôle dans la gestion des déchets ménagers, mais refusent d'assumer la responsabilité des DASRI, même si ceux-ci proviennent du secteur diffus.

Deux réflexes habituels des agents contactés : redirection vers le centre hospitalier du secteur géographique, qui naturellement est le plus gros producteur de DASRI, ou conseil de contact auprès des prestataires privés prenant en charge la collecte et/ou le traitement de ces déchets.

Après interrogation de centres hospitaliers, ceux-ci refusent majoritairement de prendre en charge la collecte des DASRI du secteur diffus. Seul le CH de Roubaix réceptionne ponctuellement des déchets de quelques médecins de ville, mais pour des volumes insignifiants. Les établissements mettent en avant leur filière de gestion des DASRI, mais insistent bien sur le fait qu'il ne s'agit que de leurs propres déchets.

Les **ARS**, quant à elles, concentrent leur action sur l'inspection et le contrôle des établissements de soins qui sont à l'origine des DASRI et peuvent intervenir indirectement sur ce sujet dans le secteur diffus dans le cadre de la surveillance du risque sanitaire. Cependant, certaines régions indiquent mettre en œuvre des actions de sensibilisation auprès des libéraux par l'intermédiaire des ordres professionnels par exemple en coordination avec d'autres acteurs (par exemple en Occitanie en appui d'un observatoire élaboré avec le conseil régional et la CARSAT).

2.3. Au niveau opérationnel : les acteurs locaux

Afin de recueillir des éléments factuels, nous avons menés différents **entretiens auprès de 3 infirmières libérales, 1 médecin libéral, et 1 dentiste**. Le choix de ce panel a été motivé par la volonté d'obtenir un reflet des différents acteurs du secteur diffus en considérant toutefois que le nombre d'entretiens réalisés ne permet pas d'obtenir un reflet exhaustif des pratiques de terrain. Un guide d'entretien a été élaboré par le groupe de travail et les entretiens ont été réalisés par 4 membres du groupe.

Nous avons demandé la description du « **parcours** » **des DASRI**. Le dentiste, exerçant en cabinet, a connaissance de la filière de traitement et met en œuvre la réglementation. Les médecins libéraux indiquent une faible réalisation d'actes générateurs de DASRI et l'un d'eux précise que lorsqu'il les réalise au domicile, c'est le patient qui réalise l'évacuation du dispositif. Les infirmières libérales évoquent toutes les dispositifs permettant l'élimination des OPCT et une élimination des DASRI mous avec les ordures ménagères.

Concernant le **coût d'élimination**, celui-ci est connu par le dentiste, mais les infirmières mentionnent un coût nul depuis la mise en place des relais de collecte au sein des pharmacies pour les patients en auto-traitement.

Le **risque de contamination** est le risque principal identifié et assimilé au risque infectieux et d'AES pour les infirmières. En revanche, pas de risque identifié pour le dentiste.

Les différents professionnels indiquent **connaître la réglementation** et ont acquis leurs connaissances au cours de leurs formations initiales ou professionnelles, de leur affectation précédente ou par le biais d'informations diffusées par un syndicat pour le dentiste. Les organismes et l'éco-organisme DASTRI ne sont pas connus, à l'exception de celui avec lequel un contrat a été signé.

Les professionnels exerçant en cabinet ne donnent pas **d'informations aux patients** accueillis alors que les infirmières fournissent une information variable ayant pour thème principal l'évacuation des DASRI.

Les **axes d'amélioration** concernent l'information aux patients. La principale limite évoquée est liée au financement de cette filière pour laquelle un financement par les professionnels ne semble pas adapté selon une infirmière rencontrée.

Afin d'explorer les filières proposées aux professionnels libéraux une rencontre avec **un prestataire de collecte privé** a été organisée.

Les conteneurs de collecte sont facturés aux professionnels, à titre d'exemple, un container carton de 50 litres coûte 18 euros et un container aiguille de 10 litres coûte 15,50 euros.

Nos entretiens nous ont permis de reconstituer un exemple de circuit de collecte des DASRI pour les professionnels. Ceux-ci nous ont indiqué qu'ils achètent des collecteurs vides (cartons ou boîtes) et les ramènent lorsqu'ils sont pleins à une périodicité définie selon le volume de déchets produits, puis ils les placent dans la benne de stockage fermée à clé du prestataire. La benne est vidée deux fois par mois manuellement et les déchets sont acheminés par la route dans un véhicule conforme à la réglementation vers le centre de traitement agréé par la préfecture. Une convention est signée, rappelant les engagements réciproques et la réglementation en vigueur. Un prestataire peut travailler avec jusqu'à 100 professionnels dont principalement des médecins et infirmiers libéraux qui sont les plus importants producteurs de DASRI, avec les tatoueurs et parfois des esthéticiennes. Le prestataire entre 160 et 300 litres de déchets par mois.

