



**EHESP**

---

**Ingénieur d'Études Sanitaires**

Promotion : **2012 - 2013**

Date du Jury : **Septembre 2013**

---

**L'inspection dans le domaine des  
DASRI : état des lieux à la DT 92 et  
pistes d'amélioration**

---

**Clémence BRETHES**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier Yves IBANEZ, mon responsable de stage, Ingénieur du Génie Sanitaire et responsable du Département Contrôle et Sécurité Sanitaires des Milieux de la délégation territoriale des Hauts-de-Seine de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France. Merci de m'avoir accueillie dans d'excellentes conditions et merci du soutien apporté tout au long de l'étude, notamment lors de la phase fastidieuse de relecture du rapport.

Je voudrais remercier Laurent MADEC, mon référent pédagogique pour son soutien documentaire.

J'adresse mes remerciements à l'ensemble des agents du Département Contrôle et Sécurité Sanitaires des Milieux et du Département Veille Alerte Gestion Sanitaires pour leurs suggestions, leur gentillesse et leur bonne humeur. Un merci tout particulier à Gautier JUE, Ingénieur du Génie Sanitaire et responsable du Département Veille Alerte Gestion Sanitaires, pour la disponibilité dont il a fait preuve et pour son accompagnement méthodologique. Ses conseils avisés et idoines ont permis l'aboutissement de cette étude.

Merci également à toutes les personnes sollicitées pour la construction de ce travail et qui m'ont accordé de leur temps.

Enfin, je tiens à saluer mes collègues de la promotion IES 2012-2013 grâce à qui cette année ehespienne se sera déroulée dans la convivialité et la bonne humeur.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>- 1 -</b>
<b>1 Inspection et DASRI : définitions réglementaires et bonnes pratiques</b> .....	<b>- 2 -</b>
1.1 L'inspection dans le champ sanitaire .....	- 2 -
1.1.1 Les conditions réglementaires à remplir.....	- 2 -
1.1.2 Organisation de la mission d'inspection-contrôle dans le champ sanitaire-	2 -
1.1.3 Eléments de définition proposés par l'IGAS .....	- 3 -
1.2 Les Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux .....	- 4 -
1.2.1 Définition réglementaire.....	- 4 -
1.2.2 Gestion des DASRI selon la réglementation en vigueur.....	- 5 -
1.3 Recensement des bonnes pratiques d'inspection .....	- 6 -
1.3.1 Guide de bonnes pratiques d'inspection de l'IGAS .....	- 6 -
1.3.2 La grille de contrôle DASRI et PAOH.....	- 7 -
1.3.3 Orientations nationales et développement de nouveaux outils.....	- 7 -
<b>2 Enjeux associés aux DASRI</b> .....	<b>9</b>
2.1 Enjeux sanitaires .....	9
2.2 Chiffres-clés et actions de l'ARS Ile-de-France.....	9
2.3 Enjeux pour la DT92.....	10
2.3.1 Données territoriales.....	10
2.3.2 Organisation de l'inspection dans le domaine des DASRI.....	11
<b>3 Eléments de méthode</b> .....	<b>12</b>
3.1 But et objectifs de l'étude.....	12
3.2 Présentation des différentes phases de la démarche.....	12
<b>4 La mission d'inspection-contrôle des DASRI dans les Hauts-de-Seine</b> .....	<b>14</b>
4.1 Etude du temps théorique et réel consacrés à la fonction d'inspection-contrôle.	14
4.1.1 Dimension temporelle estimée au niveau régional.....	14
4.1.2 Dimension temporelle empirique au niveau de la DT92 .....	14
4.2 Description et analyse des pratiques à la DT des Hauts-de-Seine : comparaison avec les bonnes pratiques IGAS .....	15

4.2.1	La programmation .....	15
4.2.2	La préparation de la mission d'inspection .....	16
4.2.3	L'annonce à la structure inspectée .....	16
4.2.4	Investigations sur site .....	17
4.2.5	Rédaction du rapport .....	17
4.2.6	Suites données à l'inspection-contrôle.....	18
<b>5</b>	<b>Résultats et propositions d'amélioration.....</b>	<b>19</b>
5.1	La mission d'inspection contrôle dans le domaine des DASRI à la DT92.....	19
5.2	Focus sur une proposition d'amélioration des pratiques : la programmation .....	19
5.2.1	Conditions d'élaboration du programme d'inspection.....	20
5.2.2	Critères de priorisation.....	20
	<b>Conclusion .....</b>	<b>26</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>27</b>
	<b>Liste des figures .....</b>	<b>30</b>
	<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>30</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>31</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AES** : Accident d'Exposition au Sang  
**AP-HP** : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**CCLIN** : Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales  
**CIRE** : Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie  
**CSP** : Code de la Santé Publique  
**CSSM** : Contrôle et Sécurité Sanitaires des Milieux  
**DAS** : Déchet d'Activité de Soins  
**DASRI** : Déchet d'Activité de Soins à Risque Infectieux  
**DGS** : Direction Générale de la Santé  
**DT92** : Délégation Territoriale des Hauts-de-Seine  
**EHESP** : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
**ERP** : Etablissement Recevant du Public  
**GERES** : Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants  
**IASS** : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale  
**IES** : Ingénieur d'Etudes Sanitaires  
**ICPE** : Installation Classée pour la Protection de l'Environnement  
**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales  
**IGS** : Ingénieur du Génie Sanitaire  
**InVS** : Institut national de Veille Sanitaire  
**MISP** : Médecin Inspecteur de Santé Publique  
**MMP** : Mission Méthodologie Performance  
**MRIC** : Mission Régionale d'Inspection Contrôle  
**OPCT** : Object Piquant Coupant Tranchant  
**PAOH** : Pièce Anatomique d'Origine Humaine  
**PAT** : Patient en Auto Traitement  
**PHISP** : Pharmacien Inspecteur de Santé Publique  
**PLS** : Professionnels Libéraux de Santé  
**PRIC** : Programme Régional d'Inspection Contrôle  
**RAISIN** : Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales  
**RESE** : Réseau d'Echange en Santé Environnement  
**SISE** : Système d'Information en Santé Environnement  
**TS** : Technicien Sanitaire  
**VAGS** : Veille Alerte Gestion Sanitaires  
**VHB et C** : Virus de l'Hépatite B et C  
**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine  
**VSS** : Veille et Sécurité Sanitaires

## Introduction

Les activités de soins génèrent une quantité non négligeable de déchets, les Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI), entraînant des contraintes de gestion et de traitement particulières liées notamment à leur caractère infectieux. Les quantités de DASRI traités en France et dans les départements et régions d'outre-mer sont de l'ordre de 166 000<sup>1</sup> tonnes en 2011, quantités plutôt stables depuis 2008.

En Ile-de-France, la fonction d'inspection-contrôle, mission régaliennne des Agences Régionales de Santé (ARS) est assurée, entre autre, par les agents des services Contrôle et Sécurité Sanitaires des Milieux (CSSM). Cette mission doit également s'intégrer dans le cadre de la politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficience du système de santé des ARS. La Direction Générale de la Santé (DGS) préconise la mise en place de mission d'inspection-contrôle concernant la thématique DASRI. Cette orientation prône non seulement de prendre en compte les établissements gros producteurs mais également les «moyens producteurs» dits de type semi-diffus et les « petits producteurs » dits de type diffus. Aussi, malgré le caractère important que revêt la thématique des DASRI et la mission d'inspection-contrôle dévolue aux ARS par instruction du Ministère de la Santé, on observe que peu d'outils nationaux et même régionaux existent à l'heure actuelle dans ce domaine spécifique de l'inspection.

Cette étude s'intègre dans ce contexte. Elle a été réalisée au sein du Département CSSM de la Délégation Territoriale des Hauts-de-Seine (DT92) pendant deux mois. La première partie s'attachera à décrire les éléments de contexte liés à l'inspection et aux DASRI. La deuxième et troisième partie présenteront le but de l'étude avec la description des enjeux ainsi que la méthodologie utilisée. La quatrième partie exposera l'analyse des pratiques d'inspection-contrôle mises en œuvre à la DT92 et des propositions d'amélioration. Enfin, seront présentés en dernière partie les résultats et des pistes d'améliorations avec un focus sur la programmation.

---

<sup>1</sup> ADEME, juin 2013, *Etude sur le bilan du traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux en France, année 2011 et perspective 2012*

# 1 Inspection et DASRI : définitions réglementaires et bonnes pratiques

## 1.1 L'inspection dans le champ sanitaire

### 1.1.1 Les conditions réglementaires à remplir

Le Code de la Santé Publique (CSP) définit les missions des ARS concernant la fonction d'inspection-contrôle. Son article L.1421-1 recense six corps d'inspection de l'Etat : les Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique (PHISP), les Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP), les Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS), les Ingénieurs du Génie Sanitaire (IGS), les Ingénieurs d'Etudes Sanitaires (IES) et les Techniciens Sanitaires (TS). Ces agents peuvent être accompagnés d'experts désignés par l'autorité compétente ; dans le cas particulier où ces experts sont des professionnels de santé, ils seront traduits par le Ministère de la Santé, le Procureur de la République ou le Directeur Général de l'ARS. Enfin, les cadres A contractuels peuvent être habilités à effectuer une inspection si une formation de 120 heures dispensée par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) leur a été attribuée et validée par un examen<sup>2</sup>.

Les agents exerçant une mission d'inspection-contrôle interviennent dans le cadre de la police administrative et de la police judiciaire. En matière de police administrative, les agents disposent de certaines prérogatives telles que l'accès aux locaux et l'accès aux documents<sup>3</sup>. L'exercice de la police judiciaire est soumis quant à lui à deux conditions cumulatives que sont l'habilitation et l'assermentation. L'**habilitation** est la décision par laquelle l'autorité hiérarchique confie à un agent une mission de police judiciaire afin de constater des infractions dans les domaines précis. L'**assermentation**, condition nécessaire pour que l'agent habilité puisse mettre en œuvre ses prérogatives de police judiciaire, est une prestation de serment prononcée devant le tribunal de grande instance qui octroie aux agents la possibilité de dresser des procès-verbaux.

En contrepartie de ces attributions, les agents en charge de la fonction d'inspection-contrôle sont soumis à des obligations de respect du secret professionnel<sup>4</sup>, de discrétion professionnelle<sup>5</sup>, d'obligation de réserve et de neutralité, d'indépendance et d'impartialité.

### 1.1.2 Organisation de la mission d'inspection-contrôle dans le champ sanitaire

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), service interministériel de contrôle, d'audit et d'évaluation des politiques sociales, « assure une mission de contrôle et

---

<sup>2</sup> Article R.1435-15 du Code de la Santé Publique

<sup>3</sup> Article L.1421-2 et L.1421-3 du Code de la Santé Publique

<sup>4</sup> Article 26 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (loi dite loi de Pors)

<sup>5</sup> « Ibid »

d'évaluation de la mise en œuvre des politiques publiques de la sécurité sociale et de la prévoyance sociale, de la protection sanitaire et sociale, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle »<sup>6</sup>. Le CSP confie aux membres de l'IGAS la possibilité « d'effectuer des contrôles » pour l'accomplissement de missions confiées par le Ministère de la Santé.

L'IGAS assure entre autre des missions permanentes dont fait partie la Mission Méthodologie Performance (MMP) (**Annexe I**). La MMP est chargée d'offrir un cadre national pour l'inspection-contrôle, d'évaluer la fonction inspection-contrôle, d'accompagner et assurer un appui méthodologique pour les réseaux territoriaux, notamment celui des ARS<sup>7</sup>.

Ces réseaux territoriaux, dénommés Missions Régionales d'Inspection Contrôle (MRIC), élaborent le Programme Régional d'Inspection Contrôle (PRIC) à partir d'orientations nationales auxquelles s'ajoutent des priorités régionales. Dans le programme national proposé pour 2013, la DGS a proposé quatre orientations nationales dont une dénommée « inspection de la gestion des risques sanitaires liés au bâtiment dans les établissements recevant du public (intégrant les risques amiante, légionellose, radon, gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux DASRI) ».

Pour les inspections DASRI, la MRIC élabore le PRIC en concertation avec le Département CSSM du Siège de l'ARS Ile-de-France. Au sein de la DT92, le référent MRIC, positionné dans le Département Démocratie Sanitaire, assure l'animation et la mise en œuvre locales du PRIC pour les volets sanitaire et médico-social.

En revanche, sur le champ Veille et Sécurité Sanitaires (VSS), le Pôle lui-même définit son PRIC et le met en œuvre.

### **1.1.3 Eléments de définition proposés par l'IGAS**

Selon les institutions et le passé des agents, les termes «inspection » et « contrôle » recouvrent des pratiques différentes puisqu'il n'existe actuellement pas de définitions légales et réglementaires issues de consensus. Devant cette difficulté, l'IGAS en propose une définition<sup>8</sup> dont l'enjeu est l'adoption d'un langage commun par les professionnels en charge de cette thématique.

Selon la définition de l'IGAS, le **contrôle** « vise à s'assurer qu'un service, un établissement ou un organisme se trouve dans une situation conforme à l'ensemble des normes qui constituent le référentiel d'organisation et de fonctionnement qui correspond à

---

<sup>6</sup> Loi n°96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire (article 42)

<sup>7</sup> Intervention IGAS portant sur l'inspection-contrôle, présentation Power Point®, 29 Mai 2013

<sup>8</sup> SCHAETZEL F., TREGOAT J.J., TISON A., IGAS, avril 2012, rapport n° RM2012-021P « Guide des bonnes pratiques d'inspection et de contrôle pour les réseaux territoriaux de santé et de cohésion sociale »

son statut ». Le contrôle permet donc de vérifier que la structure veille au respect de la législation, de signaler les écarts à la norme, d'en analyser les conséquences et de formuler des recommandations. Dès lors, le contrôle s'appuie sur deux modes d'investigation : le contrôle sur pièces et le contrôle sur site.