Un bilan d'activité annuel est effectué par le prestataire et un bordereau de traçabilité de dépôt transmis au professionnel mensuellement.

2.4. Eléments de comparaison : caractéristiques de la gestion des DASRI dans le milieu vétérinaire

L'exercice en cabinet génère une quantité importante de DASRI : La production de DASRI n'a pas pu être quantifiée par le vétérinaire interrogé mais était estimée importante étant donné que le vétérinaire exerçait dans un cabinet avec 6 autres confrères. Cette forme d'exercice en cabinet avec un nombre important de collaborateurs est très répandue chez les vétérinaires et peut expliquer une production importante de DASRI.

La chirurgie animale comme activité la plus productrice de DASRI : De façon plus ciblée, il ressort de l'entretien que l'activité de chirurgie animale est la plus productrice de DASRI en raison de l'utilisation importante d'objets piquants, coupants et tranchants d'une part et ensuite par la production de bandes et pansements lors de l'opération. Il est important de souligner que parmi les nombreux libéraux du secteur diffus, les vétérinaires sont probablement ceux qui pratiquent le plus d'interventions chirurgicales.

Une obligation d'information importante au sujet des DASRI : Les entretiens (aussi bien avec le vétérinaire qu'avec le conseil régional de l'Ordre) soulignent que la mission d'information des vétérinaires à destination des propriétaires d'animaux est prise avec sérieux en ce qui concerne le tri des DASRI, notamment auprès des éleveurs professionnels.

On peut d'abord expliquer cela en raison de la mission de santé publique des vétérinaires sur la prévention des épidémies dans les troupeaux, mais surtout par leur relation étroite avec les éleveurs et la conscience que ces derniers ont besoin d'un appui technique sur une question qu'ils ne maîtrisent pas forcément sur tous les points. Il convient d'observer qu'un vétérinaire peut intervenir plusieurs fois par mois, voire par semaine sur un même élevage. Enfin, un dernier élément peut témoigner de cette réalité : il arrive souvent que les soins prodigués par l'éleveur sur un animal ne soient que le prolongement du traitement initialement effectué par le vétérinaire et ce dernier reste toujours soucieux de l'issue du traitement (santé de l'animal et élimination des déchets de soins). L'obligation d'information est importante du point de vue déontologique dans la mesure où, dans le cadre spécifique de la santé des animaux, les vétérinaires possèdent une « double casquette » ; ils sont à la fois les médecins et les pharmaciens.

Une bonne relation avec les sociétés en charge de la collecte des DASRI : Sur la question de l'existence d'éventuelles difficultés dans la collecte des DASRI, notamment avec les sociétés partenaires dans la collecte des DASRI, la question est clairement négative. Il s'agit en effet de sociétés qui possèdent déjà de compétences avérées dans la collecte d'autres déchets vétérinaires comme les cadavres d'animaux et qui sont déjà contractuellement engagées avec les vétérinaires. On souligne aussi le fait que lorsque le ramassage des DASRI ne constitue qu'une prestation annexe à d'autres types de collectes, le montant de la facture de ramassage des DASRI est moins élevé.

Partie 3 : Des propositions favorisant la coordination entre les acteurs

Les entretiens conduits dans le cadre de notre étude auprès des ministères intéressés par la problématique des DASRI et auprès de l'éco-organisme ont amenés à discuter deux grands types de propositions : une proposition conduisant à élargir le champ d'intervention de l'éco-organisme DASTRI auprès des professionnels libéraux de santé ou d'organiser cela en élargissant la REP aux médicaments et DM utilisés par les professionnels libéraux. Une autre proposition consiste dans le fait de favoriser l'investissement territorial des établissements de santé dans une démarche de regroupement des DASRI produits par les professionnels libéraux.

3.1. Elargissement des compétences de DASTRI auprès des professionnels

DASTRI a sensiblement pu améliorer au cours des dernières années la collecte et l'élimination des DASRI des patients en auto-traitement, tout en présentant un coût maîtrisé. Le développement territorial de points de collecte (plus de 17 000) nous a paru également une base solide pour permettre aux professionnels libéraux de disposer en proximité d'une collecte des DASRI générés par leur activité. L'expérimentation réalisée pour la campagne de vaccination grippale pour l'hiver 2017 montre à ce stade une efficacité de ce type de modèle.

Il n'en demeure pas moins qu'une attention particulière doit être réalisée sur les points suivants :

- la nécessité de faire évoluer le cadre réglementaire applicable à la REP des metteurs de produits sur le marché. En effet, les producteurs pourraient être réticents à l'idée de supporter un coût supplémentaire au titre de l'organisation de l'élimination des DASRI qui est de fait supporté à ce jour par les professionnels de santé. Le nouveau cadre réglementaire portant sur les obligations des professionnels libéraux de santé, en leur imposant le recours à un éco-organisme agréé, pourrait également susciter des réticences du fait de l'absence de leur participation aux orientations de l'éco-organisme. De même, un nouveau cadre réglementaire serait sans doute l'occasion de déterminer si les seuls DASRI PCT sont concernés ou si cela englobe aussi, compte tenu de l'enjeu sanitaire, les déchets «

mous ». En tout état de cause, la thématique des DASRI ne figurant pas dans la Feuille de route du ministère chargé de l'écologie et ce dernier estime cette piste de réflexion comme étant à ce stade peu crédible ;

- des difficultés opérationnelles existent : les officines de pharmacie, qui représentent l'immense majorité des points de collecte, seraient confrontées à une quantité de DASRI à stocker plus importante et, dans un cadre réglementaire inchangé au regard des responsabilités des professionnels libéraux dans le suivi de l'élimination de leurs déchets, elles devraient permettre d'assurer la traçabilité des déchets produits par chacun desdits professionnels. Cela nécessiterait ainsi des moyens logistiques et humains importants et suffisants pour qu'une telle mesure puisse être envisagée ce qui pourraient renchérir un coût de gestion aujourd'hui raisonnable ;

- les acteurs existant actuellement sur le marché des professionnels de santé libéraux pourraient voir leur activité menacée et estimer que l'extension envisagée met en jeu la pérennité de leur modèle économique et les règles de la libre concurrence.

Il ressort de nos entretiens une grande prudence quant à l'élargissement de la filière REP à d'autres acteurs, compte-tenu de son mode de financement et des implications que cela aurait auprès des opérateurs de collecte intervenant déjà auprès des libéraux.

Si les difficultés identifiées paraissent appeler à la prudence, il nous apparaît qu'une réflexion devrait pouvoir être engagée sur les points suivants :

- déterminer, au regard d'une évaluation des risques à confirmer, s'il reste opportun d'exiger des professionnels de santé libéraux qu'ils s'assurent de l'élimination des DASRI "mous" à risque infectieux compte-tenu des quantités générées par leurs pratiques. En effet, les conditions de prise en charge par la filière des ordures ménagères paraissent réduire le risque à un niveau suffisamment bas pour que l'obligation d'élimination dans une filière spécifique paraisse excessive (en particulier compte-tenu du port d'équipements de protection individuelle et du développement de process, dans certains centres de traitement de déchets, évitant l'intervention humaine à proximité du déchet), même si le ministère chargé de l'écologie estime que cette piste est "inconcevable" ;

- envisager que DASTRI puisse, contre une rémunération acceptable pour les professionnels libéraux au titre de leur responsabilité en tant que producteurs de déchets, contracter avec des opérateurs pour organiser la collecte et l'élimination des DASRI produits par ces acteurs. Cela permettrait de bénéficier du savoir-faire de DASTRI dans le suivi et l'évaluation des pratiques des opérateurs de collecte et d'améliorer la connaissance des quantités de déchets effectivement éliminées. A défaut de retenir la solution précitée, il

pourrait être déterminé qu'en-deçà d'un seuil de production, le professionnel libéral puisse s'orienter vers la filière DASTRI.

3.2. L'extension de la coopération entre libéraux et établissements publics de santé

Les établissements publics de santé sont appelés à renforcer leurs liens avec le monde libéral dans l'organisation de l'offre de soin, en particulier afin de favoriser les parcours de soins des patients. Dans le cadre de ces évolutions, et notamment du virage ambulatoire, les professionnels libéraux sont susceptibles de réaliser davantage d'actes de soins précédemment réalisés en établissement et générant des DASRI.

Nous pensons qu'une réflexion peut être engagée sur le rôle territorial que pourraient jouer les établissements publics de santé afin d'assurer la collecte et l'élimination des DASRI produits par les professionnels libéraux, rôle que certains établissements jouent déjà.