**L'inspection** « est un contrôle spécifique, diligenté lorsqu'il existe des signes ou indications qu'un programme ou une activité est mal géré ou que les ressources ne sont pas utilisées de façon rationnelles. A la différence du simple contrôle, elle suppose des présomptions de dysfonctionnement et ses recommandations sont essentiellement de nature corrective ». Les réseaux territoriaux modèrent cette définition en insistant sur le fait que le terme d'inspection est également utilisé dans des situations pour lesquelles il n'y a pas nécessairement de présomption de dysfonctionnement.

## **1.2 Les Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux**

### **1.2.1 Définition réglementaire**

Les Déchets d'Activités de Soins (DAS) sont définis<sup>9</sup> dans le CSP comme « issus des activités de diagnostics, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire ».

Ce même code précise que les Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux sont des déchets qui :

- soit présentent un risque infectieux, du fait qu'ils contiennent des micro-organismes 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 une maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants ;
- soit, même en l'absence de risque infectieux, relèvent de l'une des catégories suivantes:
  - a) matériels piquants ou coupants destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique ;
  - b) produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption ;
  - c) déchets anatomiques humains correspondant à des fragments humains non aisément identifiables.

---

<sup>9</sup> Article R1335-1 du Code de la Santé Publique

Il est alors commun de parler de déchets solides (Objet Piquant Coupant Tranchant - OPCT), liquides (sang) ou mous (pansements, tubulures, etc.). Les DASRI sont considérés comme des déchets dangereux au titre de la nomenclature des déchets<sup>10</sup>.

L'**annexe II** complète ce cadre réglementaire en énonçant les principaux textes réglementaires relatifs à cette thématique.

### 1.2.2 Gestion des DASRI selon la réglementation en vigueur

L'article R.1335-2 du CSP stipule que le producteur de déchets est responsable de la gestion et de l'élimination des DASRI.

La **collecte** consiste à effectuer le tri à la source. Les DASRI doivent être séparés des déchets ménagers afin de suivre une filière sécurisée. De ce fait, leur élimination peut coûter jusqu'à dix fois plus cher que celle des déchets ménagers<sup>11</sup>. La collecte nécessite d'utiliser des conditionnements adaptés et conformes<sup>12</sup>. Les conditions et les durées d'entreposage (c'est-à-dire la durée entre la production effective des déchets et leur élimination) sont fonction de la quantité produite<sup>13</sup> par la structure :

Quantité produite	Délais d'élimination maximum	Conditions d'entreposage
< 5 kg / mois	3 mois	A l'écart de sources de chaleur
Entre 5 et 15 kg / mois	1 mois	Dans une zone spécifique
Entre 15kg / mois et 100kg/sem.	7 jours	Dans un local spécifique
>100 kg/semaine	72 heures	Dans un local spécifique

Tableau 1 – Conditions et durées d'entreposage des DASRI

Concernant le **transport**, sont obligatoires l'utilisation d'emballages homologués, le recours à un transporteur agréé pour une production supérieure à 15kg/mois<sup>14</sup> ainsi que la signature d'une convention entre le producteur et le collecteur.

Concernant l'**élimination** des DASRI, deux filières de traitement sont autorisées : l'incinération et le prétraitement par désinfection qui consiste à supprimer le risque infectieux des DASRI afin qu'ils puissent suivre la filière classique des déchets non dangereux. Le producteur de DASRI doit veiller à établir et conserver une traçabilité de l'élimination de ces déchets.

<sup>10</sup> Article R541-8 du Code de l'Environnement

<sup>11</sup> Direction Générale de la Santé (DGS), 2009. *Déchets d'activités de soins à risques ? Comment les éliminer ?* 3<sup>ème</sup> édition

<sup>12</sup> Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine modifié par arrêté du 6 janvier 2006

<sup>13</sup> Arrêté du 7 septembre 1999 modifié par arrêté du 14 octobre 2011 relatif aux modalités d'entreposage

<sup>14</sup> Arrêté du 29 mai 2009 relatif aux transports de marchandises dangereuses par voies terrestres (dit « arrêté TMD »)

## 1.3 Recensement des bonnes pratiques d'inspection

### 1.3.1 Guide de bonnes pratiques d'inspection de l'IGAS

Ce guide<sup>15</sup>, très complet, est particulièrement adapté à l'inspection-contrôle des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. La mission d'inspection-contrôle assurée par les services Contrôle et Sécurité Sanitaires des Milieux apparaît en comparaison comme allégée et réalisée de façon quasi routinière pour certaines missions.

Deux grands types d'inspection, et leurs modalités, sont distingués par l'IGAS. Les inspections programmées sont inscrites à un programme annuel de contrôle. Elles peuvent être annoncées préalablement à la structure inspectée ou réalisées de façon inopinée. Les inspections non programmées sont quant à elles menées conséquemment à une réclamation, à un signalement ou à la demande d'un commanditaire intervenant en cours d'année après la fixation du programme annuel, et sont généralement inopinées. Toutes deux peuvent également être de type mono disciplinaires (composée d'une seule catégorie d'inspecteurs ou de contrôleurs), pluridisciplinaires (réunissant plusieurs catégories d'inspecteurs ou de contrôleurs) ou conjointes (c'est-à-dire menées avec des inspecteurs / contrôleurs d'autres autorités administratives ou agences de sécurité sanitaire).

Concernant le cas particulier des services CSSM, une inspection monothématique portera par définition sur un seul thème (les DASRI par exemple) alors qu'une inspection multithématique regroupera deux items ou plus (DASRI associés aux légionnelles par exemple).

Toute mission d'inspection se doit de mettre en œuvre les mêmes étapes, le même chaînage logique et le même découpage méthodologique quel qu'en soit le type. L'IGAS répertorie ainsi six grandes étapes dans la méthodologie du déroulé d'une inspection : la programmation, la préparation, la réunion de lancement, l'investigation sur site, la rédaction du rapport et le suivi d'inspection.

L'analyse du guide des bonnes pratiques d'inspection a permis d'en extraire les principales recommandations. L'**annexe III** présente les principales dispositions recensées.

---

<sup>15</sup> Rapport IGAS n° RM2012-021P « Guide des bonnes pratiques d'inspection et de contrôle pour les réseaux territoriaux de santé et de cohésion sociale » établi en avril 2012 par le Dr Françoise SCHAETZEL, Jean-Jacques TREGOAT et Anne Tison, membres de l'IGAS avec Bernard GUILLOU, ARS Bretagne, Valérie TESSON-LEVITT, DRJSCS Basse-Normandie et Christophe BARLET, EHESP

Toute démarche d'inspection doit donner lieu à un rapport écrit. Ce document administratif est communicable aux tiers<sup>16</sup> et peut également être transmis à l'entité inspectée ou au professionnel concerné<sup>17</sup> pour y présenter ses observations. Ce rapport est établi, sauf dérogation utilisée par le supérieur hiérarchique, sous la forme du contradictoire. Le rapport initial ou provisoire est adressé à la structure inspectée pour qu'elle y apporte ses observations, avant remise du rapport définitif qui comprend les réponses apportées par les inspecteurs aux observations de la structure et leurs conclusions finales.

### **1.3.2 La grille de contrôle DASRI et PAOH**

La grille de contrôle DASRI et PAOH instaure une pratique basée sur deux éléments : un contrôle documentaire et une inspection sur site.

Le **contrôle documentaire** est initié par un courrier envoyé par l'ARS fixant la date de l'inspection, celle-ci est donc annoncée. Ce courrier indique également les personnes de l'établissement que l'équipe d'inspection souhaite rencontrer lors de l'entretien préalable et celles qui doivent se rendre disponible pour l'inspection sur site. Il précise également les documents qui doivent être transmis au préalable ou remis sur place (**annexe IV**). Il est recommandé d'effectuer l'analyse des documents retournés au bureau, antérieurement à l'inspection sur site. Concernant les DASRI, le contrôle de la convention passée avec le transporteur ainsi que le contrôle des documents de traçabilité sont particulièrement suivis.

L'**inspection sur site** est la seconde étape. Elle se déroule en cinq étapes reprenant le cheminement logique du déchet dans l'établissement : le tri et le conditionnement, la collecte interne, l'entreposage, le transport et, le cas échéant, le prétraitement/désinfection.

### **1.3.3 Orientations nationales et développement de nouveaux outils**

Le contrôle de l'application de la réglementation sanitaire constitue une mission fondamentale des ARS. Les domaines nécessitant des investigations prioritaires concernent « l'ensemble du contrôle sanitaire des eaux, [...], les conditions de salubrité des logements, l'exposition à l'amiante et au radon, l'exposition au plomb, les lieux diffusant de la musique amplifiée, les déchets d'activités de soins à risques infectieux, la maîtrise du risque lié aux légionelles dans les établissements recevant du public »<sup>18</sup>. Il est

---

<sup>16</sup> Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 modifiée portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal

<sup>17</sup> Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations (art.24)

<sup>18</sup> Instruction DGS/EA n°2011-406 du 26 octobre 2011 relative aux missions des agences régionales de santé (ARS) dans le domaine de la santé environnementale

également préconisé de renforcer la programmation des missions de contrôle et d'inspection afin que l'ensemble du champ dont l'ARS a la responsabilité soit couvert.

L'application SISE-ERP, initialement dénommée @riane-ERP, est conçue afin de permettre la mise en place d'un cadre favorisant l'uniformisation, la fiabilisation et l'agrégation de données pertinentes des Etablissements Recevant du Public (ERP). Les risques recensés et répertoriés sont l'amiante, le radon, les légionelles, le bruit (lieux diffusant de la musique amplifiée) et les déchets d'activités de soins à risque infectieux. La grille de contrôle DASRI et PAOH permettra d'alimenter la base SISE-ERP. Elle contribuera également à l'harmonisation des pratiques d'inspection sur le territoire national. Destinée aux contrôleurs et inspecteurs des ARS, elle regroupe des références réglementaires et normatives, des éléments de doctrines ainsi que des documents de support permettant d'atteindre l'exhaustivité de l'inspection.

## 2 Enjeux associés aux DASRI

### 2.1 Enjeux sanitaires

L'exposition aux différents risques peut survenir lors de la production, du conditionnement, du stockage, de la collecte, de l'enlèvement ou de l'élimination. Trois principaux risques pour la santé peuvent être recensés : le risque infectieux, le risque mécanique et le risque psycho-émotionnel. Il est donc important de réduire ces risques pour protéger les personnes susceptibles d'y être exposées, notamment les patients, les personnels de soins et les agents chargés de l'élimination des déchets.

Le **risque infectieux** définit la probabilité de contracter une maladie due à un agent biologique présent dans ou sur un instrument de travail. Ce risque existe en cas de blessure par voie cutanée avec un OPCT : ce sont les Accidents par Exposition au Sang (AES). Un AES est défini comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique et comportant soit une effraction cutanée (piqûre ou coupure) soit une projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou sur une peau lésée. Entre 1998 et 2004, 6 037 AES ont été recensés, dont 13 à 23% survenus lors de l'élimination des OPCT dans les collecteurs de déchets.<sup>19</sup>. Ce chiffre est de 17 039 en 2010<sup>20</sup>.

Le taux de séroconversion après piquûre accidentelle avec une aiguille souillée de sang est estimé entre 10% et 30% pour le virus de l'hépatite B (VHB), 1,5% à 2% pour le virus de l'hépatite C (VHC) et 0,3% pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)<sup>21</sup>. En France, au 31 décembre 2009, 14 cas prouvés de séroconversions VIH et 64 cas prouvés de séroconversions VHC, après AES, ont été recensés<sup>22</sup>.

Le **risque mécanique** est induit par la coupure ou la piquûre lors de la manipulation des déchets sans pour autant qu'il y ait de risque de contamination.

Le **risque psycho-émotionnel**, bien que difficile à évaluer, est évoqué par la DGS<sup>23</sup>. Il provient de la reconnaissance visuelle d'objets fortement évocateurs d'une activité de soins (sonde, canule, seringue, etc.).

### 2.2 Chiffres-clés et actions de l'ARS Ile-de-France

Le gisement théorique produit en région Ile-de-France est estimé à 32 949 tonnes<sup>24</sup>. Le gisement régional réellement traité était de 30 727 tonnes en 2011 et de 27 402 tonnes en

<sup>19</sup> Justification sanitaire de la fiche mission DASRI répertoriée dans l'instruction DGS/EA n°2001-406 du 26 octobre 2011 relative aux missions des agences régionales de santé (ARS) dans le domaine de la santé environnementale

<sup>20</sup> Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français en 2010 – résultats AES-Raisin 2010, GERES – RAISIN- InVS, 44p

<sup>21</sup> Méta-analyse réalisée par Arnaud TARANTOLA, membre du GERES

<sup>22</sup> Dominique ABITEBOUL, membre du GERES et Florence LOT, InVS. Surveillance des contaminations professionnels par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé – situation au 31 décembre 2009

<sup>23</sup> Direction Générale de la Santé (DGS), 2009. *Déchets d'activités de soins à risques ? Comment les éliminer ?* 3<sup>ème</sup> édition

<sup>24</sup> Conseil Régional d'Ile-de-France, novembre 2009. *Plan Régional d'Élimination des Déchets d'Activités de Soins (PREDAS)*

2012<sup>25</sup>. Ces chiffres sont cependant à nuancer car les données issues de site du traitement d'Argenteuil (Val d'Oise) sont indisponibles. Sur la base de ces éléments, le taux de captage du gisement régional de DASRI s'élevait à 93% en 2011 et à 84% en 2012. Le ratio de production de DASRI est de 2,79 kg/hab./an tandis que la moyenne nationale est de 2,65. La région Ile-de-France dispose de cinq sites de traitement DASRI dont deux sites d'incinération et trois sites de prétraitement par désinfection permettant d'atteindre une capacité technique globale de traitement de 59180 tonnes par an. A noter qu'aucun de ces sites n'est présent dans les Hauts-de-Seine.