Il ressort de nos échanges que des difficultés importantes obèrent le développement de la collecte et de l'élimination des DASRI des professionnels libéraux au sein des EPS :

- le cadre juridique définissant le producteur de déchets et ses responsabilités et la nécessité de traçabilité dans le processus de collecte et d'élimination de ces DASRI rend très complexe la mise en place d'une collecte. En effet, cette situation implique des dispositifs organisationnels très lourds (le stockage différencié des déchets avant traitement, par exemple) et contraignants pour une activité hospitalière déjà forte en contraintes ;
- la question du coût induit par le service de collecte. En effet, le coût complet de la prestation reste difficile à évaluer de manière satisfaisante dans la mesure où il implique la capacité à définir les surcoûts organisationnels, technique et juridique liés à cette collecte supplémentaire. De plus, des coûts importants de mise en place et de fonctionnement sont à prévoir du fait de la dispersion des producteurs de DASRI et des faibles quantités générées qui rendent difficile l'atteinte d'un équilibre financier.

Cependant, à partir des expérimentations déjà réalisées entre établissements et libéraux, il serait possible de réfléchir à confier un rôle à définir mais par exemple de coordination dans la collecte des DASRI des professionnels de santé du territoire par l'EPS. Cela pourrait présenter les avantages potentiels :

- garantir une plus grande traçabilité des DASRI produits et éliminés ;
- rendre le contrôle des ARS plus efficace en limitant le nombre d'opérateurs de collecte ;

- renforcer le prétraitement par désinfection des DASRI, ce qui permettrait de limiter le transport de déchets considérés comme des matières dangereuses, alors qu'une fois prétraités, ces déchets sont considérés comme des ordures ménagères. Cela favoriserait également la valorisation écologique et économique du broyat de ces déchets.

3.3. Une meilleure intégration des collectivités locales dans la prise en compte de la problématique spécifique des DASRI

Les entretiens menés avec les collectivités locales tant régionales s'agissant de la planification qu'intercommunales pour la gestion des déchets montrent les difficultés d'analyse et d'appréhension d'un sujet qui ne relève pas en premier lieu de leur compétence.

Pourtant, les évolutions possibles de la filière de traitement des DASRI dans le secteur diffus et dans les autres secteurs auront nécessairement un impact à déterminer sur le traitement global des déchets par ces collectivités.

Les collectivités régionales (comme la région Grand Est) ont ainsi pu soutenir la création d'un observatoire territorial des déchets diffus dangereux. Cet observatoire permettrait de rassembler les acteurs liés à la gestion des déchets y compris sanitaires comme l'ARS, l'ADEME, les EPCI, des représentants des professionnels libéraux de santé, des établissements de santé et des usagers. Il serait un lieu d'échanges à la fois prospectif pour dresser un état des lieux et un diagnostic qualitatif et quantitatif précis de la gestion des DASRI et pourrait l'émergence d'axes d'amélioration significatifs qui pourraient être appliqués à toutes les régions.

3.4. Une campagne d'amélioration de la communication et de la sensibilisation des professionnels libéraux au tri des DASRI.

Les constats faits auprès des professionnels de santé montrent une relative méconnaissance des aspects relatifs au tri et à la collecte des DASRI.

Une amélioration de la communication sur ce sujet est donc nécessaire et importante. Celle-ci, pourrait suivre plusieurs axes afin de toucher un maximum d'acteurs.

En premier lieu, s'agissant des patients en auto traitement, une éducation au tri pourrait être intégrée dans les programmes d'éducation thérapeutique dont bénéficient les patients atteints de pathologies chroniques. Ces programmes sont d'ores et déjà financés.

Par ailleurs, les ARS pourraient renforcer leurs campagnes de communication à destinations des professionnels sur la thématique du tri des DASRI. Ces campagnes pourraient également s'appuyer sur les organismes de collectes locaux et sur DASTRI. En effet, par les professionnels notamment médicaux et soignants il serait possible de sensibiliser les patients.

Les services locaux de l'Etat pourraient favoriser la mise en place de groupements de défense sanitaire orientés vers les professionnels libéraux à l'image de ce qui est fait aujourd'hui dans le secteur vétérinaire. Les acteurs de santé, ordres et syndicats, seraient incités à s'organiser pour constituer ces groupements afin de développer des actions de sensibilisation voire de collecte.

La réussite de la mise en place de cette proposition devrait reposer sur le fait de pouvoir faire émerger un intérêt suffisamment fort pour les professionnels concernés.

CONCLUSION

La question des DASRI dans le secteur diffus est aujourd'hui une priorité relative, tant sur le plan de la définition des grands objectifs de sécurité sanitaire, que sur le plan de l'économie circulaire, de l'environnement, des finances et de l'organisation du parcours de soins ainsi même que du point de vue de son appréhension par les professionnels.