Les agents de l'ARS Ile-de-France sont en charge du contrôle de la mise en œuvre des dispositions du CSP prévues dans le domaine des DASRI et assimilés, au titre de la sécurité sanitaire. Dans ce cadre, ils sont amenés à :

- conduire un programme d'inspection sur l'élimination des DASRI et des pièces anatomiques au sein des établissements de santé et médico-sociaux ;
- réaliser des contrôles auprès des différents acteurs de la filière (producteurs, collecteurs, etc.), notamment lors de réclamations relatives à des DASRI ;
- instruire et contrôler les appareils de prétraitement par désinfection de DASRI ne relevant pas des Installations Classées pour la Protection de l'Environnement (ICPE)

## **2.3 Enjeux pour la DT92**

### **2.3.1 Données territoriales**

En 2010, la région Ile-de-France comptait plus de 11 millions d'habitants, ce qui représente 19% de la population française et 419 établissements de santé étaient recensés. Sur le territoire des Hauts-de-Seine, 77 structures de soins sont répertoriés soit 18% de l'effectif régional. Ce département est, après Paris, le second département de la région en termes de nombre d'établissement de santé. Il catalogue également 106 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Trois typologies de producteurs peuvent être définies pour la quantification des gisements de DASRI<sup>26</sup>. Les « gros producteurs » regroupent les établissements produisant plus de 100 kg/mois de DASRI. Les centres hospitaliers publics, les centres hospitaliers privés, les établissements de soins et les cliniques privées produisent la majeure partie des DASRI. Les « producteurs semi-diffus » caractérisent les EHPAD, les laboratoires d'analyses biologiques médicales, les centres de dialyse, les centres de Protection Maternelle Infantile (PMI), les centres de dépistage, etc. Par ailleurs, le secteur dit

---

<sup>25</sup> ADEME, juin 2013. *Etude sur le bilan du traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux en France, année 2011 et perspective 2012.*

<sup>26</sup> PREDAS d'Ile-de-France – novembre 2009

« diffus », composé des professionnels libéraux de santé (PLS) et des patients en auto-traitement (PAT), constitue une autre source génératrice de DASRI. Les quantités de DASRI produites sont faibles, souvent inférieures à 5kg/mois. A titre d'exemple, en 2009, dans le département des Hauts-de-Seine étaient recensés 750 infirmiers libéraux et 12 établissements de tatouages.

### 2.3.2 Organisation de l'inspection dans le domaine des DASRI

L'inspection-contrôle concernant les DASRI est assurée à la DT92 par le Département Contrôle et Sécurité Sanitaires des Milieux (CSSM) du pôle Veille et Sécurité Sanitaire (VSS). A ce jour, est affecté partiellement à la thématique un technicien sanitaire, sous contrôle d'un Ingénieur du Génie Sanitaire (IGS), lui-même responsable du Département Veille Alerte Gestion Sanitaires (VAGS). L'IGS estime à 0,05 ETP le temps dédié à cette mission. Il convient de noter que compte tenu des départs enregistrés et prévus dans le département CSSM pour l'année 2013, le TS en charge de la thématique DASRI au sein de la cellule environnement extérieur a été affecté à la cellule « eau » du département CSSM, ce qui a entraîné une mise entre parenthèse de l'activité DASRI au regard de l'effort de formation à consentir par l'agent sur son nouveau poste. Par ailleurs, l'IGS en charge du département VAGS et supervisant la thématique DASRI quitte son poste le 31 Août 2013, ce qui amplifie cette mise entre parenthèse.

Il est à rappeler que le département CSSM des Hauts-de-Seine est le plus faiblement doté de la région Ile-de-France avec 13 agents au total. Aussi, la répartition des missions dites « secondaires » au sein du département CSSM nécessite une gymnastique permanente d'organisation et d'attribution des missions au regard du turn-over soutenu de la région.

L'**annexe V** présente l'organisation de la DT92 au mois de mai 2013.

Les conséquences de cet effectif restreint sont visibles quant à l'atteinte des objectifs du PRIC. Depuis 2010, année de création des ARS, le nombre d'inspections réalisées par le département CSSM est en nette diminution, comme l'atteste le graphique ci-dessous :

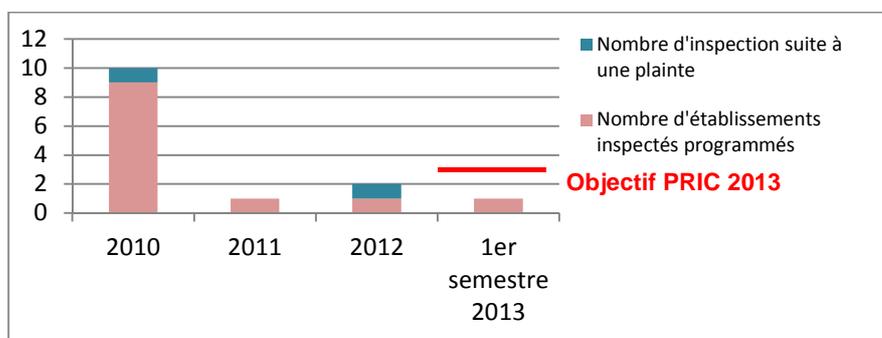


Figure 1 –  
Nombre  
d'inspections  
programmées et  
inopinées  
réalisées par la  
DT92 depuis 2010

### **3 Eléments de méthode**

#### **3.1 But et objectifs de l'étude**

Le but de ce stage est d'analyser les pratiques de la DT92 concernant l'inspection DASRI, en vue d'en proposer des améliorations. Les DASRI font l'objet d'une fiche mission ARS du domaine « santé-milieu de vie » stipulant notamment l'élaboration et la construction d'un programme d'inspection sanitaire de l'élimination des DASRI et des PAOH en intégrant les producteurs diffus. Ce point sera particulièrement développé dans ce rapport.

L'analyse des pratiques d'inspection a été effectuée comparativement aux recommandations des Bonnes Pratiques d'Inspection édictées par l'IGAS en 2012.

Afin de mener à bien cette étude, les objectifs suivants ont été validés avec le tuteur de stage :

1. Procéder à une analyse puis à un comparatif simple et pragmatique des méthodes utilisées et des actions menées par la DT92 concernant l'inspection DASRI ;
2. Elaborer des propositions d'amélioration qui permettront d'allier le « théorique » au « faisable », au regard notamment des effectifs de la DT92 ;
3. Proposer un tableau de programmation des inspections sur la base de critères de priorisation.

#### **3.2 Présentation des différentes phases de la démarche**

Le phasage de l'étude, élaboré à partir des objectifs définis précédemment, s'est déroulé selon cet ordre chronologique :

1. Prise de rendez-vous avec les personnes ressources et référentes. Cette action s'est faite en concertation avec le référent de stage.
2. Appropriation des outils de l'inspection, avec entre autre, la participation à la session de formation dispensée par l'IGAS ainsi que l'étude des bonnes pratiques concernant l'inspection érigées par l'IGAS. L'analyse de ces bonnes pratiques est un élément clé de la réussite et de la pertinence de cette étude. En effet, la méthodologie de l'inspection-contrôle n'étant pas clairement réglementée et codifiée, l'IGAS est la structure référente en la matière.
3. Appropriation de la thématique DASRI afin de maîtriser le cadre réglementaire et de connaître les orientations régionales de l'ARS Ile-de-France à ce sujet.
4. Analyse des méthodes de travail de la DT92 dans le but de réaliser un état des lieux des pratiques locales existantes afin d'y porter un regard critique.

5. Comparaison avec les prérogatives nationales et propositions d'amélioration au regard du contexte (concernant tant la mise en place de nouveaux outils que la prise en compte des effectifs de la DT92).
6. Propositions d'amélioration des pratiques : élaboration d'une programmation en analysant des critères de priorisation. Compte-tenu des délais restreints de l'étude, il a été convenu au cours du stage, de travailler particulièrement sur une action d'amélioration des pratiques : la programmation. Le choix s'est porté vers cette étape car c'est elle qui initie le processus d'inspection-contrôle et détermine l'atteinte des objectifs fixés par le PRIC. Nonobstant, cette démarche sera à mettre en place lors de la prise de porte pour l'élaboration de la programmation 2014.

Le calendrier du stage fournit en **annexe VI** résume le phasage des objectifs opérationnels décrits.

Les personnes ressources ont été rencontrées. Concernant l'inspection-contrôle, j'ai ainsi rencontré la personne responsable de la MRIC au siège de l'ARS Ile-de-France ainsi que son relais local à la DT92. Ces rencontres m'ont permis de mieux appréhender la thématique d'inspection-contrôle tant dans son organisation régionale et locale que dans sa dimension plus institutionnelle avec la construction du PRIC et ses objectifs.

Pour ce qui est de la thématique DASRI, je me suis entretenue avec le référent régional de l'ARS Ile-de-France afin de connaître la politique régionale en termes de préconisations concernant l'inspection. Je me suis également entretenu à la DT92 avec l'IGS responsable du département VAGS qui a participé au groupe de travail national d'élaboration de la grille d'inspection DASRI-PAOH. J'ai ainsi mieux mesuré les enjeux de cette thématique et eu une meilleure connaissance des objectifs et du cadre de réalisation de la grille d'inspection DASRI-PAOH. Enfin, dans le but d'appréhender la démarche d'autres DT de l'ARS Ile-de-France, je me suis entretenue avec l'agent responsable de la thématique à la DT du Val d'Oise.

Une inspection DASRI a été réalisée par les agents de la DT92 au cours de la période de stage : il s'agissait de l'inspection d'un salon de tatouage conséquemment à un signalement. J'ai pris part à cette inspection et j'ai ainsi pu appréhender le déroulé mis en œuvre pour la visite sur site. Enfin, je me suis rapprochée, avec le soutien de mon maître de stage, de l'ensemble des référents régionaux de la thématique afin de participer à une investigation sur leur territoire. Cependant, aucune mission de ce type n'étant prévue sur le reste de la région, je n'ai pu assister à une telle démarche de terrain.

## 4 La mission d'inspection-contrôle des DASRI dans les Hauts-de-Seine

### 4.1 Etude du temps théorique et réel consacrés à la fonction d'inspection-contrôle

#### 4.1.1 Dimension temporelle estimée au niveau régional

L'agent responsable de la mission MRIC au siège de l'ARS Ile-de-France estime à 15% le temps consacré à l'inspection pour les corps IES et IGS. Ce chiffre, issu d'une étude publiée sur le Réseau d'Echange en Santé Environnement (RESE) doit cependant être utilisé avec prudence, notamment au vu de l'écart entre les différents pourcentages estimés par les répondants. De plus, le PRIC estime à 209 jours par an les ressources théoriques en inspection-contrôle pour un agent à plein temps. Il est alors possible d'extrapoler ces données et d'évaluer à 31 jours par an le temps théorique consacré à la fonction d'inspection-contrôle.

D'autre part, la mission MRIC, dans le cadre de rédaction du PRIC 2013, a évalué la durée consacrée à une mission d'inspection-contrôle concernant les DASRI. Celle-ci est estimée à 2,7 jours et comprend les étapes de préparation (0,2 jours), de visite sur site (1 jour), de rédaction du rapport (0,5 jour) et de gestion des suites (1 jour).

#### 4.1.2 Dimension temporelle empirique au niveau de la DT92

Un entretien avec l'agent investi de la fonction inspection-contrôle des DASRI à la DT92 a été réalisé. L'agent y a notamment estimé à 5,5 jours la durée d'une mission d'inspection-contrôle d'un funérarium (mission effectuée en Juin 2012), ventilée comme suit :

Etape de la mission	Durée réelle estimée par l'agent de la DT92
Préparation	2 jours
Visite sur site	0,5 jour
Rédaction du rapport	2 jours
Suivi	1 jour

Tableau 2 : Durée empirique d'une mission d'inspection-contrôle DASRI en DT92

Dans ce cas particulier, il convient de signaler que le temps consacré à la programmation n'est pas ici pris en compte puisque la visite a été consécutive à une plainte, et donc non annoncée. Compte tenu de la taille modeste de l'établissement inspecté, il est envisageable de conclure que le temps moyen dédié pour une mission est probablement sous-estimé. La durée correspondant à 5,5 jours serait alors une fourchette basse, un temps minimal.

## 4.2 Description et analyse des pratiques à la DT des Hauts-de-Seine : comparaison avec les bonnes pratiques IGAS

### 4.2.1 La programmation

Pratique de la DT92 : une réflexion concernant la programmation des structures à inspecter est élaborée en début d'année, sans toutefois découler d'une méthodologie de réflexion prédéfinie. Le PRIC instaurant trois inspections à effectuer, il a été choisi en 2013 de les réaliser en fonction de la quantité de DASRI produite. De ce fait, un gros producteur (type établissement de santé), un producteur semi-diffus (type laboratoire d'analyses médicales) et un producteur diffus (salon de tatouage) ont été choisis.

Il n'existe pas à ce jour de critères locaux afin de définir la structure à inspecter. Toutefois, pour les établissements de santé, il est coutume de se greffer aux inspections légionelles programmées afin de bénéficier de la présence de l'équipe de la structure inspectée. En effet, lors d'inspections complètement inopinées, il est possible que les personnes référentes de la thématique soient indisponibles, voire absentes.