Il n'en demeure pas moins que cette question est porteuse d'enjeux forts qui ont suscité notre intérêt pour investir la problématique de manière de plus en plus approfondie tout au long de la présente étude.

Les enjeux, les rencontres avec les professionnels, la confrontation de nos points de vue sur la gestion des DASRI en milieu diffus nous ont permis de découvrir une problématique qui dépasse le simple risque sanitaire et qui laisse entrevoir tout ce qu'une politique de santé peut induire comme questionnements sociétaux (qui va payer pour les déchets ? qui doit-on protéger ? Doit-on protéger contre tous les risques ? Peut-on améliorer l'action publique ? Quid du patient aujourd'hui ?).

Les professionnels libéraux du secteur diffus éliminent aujourd'hui les DASRI de manière imparfaite par rapport à la réglementation : par méconnaissance et/ou parce qu'il

semblerait dans ce cas, qu'il ne soit pas nécessaire de se conformer strictement à la législation.

Toutefois, les enjeux évoluent avec les contraintes et les changements du circuit de soins et de traitement des déchets en France. Forts de ce constat, nous apportons un certain nombre de préconisations, avec cependant une certaine humilité justifiée par une étude devant encore être approfondie, devant permettre d'améliorer la gestion de cette filière dans l'avenir.

À travers nos propositions, nous souhaitons faire transparaître notre conviction de voir intégrer la gestion des DASRI dans un modèle de soins, comme intégrée au parcours de soins et y mettant fin.

Bibliographie

ADEME, 2014, Activités de soins à risques infectieux des patients en auto traitement, Collection Repères, 12 pages.

ADEME, GELDRON A / PILLET A., GERARD M /KRAUS F., 2010, Enquête sur les pratiques de gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux des professionnels de santé du secteur diffus, 60 pages.

ADEME, PILLET A., 2012, Tri des déchets d'activités de soins des professionnels de santé du secteur diffus, 19 pages.

ADEME, PILLET A., 2013, Etude sur le bilan du traitement des déchets d'activités de soins à risque infectieux en France, 155 pages.

ALESSANDRI J-P, 2004, Gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux en milieu diffus en région Corse Etat des lieux et perspectives, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, filière Ingénieur d'Etudes Sanitaire, 69 pages.

ALLEAUME M-J CLEMENT M FRION L, 2015, Eliminer les risques chimiques et toxiques liés aux déchets d'activités de soins, Module Interprofessionnel de Santé Publique, EHESP, 77 pages.

ARS Nord Pas de Calais, DI GUARDIA J-M, 2010, Présentation « Les déchets d'activités de soins », 60 diapos.

BODIN C, 2005, L'élimination des déchets d'activités de soins en secteur diffus dans l'Aube Bilan et propositions, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, filière Ingénieur d'Etudes Sanitaire, 58 pages.

BRUNOT A., THOMPSON C., 2010, « La gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux par les professionnels libéraux : étude de pratiques » in Santé Publique 2010, Volume 22, n°6, Pages 605 à 615.

CHAVIGNY N, 2012, L'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux dans les établissements médico-sociaux. Analyse des pratiques et propositions d'améliorations, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, filière Ingénieur du génie sanitaire, 107 pages.

CONSEIL REGIONAL AUVERGNE, 2009, Plan régional d'élimination des déchets dangereux de la région Auvergne, 106 pages.

CONSEIL REGIONAL DE BRETAGNE, 2016, Plan régional de prévention et de gestion des déchets dangereux de Bretagne, 190 pages.

CONSEIL REGIONAL ILE DE FRANCE, 2009, Plan régional d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux, 135 pages.

CONSEIL REGIONAL DE LA MARTINIQUE, 2004, Etude Complémentaire au Plan Régional des Déchets d'Activités de soins à Risques Infectieux, 127 pages.

CUENOT M-P, 2000, Collecte des déchets d'activités de soins à risques infectieux en milieu extrahospitalier Etat des lieux et perspectives dans le département des Yvelines, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Médecin Inspecteur de Santé Publique, 128 pages.

GROUPEMENT CORREZIEN DE DEFENSE SANITAIRE, ROY C., 2013, La gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux en élevage, 4 pages, disponible à l'adresse : <http://gds19.org/Docs/PDF/UP/2013/UP-30-08-13.pdf> [consulté le 12 Avril 2018]

INRS, DAVID C., 2013, Déchets infectieux Elimination des DASRI et assimilés Prévention et réglementation, 55 pages.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, BINDER P., BRUNEAU C., CHEVALIER C, 2009, Déchets d'activités de soins à risques, comment les éliminer ?, 90 pages.