Une étude concernant les pratiques d'inspection légionelles en ARS Ile-de-France<sup>27</sup> a recensé les points forts et points faibles d'une inspection pluridisciplinaire. Le tableau ci-dessous présente les points ainsi soulevés :

Avantages	Inconvénients
Un partage d'expérience entre les services	Les inspections se font généralement en sous-groupe pour gagner du temps, l'échange d'expérience est donc limité
Une vision globale de la gestion des risques sanitaires par l'établissement	Trop d'informations sont soumises en même temps à l'établissement, le message ne passe pas bien sur toutes les thématiques
Une optimisation du temps pour l'établissement : une seule inspection au lieu de plusieurs réparties dans le temps	Les inspections sont très lourdes et mobilisent l'ensemble des acteurs de l'établissement au même moment

Tableau 3 : Avantages et inconvénients de l'inspection pluridisciplinaire

Proposition : la programmation n'apparaît pas suffisamment formalisée, ni basée sur des éléments probants et factuels. Des critères de priorisation des établissements à inspecter sont à définir. Il convient toutefois de maintenir cette programmation en début d'année, dès connaissance du PRIC, avec l'ensemble de l'équipe inspectrice. Afin de ne pas constituer de doublons avec les services de gestion et de suivi des établissements, une

<sup>27</sup> ANDRIANARIJAONA K., 2011, « Analyse des pratiques d'inspections dans les établissements de santé des DT de l'ARS Ile-de-France et propositions d'améliorations », rapport d'étude : EHESP

concertation avec ces derniers serait pertinente et renforcerait la crédibilité de l'agence et la transversalité de ses actions.

#### **4.2.2 La préparation de la mission d'inspection**

Pratique de la DT92 : la préparation de l'inspection est instaurée lors d'une réunion préalable entre les membres de la mission.

La réglementation n'est pas passée en revue et il n'apparaît pas pertinent aux agents de l'effectuer. La raison principale est que le cadre législatif en vigueur demeure bien connu et applicable depuis plusieurs années.

La synthèse de l'information existante est perçue comme une étape pertinente afin de préparer au mieux l'inspection. Des échanges avec les services de l'ARS chargés du suivi des établissements de santé et médico-sociaux peuvent avoir lieu. Ces échanges permettent l'accès à des données telles que le nombre de lits et les types de soins prodigués, ce qui fournit a priori une idée sur la quantité et la nature de DASRI produits.

Le protocole d'inspection n'est pas discuté préalablement à l'investigation sur site mais se décide au fil de l'inspection.

Proposition : afin de réunir l'information existante concernant la structure à inspecter, il convient de se rapprocher des services de gestion et de suivi des établissements. Cet échange d'information permettrait de mieux connaître l'établissement, son fonctionnement, ainsi que ses lacunes et faiblesses. Ce travail permettrait de cibler les points défaillants lors de l'investigation sur site, ce qui serait un gage d'efficience.

#### **4.2.3 L'annonce à la structure inspectée**

Pratique de la DT92 : à ce jour, les inspections sont réalisées uniquement suite à une réclamation et non sur la base d'une programmation. Elles sont donc inopinées, ce qui exclut l'annonce à la structure. Ce choix a été fait afin de disposer d'une meilleure représentativité de la situation le jour de l'inspection.

Proposition : dans un souci d'efficacité du suivi et afin de développer des liens apaisés avec les entités à inspecter, il serait envisageable de rédiger des courriers d'annonce. Ce courrier serait également l'occasion d'envoyer à la structure la liste des documents à transmettre à la DT92. L'étude de ces pièces permettrait de relever les premières non-conformités et d'appréhender au mieux le fonctionnement de l'établissement. Cette démarche orienterait également le déroulé de l'inspection sur site à venir puisqu'elle pointerait les faiblesses de l'entité. L'investigation serait ainsi mieux organisée puisqu'elle se focaliserait sur les points sensibles. Le temps consacré à la visite serait optimisé et l'inspection-contrôle gagnerait en efficience.

De plus, à plus long terme, il serait intéressant d'établir un comparatif, voire un bilan des résultats consécutifs aux investigations sur site, afin d'établir la plus-value engendrée lors d'une inspection annoncée par rapport à une inspection inopinée.

#### **4.2.4 Investigations sur site**

Pratique de la DT92 : il n'y a pas de formalisme concernant la composition de l'équipe d'inspection : la décision est prise au cas par cas, en fonction de la complexité de celle-ci. L'équipe d'inspection dirige une réunion préalable avec les personnes référentes de la structure afin d'explicitier le cadre de la mission. C'est à cette occasion que les inspecteurs sollicitent l'accès aux documents (convention entre la structure productrice de DASRI et le collecteur/transporteur en cours de validité ; bordereaux CERFA d'élimination des déchets) et demandent à ce que des copies leur soient fournies pour examen au bureau. Les procédures de gestion des DASRI sont également demandées mais pas de façon détaillée. Ainsi, tout ce qui est lié à l'activité de transport de matières dangereuses n'est pas vérifié.

Ensuite a lieu la visite des locaux qui sera conclue par une réunion finale pendant laquelle les inspecteurs présenteront leurs premières constatations.

Proposition : l'inspection sur site doit s'effectuer en présence de deux agents. Il est recommandé d'utiliser le plus rapidement possible la grille d'inspection DASRI, nouvel outil à disposition des agents. Cependant, l'emploi de cette grille, complète et exhaustive, peut s'avérer lourd à mettre en œuvre. Dans un premier temps, les items « obligatoires » seront à renseigner puisqu'ils serviront à alimenter la base SISE-ERP. Dans un second temps, il sera proposé de définir les éléments à renseigner en fonction par exemple du type d'établissement.

#### **4.2.5 Rédaction du rapport**

Pratique de la DT92 : le rapport d'inspection est envoyé au responsable de la structure inspectée par lettre recommandée avec accusé de réception.

La **lettre d'accompagnement** énonce les mises en demeure ainsi que leurs délais d'exécution. Ces éléments sont visibles et rapidement identifiables par la structure inspectée. Il est précisé que des remarques éventuelles peuvent être émises par la structure inspectée sous un délai de 15 jours. Cependant, cette mention manque de visibilité dans la lettre. Le terme « rapport contradictoire » n'est nullement mentionné.

Le **rapport** précise le contexte de l'inspection ainsi que le nom et la fonction des agents composant l'équipe inspectrice. Il s'attache à présenter les locaux et à les décrire. Les références réglementaires sont bien présentées dans un tableau annexé et chaque non-conformité est rattachée à un élément législatif. Le rapport se poursuit par l'énumération

de la liste des mises en demeure, ainsi que leur délai d'exécution. Enfin, une conclusion clôt le rapport.

Proposition: la rédaction du rapport d'inspection n'obéit pas suffisamment aux préconisations de l'IGAS relatives à la notion de procédure contradictoire. En effet, il n'apparaît pas de façon suffisamment visible et affirmée que le rapport est soumis à cette procédure et que la structure à inspecter dispose de la possibilité de mentionner ses remarques. Le rapport d'inspection n'est pas suffisamment développé au regard des enjeux que représente la gestion des DASRI. Ainsi, le rapport contradictoire devra clairement permettre à la structure inspectée d'établir ses remarques. Le rapport définitif devra être plus étoffé avec notamment le développement de constats et de recommandations à mener en concertation à la DT.

L'**annexe VII** définit de manière précise les règles de formalisation du rapport d'inspection. Il est proposé de s'en inspirer dans la rédaction des futurs rapports, notamment pour ce qui concerne la notion de contradictoire.

#### **4.2.6 Suites données à l'inspection-contrôle**

Pratique de la DT92: le suivi se traduit par un recontrôle sur pièces, et éventuellement sur site si nécessaire. Il consiste à demander à la structure inspectée défaillante de renvoyer des éléments de preuve concernant les modifications à apporter. Il peut s'agir par exemple de devis, de projets architecturaux, etc.

Proposition: les suites données à l'inspection-contrôle concernent la prise en compte des mises en demeure mentionnées dans le rapport d'inspection. C'est à court terme une démarche pertinente.

L'**annexe VIII** résume ces propositions issues de l'analyse des bonnes pratiques édictées par l'IGAS puis adaptées aux contraintes du service CSSM.

## **5 Résultats et propositions d'amélioration**

### **5.1 La mission d'inspection contrôle dans le domaine des DASRI à la DT92**

L'inspection-contrôle relative aux DASRI tient une place importante dans les missions assurées par le service CSSM de la DT92. Cependant, les agents affectés à cette thématique sont peu nombreux et déjà affiliés à d'autres missions alors que le territoire des Hauts-de-Seine présente une forte densité de structures productrices de DASRI. L'atteinte des objectifs, notamment ceux fixés par le PRIC, passera par une amélioration des pratiques locales.

Leur analyse a mis en évidence le fait que le temps consacré à la mission d'inspection-contrôle de manière générale, et celui consacré à la mission plus spécifique d'inspection-contrôle des DASRI, semble sous-évalués par la MRIC puisque cette dernière estime à 2,7 jours le temps dédié à une mission. Une enquête auprès des agents de terrain a montré que le temps observé est a minima de 5,5 jours. Le décalage dans l'évaluation théorique et empirique apparaît particulièrement fort pour la phase de préparation (0,2 jours pour la durée estimée contre 2 jours pour la durée réelle).

Le chiffre énoncé par la MRIC, bien qu'issu des données remontées par les services CSSM des huit DT de l'ARS Ile-de-France, doit être critiqué. En effet, il n'est pas distingué par exemple le temps d'inspection-contrôle en fonction du type de structure inspectée. Il est pourtant logique d'envisager que le temps consacré à l'inspection d'un établissement médico-social, type EHPAD, sera plus conséquent que celui consacré à l'inspection d'un producteur de type diffus, type professionnel de santé. Il est également important de souligner que les agents n'estiment pas de manière uniforme le temps consacré à l'inspection-contrôle, puisque ces missions ne sont pas clairement définies.

Cette analyse est à intégrer dans l'amélioration des pratiques de la DT92 : le temps dédié à la réalisation d'une mission d'inspection-contrôle devrait être réévalué à la hausse. La gestion de la thématique semble devoir être réajustée, l'occasion en est de mettre en œuvre des pratiques d'amélioration.

### **5.2 Focus sur une proposition d'amélioration des pratiques : la programmation**

La programmation est l'étape initiale du processus d'inspection-contrôle. Son élaboration se doit d'être objective et judicieuse. Il convient dès lors de mettre en œuvre des critères de priorisation dans le choix des entités à inspecter.

### **5.2.1 Conditions d'élaboration du programme d'inspection**

La construction du programme d'inspection doit être instaurée soit en fin d'année n-1, soit au début de l'année n. Ce processus d'élaboration doit se tenir dans un cadre formalisé et basé sur des éléments factuels. Pour cela, il est conseillé que l'équipe inspectrice procède à une réunion de construction de programme. Cette réunion, permettra de:

- choisir les structures à inspecter (ce point est décrit dans le paragraphe),
- définir le calendrier d'inspection,
- définir les modalités d'inspection (inopinée ou prévue),
- définir le type d'inspection (monothématique ou pluri thématique).

Pour ce dernier point, il est crucial de se rapprocher d'autres services de la DT92. La mission d'inspection « légionelle » est confiée à la cellule « eaux » qui établit sa programmation en début d'année n-1. Une discussion avec cette cellule permettrait d'établir une inspection pluri thématique à dominante santé environnementale. Le Département Etablissements de Santé et Médico-Sociaux élaborent leur programmation en début d'année n. Il serait judicieux de renforcer les liens avec ces services en instaurant une inspection pluri thématique. Cependant, ce type d'inspection est lourd à mettre en œuvre et sa coordination, afin de gagner en légitimité, doit être effectuée par la Direction.

Enfin, le programme d'inspection fait, par définition, référence à des inspections programmées. Il faut rappeler que toute réclamation devant être instruite, les réclamations reçues concernant les DASRI entraîneront une investigation sur site, puisque sa dimension technique doit être évaluée. Cette inspection de terrain ne sera pas obligatoirement inopinée, elle pourra également être annoncée. Ces inspections, imprévues, ne peuvent être inscrites dans la programmation mais cette dernière doit prendre en compte leur existence.

### **5.2.2 Critères de priorisation**

Le PRIC 2013 de l'ARS Ile-de-France instaure un objectif de trois inspections-contrôle par DT. La programmation pourrait reprendre ce qui est actuellement fait par la DT92, à savoir instaurer une inspection annuelle par type de producteur : une pour les gros producteurs, une pour les producteurs semi-diffus et une pour les producteurs diffus.

#### **A) Les gros producteurs**

Ils sont responsables de la part majoritaire de production des DASRI et génèrent à ce titre un fort impact sanitaire. Les établissements de soins sont généralement des structures organisées, disposant d'une équipe compétente techniquement et réglementairement. De ce fait, après discussions avec l'agent référent de la thématique au niveau du siège, il est

raisonnable de penser que ce type d'établissement n'est pas prioritaire dans la programmation, contrairement aux producteurs de type diffus et semi-diffus. Dans un premier temps, la réclamation (d'un particulier, d'un autre service de l'ARS) sera la seule porte d'entrée amenant à l'inspection de la structure.

Toutefois, dans un second temps, il demeure judicieux d'établir des critères de priorisation.