GROUPEMENT CORREZIEN DE DEFENSE SANITAIRE, ROY C., 2013, La gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux en élevage, 4 pages, disponible à l'adresse : <http://gds19.org/Docs/PDF/UP/2013/UP-30-08-13.pdf> [consulté le 12 Avril 2018]

Loi n° 75-633 du 15 juillet 1975 relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux

Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République
Les articles R. 1335-1, R.1335-2, R.1335-4, R.1338-2 et R.1335-8-8 du code de la santé publique

Les articles L.3121-2-1 et L.4211-2-1 du code de la santé publique

L'article L.541-10 du code de l'environnement

Liste des annexes

ANNEXE 1 : catégorisation des déchets par la Croix-Rouge (2 tableaux)

ANNEXE 2 : cartographie des producteurs de déchets de soins

ANNEXE 3 : données régionales du nombre d'installations de traitement des DASRI, de de DASRI et taux de captage par région (3 tableaux)

ANNEXE 4 : liste des entretiens et synthèse des entretiens réalisés (non exhaustif)

ANNEXE 1 : catégorisation des déchets par la Croix rouge

Tableau 2.1 **Catégorisation des déchets médicaux dangereux**

1.	Déchets piquants et tranchants (ci-après « les piquants/tranchants »)	→ Déchets présentant un danger de blessure.
2.	a. Déchets présentant un danger de contamination b. Déchets anatomiques c. Déchets infectieux	→ Déchets contenant du sang, des sécrétions ou des excréctions présentant un danger de contamination. → Parties du corps, tissus présentant un danger de contamination. → Déchets contenant d'importantes quantités de matériel, substances ou milieux de culture présentant un risque de propagation d'agents infectieux (cultures d'agents infectieux, déchets de patients infectieux à l'isolement).
3.	a. Déchets de médicaments b. Déchets cytotoxiques c. Déchets contenant des métaux lourds d. Déchets chimiques	→ Déchets de médicaments, médicaments périmés et récipients ayant contenu des médicaments. → Cytotoxiques périmés, restes de cytotoxiques, matériel contaminé par des cytotoxiques. → Piles, déchets de mercure (thermomètres ou tensiomètres cassés, ampoules fluorescentes ou fluocompactes). → Déchets contenant des substances chimiques : restes de solvants de laboratoire, désinfectants, bains de développement et de fixation photographique.
4.	Réservoirs sous pression	Bonbonnes de gaz, bombes aérosol.
5.	Déchets radioactifs	Déchets contenant des substances radioactives : radionucléides utilisés en laboratoire ou en médecine nucléaire, urine ou excréta de patients traités.

Type de conditionnement	Norme	Type de DASRI pouvant y être déposés		
		Perforants	Solides ou mous	Liquides
Sacs en plastique ou en papier doublés intérieurement de matière plastique	NF X 00-501			
Caisses en carton avec sac intérieur	NF X 00-507			
Fûts et jerricans en plastique	NF X 00-505			
Minicollecteurs et boîtes pour déchets perforants	NF X 00-500			
Fûts et jerricans pour déchets liquides	NF X 00-506			

. Source: Déchets d'activité de soins à risques : Comment les éliminer ? (Ministère de la santé et des sports, 2009)

ANNEXE 2

Typologie	Secteurs	Professions	Lieux de production des déchets	Volume de déchets produit en moyenne/an
Particuliers	Patients		Domicile	
	Toxicomanes		Voix publique ou domicile	
Professionnels	Le secteur médical diffus	Médecins généralistes	Locaux professionnels	3 à 10 kg/an
		Médecins spécialistes	Locaux professionnels	5 à 25 kg/an
		Chirurgiens-dentistes,	Locaux professionnels	15 à 50 kg/an
		Infirmiers libéraux,	Locaux professionnels	15 à 50kg/an
		Pharmaciens,	Locaux professionnels	
		Pédicures- podologues.	Locaux professionnels	
		Laboratoires de biologie et d'analyses médicales,	Locaux professionnels	300 à 2 200 kg/an
	Les secteurs de santé animal	Vétérinaires	Locaux professionnels	20 à 100 kg/an
		Éleveurs	Locaux professionnels	
	Les services d'incendie et de secours	Pompiers, ambulanciers	Voix publique ou locaux professionnels	
	Divers	Entreprises de pompes funèbres – thanatopracteurs,	Locaux professionnels	
Tatoueur/piercing		Locaux professionnels		

ANNEXE 3

Tableau 6 : Nombre total d'installations de traitement des DASRI fonctionnant courant 2011 et 2012

Implantation régionale des installations	Prétraitement par désinfection	Traitement par incinération	Total
Total France Métropolitaine	27	30	57
ALSACE		1	1
AQUITAINE	2	1	3
AUVERGNE	2	1	3
BASSE-NORMANDIE		1	1
BOURGOGNE		1	1
BRETAGNE	3	1	4
CENTRE		3	3
CHAMPAGNE-ARDENNE	1		1
CORSE	1		1
FRANCHE-COMTE	1		1
HAUTE NORMANDIE		1	1
ILE-DE-FRANCE	3	2	5
LANGUEDOC-ROUSSILLON		2	2
LIMOUSIN	1		1
LORRAINE		2	2
MIDI-PYRENEES		2	2
NORD-PAS DE CALAIS	3	3	6
PACA	2	3	5
PAYS DE LA LOIRE	2	2	4
POITOU CHARENTES	1		1
RHÔNE-ALPES	5	4	9
Total France Métropolitaine	27	30	57
GUADELOUPE	2	1	3
GUYANE	2		2
MARTINIQUE		1	1
MAYOTTE	1		1
REUNION	3		3
Total DROM	8	2	10
NOUVELLE CALEDONIE	1		1
POLYNESIE FRANCAISE	3	0	3
Total COM	4	0	4
TOTAL	39	32	71

Tableau 7 : Estimation des gisements de DASRI potentiellement produits retenue par région et par habitant

	Source	Gisements de DASRI potentiellement produits (t/an)	Ratio de production de DASRI (kg/hab./an)
ALSACE	PREDD 2012	5 327	2,88
AQUITAINE	PREDDA 2007	12 100	3,74
AUVERGNE	ARS 2010	3 331	2,48
BASSE NORMANDIE	STATISS 2012	3 681	2,50
BOURGOGNE	STATISS 2012	4 288	2,61
BRETAGNE	PREDD 2007	6 820	2,13
CENTRE	PREDD 2009	3 774	1,48
CHAMPAGNE-ARDENNE	STATISS 2012	3 202	2,40
CORSE	ARS 2011	800	2,59
FRANCHE-COMTE	STATISS 2012	2 637	2,30
HAUTE-NORMANDIE	STATISS 2012	3 886	2,11
ILE-DE-FRANCE	PREDAS 2009	32 349	2,79
LANGUEDOC-ROUSSILLON	PREDD 2009	8 321	3,38
LIMOUSIN	PREDD 2009	2 503	3,36
LORRAINE	STATISS 2012	5 874	2,50
MIDI-PYRENEES	STATISS 2012	6 854	2,37
NORD-PAS-DE-CALAIS	STATISS 2012	9 487	2,35
PAYS-DE-LA-LOIRE	PREDD 2008	6 854	1,92
PICARDIE	PREDD 2009	4 446	2,32
POITOU-CHARENTES	STATISS 2012	3 906	2,21
PACA	ARS 2011	16 717	3,40
RHONE-ALPES	PREDD 2010	17 813	2,86
Total FRANCE METROPOLITAINE		166 230	2,65
GUADELOUPE	PREGEDD 2011	900	2,24
GUYANE	PREDD 2009	763	3,31
MARTINIQUE	STATISS 2012	883	2,23
MAYOTTE	STATISS 2012	145	non estimé
LA REUNION	STATISS 2012	1 408	1,70
Total DROM		4 099	2,13*
NOUVELLE-CALÉDONIE		non estimé	
POLYNÉSIE-FRANCAISE		non estimé	
SAINT-PIERRE ET MIQUELON		non estimé	
Total COM		non estimé	
TOTAL		170 329	2,63*

*Signalons que les ratios totaux de production en DROM et en France n'incluent pas la Mayotte. En effet, l'INSEE ne suit pas les évolutions de population de la Mayotte.