Les critères de priorisation des inspections légionelles sont déterminés réglementairement<sup>28</sup>. La priorisation des établissements à inspecter pour cette thématique est fonction de l'estimation du degré de risque lié aux légionelloses. Cette estimation repose notamment sur les critères suivants : organisation des stratégies de prévention, données épidémiologiques et d'activité hospitalière, données environnementales. Un tel cadre n'existe pas pour la priorisation des établissements de santé à inspecter pour les DASRI. Il convient de le déterminer. Ces critères sont classiquement la taille de l'établissement et son ancienneté (les nouveaux établissements devant être inspectés en priorité). La quantité de DASRI produite est fonction du type de service présent dans l'établissement. Ainsi, le court séjour, avec des services comme la Médecine, la Chirurgie et l'Obstétrique (MCO) est fortement producteur des DASRI dans des délais courts. Il est alors pertinent de mener un recensement de ces établissements et de les caractériser en fonction de leurs services. Ces informations sont disponibles au niveau des services de gestion des établissements de santé, notamment dans les Répertoires Opérationnels des Ressources (ROR). Il convient de s'en rapprocher.

Un critère plus spécifique peut également servir de base à la programmation, il s'agit de l'Accident d'Exposition au Sang (AES). La surveillance des AES est coordonnée au niveau national par le Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN), et dans chaque inter région par le Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN). Parallèlement à la surveillance des AES a été mise en place une surveillance nationale des contaminations professionnelles. Cette surveillance a été initiée par le Réseau National de Santé Publique (devenu par la suite l'Institut national de Veille Sanitaire - InVS) en 1991 pour le VIH, en 1997 pour le VHC et en 2005 pour le VHB. L'importance de cette surveillance a été rappelée dans plusieurs circulaires.

Afin de connaître le nombre d'AES par établissement de santé des Hauts-de-Seine, la cellule hémovigilance de l'ARS Ile-de-France ainsi la Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie (CIRE) d'Ile-de-France ont été sollicitées. Ces deux services n'ont toutefois pas été en mesure de fournir l'information demandée, il s'agira cependant d'en

---

<sup>28</sup> Circulaire DGS/SD7A/DHOS/E4 n°2005-286 du 20 juin 2005 relative au référentiel d'inspection des mesures de prévention des risques liés aux légionelles dans les établissements de santé

disposer le plus rapidement possible afin de définir les établissements les plus enclins à ce type d'accident.

Le dernier rapport sur le sujet<sup>29</sup> présente entre autre les services les plus touchés par ce type d'accident. Le graphique suivant montre la répartition des services concernés:

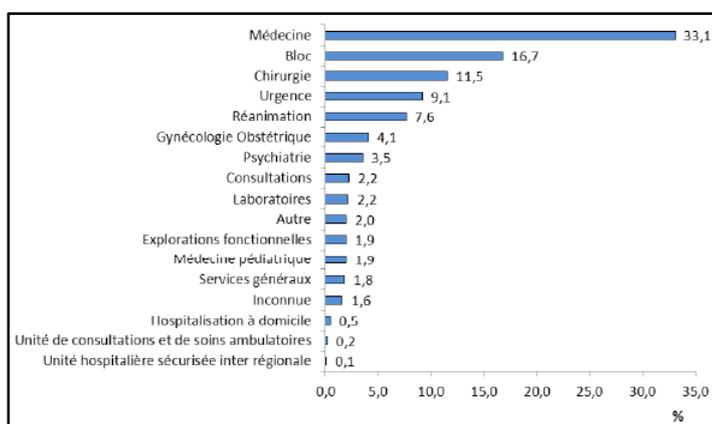


Figure 2 : Répartition des services ayant déclarés au moins un AES en 2010, selon la spécialité. (810 établissements ont participé à cette étude).

Ce graphe permet de cibler les services les plus « à risques ». Le service de Médecine apparaît comme étant le touché par ce type d'accident (33% des AES recensés). Le service de Bloc et de Chirurgie sont également concernés par cette problématique. Ces trois services seront donc utilisés comme critères de choix concernant la définition des établissements à inspecter, puis de façon plus fine dans le choix des services au sein même des établissements choisis.

## B) Les producteurs semi-diffus

Parmi les producteurs semi-diffus, les EHPAD sont des établissements jugés prioritaires puisqu'ils ne disposent pas forcément d'une équipe compétence techniquement et juridiquement en la matière. Une étude réalisée sur la région Bourgogne<sup>30</sup> conclut que les directeurs et/ou personnels d'EHPAD souhaitent être mieux informés de leurs droits et devoirs concernant les DASRI. Elle souligne également que peu d'établissements disposent :

- d'un local DASRI conforme aux exigences réglementaires,
- d'un protocole « Déchets » qui permet de connaître le tri effectué dans l'établissement,
- d'un référent interlocuteur privilégié qui a un regard complet sur les DASRI,
- d'une connaissance quant à leur production massive et à la fréquence de collecte qui s'impose.

<sup>29</sup> Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français en 2010 – résultats AES-Raisin 2010, GERES – RAISIN- InVS, 44p

<sup>30</sup> CHAVIGNY N., 2012, *L'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux dans les établissements médico-sociaux. Analyses des pratiques et propositions d'amélioration*, rapport d'étude : EHESP

Les orientations de la région Ile-de-France vont dans ce sens. Le focus est donc établi sur ce type de structure.

Ici les critères de priorisation dans le choix des EHPAD à inspecter sont classiquement ceux concernant la volumétrie de DASRI produite et la date de du dernier contrôle. En complément, comme déjà effectué dans une DT voisine, une première évaluation de la situation de chaque structure en matière de gestion de la filière DASRI pourrait être lancée par l'intermédiaire d'un questionnaire. Ce questionnaire se doit d'être compréhensible et facile à compléter par la structure, le but étant de disposer d'un maximum de répondants. Il pourrait permettre d'évaluer la quantité de DASRI produite ainsi que le système de collecte et d'élimination mis en place. Dans une optique de gain de temps, la personne référente pour les DASRI devra être mentionnée. Cette démarche permettrait d'avoir une vision unifiée et tendant vers l'exhaustivité des structures du territoire. Elle initierait non seulement un travail de fond sur la sécurité sanitaire de ce type de structure mais également la structuration d'un réseau de référents. Cependant, l'élaboration et la mise en œuvre d'une telle méthodologie nécessite une concertation approfondie et réfléchie au niveau local, d'autant plus que les EHPAD sont sollicités pour diverses raisons par les services des ARS.

Une seconde approche auprès de ce type de structure peut être initiée : il s'agit de la mise en œuvre du contrôle sur pièce, uniquement. En effet, il est la base de la démarche d'inspection-contrôle et envisageable dans toutes les situations puisqu'il nécessite d'effectuer une demande d'envoi de pièces préalablement définies par la structure à inspecter. Le contrôle sur pièce met en évidence un dysfonctionnement de l'entité et peut, dans ce cas, initier une investigation sur site. Cette proposition est toutefois à nuancer pour certaines situations car elle ne permet pas de relever des dysfonctionnements d'ordres techniques seulement visibles lors de l'investigation sur site. Dès lors, le contrôle sur pièce ne peut être l'unique outil pour répondre à la mission.

Cette démarche, déjà mise en place dans une autre DT de l'ARS Ile-de-France, mérite d'être creusée. En effet, le renouvellement des conventions tripartites entre les EHPAD, l'ARS et le Conseil Général, impose à l'établissement de présenter un bilan de fonctionnement. Lors de la rédaction de ce bilan, l'établissement pourrait être sensibilisé par les services de gestion et de suivi des établissements médico-sociaux à la thématique des DASRI. Ainsi les pièces demandées pour le contrôle documentaire seraient la convention, les protocoles de tri et les quatre derniers bordereaux d'enlèvement. Les agents en charge de l'inspection de cette thématique effectuent alors un contrôle sur pièce qui, s'il met en évidence des lacunes ou dysfonctionnements, peut donner lieu à une investigation sur site. Cette démarche ne peut être viable que si la transversalité entre les services de la DT est instaurée. Mettre en place ce type de démarche à la DT92

nécessitera la sensibilisation des services en charge du suivi de ces établissements au moyen de communication et d'échanges.

Dans le schéma présenté ci-dessus, les EHPAD seulement sont étudiés. Cependant, les EHPAD ne sont pas les seules structures de type semi-diffus productrices de DASRI. Les autres entités, telles les laboratoires d'analyses, pourraient dans un premier temps être inspectées uniquement sur plainte. Un travail est en cours avec les PHISP sur cette thématique puisqu'il est question d'intégrer l'item DASRI dans leur grille d'analyse. Des échanges avec ce corps de métier permettront de mener un travail efficient et de fond concernant l'inspection-contrôle de ses structures.

### C) Les producteurs diffus

Le recensement des producteurs diffus et l'estimation des quantités de DASRI produites sont des indicateurs difficiles à mettre en place. Les expériences des services décrites sur le RESE (Réseau d'Echange en Santé Environnement) n'y font que peu mention, et ceci de façon non spécifique, preuve que la démarche demeure fastidieuse.

Le recensement se définit comme l'étape initiale. Il se déroulera en investissant différents médias : l'outil ADELI (Automatisation DEs LIstes) permet d'accéder à la liste des professionnels de santé, tels que les infirmières et les médecins libéraux. Concernant les autres corps de métier, comme les tatoueurs, voire les thanatopracteurs, leur recensement peut s'établir aux moyens d'une recherche sur le répertoire téléphonique.

Une fois ce recensement effectué, il conviendra de prioriser la structure à inspecter selon sa date d'installation par exemple. Afin de décrire les pratiques de production, de stockage et d'élimination des DASRI par ces producteurs, un auto-questionnaire pourrait être rédigé à leur attention. Une étude<sup>31</sup> menée en ce sens par la DT de la Dordogne sur les pratiques des PLS à ce sujet conclut entre autre que 15% évaluaient leur production mensuelle de DASRI supérieure à 5kg/mois et 7% déclaraient les éliminer dans les ordures ménagères. Enfin, 33% déclaraient manquer d'informations réglementaires. Ce secteur ne peut être ignoré par la DT92, d'autant plus que les professionnels concernés ne sont pas forcément formés à la thématique DASRI. A ce titre, il peut être envisagé des actions à fins d'information et de sensibilisation. L'une d'elles serait par exemple une plaquette d'information pratique à l'attention de ces professionnels leurs rappelant non seulement, les risques sanitaires auxquels ils sont exposés mais également les exigences réglementaires auxquelles ils sont soumis. Cette action permettrait également à l'ARS d'être reconnue en tant que référent régional et acteur compétent.

---

<sup>31</sup> CASTOR C., BODOT E., ASTARIE N., avril 2011, *Evaluation de la prise en charge des déchets d'activités de soins à risques infectieux par les professionnels de santé en secteur libéral. Enquête auprès des professionnels libéraux de santé de Dordogne (France), février-mai 2009*, BEH 13-14, p.172-176

Les critères de choix énoncés ci-dessus sont résumés dans le tableau suivant. Ces critères restent des pistes d'élaboration de la programmation à prendre en compte après réflexion entre les membres composants l'équipe inspectrice du service CSSM.

Types de producteurs	Gros producteurs	Producteur de type semi-diffus	Producteur de type diffus
Structures concernés	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Centres hospitaliers</li> <li>-Etablissements de soins</li> <li>-Cliniques privées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)</li> <li>-Centres de Protection Maternelle Infantile</li> <li>-Centre de Santé</li> <li>-Laboratoires d'analyses</li> <li>-Centre d'addictologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Infirmiers libéraux</li> <li>-Médecins libéraux</li> <li>-Chirurgiens-dentistes</li> <li>-Salon de tatouage</li> <li>-Vétérinaires</li> <li>-Thanatopracteurs</li> </ul>
Critères de priorisation définis	<p><b><u>Critères généraux :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Taille de l'établissement et volumétrie de DASRI produite</li> <li>-Date du dernier contrôle</li> <li>-Ancienneté de l'établissement</li> </ul> <p><b><u>Critères spécifiques :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Présence de services définis comme à risque</li> <li>-Nombre d'Accidents d'Exposition au Sang recensés</li> </ul> <p><b><u>Inspections conjointes :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin des autres services</li> <li>-Programmation des autres services</li> </ul>	<p><b><u>Critères généraux :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Taille de l'établissement et volumétrie de DASRI produite</li> <li>-Date du dernier contrôle</li> <li>-Ancienneté de l'établissement</li> </ul> <p><b><u>Critères spécifiques :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Renouvellement de la convention tripartite (contrôle sur pièce uniquement pouvant initier une investigation sur site en cas de dysfonctionnement)</li> </ul> <p><b><u>Inspection conjointe :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin des autres services</li> <li>-Programmation des autres services</li> </ul>	<p><b><u>Critères généraux :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Date du dernier contrôle</li> <li>-Ancienneté de la structure</li> </ul> <p><b><u>Critères spécifiques :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pas de critères spécifiques définis pour le moment</li> </ul> <p><b><u>Inspection conjointe :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin des autres services</li> <li>-Programmation des autres services</li> </ul>

Tableau 4 – Propositions de critères de choix des structures à inspecter pour l'élaboration de la programmation

L'annexe IX synthétise les critères de choix proposés afin d'établir la programmation annuelle des structures à inspecter.

## Conclusion

Avec un gisement régional annuel estimé à plus de 30 000 tonnes, la problématique liée aux DASRI n'est pas à négliger d'autant plus que le territoire des Hauts-de-Seine concentre, après le département de Paris, la plus forte densité en établissement de soins, eux-mêmes gros producteurs de DASRI. L'élaboration au niveau national de nouveaux outils, comme l'application SISE-ERP et la grille de contrôle DASRI et PAOH, confirment que cette thématique doit être traitée au même titre que les autres. De plus, l'ARS Ile-de-France instaure des objectifs annuels chiffrés concernant le nombre d'inspection relative à la thématique DASRI. Ces éléments tentent à positionner cette mission comme faisant partie intégrante des missions à assurer par le service CSSM de la DT92.

Malgré ces enjeux, le constat est qu'à ce jour, la DT92 ne parvient pas à réaliser d'inspections programmées. De ce fait, elle n'atteint pas les objectifs fixés par le PRIC. L'analyse des pratiques actuelles de la DT92 comparées aux bonnes pratiques édictées par l'IGAS a permis de proposer quelques pistes d'amélioration afin d'allier les exigences techniques et réglementaires avec le faisable, c'est-à-dire en tenant compte des effectifs de la DT92. Il a ainsi été évalué que la durée d'inspection contrôle « réelle » est certainement plus conséquente que celle estimée par la MRIC. C'est donc avec un effectif particulièrement restreint et avec une élévation du volume horaire que la DT92 doit réaliser cette mission.

Les propositions de modalité de travail ont été explicitées pour les six étapes de la mission d'inspection-contrôle. Toutefois, compte-tenu des délais restreints de l'étude, l'étape initiale de programmation a particulièrement été investie. Des critères de priorisation en fonction de la typologie de la production (gros producteurs, producteurs semi-diffus et producteurs diffus) ont été détaillés afin d'aboutir à l'élaboration d'un tableau de programmation.

La bonne réalisation de la mission d'inspection-contrôle relative aux DASRI nécessite une communication avec d'autres services des ARS. Les services en charge du suivi des établissements sanitaires et médico-sociaux disposent en effet d'informations permettant notamment l'élaboration pertinente de la programmation. Ces services effectuant également des inspections d'établissements producteurs de DASRI, il est nécessaire d'établir une concertation avec ces derniers, ne serait-ce que pour ne pas effectuer de doublons et jeter le discrédit sur les actions de l'Agence. La thématique DASRI apparaît alors comme un moyen d'assurer la transversalité des actions de l'ARS.

---

# Bibliographie

---

## **Textes législatifs et réglementaires**

Code de l'Environnement : article R.541-8

Code de la Santé Publique : article L.1421-1, L.1421-2, L.1421-3, L.1421-17 R.1335-1 à 14 et R.1435-15

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors

Loi n°96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire

Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 modifiée portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal

Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations

Décret n°2002-540 du 18 avril 2002 relatif à la classification des déchets. Journal Officiel n°93 du 20 avril 2002

Arrêté du 29 mai 2009 relatif aux transports de marchandises dangereuses par voies terrestres (dit « arrêté TMD »). Journal Officiel, n°0147 du 27 juin 2009.

Arrêtés du 20 septembre 2002, modifiés, relatif aux installations d'incinération et de co-incinération des déchets non dangereux et aux installations incinérant des déchets d'activités de soins à risques infectieux et relatif aux installations d'incinération et de co-incinération de déchets dangereux (modifié par l'arrêté du 18 décembre 2012)

Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine modifié par arrêté du 6 janvier 2006. Journal Officiel, n°298 du 26 décembre 2003

Arrêté du 7 septembre 1999 modifié, relatif aux modalités entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques (modifié par arrêté du 14 octobre 2011)

Arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières de traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques

Circulaire DGS/SD7A/DHOS/E4 n°2005-286 du 20 juin 2005 relative au référentiel d'inspection des mesures de prévention des risques liés aux légionelles dans les établissements de santé

Circulaire n°DGS/EA2/2012/100 du 1er mars 2012 relative à la conception et à la diffusion de l'application SISE-ERP - application d'accompagnement des actions d'inspections contrôles des risques liés à l'environnement dans les établissements recevant du public

Instruction DGS/EA n°2011-406 du 26 octobre 2011 relative aux missions des agences régionales de santé (ARS) dans le domaine de la santé environnementale, 88 pages

## **Ouvrages et études**

ABITEBOUL D., membre du GERES et LOT F., InVS. *Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé – situation au 31 décembre 2009*

ADEME, juin 2013, *Etude sur le bilan du traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux en France, année 2011 et perspective 2012*. 155 pages

ANDRIANARIJAONA K., *Analyse des pratiques d'inspections dans les établissements de santé des DT de l'ARS Ile-de-France et propositions d'améliorations*, [Mémoire pour le diplôme d'ingénieur d'études sanitaires]. Rennes : EHESP, 2011. 62 pages

ARS Ile-de-France, *Rapport d'activité 2011*. 35 pages

CHAVIGNY N., *L'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux dans les établissements médico-sociaux. Analyses des pratiques et propositions d'amélioration, rapport d'étude*, [Mémoire pour le rapport d'ingénieur du génie sanitaire]. Rennes : EHESP, 2012. 107 pages

CASTOR C., BODOT E., ASTARLE N., avril 2011, *Evaluation de la prise en charge des déchets d'activités de soins à risques infectieux par les professionnels de santé en secteur libéral. Enquête auprès des professionnels libéraux de santé de Dordogne (France), février-mai 2009*, BEH 13-14, p.172-176

CNP, octobre 2012, *Orientations Nationales de Contrôle pour 2013*. 75 pages

Conseil Régional d'Ile-de-France, novembre 2009. *Plan Régional d'Elimination des Déchets d'Activités de Soins à risques infectieux (PREDAS)*. 135 pages

Direction Générale de la Santé (DGS), 2009. *Déchets d'activités de soins à risques ? Comment les éliminer ?* 3<sup>ème</sup> édition. 92 pages

GERES – RAISIN – InVS, avril 2013. *Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français en 2010 – résultats AES-Raisin 2010*. 44 pages

SCHAETZEL F., TREGOAT J.J, TISON A., IGAS, avril 2012, rapport n° RM2012-021P *Guide des bonnes pratiques d'inspection et de contrôle pour les réseaux territoriaux de santé et de cohésion sociale*. 177 pages

TARANTOLA A., membre du GERES, *Les risques infectieux après accident exposant au sang ou aux liquides biologiques*. 10 pages

## **Présentation**

BARLET C., *Le déroulement d'une inspection : application dans le domaine des Périmètres de Protection de Captage (PPC)*, avril 2012, EHESP

DI GUARDIA JM., *Le risque lié aux DASRI, contrôle, inspection*, Mars 2013, EHESP

FOURCADE M., GARRIGUE-GUYONNAUD H., 5<sup>ème</sup> journée : *Inspection-contrôle*, mai 2013, ARS d'Ile-de-France

### **Sites Internet consultés**

Agence Régional de Santé d'Ile-de-France : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr>

Institut National de Veille Sanitaire : <http://www.invs.sante.fr/>

Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Ministère des Affaires sociales et de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/>

Réseau d'Echange en Santé Environnement (RESE) : <http://rese.intranet.sante.gouv.fr/>

---

## Liste des figures

---

**Figure 1** – Nombre d'inspections programmées et inopinées réalisées par la DT92 depuis 2010

**Figure 2** – Répartitions des services ayant déclarés au moins un AES en 2010, selon la spécialité

---

## Liste des tableaux

---

**Tableau 1** – Conditions et durées d'entreposage des DASRI

**Tableau 2** – Durée empirique d'une mission d'inspection-contrôle DASRI en DT92

**Tableau 3** – Avantages et inconvénients de l'inspection conjointe

**Tableau 4** – Propositions de critères de choix des structures à inspecter pour l'élaboration de la programmation

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE I** – Présentation de l'IGAS : organigramme

**ANNEXE II** – Cadre réglementaire relatif aux DASRI : principaux textes

**ANNEXE III** – Les principales dispositions recensées dans le Guide des Bonnes Pratiques édité par l'IGAS

**ANNEXE IV** – Liste des documents à fournir relatif au contrôle documentaire.

**ANNEXE V** – Organigramme de la DT92

**ANNEXE VI** – Calendrier d'activité

**ANNEXE VII** - Les règles de formalisation concernant la rédaction du rapport d'inspection

**ANNEXE VIII** – Piste d'améliorations : méthodologie de l'inspection-contrôle

**ANNEXE IX** – Pistes d'élaboration d'une programmation : établissements de critères de choix

## Annexe I – Organigramme de l'IGAS

### INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES

Adjointe et suppléante  
**Pascal ROMENTEAU** (\*\*\*)

Chef de l'inspection générale  
des affaires sociales  
**Pierre BOISSIER** (\*\*\*)

Adjointe, carrières - compétences  
**Christine DANIEL** (\*\*\*)

#### COLLÈGES – COMITÉS DES PAIRS

COHESION SOCIALE	Pascal PENAUD (*)	PROTECTION SOCIALE	Etienne MARIE (*)	SANTÉ	Marine JEANTET (*)	TRAVAIL EMPLOI FORMATION PROFESSIONNELLE	Christine DANIEL (*)	APPUI & CONSEIL AU MANAGEMENT	Jean-Louis BONNET (*)
------------------	-------------------	--------------------	-------------------	-------	--------------------	--	----------------------	-------------------------------	-----------------------

*Inspecteurs et inspecteurs généraux des affaires sociales  
Conseillers généraux des établissements de santé*

#### MISSIONS PERMANENTES

MISSION METHODOLOGIE PERFORMANCE	Marlyse FOURCADE (*)	MISSION PENITENTIAIRE	Dr. Sylvain PICARD	MISSION INTERNATIONALE	Michel LAROQUE
----------------------------------	----------------------	-----------------------	--------------------	------------------------	----------------

**MISSION D'AUDIT INTERNE DES MINISTRES DES AFFAIRES SOCIALES**

Didier EYSSARTIER

**MISSION D'ANIMATION DE L'INSPECTION HYGIENE ET SECURITE (ISSI)**

Philippe BARBEZIEUX

**DIFFUSION CHEF DE CABINET\***

Patricia MOUNIER (\*\*\*)

Section des rapports  
Barrice GIRON

**SECRETARIAT GENERAL**

Pierre BOCCOQUET (\*\*\*)

Ressources Humaines  
Pierre BOCCOQUET

Budget-Logistique  
Philippe DOMINART

Systèmes d'Information  
Philippe ROMENTEAU

Documentation  
Sylvie BERTANI



Mars 2013

(\*) Membres du Comité exécutif (Orientations stratégiques)  
(\*\*) Membres du Comité exécutif et du Comité de direction

## Annexe II – Liste des principaux textes réglementaires relatifs aux DASRI

<b>Définition dans les Codes</b>	<p>Article R1335-1 à R1335-14 du Code de la Santé Publique : définition des DASRI, traçabilité, traitement, etc.</p> <p>Article R.541-8 annexe I du Code de l'Environnement : définit les déchets et les propriétés qui les rendent dangereux.</p>
<b>Textes spécifiques - Tri et conditionnement</b>	<p>Arrêté du 24 novembre 2003 modifié, relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques (modifié par l'arrêté du 6 janvier 2006)</p>
<b>Textes spécifiques - Entreposage</b>	<p>Arrêté du 7 septembre 1999 modifié, relatif aux modalités entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques (modifié par arrêté du 14 octobre 2011)</p>
<b>Textes spécifiques - Collecte et transport</b>	<p>Arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières de traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques</p> <p>Arrêté du 29 mai 2009 modifié relatif au transport des marchandises dangereuses par voies terrestres (dit "arrêté TMD")</p>
<b>Textes spécifiques - Traitement</b>	<p>Arrêtés du 20 septembre 2002, modifiés, relatif aux installations d'incinération et de co-incinération des déchets non dangereux et aux installations incinérant des déchets d'activités de soins à risques infectieux et relatif aux installations d'incinération et de co-incinération de déchets dangereux (modifié par l'arrêté du 18 décembre 2012)</p>

**Annexe III - Les principales dispositions recensées dans le Guide des Bonnes Pratiques**  
édité par l'IGAS

<b>1. Le lancement de la mission</b>	
<b><u>La composition d'une mission</u></b>	<b>Enjeux</b>
	Garantir la sécurité juridique de la mission Disposer des compétences techniques nécessaires à sa réalisation Fiabiliser ses résultats et ses suites
	<b>Risques identifiés</b>
	Incompétence juridique de certains membres de la mission pouvant conduire au vice de forme Absence de ressources techniques permettant de mener toutes les investigations nécessaires à la pleine exécution de la lettre de mission (médecin, ingénieur, etc.) Perte de crédibilité de la fonction inspection et de la technicité des inspecteurs
	<b>Bonnes pratiques recensées</b>
La désignation des inspecteurs suit une procédure : *rédaction et signature de la lettre de mission par le commanditaire *le commanditaire désigne le coordonnateur, les professions ou compétences concernées, les référents techniques et les personnes ressources * la composition définitive de la mission est proposée au commanditaire par le coordonnateur  L'équipe d'inspection aura à préciser : * la délimitation de l'expertise : quel est l'objet précis de l'expertise * le mode d'investigation : expertise sur site ou sur pièce * modalité d'accès aux documents (en particulier l'accès aux données médicales) * les types de documents que la structure inspectée devra remettre	
<b><u>La réunion de lancement de mission</u></b>	<b>Enjeux</b>
	Donner à la mission une base de départ solide et partagée en fixant notamment le cadre d'inspection à respecter (durée, procédure, contradictoire, ...)
	<b>Risques identifiés</b>
	Une mission insuffisamment cadrée dans son déroulement. Une absence de concertation préalable entre les membres de la mission et de surcroît avec le commanditaire conduisant à des incompréhensions et des ambiguïtés sur l'objet de la mission. Une évaluation insuffisante de la charge de travail induisant une durée anormalement longue de la mission d'inspection. Une organisation insuffisante conduisant à une mauvaise appréhension des enjeux et des objectifs. Des objectifs fixés par le commanditaire non atteints.

	<b>Bonnes pratiques recensées</b>
	<p>L'organisation d'une réunion de lancement est à rechercher de façon quasi systématique afin de mieux appréhender les enjeux de la mission et ses objectifs.</p> <p>L'objectif de la réunion est de partager l'information et la compréhension de la mission à partir de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* l'historique et le contexte de la mission</li> <li>* les travaux antérieurs et des missions en cours portant sur des sujets similaires</li> <li>* l'analyse des objectifs de la mission</li> </ul> <p>Il s'agit également d'opérer une première approche de la méthode et des outils qui seront utilisés ainsi que de fixer l'organisation du travail d'équipe (élaboration d'un rétro-planning, décision quant au caractère contradictoire du rapport, répartition du travail entre les différents membres)</p>

2. L'organisation du travail en équipe	
	<b>Enjeux</b>
	Déterminer le cadre d'intervention adapté à la mission à réaliser
	<b>Risques identifiés</b>
	<p>Traitement partiel du sujet à traiter du fait d'un recueil d'information et de données insuffisant</p> <p>Investigations insuffisantes ou trop générales ne permettant pas aux inspecteurs de démontrer et d'argumenter leurs constats et propositions</p> <p>Perte de la crédibilité des inspecteurs</p>
	<b>Bonnes pratiques recensées</b>
<b>La préparation de la mission</b>	<p>La préparation de la mission s'opère au cours de la réunion de lancement (voir ci-dessus) ou dans son prolongement. C'est une étape fondamentale à ne négliger dans aucun cas car elle conditionne la bonne réalisation de la mission.</p> <p>Le travail préparatoire a pour objectif de permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* définir précisément ce que l'on va chercher</li> <li>* donner cohérence à l'ensemble de la démarche d'inspection et aux investigations sur site à effectuer</li> <li>* rendre efficace la visite sur place (guider le recueil d'informations, ne pas se laisser déborder, éviter les oublis, fixer la chronologie des interventions sur site)</li> <li>* préparer le plan du rapport</li> </ul> <p>La préparation de la mission se fait en quatre étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* finaliser le cadre juridique opposable à l'établissement : le "référentiel juridique"</li> <li>* permettre de réunir l'information existante sur la structure qui va être inspectée</li> <li>* élaborer le protocole d'inspection proprement dit (c'est l'outil clé de la mission)</li> <li>* préciser le plan de travail de la mission (répartition du travail entre inspecteurs, calendrier de réalisation, ..)</li> </ul> <p>La seconde et troisième étapes peuvent amener à demander à la structure inspectée la communication de différents documents. Cette demande se fait en général lors de l'annonce de la venue de la mission.</p> <p>Il convient de signaler que des <b>contrôles en santé environnement bénéficient d'ores et déjà de protocoles d'inspection élaborés au niveau national</b> : le travail préparatoire sera donc plus ou moins lourd.</p>

<b>Les règles de base du travail en équipe</b>	<b>Enjeux</b>
	Dégager une position commune à partir de cultures professionnelles, de compétences techniques et d'individualités spécifiques
	<b>Risques identifiés</b>
	Cloisonnement entre les membres de la mission et donc pertes d'information Niveau d'information inégal entre les membres de la mission et perte d'objectivité partagée Tension au sein de l'équipe d'inspection et difficultés à mener l'inspection à son terme Manque de cohérence du rapport d'inspection
	<b>Bonnes pratiques recensées</b>
	L'objectif d'une mission d'inspection contrôle est de parvenir à dégager une position commune équilibrée entre les différents inspecteurs et ce dans le respect de leurs compétences spécifiques. Une répartition des tâches est nécessaire mais ne doit pas conduire à un cloisonnement au sein de la mission.  Pour prévenir toute contestation sur le contenu d'un entretien, il importe de mener les entretiens importants et les visites à deux.  Les réunions d'étape doivent permettre d'élaborer progressivement une position argumentée, de préférence commune

3. Les relations avec le commanditaire	
<b>La définition de la commande : la lettre de mission</b>	<b>Enjeux</b>
	Avoir une parfaite compréhension du contenu et des enjeux de la commande pour pouvoir y répondre de façon satisfaisante
	<b>Risques identifiés</b>
	Mauvaise évaluation des enjeux de la mission Difficultés à appréhender les objectifs de la mission et les attentes du commanditaire Décalage entre les objectifs de la mission et sa réalisation effective
	<b>Bonnes pratiques recensées</b>
	Il importe d'obtenir une lettre de mission du commanditaire afin d'avoir le sens et le cadrage de la mission. Elle doit contenir les éléments suivants : objectifs, contexte, champ matériel et temporel, fondements juridiques, délais, nature de l'inspection, composition de la mission, etc.  Certains types d'inspection relèvent plus d'un contrôle normatif effectué de manière régulière et systématique (par exemple, ceux réalisés par les agents des services Santé Environnement). Dans ce cas, il n'est pas utilisé de lettre de mission : les services intervenant dans le cadre de programmes annuels disposent d'ordres de mission permanents.  La lettre de mission n'est pas à remettre à l'entité inspectée, elle peut toutefois lui être montrée notamment en cas de missions inopinées ou de difficultés que créerait l'inspecté à la réalisation de l'inspection. L'inspecté en aura toutefois connaissance, la lettre de mission figurant en annexe du rapport.

4. Le déroulement de l'inspection : les investigations sur site	
<b>L'information de l'organisme contrôlé</b>	<b>Enjeux</b>
	Garantir la transparence et le professionnalisme de l'inspection ainsi que les droits de l'inspecté
	<b>Risques identifiés</b>
	Climat de tension qui peut nuire aux investigations Refus de coopération de la part de l'inspecté Rétention d'information de la part de l'inspecté
	<b>Bonnes pratiques recensées</b>
<p><u>Avant l'inspection</u> : l'organisme est en général informé par notification écrite préalable de l'inspection à venir. La notification doit fournir des précisions quant à l'objet de l'inspection, à son déroulement, à la composition de la mission. Elle peut également préciser les personnes ou catégories d'agents que la mission souhaite rencontrer ainsi que les documents à tenir à sa disposition. C'est également l'occasion de demander à l'inspecté de transmettre des documents à la mission préalablement à l'investigation sur site.</p> <p><u>Pendant l'inspection</u> : il est de bonnes pratiques de voir le responsable de la structure en fin de chaque journée</p> <p><u>A la fin de l'inspection</u> : un temps d'échange avec les représentants de la structure peut être organisé. Il comprend au minimum l'information des suites opérationnelles données et le cas échéant, les principaux constats observés peuvent être mentionnés.</p>	
<b>Les règles de base du travail sur site</b>	<b>Enjeux</b>
	Objectiver les faits et les analyses à partir des investigations menées sur site
	<b>Risques identifiés</b>
	Manque de rigueur méthodologique nuisant à la qualité des investigations et à leurs résultats Vision trop parcellaire se limitant au recueil d'éléments à partir d'une seule technique d'investigation Fragilité du rapport d'inspection reposant sur de éléments insuffisamment démontrés
	<b>Bonnes pratiques recensées</b>
<p>La démarche d'inspection oblige à mener des investigations sur site et conduit à une objectivation des faits et des analyses grâce au recoupement des éléments que les inspecteurs ont recueillis.</p> <p>Les membres de la mission doivent veiller :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* à la cohérence des investigations à travers la mise en œuvre du protocole d'inspection</li> <li>* au respect de la structure inspectée par l'adoption des règles de comportement</li> <li>* au respect de la vie privée</li> </ul> <p>L'inspection est toujours fondée sur un recoupement de données provenant de différentes techniques d'investigation : le "lu, vu et entendu".</p>	

<b>Le recueil de documents</b>	<b>Enjeux</b>
	Garantir la sécurité méthodologique du rapport Crédibiliser la technicité des inspecteurs
	<b>Risques identifiés</b>
	Demandes peu claires et non pertinentes de documents Documents trop nombreux et difficilement exploitables Exigences de délais trop restreints pour la production de documents Non formalisation de la liste des documents demandés
	<b>Bonnes pratiques recensées</b>
	Le recueil de document constitue une technique importante d'objectivation des faits : les inspecteurs doivent savoir identifier et se limiter aux documents utiles pour l'inspection.  Des règles simples peuvent faciliter ce travail de collecte. Il convient également de faire une demande écrite et datée, notamment si la structure n'a pas été informée au préalable de l'inspection. Dans ce cas, une liste préparée en amont par l'équipe peut être remise dès l'arrivée à l'établissement avec indication d'un délai raisonnable pour les produire.  Il est rappelé que la demande de certains documents peut être faite dès l'information de la structure de l'inspection. Elle peut être alors indiquée dans la notification adressée à la structure.
<b>Les règles de base de l'entretien</b>	<b>Enjeux</b>
	Recueillir des informations attendues et "inattendues" auprès des professionnels, institutionnels ou usagers de la structure inspectée pour consolider mes démonstrations et l'objectivation des faits et analyses figurant dans le rapport.  S'assurer d'un recueil et d'un traitement homogènes des informations recueillies lors des entretiens menés par la mission.
	<b>Risques identifiés</b>
	Entretiens trop restreints ne permettant pas d'avoir une vision globale de la structure Mauvaise estimation de la durée de l'entretien aboutissant à un recueil non pertinent d'informations et à un débord du temps prévu total prévu pour les entretiens dans le protocole d'inspection Instrumentalisation de la mission, notamment lors d'inspections portants sur des conflits internes Difficultés au sein de la mission à traiter les informations recueillies
	<b>Bonnes pratiques recensées</b>
	La technique d'entretien semi-directif est un outil bien connu et utilisé en sciences sociales, mais elle n'est pas spécifique à l'exercice de la fonction d'inspection. L'entretien doit être préparé. <b>Un entretien se déroule au minimum en présence de deux inspecteurs</b> , sauf situation exceptionnelle, pour des questions d'ordre pratique mais également afin d'éviter toutes contestations potentielles ultérieures des propos rapportés

## 5. Les spécificités de certaines inspections

<b><i>L'inspection en urgence</i></b>	<b>Enjeux</b>
	Garantir la sécurité juridique et méthodologique d'inspections non programmées ayant un caractère d'urgence et diligentées notamment à la suite d'évènements indésirables graves.  Permettre au commanditaire de prendre les mesures que la situation impose.
	<b>Risques identifiés</b>
	Oubli des règles de bonnes pratiques d'inspection (lettre de mission, rédaction d'un rapport, ..) Insuffisante prise en compte des spécificités des inspections en urgence (caractère inopiné souvent et intervention dans une structure devant faire face à l'évènement, contraintes fortes pouvant peser sur la mission et notamment celle de produire son rapport au plus vite, etc.) Risque d'un climat de tension avec l'inspecté qui peut perturber le déroulement de la mission
	<b>Bonnes pratiques recensées</b>
	Les inspections réalisées en urgence se caractérisent par un fait générateur qui peut être une réclamation, un signalement, un évènement indésirable grave ou tout autre dysfonctionnement majeur qui n'a pas pu être anticipé.  La méthodologie applicable à ces catégories d'inspection est identique à celle des inspections programmées. Néanmoins, elles présentent certaines spécificités du point de vue de leur organisation, de leur déroulement ou d leur objet.

**ANNEXE IV – Liste des documents à fournir relatif au contrôle documentaire.**

**LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU CONTROLE**

Documents	Références réglementaires
<p>Etat des lieux des DASRI (nature/quantité)</p> <p>Etat des lieux des PAOH (nature/quantité)</p>	<p><b>Arrêté du 7 septembre 1999 modifié</b> relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et des pièces anatomiques d'origine humaine</p> <p>Art.10.1° : obligation de tenir à jour un registre des PAOH</p>
<p>Convention ou marchés de collecte et traitement pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ DASRI</li> <li>➤ PAOH</li> </ul>	<p><b>Arrêté du 7 septembre 1999 modifié</b> relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et des pièces anatomiques d'origine humaine</p> <p>Art.2 : convention entre la personne responsable de l'élimination des DASRI et le prestataire Annexe I : liste des informations devant figurer dans la convention</p> <p>Art.9 : convention pour l'élimination des PAOH Annexe III : liste des informations devant figurer dans la convention</p>
<p>Bordereaux d'élimination des DASRI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Feuilles n°1 et 4 des CERFA 11351 ou 11352 (ou bon de prise en charge) des mois précédant l'inspection,</li> <li>➤ Etat récapitulatif annuel</li> </ul> <p>Bordereaux d'élimination des PAOH</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Feuilles n°1 et 4 des CERFA 11350 des mois précédant l'inspection</li> <li>➤ Etat récapitulatif annuel</li> </ul>	<p><b>Arrêté du 7 septembre 1999 modifié</b> relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et des pièces anatomiques d'origine humaine</p> <p>Art.3 et 5 : utilisation des bordereaux Art.6 : retour du bordereau vise par l'installation destinataire Art.7-1°: retour du bordereau CERFA en cas de regroupement Art.7-2° : retour d'un récapitulatif annuel en cas de production inférieure à 5 kg/mois.</p> <p>Art.10-1° : utilisation du CERFA 11350* (PAOH)</p>
<p>Protocole de tri à la source des DASRI</p>	<p><b>Code de la Santé Publique</b> : article R.1335-5</p>
<p>Protocole de gestion interne des :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ DASRI</li> <li>➤ PAOH</li> </ul>	<p><b>Circulaire DHOS/E4/DGS/SD7B/DRT/CT2 n°2005/34 du 11 janvier 2005</b> relative au conditionnement des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés (choix des emballages)</p> <p><b>Arrêté du 7 septembre 1999 modifié</b> « contrôle » Art.10.2° : obligation de tenir un registre des PAOH</p>

Audit sur la gestion des OPCT et l'utilisation des emballages.	<b>Circulaire DHOS/E4/DGS/SD7B/DRT/CT2 n°2005-34 du 11 janvier 2005</b> relative au conditionnement des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés– 2.2
Procédure de nettoyage des locaux d'entreposage des DASRI.	<b>Arrêté du 7 septembre 1999 modifié « entreposage »</b> Art.8.9° : obligation de nettoyage régulier
Procédure de nettoyage des GRV (s'il est réalisé dans l'établissement, s'il y a prétraitement par désinfection sur le site)  Procédure de vérification de l'état des GRV (propreté, système de préhension...).	<b>Arrêté du 23 novembre 2003 modifié – Art. 8</b>
Acte désignant un conseiller à la sécurité au titre du transport de matière dangereuse modèle de déclaration CERFA).	<b>Arrêté « TMD » du 29 mai 2009 – Art.6</b>  <b>Circulaire DHOS n° 325 du 3 juillet 2003</b> relative à la désignation de conseillers a la sécurité pour le transport de marchandises dangereuses dans les établissements de santé.
Certificat de qualification professionnelle mentionnant les modes de transport et classes de marchandises, et en cours de validité.  Déclaration auprès du Préfet de région.  Rapport annuel (année n-1) et rapports rédigés en cas de survenue d'un accident durant l'année n-1 du conseiller à la sécurité.  Plan de formation du personnel.	<b>Arrêté du 7 septembre 1999 « entreposage » - Art. 14</b>  Circulaire DHOS/E4/DGS/SD7B/DRT/CT2 n°2005-34 du 11 janvier 2005 – point 4

### **DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES SUSCEPTIBLES D'ETRE DEMANDÉS**

Documents	Références réglementaires
Procédure de gestion des accidents d'exposition au sang (AES)	<b>Circulaire DH/SI2-DGS/VS3 n°554 du 1<sup>er</sup> septembre 1998</b> relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés
Documents à caractère informatif (brochures, affiches, guides de bonnes pratiques...)  Grille d'audit interne	

Source : grille nationale d'inspection DASRI et PAOH





## ANNEXE VII – Les règles de formalisation concernant la rédaction du rapport d'inspection

<b>1. Présentation du rapport</b>	<b>Mentions figurant sur la couverture du rapport</b>	Bandeau à en-tête du commanditaire
		Nom de la direction / service des inspecteurs
		Nom et adresse de la structure inspectée
		Statut du rapport (initial/final)
		Mois et année de signature
		Composition de la mission (noms, corps et directions)
		Coordonnées des commanditaires et directions d'appartenance des inspecteurs
	<b>Éléments de forme</b>	Présence d'un sommaire paginé détaillant les parties, sous-parties et points traités
		Pagination du rapport
		Présence sur chaque page d'un bas de page (nom de la direction commanditaire, identification de la structure inspectée, statut du rapport, mois et année de signature)
		Numérotation séquentielle et valorisation typographique des parties, sous-parties et points dans le corps du rapport
		Mise en forme des remarques (cotation séquentielle, mise en gras et encadré)
		Enchaînement séquentiel de la numérotation des remarques
<b>2. Forme du rapport</b>	<b>Introduction</b>	Existence d'une introduction
		Mention de l'objet de la mission
		Mention de l'identification du commanditaire de la mission
		Mention du fondement juridique de la mission
		Mention du contexte de la mission
		Mention d'éléments de présentation rapide de la structure inspectée
		Mention des dates d'intervention sur site
		Mention d'un bref rappel de la méthodologie utilisée par la mission
		Énonciation du plan du rapport
		Identification du caractère contradictoire
	<b>Synthèse et préconisations</b>	Existence d'une partie synthèse et préconisations
		Contenant une synthèse des constats et des remarques de la mission
		Contenant les propositions de la mission en termes de suites à donner
		Rattachant chaque préconisation aux remarques dont elle découle
		Présentant les propositions de la mission de manière hiérarchisée et cohérente
		Contenant les délais de mise en œuvre des propositions de la mission
	<b>Conclusions</b>	Existence d'une conclusion
		Contenant une appréciation globale et brève des conditions de déroulement de la mission

	<b>Annexes</b>	Existence d'annexes
		Contenant la liste nominative ou non des personnes entendues en entretien
		Contenant une copie de la lettre de mission
<b>3. Règles d'argumentation</b>	<b>Règles d'argumentation</b>	Fondement de l'argumentaire sur des bases textuelles (législatives, réglementaires, circulaires, bonnes pratiques, littérature professionnelle en particulier)
		Fondement de l'argumentaire sur des faits, des documents internes à la structure et sur des entretiens
<b>4. Règles d'écriture</b>	<b>Règles d'écriture</b>	Style direct (phrases courtes et concises)
		Clarté de la démonstration
		Absence de termes flous et imprécis
		Absence de jugements de valeur, de sous-entendus, d'insinuations
		Absence de vocabulaire se rapportant à la police judiciaire lorsqu'il s'agit d'un rapport de police administrative
		Absence de verbes au conditionnel
		Anonymisation des noms propres sauf nécessité absolue
		Absence d'abréviations ou de signes non traduits
<b>5. Règles de signature</b>	<b>Règles de signature</b>	Signature du rapport par les seuls agents qualifiés juridiquement à le signer
		Présence des signatures des membres de la mission statutairement qualifiés pour inspecter ou contrôler
		Présence des noms et qualités des signataires

**ANNEXE VIII – Piste d'améliorations de la démarche d'inspection-contrôle : bonnes pratiques de l'IGAS adaptée à l'inspection-contrôle des DASRI**

<b>OBJECTIF DU MODE OPÉRATOIRE</b>
------------------------------------

Proposer des règles méthodologiques lors de l'inspection DASRI
--

Attention : le distinguo entre gros producteurs, producteurs semi-diffus et producteurs diffus n'est pas exprimé ici.
---

<b>METHODE UTILISÉE</b>
-------------------------

Les bonnes pratiques mentionnées dans le guide de l'IGAS ont été passées au prisme des contraintes locales (effectif de la DT92, enjeux sanitaires et institutionnels, objectifs du PRIC 2013)
--

<b>La programmation</b>
-------------------------

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Choix des structures à inspecter en fonction de critères définis au préalable (voir point 5. et annexe IX)</li><li>➤ Fixer les dates d'inspection en concertation avec l'ensemble de l'équipe inspectrice</li></ul> |
|---|

<b>La préparation de la mission</b>
-------------------------------------

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Réunir l'information existante sur la structure : une concertation avec les autres services de l'ARS apparaît judicieuse</li><li>➤ Discuter du protocole d'inspection (déroulement de l'inspection, points à cibler lors de l'inspection) en l'adaptant au type de producteur</li><li>➤ Définir les documents à réclamer pour le contrôle sur pièce en fonction du type de producteurs</li><li>➤ Définir si l'inspection est annoncée ou inopinée</li></ul> |
|---|

<b>L'annonce à la structure inspectée</b>
---

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Au moins un mois avant la date de l'inspection, envoyer la lettre d'annonce au directeur de la structure pour l'informer de la mission en joignant la liste des documents à retourner pour étude au bureau</li></ul> |
|--|

<b>L'investigation sur site</b>
---------------------------------

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ L'inspection doit être effectuée en binôme</li><li>➤ Présentation : en présence des référents de l'établissement, présenter l'équipe inspectrice, le contexte et le déroulé de la visite</li></ul> |
|--|

- Si l'inspection est inopinée, fournir aux référents la liste des documents à retourner pour réaliser le contrôle sur pièce, soit sur place en fin de visite, soit au retour au bureau
- Déroulé de la visite : si l'inspection est multithématique, effectuer la visite en sous-groupe  
Utiliser de préférence la grille nationale d'inspection des DASRI et PAOH, outil proposant un enchaînement logique de la visite
- Conclusion fin de visite : restituer les premières conclusions aux référents de l'établissement et expliciter les suites de l'inspections (rédaction d'un rapport contradictoire, recommandations qui en découleront, etc.)

#### **Elaboration du rapport d'inspection**

- Rédaction du rapport initial comprenant au minimum les éléments suivants : un sommaire avec pagination, un corps de rapport divisé en parties bien individualisées, une numérotation des paragraphes pour faciliter le contradictoire, un résumé des analyses et des propositions, une conclusion et des annexes (lettre de mission, liste des personnes rencontrées).
  - Transmission à l'établissement au plus tard 1 mois après l'inspection du rapport avec une lettre d'accompagnement précisant bien que le rapport est soumis à la procédure du contradictoire. Préciser un délai de réponse à la structure inspectée (de 15 jours à 1 mois)
  - A réception des remarques de l'entité inspectée, analyser ses observations et y répondre de manière détaillée et argumentée.
  - Transmission du rapport définitif à la structure inspectée
- ➔ Se référer aux bonnes pratiques détaillées dans l'annexe VII du présent rapport

**Annexe IX – Piste d'élaboration d'une programmation : définition de critères de priorisation**

<b>OBJECTIF GÉNÉRAL</b>
Etablir une programmation pertinente afin d'effectuer les inspection-contrôles des structures soumises à la réglementation
<b>OBJECTIFS FIXÉS PAR LA MRIC</b>
Le PRIC cible 3 inspections par an pour la DT92 (a minima)

<b>CRITERES RETENUS POUR UNE INSPECTION SYSTÉMATIQUE</b>
La mission d'inspection contrôle sera systématiquement mise en œuvre en cas de réclamations émanant d'un particulier, d'un professionnel de santé, ou de toutes autres origines

<b>CRITERES RETENUS POUR UNE INSPECTION PRIORITAIRE</b>			
NB : La réglementation ne précise pas de critères à mettre en œuvre.			
Types de producteurs	Gros producteurs	Producteur de type semi-diffus	Producteur de type diffus
Structures concernés	-Centres hospitaliers -Etablissements de soins -Cliniques privées	-Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) -Centres de Protection Maternelle Infantile -Centre de Santé -Laboratoires d'analyses -Centre d'addictologie	-Infirmiers libéraux -Médecins libéraux -Chirurgiens-dentistes -Salon de tatouage -Vétérinaires -Thanatopracteurs
Critères de priorisation définis	<b><u>Critères généraux :</u></b> -Taille de l'établissement et volumétrie de DASRI produite -Date du dernier contrôle -Ancienneté de l'établissement	<b><u>Critères généraux :</u></b> -Taille de l'établissement et volumétrie de DASRI produite -Date du dernier contrôle -Ancienneté de l'établissement	<b><u>Critères généraux :</u></b> -Date du dernier contrôle -Ancienneté de la structure

	<p><b><u>Critères spécifiques :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Présence de services définis comme à risque</li> <li>-Nombre d'Accidents d'Exposition au Sang recensés</li> </ul> <p><b><u>Inspections conjointes :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin des autres services*</li> <li>-Programmation des autres services</li> </ul>	<p><b><u>Critères spécifiques :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Renouvellement de la convention tripartite (contrôle sur pièce uniquement pouvant initier une investigation sur site en cas de dysfonctionnement)</li> </ul> <p><b><u>Inspections conjointes :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin des autres services*</li> <li>-Programmation des autres services</li> </ul>	<p><b><u>Critères spécifiques :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pas de critères spécifiques définis pour le moment</li> </ul> <p><b><u>Inspections conjointes :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Besoin des autres services*</li> <li>-Programmation des autres services</li> </ul>
<p>Etude préalable concernant le secteur</p>	<p>Non prioritaires car ces établissements disposent de personnel compétent techniquement et juridiquement</p>	<p>OUI.</p> <p>Modalités de mises en œuvre :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Recensement des structures auprès des services en charge du suivi des établissements</li> <li>2- Envoi d'un questionnaire simple à ces établissements afin de caractériser leurs systèmes de collecte et d'élimination (et également de disposer du nom et de la fonction de la personne référente DASRI)</li> </ol>	<p>OUI.</p> <p>Modalités de mises en œuvre :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Recensement des structures auprès du service ADELI (entre autre)</li> <li>2- Envoi d'auto-questionnaire pour mieux cerner les pratiques</li> <li>3- Information et sensibilisation des professionnels supposés comme les moins enclins à connaître la thématique DASRI</li> </ol>

\*Par autres services, il s'entend les services en charge du suivi des Etablissements Sanitaires et Médico-Sociaux et également la cellule « Eaux » du département CSSM qui gère les inspections relatives aux Légionnelles.

BRETHES

Clémence

Septembre 2013

## Ingénieur d'Etudes Sanitaires

Promotion 2012-2013

### L'inspection dans le domaine des DASRI : état des lieux à la DT 92 et pistes d'amélioration

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Néant

#### **Résumé :**

Les activités de soins génèrent un type de déchet particulier dénommé Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI). De par leurs caractéristiques intrinsèques, et notamment leur risque infectieux, ces déchets nécessitent la mise en œuvre de modalités de gestion idoines.

La mission d'inspection-contrôle est une mission régaliennne des Agences Régionales de Santé. Ainsi, la mission d'inspection-contrôle des DASRI est dévolue, au sein de la Délégation Territoriale des Hauts-de-Seine, au Département Contrôle et Sécurité Sanitaires des Milieux (CSSM). Malgré les enjeux sanitaires et institutionnels que représentent la gestion des DASRI, la DT92 ne parvient à effectuer le nombre d'inspection qui lui incombe : une analyse des pratiques actuelles ainsi que la proposition de pistes d'amélioration ont été engagées au cours de cette étude.

L'état des lieux des pratiques mises en œuvre à la DT92 concernant l'inspection-contrôle des DASRI a été effectué comparativement aux bonnes pratiques éditées par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Six étapes ont été recensées parmi lesquelles figure la programmation, étape initiale du processus d'inspection-contrôle.

C'est sur cette étape que les propositions d'amélioration ont été plus particulièrement développées. Ainsi, en fonction du type de producteur de DASRI, qualifié de « gros producteur », de producteur semi-diffus » et de « producteur diffus », des critères de choix dans la priorisation des structures à inspecter ont été mis en évidence.

**Mots clés :** Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux, DASRI, déchet médical, gestion déchet, collecte déchet, inspection, contrôle, bonnes pratiques, programmation.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*