Tableau 8 : Taux de captage de 2011 par région

Région	Cleant de DASRI produits (t/an)	Quantité de DASRI traitées en 2011 toutes destinations confondues (t)	Taux de captage
ALSACE	5 327	802	15%
AQUITAINE	12 100	10 819	89%
AUVERGNE	3 331	3 655	110%
BASSE NORMANDIE	3 681	3 475	94%
BOURGOGNE	4 288	3 500	82%
BRETAGNE	6 820	8 245	121%
CENTRE	3 774	6 110	162%
CHAMPAGNE-ARDENNE	3 202	3 104	97%
CORSE	800	1 100	138%
FRANCHE-COMTE	2 697	2 568	95%
HAUTE-NORMANDIE	3 886	4 014	103%
ILE-DE-FRANCE	32 949	30 727	93%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	8 921	6 863	77%
LIMOUSIN	2 503	2 464	98%
LORRAINE	5 874	5 724	97%
MIDI-PYRENEES	6 854	6 234	91%
NORD-PAS-DE-CALAIS	9 487	16 483	174%
PAYS-DE-LA-LOIRE	6 854	6 192	90%
PICARDIE	4 446	1 005	23%
POITOU-CHARENTES	3 906	3 256	83%
PACA	16 717	16 613	99%
RHONE-ALPES	17 813	16 539	93%
Total FRANCE METROPOLITAINE	166 230	159 492	96%
GUADELOUPE	900	874	97%
GUYANE	763	306	40%
MARTINIQUE	883	704	80%
MAYOTTE	145	154	106%
REUNION	1 408	1 493	106%
Total DROM	4 099	3 533	86%
NOUVELLE-CALÉDONIE	non estimé	412	
POLYNÉSIE-FRANCAISE	non estimé	397	
SAINT-PIERRE ET MIQUELON	non estimé	0	
Total COM		809	
TOTAL	170 329	163 834	96%

ANNEXE 4

Liste des entretiens réalisés

A l'échelon central/national

- Ministère de la Santé
- Ministère de l'Environnement
- Ministère de l'Agriculture
- Ministère de l'Intérieur
- Association DASTRI
- Direction Générale des Collectivités Locales

A l'échelon régional

- Agences régionales de Santé (*Bretagne, Occitanie, Pays de la Loire*)
- Conseiller régional (*Grand Est*)
- Représentant de l'Ordre des pharmaciens (*Grand Est*)
- Groupement de défense sanitaire (*Grand Est*)
- Président du conseil régional de l'ordre des vétérinaires (*Grand Est*)

A l'échelon local

- IDE libérales (*Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire et Hauts-de-France*)
- Médecins de ville (*Grand Est, Hauts-de-France, Paris*)
- Dentiste (*Hauts-de-France*)
- Centres hospitaliers (*Auvergne Rhône-Alpes et Hauts-de-France*)
- Centre Hospitalier Universitaire (*Hauts-de-France*)
- Agglomérations de métropole (*Hauts-de-France*)
- Prestataire de collecte de DASRI (*Grand Est*)
- Eleveur laitier (*Grand Est*)
- Groupement de défense sanitaire (*Grand Est*)
- Vétérinaire (*Grand Est*)

Thème n°6

*Animé par : Michèle LEGEAS, Enseignant-chercheur Département Santé Environnement Travail,
Pauline ROUSSEAU-GUEUTIN, Enseignant-chercheur Département Santé Environnement Travail*

**« GESTION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS PRODUITS
EN DEHORS DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES »**

Fabien COMAS, EDH – Isabelle FRAZIER, ED3S – Jean-François GICQUEL, EDH
Guillaume HURET, ED3S – Matthieu KLEIN, EAAH – Ludovic MISCHLER, ED3S
Nicolas ODON, EIES – Isabelle PERRIN EDS – Corinne TROESCH, EDS

Résumé :

Chaque année, 170 000 tonnes de déchets d'activités de soins à risque infectieux sont produites en France. L'élimination de ces déchets intègre un grand nombre de paramètres réglementaires et techniques documentés principalement pour les établissements de santé, principaux producteurs.

Ce travail s'intéresse à la gestion de ces déchets en secteur diffus donc hors des établissements de santé où l'évaluation tant qualitative que quantitative est imprécise et rendues difficiles dans un contexte éclaté. Il s'appuie sur différentes publications issues de travaux de recherches, de l'ADEME, du ministère de la Santé, d'ARS et de collectivités locales.

Il comporte 3 parties ayant pour thèmes : un état des lieux de la gestion des DASRI au niveau national puis une enquête par entretiens auprès de professionnels du secteur diffus, des acteurs locaux, intermédiaires (département, région, ARS) et centraux (Ministères) pour finir par une partie relative à des propositions d'amélioration de la gestion des DASRI en secteur diffus.

Le constat du rapport est celui d'une filière de traitement des déchets qui, sans être complètement conforme à la réglementation en raison des caractéristiques du secteur, des complexités techniques et juridiques, présente par ailleurs un risque sanitaire suffisamment prévenu.

Les évolutions prévisibles de l'organisation de la filière et du parcours de soins, dont des expérimentations sont actuellement menées (campagne vaccinale de l'hiver 2017), vont nécessairement obliger à une meilleure structuration de la filière, ainsi qu'à une meilleure sensibilisation des acteurs à cette question. Les propositions faites par le rapport tiennent compte de ces évolutions.

Mots clés : Déchets d'Activités de soins à risque infectieux, secteur diffus

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs