



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Ingénieurs d'Etudes Sanitaires

Date du Jury : ***24 et 25 juin 2004***

**GESTION DES DÉCHETS D'ACTIVITÉS DE SOINS
A RISQUES INFECTIEUX EN MILIEU DIFFUS EN
RÉGION CORSE**

ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES

29 mars – 21 mai 2004

Jean-Pierre ALESSANDRI

Lieu de stage : DSS de Corse

Maître de stage : JC MAURY

Remerciements

Je tiens à remercier M. MAURY, Ingénieur Régional du Génie Sanitaire et responsable du service Protection Sanitaire des Populations pour m'avoir accueilli et conseillé au cours de ce stage.

Je remercie également les agents du service pour leur accueil chaleureux et leur bonne humeur qui ont contribué à rendre ce stage agréable.

Enfin, je remercie toutes les personnes que j'ai pu rencontrer dans le cadre de ce travail pour le temps qu'elles m'ont consacré et les informations qu'elles m'ont communiquées.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE	2
1.1 Présentation des DAS et des DASRI	2
1.1.1 Définition	2
1.1.2 Risques associés [1, 3, 17]	2
1.2 Contexte réglementaire	4
1.2.1 Responsabilité des producteurs [9, 13, 29]	4
1.2.2 Responsabilité de l'administration	6
1.3 Situation de la région Corse	6
1.4 Objectif de l'étude	7
1.4.1 Objectif opérationnel de l'étude	7
1.4.2 Champ professionnel investigué	8
2 ETAT DES LIEUX DE LA SITUATION	9
2.1 Etude quantitative des DASRI produits en milieu diffus sur la région Corse	9
2.1.1 Méthodologie	9
2.1.2 Nombre de producteurs par unité géographique et par profession	9
2.1.3 Evaluation des ratios de production	9
2.1.4 Evaluation du gisement par secteur géographique	11
2.1.5 Evaluation du gisement par type de producteur	12
2.2 Evaluation des pratiques d'élimination des DASRI en milieu diffus	13
2.2.1 Méthodologie et données de cadrage	13
2.2.2 Résultats obtenus pour les laboratoires de biologie et d'analyses médicales	14
2.2.3 Synthèse générale des pratiques des autres professionnels	15
2.3 Conclusions générales de l'état des lieux	18
3 SOLUTIONS ENVISAGEABLES POUR LA CORSE	19
3.1 Solutions techniques possibles	19
3.1.1 La collecte au cabinet	19
3.1.2 L'apport volontaire	20
3.2 Position des différents producteurs	23
3.3 Proposition d'organisation de collecte pour la Corse	24

3.3.1	Identification de secteurs pertinents pour l'installation de PAV	25
3.3.2	Estimation des coûts associés à la mise en place de PAV	26
3.3.3	Conclusion	27
CONCLUSION		29
Bibliographie.....		31
Liste des annexes.....		I

Liste des sigles utilisés

ADELI	: Automatisation Des Listes
ADEME	: Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie
CAPA	: Communauté d'Agglomération du Pays Ajaccien
CSHPF	: Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France
CTC	: Collectivité Territoriale de Corse
DAS	: Déchets d'Activités de Soins
DASRI	: Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DASRIA	: Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux et Assimilés
DDASS	: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDSV	: Direction Départementale des Services Vétérinaires
DGS	: Direction Générale de la Santé
DIS	: Déchets Industriels Spéciaux
DRASS	: Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRIRE	: Direction Régionale de l'Industrie et de la REcherche
DSS	: Direction de la Solidarité et de la Santé (de Corse et de Corse du Sud)
EPIC	: Etablissement Public Industriel et Commercial
FAQS	: Fond d'Aide à la Qualité des Soins
FEDER	: Fonds Européen de Développement Régional
GIP	: Groupement d'Intérêt Public
ICPE	: Installations Classées pour la Protection de l'Environnement
IRP	: Inspection Régionale de la Pharmacie
JO	: Journal Officiel
OEC	: Office de l'Environnement de la Corse
ONSIL	: Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux
ORDIF	: Observatoire Régional des Déchets d'Ile de France
PACA	: Provence Alpes Côte d'Azur
PAM	: Patient en Auto-Médication
PAV	: Point d'Apport Volontaire
PAVA	: Point d'Apport Volontaire Automatisé
PCT	: Piquants, Coupants, Tranchants
PIEDMA	: Plan Interdépartemental d'Élimination des Déchets Ménagers et Assimilés
PLS	: Professionnels Libéraux de la Santé
PREDAS	: Plan Régional d'Élimination des Déchets d'Activité de Soins
PREDIS	: Plan Régional d'Élimination des Déchets Industriels Spéciaux
RESE	: Réseau d'Échange en Santé Environnementale

RSD : Règlement Sanitaire Départemental
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Les activités de soins génèrent une quantité croissante de déchets pouvant présenter divers risques (infectieux, chimique et toxique, radioactif, mécanique) qu'il convient de réduire afin de protéger les patients, le personnel de soins, les agents chargés de l'élimination des déchets et l'environnement.

Parmi les producteurs de déchets d'activités de soins, on distingue généralement le secteur hospitalier et assimilé et le secteur diffus qui correspond à l'ensemble des professionnels exerçant le plus souvent à titre libéral et les ménages. Tous sont responsables du tri des déchets d'activités de soins à risques infectieux et de leur élimination selon des filières réglementées.

De nombreuses difficultés dans l'application des textes réglementaires encadrant l'élimination des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux sont observées en milieu diffus. Cette situation a notamment motivé une enquête de la Direction Générale de la Santé, lancée à l'automne 2003, visant à recenser les dispositifs de collecte et de traitement mis en place dans les régions. L'analyse des réponses transmises par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales est en cours et doit permettre de repérer les systèmes les plus performants, éventuellement transposables.

Dans ce contexte, le service Protection Sanitaire des Populations de la Direction de la Santé et de la Solidarité de la Corse et de la Corse du Sud, structure issue de la fusion de la DRASS de Corse avec la DDASS de Corse du Sud en 1998, a souhaité réaliser une étude sur ce thème au niveau régional.

Les objectifs de ce travail sont doubles :

- réaliser un état des lieux de la situation par une estimation des flux de DASRI produits en milieu diffus et une évaluation de leurs pratiques d'élimination ;
- proposer des solutions de collecte adaptées à la situation régionale, tenant compte du caractère rural et montagneux de la région et de son isolement géographique.

Après un rappel réglementaire et une description des conditions générales d'élimination observées sur la région Corse, les résultats obtenus sont développés dans ce document.

1 CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

1.1 Présentation des DAS et des DASRI

1.1.1 Définition

“Les déchets d’activités de soins sont les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire”. Cette définition, donnée par l’article R. 44-1 du décret du 6 novembre 1997 relatif à l’élimination des DASRIA et des pièces anatomiques indique clairement la volonté des pouvoirs publics d’élargir la notion de déchets hospitaliers en prenant en compte toutes les étapes du soin et toutes les catégories de producteurs, professionnels ou particuliers.

Parmi les DAS, sont définis comme déchets d'activités de soins à risques infectieux ceux qui :

- soit présentent un risque infectieux, du fait qu’ils contiennent des micro-organismes viables ou leurs toxines, susceptibles, du fait de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, de causer la 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 :
 - matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à l’abandon, qu’ils aient été ou non en contact avec un produit biologique,
 - produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption,
 - déchets anatomiques humains, correspondant à des fragments humains non aisément identifiables.

Les déchets issus des activités d’enseignement, de recherche et de production industrielle dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire, ainsi que ceux issus des activités de thanatopraxie et présentant les caractéristiques exposées ci-dessus sont également soumis à réglementation.

1.1.2 Risques associés [1, 3, 17]

Les DAS peuvent présenter divers risques pour les malades et le personnel de soins sur leur lieu de production, mais aussi pour les agents chargés du traitement des déchets pendant les phases de collecte et d’élimination, notamment en cas de conditionnement inadapté.

Ils présentent également des risques pour la population générale et l'environnement, principalement en cas de rejets atmosphériques non conformes à la réglementation lors de leur incinération.

Les risques pour la santé varient selon les caractéristiques des déchets :

- **risques mécaniques** en raison de leur caractère agressif (objets piquants, coupants, tranchants). Leur utilisation directe ou la manipulation de récipients non adaptés contenant ce type d'objets peuvent être la cause de contamination cutanée ou transcutanée ;
- **risques de contamination biologique**, liés à l'exposition à des micro-organismes pathogènes ayant contaminé les objets entrés en contact avec les malades et dont la manipulation, à tout moment (conditionnement, collecte, transport, incinération), comporte un risque. Celui-ci est aggravé par le caractère résistant aux antibiotiques des germes véhiculés par les DASRI mais aussi par les conditions favorables de survie, dans certains types de déchets, de virus tels que le VIH ou de ceux responsables des hépatites B et C. Il est important de noter que ce risque est directement lié aux risques de blessures associés aux déchets à la fois contaminés et blessants ;
- **risques chimiques ou toxiques**, principalement dus aux réactifs (solvants, acides et bases) et aux résidus médicamenteux utilisés pour différents examens. L'exposition peut se faire par contact cutané-muqueux ou par inhalation. A cet effet, un intérêt particulier doit être porté aux produits cytotoxiques, notamment utilisés dans le traitement des cancers, qui sont mutagènes et/ou tératogènes pour tout être vivant. Ces produits doivent être éliminés par incinération à des températures supérieures à 1000 °C ;
- certains déchets d'activités de soins peuvent présenter un risque infectieux et être également **radioactifs**. Les impacts sont difficiles à évaluer pour les expositions à de faibles doses car les effets peuvent survenir beaucoup plus tard, n'être pas spécifiques et être causés par la superposition d'autres expositions ;
- **risques psycho-émotionnels** qui proviennent de la reconnaissance visuelle d'objets fortement évocateurs d'une activité de soins (sonde, canule, gant, drain, seringue ...) ou de pièces anatomiques humaines ou animales identifiables. Ce risque n'est pas forcément réel ou justement évalué mais les réactions peuvent être très virulentes, même à la vue de déchets d'activités de soins totalement inoffensifs.

1.2 Contexte réglementaire

1.2.1 Responsabilité des producteurs [9, 13, 29]

La législation et la réglementation française définissent l'élimination des déchets en général et des DASRI en particulier. La loi n° 75-633 du 15 juillet 1975 relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux prévoit que toute personne qui produit ou détient des déchets est tenue d'en assurer ou d'en faire assurer l'élimination. De plus, d'après le décret du 6 novembre 1997, toute personne qui exerce une activité productrice de DASRIA est tenue de les séparer des autres déchets dès leur production et de les éliminer. Cette obligation concerne :

- les établissements de santé ainsi que les laboratoires d'analyses de biologie médicale,
- les professionnels de santé en exercice libéral : médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, dentistes, vétérinaires ...
- les patients en automédication.

Parmi ces producteurs de DASRI, on distingue le **secteur hospitalier et assimilé**, caractérisé par la production de quantités importantes de déchets concentrées en un même lieu, et le **secteur diffus** [30] qui correspond à l'ensemble des producteurs dont la production est faible et géographiquement dispersée. Ce dernier comprend l'ensemble des professionnels de santé exerçant le plus souvent à titre libéral et les ménages.

Les filières d'élimination sont clairement définies et réglementées¹. Les principaux textes permettant d'apporter les précisions techniques relatives à chaque étape du traitement sont les suivants :

- arrêté du 7 septembre 1997 relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques,
- arrêté du 7 septembre 1997 relatif aux modalités d'entreposage des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques,
- arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine,
- arrêté du 1^{er} juin 2001 relatif au transport des marchandises dangereuses par route.
- circulaire du 26 juillet 1991 relative à la mise en œuvre des procédés de désinfection des déchets contaminés des établissements hospitaliers et assimilés, en attente de la parution de l'arrêté relatif à la procédure d'agrément des appareils de désinfection des DASRIA (en cours de rédaction),

¹ Cf Annexe 1 : Textes législatifs et réglementaires relatifs aux DASRI

Les DASRI doivent faire l'objet d'un suivi depuis leur production jusqu'à leur destruction finale. Quatre étapes se succèdent au cours de la filière de traitement [9, 11] :

Le tri : Il permet de séparer les déchets à risque des déchets banals. Cette première étape impose un conditionnement spécifique avec étiquetage, de façon à prévenir les risques de blessure et de contamination. Les produits "piquants-coupants-tranchants" doivent être contenus dans des récipients étanches et imperforables, les autres déchets à risques sont collectés dans des sacs étanches et résistants. Cette première étape présente également un intérêt économique puisqu'elle permet de réduire la quantité de déchets devant subir un traitement spécifique et par conséquent les coûts. Le compactage ainsi que le mélange des DASRI avec les ordures ménagères sont formellement interdits.

Le stockage : Les conditions et les délais de stockage des déchets sont fonction de la quantité produite. Pour les petits producteurs (quantité inférieure à 5 kg/mois) le délai maximum de stockage est de 3 mois et il doit se faire à l'abri du public et des sources de chaleur. Pour une production supérieure à 5 kg par mois mais inférieure à 100 kg par semaine, le délai maximum de stockage est de 7 jours. Le stockage doit se faire dans un local spécifique, sécurisé et conforme à la réglementation. Enfin, en milieu hospitalier, avec des productions supérieures à 100 kg par semaine, le délai est de 72 heures.

La collecte et le transport : Deux solutions sont possibles pour cette étape :

- le recours à un prestataire de collecte des déchets. Il prend alors en charge le transport et doit respecter la réglementation de l'arrêté du 1^{er} juin 2001, dit "ADR", relatif au transport des marchandises dangereuses par route ;
- l'apport volontaire dans un point de regroupement déclaré en préfecture (borne automatique, déchetterie ...). Dans ce cas, le producteur prend en charge le transport de ses déchets. Jusqu'à 15 kg de DASRI transportés, il n'y a pas d'autre contrainte que celle d'utiliser des emballages réglementaires.

La destruction : La destruction des DASRI peut être réalisée selon deux filières différentes :

- l'incinération dans une usine d'incinération des ordures ménagères ou dans un incinérateur réservé aux déchets d'activités de soins;
- l'élimination avec les ordures ménagères (excepté par compostage en raison des problèmes physico-chimiques potentiels) après un pré-traitement de désinfection qui permet de banaliser les déchets.

La traçabilité de la filière d'élimination est assurée par un certain nombre de documents :

- une **convention** entre le producteur et le prestataire de regroupement ou de collecte. Elle permet notamment de fixer les responsabilités et les obligations réciproques.
- un **bon de prise en charge** ou un **bordereau de suivi**, selon que la production est inférieure ou supérieure à 5 kg par mois, émis au moment de la collecte ou de l'apport volontaire.
- une **attestation de destruction** des déchets émise par l'installation de traitement et envoyée au producteur (le cas échéant par l'intermédiaire du prestataire de collecte ou de regroupement). Cette attestation doit être mensuelle si la production est supérieure à 5 kg par mois et annuelle si elle est inférieure à 5 kg par mois.

1.2.2 Responsabilité de l'administration

Les deux principales actions de l'administration dans le domaine des DASRI sont d'une part d'assurer la réalisation d'un document planifiant la gestion de ces déchets au niveau régional et d'autre part de veiller au respect de la réglementation par l'ensemble des producteurs.

La circulaire n°97-0807 du 27 juin 1997 relative aux Plans Régionaux d'Élimination des Déchets Industriels Spéciaux précise que les DAS sont classés comme "déchets industriels spéciaux" et doivent être intégrés au PREDIS ou faire l'objet d'un plan spécifique (Plans Régionaux d'Élimination des Déchets d'Activités de Soins).

Dans les deux cas, le document doit fixer les conditions optimales de la gestion de l'élimination des DASRI visant à protéger la santé publique et l'environnement. A ce titre, il convient de dresser un inventaire des déchets à éliminer, d'analyser l'adéquation entre les besoins et les capacités de traitement, d'organiser le transport en vue de limiter les distances et les volumes et enfin de privilégier les filières optimisant l'efficacité technique du traitement avec des coûts acceptables. Toute décision prise dans le domaine des DASRI doit être compatible avec les orientations prévues dans le PREDAS.

1.3 Situation de la région Corse

L'estimation totale du gisement de DASRI sur la région Corse [19] est de 1000 tonnes par an (480 en Corse du Sud et 520 en Haute-Corse) dont 36,5 tonnes [20] issues des producteurs diffus (près de 4 % de la production totale). Au niveau national, on peut considérer que le gisement global de DASRI s'élève à 155000 tonnes par an, dont 145000 issues des établissements de santé et 5 à 10000 issues du secteur diffus [28].

Les déchets d'activités de soins produits par les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia, ainsi que ceux produits par les cliniques de la région sont traités par une unité de broyage et d'inertage exploitée par la société SANICORSE dans l'enceinte de l'hôpital de

la Miséricorde à Ajaccio [19]. Cette société a choisi de procéder à un pré-traitement des DASRI (broyage puis désinfection physique par élévation de température) permettant de modifier l'apparence des déchets et de réduire leur contamination. L'appareil utilisé est le "LAJTOS TDS 1000", validé le 15 juillet 1994 par le CSHPF [12] et installé après obtention de l'arrêté préfectoral n° 95-0110 du 25 janvier 1995 portant dérogation à l'article 88 du règlement sanitaire départemental. Après chargement manuel, les déchets sont broyés puis subissent une élévation de température jusqu'à atteindre de façon uniforme 138 °C et 3.8 bars. Ce palier est maintenu pendant 10 minutes puis, après refroidissement, les déchets décontaminés sont évacués dans un conteneur puis déposés en décharge. La durée totale d'un cycle varie de 45 minutes à 1 heure. L'unité de décontamination fonctionne de façon continue pendant 5 jours par semaine. Depuis 1999, la collecte des déchets d'activités de soins sur la région est réalisée uniquement par cette société.

Certains déchets médicaux tels que les produits cytostatiques ne peuvent être traités par inertage dans l'unité d'AJACCIO, ils doivent être dirigés sur des unités agréées de la région Provence Alpes Côte d'Azur.

Si la collecte et la destruction des déchets issus des structures sanitaires est globalement satisfaisante, elle reste à améliorer pour les déchets diffus pour lesquels l'organisation des filières de récupération est lente voire inexistante. En effet, peu de professionnels (infirmiers, médecins, vétérinaires, chirurgiens-dentistes ...) sont collectés, notamment du fait de leur dispersion géographique, de l'aspect multiforme de ces déchets et du coût important des prestations.

1.4 Objectif de l'étude

1.4.1 Objectif opérationnel de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de contribuer à l'amélioration de l'élimination des déchets d'activités de soins en milieu diffus sur la région Corse.

Deux actions sont envisagées pour décliner cet objectif :

- 1- dresser un état des lieux de la situation qui permette d'identifier les professionnels producteurs, d'évaluer les quantités produites et de faire le point sur les pratiques de gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux.
- 2- inventorier les types de solutions envisageables pour la Corse puis analyser les attentes et les besoins des producteurs de façon à proposer un mode cohérent et durable de collecte permettant une meilleure prise en charge de ces déchets et le respect de la réglementation.

1.4.2 Champ professionnel investigué

Le champ des producteurs ciblés par l'étude pour l'état des lieux a été volontairement limité en raison des contraintes de temps imposées par le stage. En effet, la liste des professionnels producteurs de DASRI en milieu diffus est particulièrement large et seuls les professionnels suivants, considérés comme les plus importants, ont été retenus :

- médecins généralistes et spécialistes,
- chirurgiens-dentistes,
- pharmaciens,
- infirmiers libéraux,
- laboratoires de biologie et d'analyses médicales,
- vétérinaires,
- entreprises de pompes funèbres – thanatopracteurs,
- pédicures-podologues.

Les sages-femmes en exercice libéral n'ont pas été incluses dans l'enquête en raison de leur faible nombre sur la région (3). Les masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas fait l'objet d'investigations en raison des quantités marginales de DASRI produits par cette profession et rapportées par la littérature [21].

Les patients en automédication ainsi que les éleveurs, producteurs de déchets de soins, ont été exclus de l'étude, la priorité étant de traiter le problème lié aux filières d'élimination des professionnels libéraux avant de s'intéresser au devenir des DASRI des particuliers. Toutefois, si dans l'état des lieux, le gisement de ces derniers n'est pas pris en compte, il doit être intégré dans la réflexion visant à trouver les solutions les mieux adaptées à la gestion des DASRI au niveau régional. En effet, la recherche et le choix de la solution la plus satisfaisante de collecte pour les professionnels ne peut occulter l'existence des producteurs particuliers (les patients en auto-médication représentent un ratio de l'ordre de 4 % de la population totale dont 10 % sont producteurs de DASRI [6]).

2 ETAT DES LIEUX DE LA SITUATION

La première partie de l'état des lieux doit permettre d'évaluer la quantité et la répartition géographique des DASRI produits en milieu diffus. La seconde vise à déterminer les pratiques d'élimination, par interrogation des producteurs et de la société de collecte.

2.1 Etude quantitative des DASRI produits en milieu diffus sur la région Corse

2.1.1 Méthodologie

Cette première étape consiste dans un recensement, par unité géographique, des professionnels ciblés par l'étude puis d'une estimation de la production de DASRI à partir de ratios moyens fournis par la littérature. L'unité géographique prise en compte est le canton en milieu rural et l'agglomération en milieu urbain. La région Corse comprend deux agglomérations : la Communauté d'Agglomération du Pays Ajaccien et celle de Bastia.

2.1.2 Nombre de producteurs par unité géographique et par profession

Les nombres de professionnels de santé libéraux (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, pharmaciens, pédicures-podologues) ont été obtenus par interrogation du fichier ADELI, ceux des vétérinaires ont été fournis par les DDSV de Corse du Sud et de Haute-Corse, enfin la liste des laboratoires de biologie et d'analyses médicales est tirée de l'annuaire téléphonique. Ainsi, 1929 professionnels ont été recensés sur la région².

2.1.3 Evaluation des ratios de production

Deux méthodes peuvent être utilisées en vue d'évaluer les quantités de DASRI produits par chaque catégorie de professionnels. La première est de réaliser une enquête sur place auprès des professionnels concernés, la seconde consiste à utiliser des données produites par la littérature, de nombreuses études ayant été réalisées sur ce sujet dans d'autres régions ou départements sur le territoire national.

Ces ratios sont très difficiles à estimer en raison de nombreux facteurs de biais qui influent sur la production déclarée de DASRI :

- les nombres et les types d'actes pratiqués sont très différents selon la spécialisation du praticien et les types de patients auxquels il est confronté,
- l'efficacité du tri initial influe grandement sur la quantité de DASRI produits,

² Cf Annexe 2 : Tableaux récapitulatifs des nombres de producteurs par zone géographique et par profession pour les deux départements

- la prise en compte ou non des “piquants-coupants-tranchants”, classés par le décret 2002-540 du 18 avril 2002 comme déchets de soins non infectieux dès lors qu’ils n’ont pas été en contact avec des germes mais pouvant être éliminés dans la filière DASRI par le praticien (en raison notamment du risque de contamination ultérieure par les bactéries contenues dans les ordures ménagères),
- l’exercice en milieu rural ou urbain.

De plus, les professionnels ne connaissent souvent pas les quantités de DASRI qu’ils produisent (l’enquête menée en 2001 dans le Haut-Rhin [23] conclut que plus de la moitié des professionnels sont dans ce cas). En conséquence, il a semblé inutile de réaliser une enquête spécifique sur la région Corse visant à estimer les quantités de DASRI produits par type de professionnel et une synthèse des principaux ratios utilisés est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Ratios de production de DASRI par type de professionnel (en kg/an)

	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Infirmier	Chirurgien -dentiste	Laboratoire	Vétérinaire ³	Pédicure Podologue
Enquête DGS 1991 [2]	10		40	15			
Enquête ORDIF 1994 [26]	3.9		41.1	41.6			
DRASS Ile de France 1995 [14]	9.6	19.2	66	240			
DRASS Alsace 1995 [3]	20		75	13.5	350		
DRASS Champagne-Ardenne 2001 [17]	10	20	66	125	850	5	20
DRASS Haute-Normandie 2001 [18]	6		30	15		20	20
DDASS Haut-Rhin 2001 [23]	16 à 43		8 à 41	14 à 27	1500 à 5800	18 à 35	8 ou 34
Synthèse ADEME 1994 [25]	10 à 20	15 à 28	35 à 50	23 à 34	500 à 1000		
Synthèse ADEME 2004 ⁴	10	15	35	35	1800	40	20
Ratios retenus pour l'étude	5 à 15	15 à 25	35 à 45	25 à 35	750 à 1250	20 à 30	20

Les données observées selon les enquêtes sont très différentes, notamment pour l’estimation de la production des chirurgiens-dentistes et des laboratoires. Pour les vétérinaires, le chiffre retenu est celui fourni par l’étude réalisée par la DDASS du Haut-Rhin en 2001 qui présente un fort taux de participation (67 % des vétérinaires interrogés), une faible dispersion des résultats et une moyenne sensiblement identique à la médiane. Les officines présentent des productions négligeables [17].

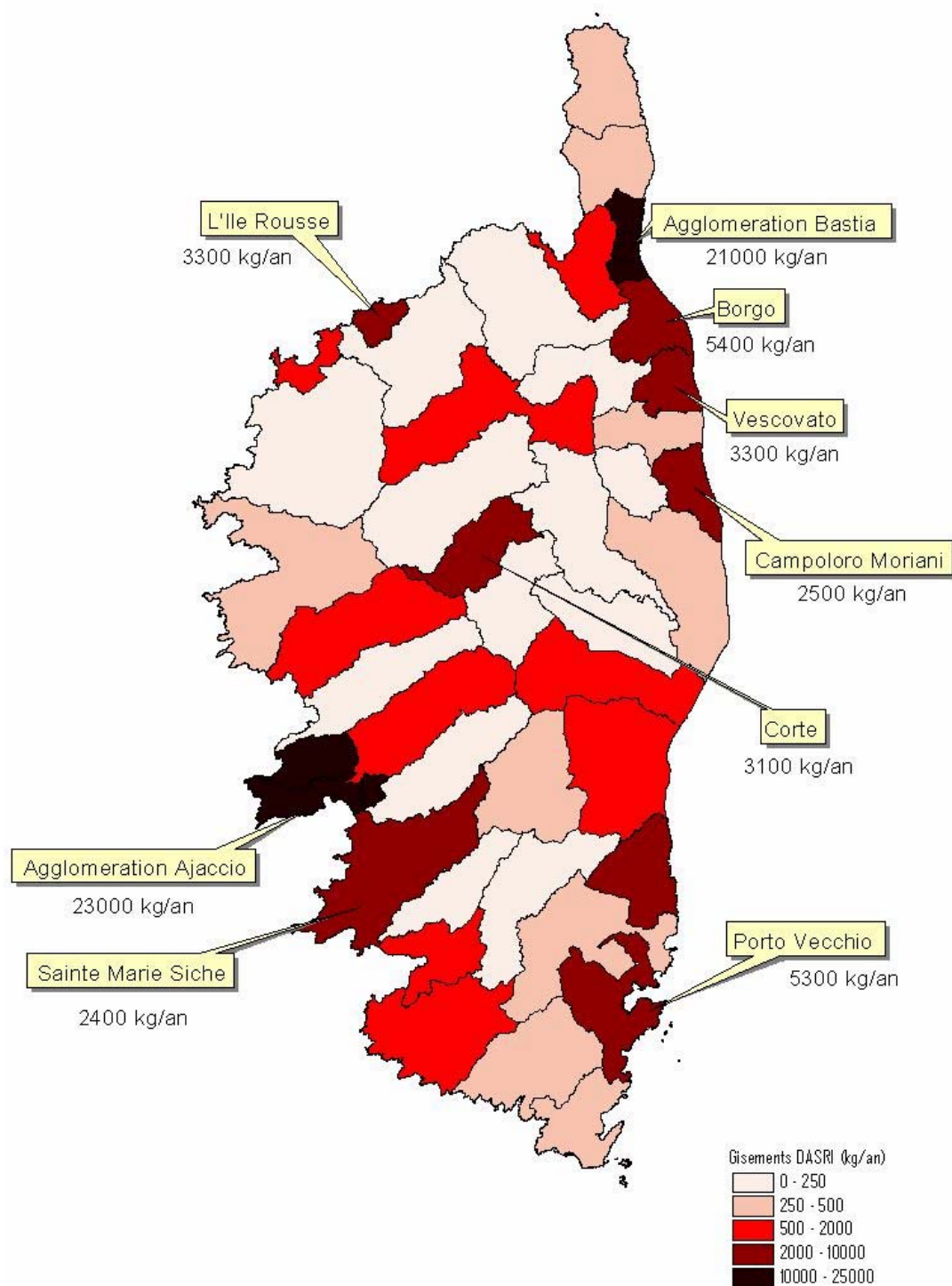
³ Les ratios indiqués ne tiennent pas compte des cadavres d’animaux.

⁴ Document en cours de finalisation, basé sur une enquête auprès des entreprises de collecte en juin 2003.

2.1.4 Evaluation du gisement par secteur géographique

L'application des ratios retenus à l'ensemble des professionnels recensés permet d'obtenir les quantités de DASRI produits pour les différents secteurs géographiques de la région. Le tableau récapitulatif des résultats ayant permis la réalisation de la cartographie suivante se trouve en annexe 3.

**Carte 1 : Gisements de DASRI produits en mode diffus (integrant les laboratoires)
en Corse par agglomération et par canton**



La production annuelle globale de DASRI d'origine diffuse sur la région Corse est estimée à **88 tonnes** (entre 70 et 105 tonnes). Ce chiffre prend également en compte les DASRI produits par les laboratoires de biologie et d'analyses médicales, dans le cas contraire, la production se limite à **47 tonnes** (entre 39 et 55 tonnes).

Les écarts rencontrés selon les secteurs géographiques sont très importants, allant de près de 23 tonnes pour l'agglomération d'Ajaccio à 50 kg pour le canton de Vezzani.

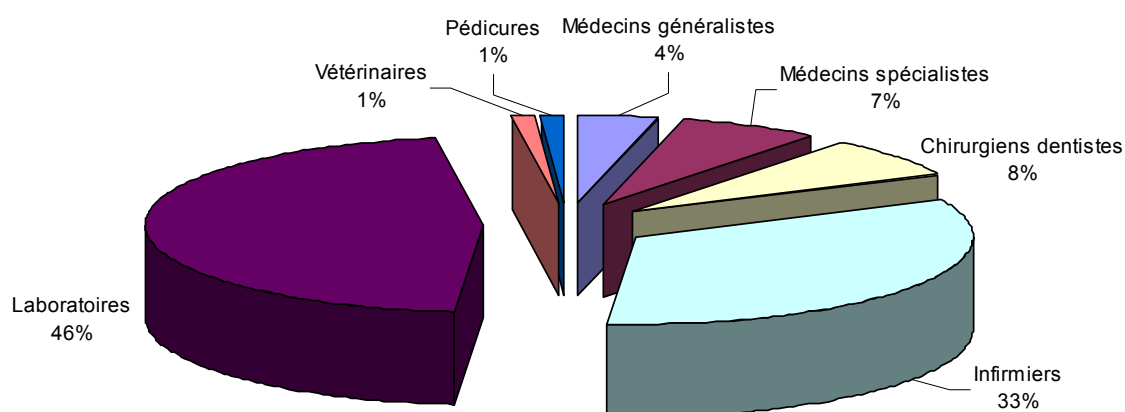
Près de 50 % de la production est concentrée sur les deux agglomérations de Bastia et d'Ajaccio. En zone rurale, la quantité de DASRI issus des six cantons les plus importants représente 25 % du total (parmi ces cantons, cinq se trouvent en Haute-Corse).

La problématique essentielle de la gestion des déchets d'origine diffuse en Corse réside, d'une part dans les très faibles productions rencontrées sur la majeure partie du territoire et d'autre part dans le fait que l'unique société de collecte et de traitement se trouve en Corse du Sud, alors qu'une grande partie du gisement se trouve en Haute-Corse (50 tonnes contre 38 en Corse du Sud).

2.1.5 Evaluation du gisement par type de producteur

La principale source de DASRI produits en milieu diffus est constituée par les laboratoires (près de 41 tonnes/an). Les infirmiers libéraux sont également de gros producteurs (plus de 29 tonnes/an) alors que la quantité de DASRI générés par les médecins généralistes (3.5 tonnes/an) est relativement faible. Les médecins spécialistes et les chirurgiens-dentistes présentent une production similaire, de l'ordre de 6 tonnes/an. Enfin, les vétérinaires et les pédicures-podologues ne produisent qu'une infime partie du gisement, à savoir 1 tonne/an.

Graphique 1 : Répartition de la production en fonction du type de professionnel



2.2 Evaluation des pratiques d'élimination des DASRI en milieu diffus

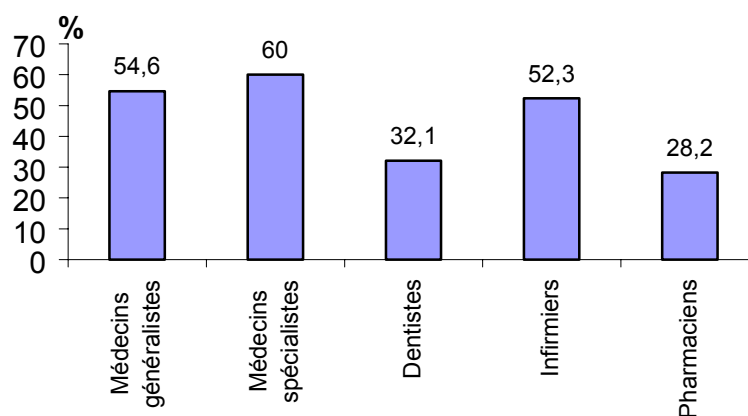
2.2.1 Méthodologie et données de cadrage

Cette étape doit permettre d'évaluer les modes d'élimination des DASRI ainsi que le degré de connaissance des obligations réglementaires des professions productrices.

○ Pour les **laboratoires**, le bilan a été réalisé auprès de la société de collecte qui a pu fournir les informations relatives à cette profession.

○ Pour les **professionnels de santé** (médecins spécialistes et généralistes, infirmiers, chirurgiens-dentistes et pharmaciens), une étude de l'URML [27] a été réalisée en septembre 2001⁵. Les données, non diffusées, obtenues lors de cette enquête exhaustive restent représentatives des pratiques d'élimination actuelles. Ce point, indiqué par l'URML, est confirmé par la faible évolution du nombre de conventions enregistrées par SANICORSE depuis 2001 [4]. Le choix de l'utilisation de ces données est encouragé par le taux de participation globalement satisfaisant enregistré lors de cette enquête. En effet, pratiquement un professionnel sur deux (48.9 %) a renvoyé le questionnaire. Ce taux de retour est très variable selon les professions, allant de près de 30 % pour les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes (l'analyse sera donc peu pertinente pour ces deux professions) à 60 % pour les médecins spécialistes.

Graphique 2 : Taux de retour par profession de santé



○ Par contre, aucune donnée n'étant directement disponible pour les **vétérinaires, les pédicures et les entreprises de pompes funèbres**, une enquête par questionnaire⁶ a été réalisée en vue d'évaluer les quantités de DASRI produites et leurs pratiques

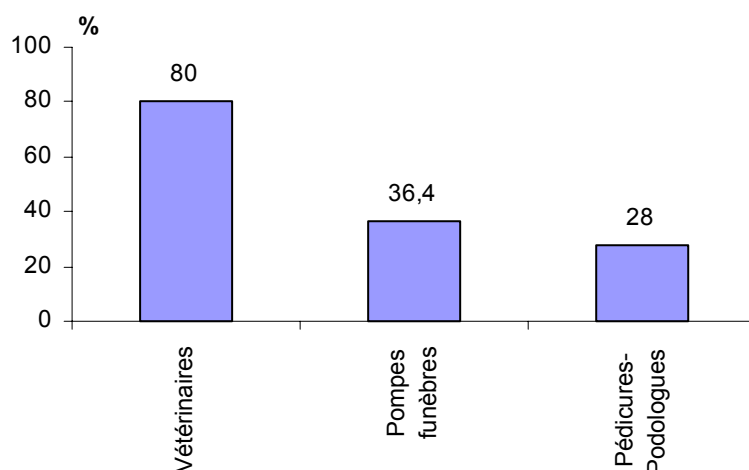
⁵ Cf Annexe 4 : Modèle du questionnaire envoyé par l'URML.

⁶ Cf Annexe 5 et 6 : Modèles du questionnaire et du courrier envoyés aux vétérinaires, pédicures et entreprises de pompes funèbres. L'enquête s'est déroulée du 7 avril au 7 mai 2004.

d'élimination. L'élaboration du questionnaire est inspirée des études similaires réalisées en Picardie, dans le Doubs et dans le Haut-Rhin [22, 23, 24]. Les 27 cabinets-vétérinaires (représentant 40 professionnels), les 43 pédicures-podologues et les 22 entreprises de pompes funèbres de la région ont été destinataires de ces documents. L'accent a été mis, notamment par le caractère anonyme du questionnaire, sur le fait que cette enquête ne constituait pas un contrôle réglementaire mais une étude. Cette démarche a été choisie dans le but d'encourager les professionnels à répondre mais présente l'inconvénient de rendre impossible toute tentative de relance.

Les taux de réponses enregistrés sont très différents selon les professions. Si la participation des vétérinaires est particulièrement forte (80 %), celles des entreprises de pompes funèbres et des pédicures-podologues sont beaucoup plus faibles et l'interprétation des résultats est donc sujette à caution.

Graphique 3 : Taux de retour pour les vétérinaires, pédicures et pompes funèbres



Les données obtenues par ces différentes enquêtes auprès des professionnels ont été comparées à la liste des clients enregistrés auprès de la société SANICORSE de façon à vérifier la pertinence des réponses obtenues et affiner le diagnostic.

Cette méthodologie a permis de tirer le bilan des pratiques des producteurs de DASRI diffus sur la région Corse, de façon quasi-exhaustive et dans des délais raisonnables.

2.2.2 Résultats obtenus pour les laboratoires de biologie et d'analyses médicales

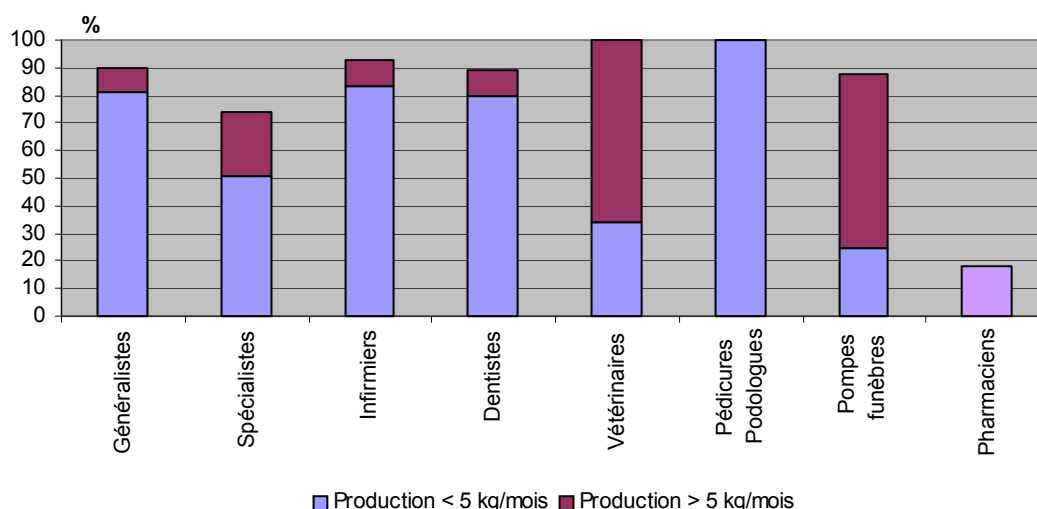
Les **41** laboratoires de la région Corse sont clients de la société SANICORSE, une convention précisant les modalités de collecte et de traitement des DASRI produits par ces établissements. L'ensemble des déchets de ces professionnels est donc traité de façon conforme à la réglementation.

2.2.3 Synthèse générale des pratiques des autres professionnels⁷

A) Production de DASRI

Le graphique 4 permet de comparer les pourcentages de producteurs de DASRI par profession étudiée. La proportion de producteurs déclarant une quantité inférieure à 5 kg/mois est également indiquée.

Graphique 4 : Pourcentage de producteurs de DASRI en fonction du type d'activité⁸



En ne tenant pas compte des pharmaciens, près de 9 professionnels sur 10 produisent des DASRI. Pour 83 % des professionnels de santé, le poids mensuel de déchets infectieux est inférieur à 5 kg/mois. Seuls les médecins spécialistes signalent des productions plus fréquemment supérieures, il s'agit souvent de cabinets de groupe.

Par contre, les vétérinaires et les entreprises de pompes funèbres génèrent des quantités beaucoup plus importantes, notamment en raison de la production de déchets anatomiques.

B) Pratiques d'élimination des producteurs

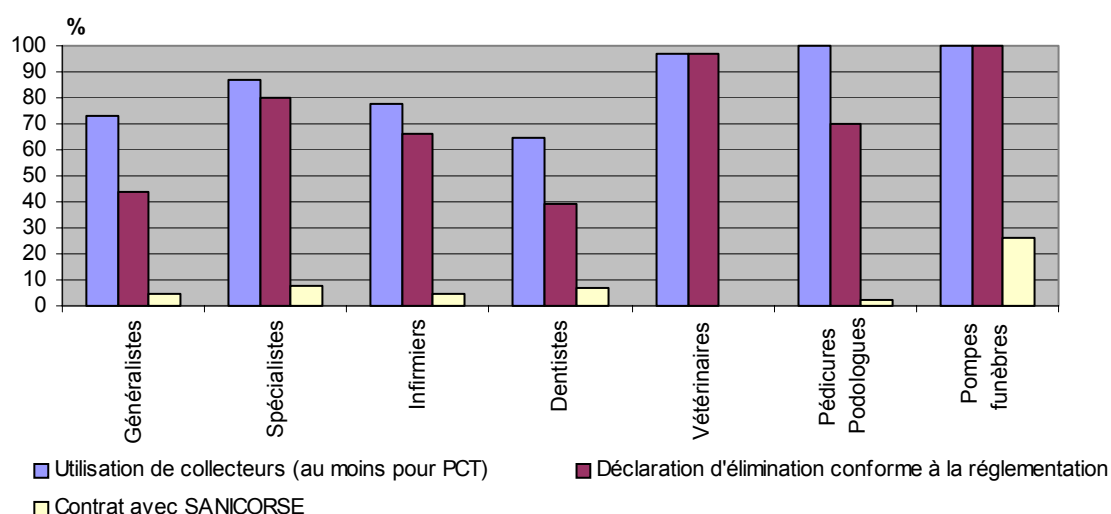
L'étude des modalités d'élimination de leurs DASRI par les pharmaciens présente un intérêt limité en raison des faibles productions observées pour cette profession. Le graphique suivant permet d'évaluer les pratiques déclarées par les autres producteurs de

⁷ Cf Annexe 7 : Analyse détaillée des questionnaires relatifs aux pratiques d'élimination de chaque profession

⁸ Pour les pharmaciens, seul le pourcentage de producteurs de DASRI est indiqué, l'échantillon n'étant pas suffisant pour fournir une indication sur les quantités produites.

DASRI et de comparer les résultats obtenus par enquête avec le pourcentage de ces professionnels réellement clients de la société de collecte et d'élimination.

Graphique 5 : Pratiques d'élimination des DASRI en fonction de l'activité⁹



Si les vétérinaires, les pédicures et les entreprises de pompes funèbres déclarent trier leurs DASRI (au moins pour les PCT), certains professionnels de santé n'utilisent pas de collecteurs spécifiques, notamment au niveau des généralistes et des dentistes.

La majeure partie des professionnels interrogés déclare éliminer ses DASRI conformément à la réglementation, soit en faisant appel à du personnel habilité, soit en l'acheminant vers un dispositif de regroupement approprié. Or, aucun centre de regroupement n'est déclaré sur la région Corse et très peu de professionnels sont clients de la société SANICORSE, unique société assurant la collecte et l'élimination de ces déchets sur la région. Il apparaît que les résultats obtenus par interrogation directe des professionnels sur les pratiques d'élimination sont très nettement surévalués. Deux explications principales peuvent être avancées.

La première, d'ordre méthodologique, provient du fait que les personnes répondant à ce type de questionnaire sont préférentiellement celles qui présentent les pratiques les plus conformes.

La seconde est liée à la mise en œuvre de pratiques d'élimination supposées conformes par les producteurs :

- dépôt des DASRI auprès d'intermédiaires tels que les laboratoires et les établissements de santé ou regroupement chez un des professionnels et évacuation commune des DASRI afin de limiter les coûts de collecte (principalement pour les

⁹ Les données obtenues pour les entreprises de pompes funèbres et les pédicures-podologues doivent être pondérées par les taux de réponses limités

infirmiers). Or, dans la majeure partie des cas, les sites d'apport utilisés ne disposent pas de locaux adaptés ni de procédures de gestion des DASRI et ne permettent donc pas d'assurer la traçabilité des déchets et le respect de la réglementation ;

- recours à des prestataires non habilités pour traiter ce type de déchets ;

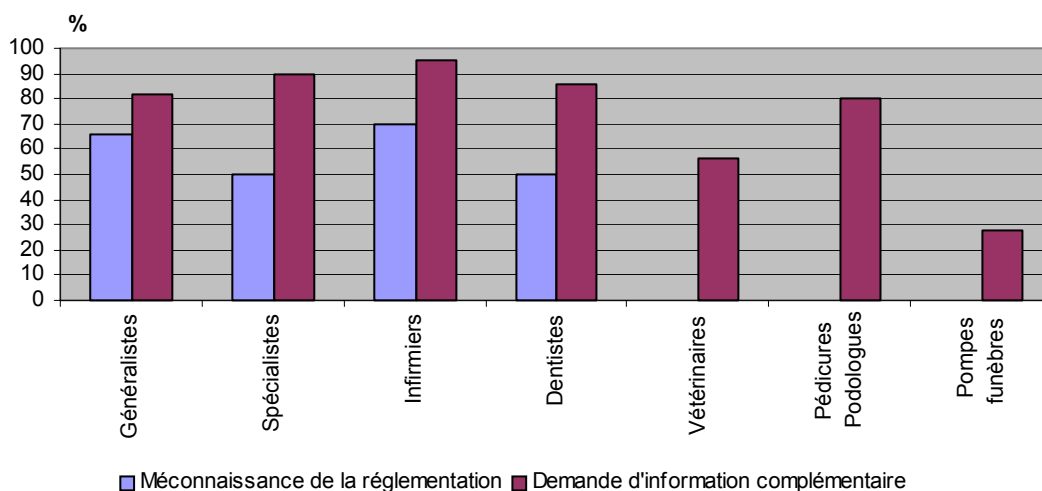
D'autres pratiques d'élimination rencontrées présentent des risques sanitaires plus importants telles que la destruction directe des déchets (2 professionnels sur 10), le plus souvent par incinération mais dans des conditions non précisées, et surtout l'élimination avec les ordures ménagères (plus de 4 professionnels de santé sur 10 déclarent utiliser la voirie pour l'élimination de l'ensemble de leurs déchets).

L'évaluation des pratiques met indiscutablement en évidence l'existence de nombreuses insuffisances dans le traitement des DASRI par les professionnels au niveau de la région Corse.

C) Connaissance de la réglementation et demande d'information

Chaque professionnel de santé a été interrogé sur sa connaissance de la réglementation et de ses responsabilités en matière d'élimination de DASRI.

Graphique 6 : Connaissance de la réglementation et besoin en formation¹⁰



Un manque de connaissance des contraintes réglementaires est noté, avec en moyenne 66 % des personnes interrogées qui ne connaissent pas ou pas complètement leur responsabilité en matière d'élimination des déchets et près de 90 % qui souhaitent améliorer cette situation par une formation.

¹⁰ Les vétérinaires, pédicures et entreprises de pompes funèbres n'ont pas été interrogés sur leur connaissance de la réglementation relative aux DASRI

2.3 Conclusions générales de l'état des lieux

Dans la recherche de solutions visant à améliorer l'élimination par les professionnels libéraux de leurs DASRI sur la région Corse, les éléments suivants, issus de l'étape de diagnostic de la situation devront être pris en compte :

Concernant la production régionale :

- la production annuelle estimée sur la région par les producteurs diffus (intégrant les laboratoires d'analyses) est de **88 tonnes**, nettement supérieure à celle indiquée dans le projet de PREDIS (**36,5 tonnes**) ;
- une très grande disparité géographique est observée, avec de fortes variations de production en fonction des micro-régions. Il semble prioritaire de s'intéresser aux zones fortement productrices qui permettent de prendre en compte un très fort pourcentage des DASRI diffus de la région.

Concernant les pratiques d'élimination :

- les laboratoires sont correctement collectés et ne sont pas considérés comme devant faire l'objet de la suite de l'étude, tout comme les pharmaciens, faibles producteurs de DASRI ;
- pour l'ensemble des autres professions investiguées, de nombreuses pratiques non conformes ont été mises en évidence et nécessitent d'être corrigées, notamment l'utilisation de centres de regroupement non déclarés, sans aucune garantie de fiabilité de traitement et de traçabilité, ou encore l'élimination des DASRI via les ordures ménagères ;
- un premier effort doit être porté de façon individuelle sur le tri des déchets d'activités de soins, étape préalable indispensable à une meilleure gestion de leur élimination et souvent insuffisante chez les professionnels ;
- le manque de connaissance des professionnels sur leurs responsabilités en matière d'élimination des DASRI et sur les filières d'élimination autorisées est important, une action de sensibilisation pourrait être envisagée en vue de corriger cette situation ;
- les professionnels sont fortement intéressés par la mise en place d'une filière commune de collecte ;
- près de 80 % des professionnels de santé interrogés pensent qu'une amélioration des conditions d'élimination est possible, ce qui constitue une invitation explicite à la recherche de solutions collectives visant à faire évoluer la situation ;
- la société SANICORSE peut traiter la totalité des DASRI produits en milieu diffus sur la région Corse. L'étape nécessitant prioritairement d'être optimisée pour une meilleure élimination des DASRI diffus est celle de la collecte.

3 SOLUTIONS ENVISAGEABLES POUR LA CORSE

La grande dispersion des producteurs et les faibles quantités à éliminer nécessitent une mutualisation de la collecte du secteur diffus. En effet, la diminution des coûts de collecte est un préalable indispensable à l'adhésion des professionnels à une filière commune d'élimination de leurs DASRI.

Dans un premier temps, un inventaire des solutions de collecte mises en place dans d'autres régions, départements ou zones géographiques ainsi qu'une évaluation de leur efficacité et de leur adaptabilité à la région Corse doivent être réalisés.

Cette étape doit se poursuivre par la rencontre des principaux représentants des professionnels producteurs dans le but d'une part de leur rappeler leurs responsabilités en matière d'élimination de DASRI et l'existence de nombreuses pratiques non conformes et d'autre part de recueillir leurs avis sur les solutions envisageables pour améliorer la situation et respecter la réglementation.

3.1 Solutions techniques possibles

3.1.1 La collecte au cabinet

A) Présentation générale [9, 17]

La fourniture des emballages, la collecte et l'élimination des déchets sont assurés par un prestataire de services, la fréquence de collecte étant fonction du volume produit.

Cette solution présente l'avantage d'être facile et sûre. En effet, dans cette hypothèse, l'encadrement des professionnels est maximal et la garantie de traçabilité est assurée.

Le principal inconvénient est l'importance du coût kilométrique par rapport au poids transporté, notamment en milieu rural.

Au niveau national, sur la base d'une collecte mensuelle en porte à porte, avec transport et élimination des DASRI, délivrance d'un bordereau de suivi et mise à disposition d'emballages, le coût moyen observé est de 310 €/an et par praticien (étude ADEME, juin 2003).

B) Adaptation à la Corse

La Corse compte 1671 professionnels (hors pharmaciens et laboratoires) qui produisent pour la très grande majorité d'entre eux moins de 5 kg de DASRI par mois. La société SANICORSE, unique structure de collecte et de traitement de DASRI sur la région, est le seul prestataire susceptible d'assurer une collecte au cabinet des DASRI produits en milieu diffus.

Une proposition tarifaire à destination des médecins mais pouvant être élargie à l'ensemble des professionnels a été réalisée par cette société¹¹ intégrant :

- la mise à disposition d'un Sanicontainer polyéthylène 10 litres ;
- une collecte trimestrielle ;
- un bordereau de suivi CERFA ;
- le traitement des DASRI par inertage puis enfouissement.

Cette proposition forfaitaire est basée sur une production d'environ 20 kg de déchets par an et par professionnel, sans différenciation de localisation géographique (coût identique pour tous les producteurs de la région). Le tarif applicable est directement lié au nombre de professionnels intégrant la démarche. Cette proposition constitue une première base de travail et de discussion pour la mise en place d'une collecte organisée. Sur la base d'un nombre de 800 adhérents, le coût de traitement par professionnel et par an peut être estimé à 130 €.

Le principal inconvénient est l'acceptation par les professionnels d'un tarif unilatéral, sans différenciation de quantités produites ou de localisation géographique. De plus, il est probable que le profil des professionnels adhérant à cette collecte en porte à porte influe sur le tarif final. Cette solution présente l'avantage de pouvoir être mise en œuvre rapidement et de façon relativement simple. Elle évite aux professionnels des déplacements vers des sites d'apport volontaire.

3.1.2 L'apport volontaire

A) Présentation générale [9, 17]

Le producteur de déchets vient lui-même déposer ses déchets sur un site de regroupement. Deux types d'installations sont possibles : le local de stockage et la borne de collecte. Plusieurs sociétés ont développé des systèmes automatisés pour la collecte des déchets par apport volontaire. Ces systèmes se présentent sous forme de grands cubes pouvant être insérés dans un local ou disposés sur une aire extérieure, où les praticiens viennent déposer leurs conteneurs en échange d'un reçu. Il est important de noter que la mise en place et l'exploitation d'un système de ce type est onéreuse et qu'un certain volume d'apport est nécessaire pour assurer la rentabilité de l'opération et donc la pratique de prix attractifs. Au niveau national, le coût moyen observé pour une collecte par apport volontaire est estimé à 90 €/an et par praticien (étude ADEME, juin 2003). Plusieurs solutions peuvent être envisagées en fonction du gestionnaire du site.

¹¹ Cf annexe 8 : Proposition tarifaire forfaitaire (à destination des médecins) pour une collecte en porte à porte par la société SANICORSE

- **l'apport dans un établissement de santé :**

Il peut s'agir d'un hôpital, d'une clinique, d'une maison de retraite voire d'un laboratoire d'analyses médicales. Les professionnels libéraux de santé profitent de l'existence d'un gros producteur à proximité et passent un accord pour que ce dernier accepte de recueillir leurs déchets. Cette procédure est facilitée par le fait que de nombreux médecins, outre leur cabinet privé, dispensent des consultations dans les hôpitaux. Cette solution présente l'avantage d'obtenir des coûts réduits du fait de l'intégration des déchets dans la filière propre à l'établissement. Les principaux problèmes sont que cette option est soumise à l'accord de l'établissement, que les dépôts doivent se faire à des heures fixes et que cela conduit à des astreintes du personnel hospitalier pour gérer l'entretien et la permanence au niveau du local de stockage. Ce type de filière est relativement répandu mais dans de nombreux cas, les conditions de traçabilité ne sont pas respectées.

Des exemples de créations de GIP sont rapportés [32, 33] dont l'objectif initial est d'assurer un service commun d'élimination des DAS produits par plusieurs établissements au niveau d'un département ou d'une région. Dans un deuxième temps, cette étape de mutualisation de la gestion des DASRI peut être élargie à ceux produits par le secteur diffus. Ce recours à une entité administrative intermédiaire est souvent nécessaire pour assurer la logistique nécessaire aux exigences de traçabilité du traitement des DASRI collectés sur les sites d'apport volontaire.

- **l'apport auprès d'une société de collecte**

Une société privée peut gérer un local dédié au stockage des DASRI ou une borne automatisée. Le seuil de viabilité de ce dernier type de système est assuré pour :

- un minimum de 50 praticiens (optimum 100) [17] ;
- un minimum de 200 praticiens [3] ;

L'entreprise GAP Hygiène Santé, fournisseur d'installations automatisées, préconise des seuils de population de 20 à 30000 en milieu urbain et 10000 en milieu rural.

Une solution de ce type a notamment été adoptée en région Basse-Normandie [34], où 16 points d'apport volontaire ont été répartis sur les trois départements. Le financement de la mise en place des containers a toutefois été réparti entre l'URML, l'ADEME et la société de gestion des bornes. Le prestataire n'a donc pas assuré la totalité de l'investissement initial. Les équipements ont été installés dans les enceintes des établissements de santé publics ou privés des 15 villes concernées par le projet, mais la gestion des DASRI diffus est indépendante de celle des déchets produits par les établissements.

Après contact avec l'URML Haute-Normandie, pilote de l'opération, il s'avère que le dispositif est techniquement opérationnel, souple et économique pour les apporteurs mais que la fréquentation des bornes est globalement insuffisante, les professionnels ne voulant pas nécessairement se déplacer. La rentabilité n'étant pas assurée, la filière est actuellement menacée.

- **l'apport auprès d'une collectivité**

L'apport volontaire auprès d'une déchetterie pourvue d'une borne automatisée ou d'un local spécifiquement dédié au stockage des DAS peut être envisagé. L'avantage de cette option réside principalement dans l'aspect sécurisé du site de regroupement, la perspective d'avoir des coûts réduits pour les professionnels et la possibilité de collecter également les patients en auto-médication. Les contraintes sont liées aux horaires d'ouverture (pour les sites de stockage classiques) et à la volonté de la collectivité d'accepter la prise en compte de déchets dont elle n'est pas directement responsable.

Les exemples de mise en place de bornes d'apport volontaire automatisées par des collectivités locales sont nombreux avec par exemple les communes d'Antibes [35], de Nice ou encore de Marseille. Dans le cas de la ville d'Antibes, l'installation de bornes dans les officines dans le but d'accueillir les DASRI des patients en auto-médication a accompagné la mise en place de celles à destination des professionnels.

- **l'apport auprès d'un praticien libéral ou d'un centre de soin**

Un cabinet libéral, un laboratoire d'analyses médicales, une officine ou tout autre centre de soin disposant d'un local répondant aux exigences réglementaires d'entreposage peut se constituer en site de regroupement des DAS. Cette option est soumise au volontariat du professionnel et pose le problème de la gestion de la traçabilité.

B) **Adaptation à la Corse**

La société de collecte SANICORSE ne souhaite pas assurer la mise en place et la gestion de sites de regroupement. Si d'autres sociétés privées sont intéressées par la mise en place de bornes automatiques et par leur gestion, elles souhaitent néanmoins que l'achat ou la location des installations soient pris en charge par une structure intermédiaire.

La gestion des DASRI des établissements de santé n'est pas mutualisée au niveau de la région Corse, chacun disposant d'une convention individuelle avec la société de collecte. Il semble difficile d'imaginer que l'un d'entre eux puisse assurer la gestion logistique (réception, édition de bons de prise en charge, entretien du local de regroupement) de l'élimination des DASRI issus de producteurs diffus ou acquérir directement des installations de collecte automatisées.

Les collectivités locales présentent la meilleure garantie de faisabilité d'un projet de mise en place de centres de regroupement. Elles pourraient en effet bénéficier de financements publics (ADEME, OEC, FEDER) et réduire leurs coûts d'investissement.

La principale difficulté réside dans la prise en compte par les collectivités locales du problème des DASRI diffus alors qu'elles peinent à résoudre celui des ordures ménagères dont elles sont directement responsables. En effet, la mise en place d'un

syndicat d'études et de préfiguration pour le traitement des déchets ménagers et assimilés, préalable à la mise en oeuvre du PIEDMA [15], élaboré par l'Etat et approuvé par les préfets de Corse du Sud et de Haute-Corse le 17 décembre 2002, n'a eu lieu que le 27 avril 2004. Ainsi, peu d'orientations du PIEDMA ont à ce jour fait l'objet de réalisations effectives et le réseau de déchetteries est notamment très limité.

Il semble nécessaire d'associer l'Office de l'Environnement de la Corse, Établissement Public Industriel et Commercial dépendant de la Collectivité Territoriale de Corse, à la recherche puis la mise en oeuvre des solutions optimales pour la collecte des DASRI diffus. Cet organisme est notamment chargé de la gestion du fond corse pour la modernisation du traitement des déchets. Il ne peut assurer directement la mise en place de centres de collecte mais est susceptible de financer des projets d'installation de sites d'apport et constitue également un relai incontournable auprès des collectivités locales responsables du traitement des déchets ménagers.

3.2 Position des différents producteurs

Les principaux représentants des professions les plus productrices de DASRI (URML, ordres des chirurgiens-dentistes, syndicat infirmier ONSIL) ont été rencontrés avec les objectifs suivants :

- les sensibiliser à la problématique liée à la destruction de leurs DASRI ;
- les informer sur l'état des lieux de la situation et sur la constatation de nombreuses pratiques non conformes ;
- leur proposer des solutions pouvant être mises en oeuvre et recueillir leurs avis sur leur faisabilité et leur intérêt ;
- les inciter à engager collectivement une action visant à mettre en place un système de collecte adapté.

Auprès des médecins libéraux, la solution de la collecte en porte à porte proposée par SANICORSE n'a pas reçu un accueil favorable en raison notamment de l'obligation de passer par un seul prestataire. En effet, le mode de fonctionnement actuel engendre, en raison du faible taux de collecte, des tarifs jugés trop élevés et un a priori négatif sur cette solution. De plus, l'URML ne s'estime pas compétente pour démarcher les médecins libéraux ou pour négocier un tarif collectif pour une prestation de collecte en porte à porte. Enfin les contraintes pouvant être liées aux respects des heures de collecte ou aux modalités de contractualisation avec SANICORSE ont également été évoquées.

La profession est nettement plus favorable à la mobilisation des collectivités locales pour développer des solutions de collecte par apport volontaire. Un des arguments avancés réside dans la perception des taxes professionnelles, justifiant un effort financier des

collectivités dans le traitement des DASRI des professionnels. Une action commune avec l'URCAM peut être envisagée pour financer un projet de faisabilité d'installation de centres de regroupement, via le Fond d'Aide à la Qualité des Soins de ville.

Concernant la localisation de ces sites, un recours aux centres d'incendie et de secours, disposés de façon cohérente avec les secteurs médicaux pourrait être envisagé.

Pour les chirurgiens-dentistes, les deux solutions (collecte en porte à porte ou apport volontaire) sont envisageables, à condition d'avoir un coût de traitement acceptable. Un manque de connaissance de la société de collecte, notamment du mode de traitement utilisé et de son respect de la réglementation, et les prix élevés pratiqués ont été évoqués pour justifier le faible nombre de conventions signées avec le prestataire de collecte. Les représentants de la profession s'estiment en mesure, en cas de mise en place d'une solution de collecte moins coûteuse, de sensibiliser et de convaincre la très grande partie des chirurgiens-dentistes à améliorer la gestion de leurs déchets d'activités de soins.

Les représentants des **infirmiers** ont également mis en évidence les coûts de traitement trop élevés et estiment que la collecte via des bornes automatisées serait la meilleure solution. De plus, un grand nombre d'entre eux sont souvent absents de leur cabinet et la perspective de pouvoir déposer leurs DASRI sans contrainte horaire est un argument principal en faveur de ce choix. Une préoccupation complémentaire évoquée est le problème des déchets issus de la chimiothérapie. De plus en plus de professionnels y sont confrontés et les modalités de traitement de ces déchets sont très pénalisantes (tarification beaucoup plus élevée que celle des DASRI).

3.3 Proposition d'organisation de collecte pour la Corse

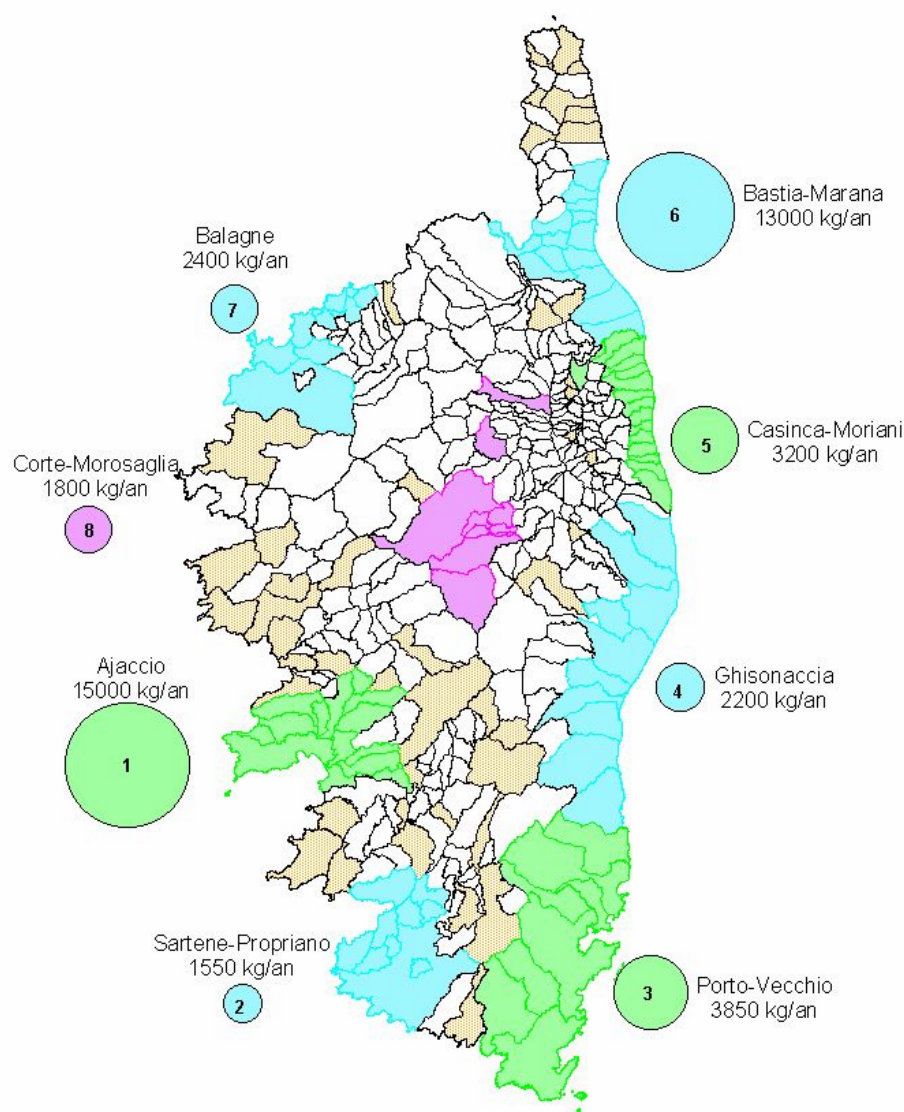
La solution de la collecte exhaustive en porte à porte n'est pas privilégiée par les acteurs rencontrés, notamment les médecins. La principale difficulté semble être la recherche préalable d'un nombre suffisant de professionnels permettant d'obtenir un tarif de collecte acceptable mais aussi l'aspect itinérant d'un grand nombre d'entre eux (infirmiers).

La mise en place de sites d'apport volontaire par des collectivités locales, répartis sur le territoire et dont la gestion puisse être assurée par un intermédiaire entre les producteurs et la société SANICORSE, semble la seule réaliste et susceptible de recevoir l'adhésion du plus grand nombre de professionnels, notamment par l'abaissement espéré des coûts de traitement. Toutefois, il convient d'optimiser les zones d'installation de ces points d'apport. Un maillage complet du territoire, souhaité par les professionnels, ne peut se concevoir en raison des coûts excessifs associés et des difficultés à convaincre les collectivités locales de porter ces projets.

3.3.1 Identification de secteurs pertinents pour l'installation de PAV

Une première approche, basée sur un découpage du territoire en zone présentant une cohérence géographique (chacune pourrait justifier d'un temps de transport inférieur à 20 minutes vers le centre de regroupement) mais aussi économique (une base d'une centaine d'apporteurs ou une production totale proche de 2000 kg/an doit y être observée) permet de définir huit secteurs susceptibles d'accueillir un ou plusieurs centres de regroupement¹².

Carte 2 : Définition de secteurs favorables à l'installation de centres de regroupement^{13 14}



¹² Cf annexe 9 : Description des secteurs susceptibles d'accueillir des sites de regroupement

¹³ La production annuelle de DASRI de chaque secteur est indiquée (hors laboratoire)

¹⁴ Les communes où se trouvent des producteurs pour lesquels le temps de déplacement vers un des centres de regroupement est supérieur à 20 minutes sont indiquées en clair.

Cette partition du territoire permet d'assurer la présence d'un site d'apport volontaire situé à une distance acceptable pour plus de 91 % des professionnels.

Les secteurs de Corté et surtout de Sartène-Propriano, bien que ne justifiant pas des critères de production et de population choisis, ont toutefois été pris en compte. La région intégrant les cantons des Deux Sevi et des Deux Sorru (située entre le secteur d'Ajaccio et celui de Balagne) constitue la zone non couverte par le dispositif qui présente la production de DASRI la plus élevée, de l'ordre de 1000 kg/an.

3.3.2 Estimation des coûts associés à la mise en place de PAV

A) Bornes automatiques

Sur la base des installations mises en place en Basse-Normandie et au niveau de la ville d'Antibes, une estimation des coûts d'installation et de fonctionnement d'une borne automatique de collecte peut être réalisée¹⁵.

- Coûts de mise en service :

	Point Container ® (Ex. : Basse Normandie)	PAVA Box (Ex. : Antibes)
Vente	13000 € HT	16700 € HT
Transport et mise en service	2520 € HT	2820 E HT
TOTAL	15520 € HT	19520 € HT

- Coût de maintenance annuelle : **1800 € HT**
- Coût de gestion annuelle : **1400 à 2200 € HT** selon l'option choisie (cf Annexe 10)
- Les formules d'abonnement proposées aux producteurs sont personnalisables en fonction des besoins des adhérents.

Exemple sur la base de 4 dépôts de sacs à déchets mous : 35 € TTC par an.

B) Locaux répondant à la réglementation

S'il est difficile d'estimer précisément le coût de l'aménagement et de la gestion d'un local de regroupement pour DASRI, on peut toutefois considérer qu'il est inférieur à celui d'une borne automatisée.

¹⁵ Cf Annexe 10 : Coûts d'installation et d'exploitation de bornes automatisées selon le type de bornes et les modalités d'exploitation - Source Gap Hygiène et Santé

3.3.3 Conclusion

2 solutions sont envisageables pour aménager des sites de regroupement :

- la mise en place de locaux adaptés ;
- la mise en place de bornes automatiques ;

Le recours à des bornes automatiques et la télégestion associée présentent un certain nombre de garanties en terme de fonctionnement et de fiabilité. Mais cette solution nécessite un investissement important et des frais de fonctionnement (maintenance et gestion) non négligeables qui doivent être assurées par la collectivité de façon récurrente. De plus, l'installation de ces bornes dans d'autres régions ou départements a souvent engendré des apports peu importants, leur exploitation étant souvent menacée voire abandonnée. C'est pourquoi, si cette solution est demandée en priorité par les professionnels, il n'est pas souhaitable de la mettre en place de façon générale sur la région, un certain nombre de secteurs définis présentant peu de producteurs.

De plus, les remarques suivantes doivent être prises en compte :

- le projet de PREDIS évoque la possible mise en service d'une unité de désinfection sur la région bastiaise, garantissant la continuité de la prestation de traitement en cas de problème avec l'inerteur d'Ajaccio et permettant également des coûts de collecte en porte à porte moindres. Cette nouvelle configuration pourrait alors remettre en cause la pertinence des zones préalablement définies, le nouveau site de traitement constituant un point d'apport volontaire potentiel pour la région bastiaise ;
- le bâtiment de SANICORSE constitue un site d'apport volontaire pour la région d'Ajaccio peu utilisé à ce jour par les professionnels ;

C'est pourquoi, la mise en place d'une installation de regroupement pilote en vue d'évaluer son efficacité semble souhaitable avant d'élargir le dispositif à l'intégralité du territoire. La micro-région la plus intéressante est celle de Porto-Vecchio, la plus excentrée par rapport aux deux agglomérations d'Ajaccio et de Bastia et présentant des critères de population et de production de déchets satisfaisants. L'évaluation du dispositif au moyen d'indicateurs simples (nombres d'apporteurs, quantités collectées) permettrait de vérifier la pertinence de ce choix de collecte et d'affiner la définition des zones géographiques susceptibles d'accueillir d'autres sites d'apport volontaire.

Concernant les structures d'accueil, les pharmacies ne semblent pas devoir être retenues en priorité en raison d'une part de leur faible production de DASRI mais aussi de la récente prise de position de la DGS sur cette éventualité¹⁶. En effet, suite à la dernière

¹⁶ Courrier du DGS au Directeur de la DRASS PACA en date du 29 avril 2004 - Disponible sur le RESE

conférence des inspections régionales de la pharmacie en mars 2004, la DGS a précisé qu'elle n'est pas favorable à l'entreposage des DASRI au sein des officines pharmaceutiques. Il semble que les SDIS constituent les structures les plus adaptées (large réseau de centres de secours sur le territoire, disponibilité, accessibilité) pour la mise en place de site d'apport volontaire. Cela permettrait également d'améliorer leurs propres pratiques d'élimination des déchets. Les établissements de soins peuvent également être sollicités.

CONCLUSION

L'état des lieux du gisement et des modes d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux produits en milieu diffus dans la région Corse a permis de mettre en évidence l'existence de nombreuses pratiques non conformes. L'un des points positifs est la collecte exhaustive des laboratoires de biologie et d'analyses médicales, principaux producteurs régionaux puisque regroupant plus de 46 % du gisement de DASRI diffus estimé sur la région. Le taux global de collecte des DASRI diffus est toutefois difficile à évaluer en raison de l'absence de traçabilité observée chez les autres professionnels.

D'un point de vue méthodologique, il est important de noter que les données recueillies au moyen des questionnaires sont déclaratives, donc biaisées, et en décalage avec celles obtenues auprès de la société de collecte. Ainsi, les professionnels déclarant trier leurs déchets (au moins pour les piquants, coupants, tranchants) ou utiliser un mode d'élimination a priori conforme sont en nombre bien supérieur à ceux justifiant d'une convention avec le prestataire de collecte et d'élimination. C'est pourquoi la double interrogation des producteurs et de la société de collecte permet de pondérer les résultats obtenus et d'avoir une vision plus conforme à la réalité.

Le manque d'information et de formation est constaté chez un grand nombre de professionnels, 66 % d'entre eux considèrent leurs connaissances en terme d'obligation réglementaire d'élimination des DASRI insuffisantes.

La raison essentielle évoquée par les professionnels justifiant le non respect de la réglementation est l'existence d'un unique prestataire de collecte, donc d'un marché non concurrentiel avec des coûts de prise en charge jugés trop élevés. De plus, de nombreux producteurs utilisent des points d'apport non déclarés (établissements de santé, laboratoires). Si cette solution ne permet pas de répondre aux exigences de traçabilité imposées par la réglementation, les apporteurs estiment qu'elle permet de limiter les risques de contamination associés à leurs déchets.

Pour améliorer l'élimination des DASRI en milieu diffus dans la région Corse, plusieurs actions peuvent être mises en œuvre.

La première est de sensibiliser les professionnels producteurs sur la nécessité de trier leurs DASRI. Cette action a été engagée pendant la période du stage par la rencontre des principaux représentants professionnels (URML, ordres des chirurgiens dentistes, syndicat infirmier) mais doit nécessairement se poursuivre, une campagne d'information générale pouvant être envisagée.

La seconde consiste à mobiliser les collectivités locales pour développer des solutions de collecte des DASRI en parallèle à la collecte des déchets ménagers. En effet, les

entretiens avec les professionnels ont permis de mettre en évidence leur volonté de participer à une filière commune de traitement mais surtout leur souhait de voir se développer des sites d'apport volontaire pris en charge par les collectivités. Dans cette hypothèse, la mise en place de bornes d'apport volontaire automatisées, dont la gestion peut être assurée par un prestataire privé, présente les garanties de fiabilité les plus élevées.

Une première étude géographique a permis de définir huit secteurs pertinents pour l'installation de centres de regroupement. Cette partition est purement indicative mais permet une première estimation des besoins de la région. Afin de promouvoir la mise en place d'installations de regroupement, il semble maintenant nécessaire d'établir une collaboration étroite entre la Direction de la Solidarité et de la Santé de Corse et de Corse du Sud, l'Office de l'Environnement de la Corse et l'ADEME. Ces différents partenaires institutionnels doivent en effet inciter et accompagner les collectivités ou les professionnels de santé à engager des études de diagnostic et de faisabilité relatives à la réalisation de centres de regroupement des déchets diffus, des crédits (ADEME, URCAM) étant disponibles pour la réalisation de telles prestations.

L'implication forte des représentants des professionnels dans la démarche est nécessaire de façon à promouvoir les projets auprès des collectivités locales mais aussi garantir une quantité d'apporteurs suffisante dans chaque site de regroupement. De plus, des contrôles de l'administration devront être envisagés afin d'inciter les professionnels à utiliser les centres de regroupement et assurer la cohérence du dispositif. Cela suppose une implication et une charge de travail supplémentaire à prendre en compte par les services concernés.

La perspective de la mise en place de sites de collecte par des collectivités locales implique une intégration de la filière d'élimination des DASRI des patients en automédication à celle des professionnels. Il semble donc nécessaire, lors des études de mise en place de centres de regroupement, de prendre également contact avec les associations de malades.

Bibliographie

Rapports

- 1 - BONILLA P. Elimination des déchets de soins en Ile de France – Etat des lieux. Mémoire ENSP. Rennes. Février 2003. 28 p.
- 2 - CHAMBRIN-LAUVRAY H., Elimination des déchets contaminés produits par le personnel de santé en exercice libéral. Conditions actuelles d'élimination, Rapport du Ministre chargé de la Santé, Direction Générale de la Santé, Paris, 1991.
- 3 - **CUENOT MP.** ¹⁷ Collecte des déchets d'activités de soins à risques infectieux en milieu extra-hospitalier. Etat des lieux et perspectives dans le département des Yvelines. Mémoire ENSP. Rennes. Juillet 2000. 64 p.
- 4 - MARCHIONI. La gestion des déchets dangereux relevant du PREDIS Corse. Mémoire DESS. Université de Corse. Corté. Septembre 2001. 39 p.
- 5 - **PIENNE L.** Déchets d'activités de soins/Déchets d'activités de soins à risques infectieux des particuliers – Etat des lieux en France. Juillet 2003
- 6 - **CREMOUX X., SPINDLER S.** Les DASRI sur la Haute-Garonne. Bilan de l'année 2002. DDASS de la Haute-Garonne. Toulouse. Janvier 2004. 52 p.

Guides techniques

- 7 - **Conseil supérieur de l'ordre des vétérinaires.** Elimination des déchets vétérinaires, Guide technique. Juillet 2003
- 8 - **DDASS Bourgogne.** Guide technique pour l'accueil des DAS dans les déchetteries en Bourgogne. Octobre 2002
- 9 - **DRASS Champagne Ardennes.** L'élimination des DAS en secteur diffus, une responsabilité de santé publique. Septembre 2002
- 10 - **DRASS Franche-Comté.** DASRI, des déchets spéciaux à éliminer par des filières spéciales. 2002. 2 p.
- 11 - **DRASS Rhône-Alpes.** DAS : Qu'en faites-vous? Votre responsabilité et vos obligations. N° 2003-06-L. Octobre 2003
- 12 - **Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.** Elimination des déchets de soins, guide technique. Décembre 1999. 45 p.
- 13 - URML Ile de France. Guide juridique sur l'élimination des déchets d'activité de soins produits par le médecin libéral. Nathalie Courvoisier. 2001. 27 p.

Plans régionaux d'élimination

¹⁷ En gras : Documents disponibles sur le RESE : <<http://rese.intranet.sante.gouv.fr>>

- 14 - Les déchets d'activités de soins en IDF. Plan Régional d'Elimination des Déchets d'Activités de Soins d'IDF. DRASS IDF. Paris. Mars 1995. 107 p.
- 15 - Plan Interdépartemental d'Elimination des Déchets Ménagers et Assimilés de Corse. Préfecture de Corse. DRIRE de Corse. Déc. 2002
Disponible sur internet : <<http://www.corse.drire.gouv.fr>>
- 16 - **Plan Régional d'Elimination des Déchets d'Activités de Soins de Bourgogne.** Préfecture de Bourgogne. Dijon. 2004. 80 p.
- 17 - **Plan Régional d'Elimination des Déchets d'Activités de Soins.** Prefecture de la région Champagne-Ardenne. DRASS Champagne-Ardenne. Chalons-en-Champagne. 2001. 53 p.
- 18 - **Plan Régional d'Elimination des Déchets d'Activités de Soins.** Préfecture de la région Haute-Normandie. Rouen. 2001. 56 p.
- 19 - Projet de Plan Régional d'Elimination des Déchets Industriels Spéciaux de Corse. Préfecture de Corse. Janvier 2004. 77 p.
Disponible sur internet : <<http://www.corse.drire.gouv.fr>>
- 20 - Schéma territorial d'élimination des déchets contaminés - Région Corse. Préfecture de Corse. DRASS de Corse. Juin 1995

Etudes

- 21 - Beture Setame. Les déchets de soins produits en mode diffus - Etude sur les conditions de leur élimination en région Ile de France. Techniques hospitalières. 1995.
- 22 - **DDASS du Doubs.** Campagne pour évaluer la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux chez les professionnels du secteur diffus. Novembre 2000
- 23 - **DDASS du Haut-Rhin.** Les déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés des professions libérales dans le département du Haut-Rhin. Colmar. Décembre 2001. 22 p.
- 24 - **DRASS Picardie.** Elimination des déchets de soins infectieux - Enquête auprès des professionnels de santé libéraux. Veyret J. Janvier 2003. 17 p.
- 25 - GABARDA D, GUIBAL A. Schémas/plans d'élimination des déchets d'activités de soins du secteur diffus, Valbonne, ADEME, 1994, 43 p.
- 26 - ORDIF. Les déchets d'activités de soins produits en mode diffus. Etude sur les conditions d'élimination en Ile de France, Paris, 1994, 104 p.
- 27 - URML Corse. Tri, stockage, élimination des déchets infectieux et autres déchets. Enquête auprès des professionnels de santé libéraux de Corse. Septembre 2001. Ajaccio. 11 p.

Communications

- 28 - **GABARDA D.** Définition, gisement, réglementation et filière d'élimination. Journée technique nationale relative aux déchets d'activités de soins, 20 novembre 2001, ADEME, Lille
- 29 - **MALECKI H.** Réglementation actuelle et future. Journée technique nationale relative aux déchets d'activités de soins, 20 novembre 2001, DGS/SD7B, Lille
- 30 - **SIMON F.** Définition du secteur diffus - Réglementation relative aux déchets d'activités de soins à risques infectieux. Professionnels de santé en exercice libéral: vers une meilleure gestion de vos déchets d'activité de soins à risques infectieux. Rencontre et journées techniques, 11 mars 1998, ADEME, Sophia-Antipolis
- 31 - **TORDEUR H.** Les ratios de production des déchets d'activités de soins à risques par type de professionnel du secteur libéral. Elimination des DASRI produits en secteur libéral, Journée d'information, 13 juin 1996, Paris, ADEME
- 32 - **TRIBERT E.** Le groupement régional pour l'élimination des déchets hospitaliers et assimilés (GREDHA) - Expérience de la région des Pays de la Loire en matière de collecte, traitement et élimination. Journée technique nationale relative aux déchets d'activités de soins, 20 novembre 2001, Lille
- 33 - **TRIQUET J.** Présentation d'une solution départementale concernant l'élimination des déchets d'activités de soins. Journée technique nationale relative aux déchets d'activités de soins, 20 novembre 2001, Lille, Centre Hospitalier Louis Pasteur, Dôle

Documents divers

- 34 - Collecte des déchets médicaux diffus sur l'ensemble de la région Basse-Normandie.
Disponible sur internet : <<http://www.ademe.fr>>
- 35 - Antibes et Juan-les-Pins collectent les déchets de soins – 31 juillet 2003
Disponible sur internet : <<http://www.atodechets.com>>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES RELATIFS AUX DASRI

**ANNEXE 2 : NOMBRES DE PRODUCTEURS PAR ZONE GEOGRAPHIQUE ET PAR
PROFESSION**

**ANNEXE 3 : GISEMENT DE DASRI EN MILIEU DIFFUS (AVEC PRISE EN COMPTE
DES LABORATOIRES) PAR ZONE GEOGRAPHIQUE EN KG/AN**

**ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE PAR
L'URML DE CORSE**

**ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE ENVOYE AU VETERINAIRES, PEDICURES-
PODOLOGUES ET ENTREPRISES DE POMPES FUNEBRES**

ANNEXE 6 : COURRIER ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE

**ANNEXE 7 : DESCRIPTION DES PRATIQUES D'ELIMINATION PAR TYPE DE
PROFESSIONNELS**

**ANNEXE 8 : PROPOSITION TARIFAIRE FORFAITAIRE A DESTINATION DES
MEDECINS POUR UNE COLLECTE EN PORTE A PORTE PAR LA SOCIETE
SANICORSE**

**ANNEXE 9 : DESCRIPTION DES SECTEURS SUSCEPTIBLES D'ACCUEILLIR DES
SITES DE REGROUPEMENT**

**ANNEXE 10 : ESTIMATION DES COUTS D'INSTALLATION DE BORNES D'APPORT
VOLONTAIRE**

ANNEXE 11 : CALENDRIER D'ACTIVITE

ANNEXE 12 : ORGANIGRAMME DU SERVICE

ANNEXE 1 : TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES RELATIFS AUX DASRI

[1, 9, 12]

PRINCIPES FONDATEURS DE LA REGLEMENTATION DES DAS

- **Loi n° 75-633 du 15 juillet 1975 modifiée relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux (JO du 16 juillet 1975)**

Cette loi de portée générale définit le terme de déchet et introduit le principe de responsabilité du producteur de déchets vis à vis de leur élimination. Elle a été complétée et modifiée par la loi du 17 juillet 1992 relative à l'élimination des déchets et aux ICPE. Elle définit des objectifs :

- de prévention ou de réduction de la production et de la nocivité des déchets ;
- d'organisation du transport des déchets et de la limitation en distance et en volume ;
- de valorisation des déchets par réemploi, recyclage ou tout autre action visant à obtenir, à partir des déchets, des matériaux réutilisables ou de l'énergie ;
- d'information du public ;
- de planification de l'élimination des déchets.

- **Loi n° 76-633 du 19 juillet 1976 modifiée relative aux installations classées pour la protection de l'environnement (JO du 20 juillet 1976)**

Cette loi s'applique aux installations qui peuvent présenter des dangers vis à vis de la protection de la santé, de la sécurité et la salubrité publique, de la nature ou de l'environnement.

Ces installations sont définies dans la nomenclature des installations classées par un décret en Conseil d'Etat qui les soumet à des procédures d'autorisation ou de déclaration suivant la gravité des dangers ou inconvénients que peut présenter leur exploitation.

Les installations d'élimination des déchets sont des installations classées soumises à autorisation.

- **Décret n° 2002-540 du 18 avril 2002 relatif à la classification des déchets dangereux (JO du 20 avril 2002)**

Ce décret transcrit en droit français la directive 91/689/CEE du conseil des communautés européennes du 12 décembre 1991 relative aux déchets dangereux. Il abroge le décret n° 97-540 du 15 mai 1997. Il redéfinit la liste des déchets et transforme l'appellation « déchets industriels spéciaux » en « déchets dangereux ».

La liste concernant les déchets provenant de soins médicaux ou vétérinaires et/ou de la recherche associée comprend :

- les déchets à risque infectieux ;
- les produits chimiques contenant des substances dangereuses ;
- les médicaments cytotoxiques et cytostatiques ;
- les déchets d'amalgame dentaires.

Les objets piquants et coupants (autres que ceux visés ci-dessus) ainsi que les déchets anatomiques et organes, y compris sacs de sang et réserves de sang ne sont plus pris en compte dans cette nouvelle liste.

PLANS REGIONAUX D'ELIMINATION DES DECHETS INDUSTRIELS SPECIAUX

Les DASRI, classés comme déchets dangereux, sont soumis à l'élaboration d'un plan régional selon les modalités définies pour les plans d'élimination des déchets industriels spéciaux au titre de la loi du 13 juillet 1992 modifiant la loi du 15 juillet 1975 relative aux déchets.

- **Décret n° 96-1009 du 18 novembre 1996 relatif aux plans d'élimination des déchets industriels spéciaux (JO du 24 novembre 1996)**

Ce décret fixe l'objectif du plan, à savoir coordonner les actions qui seront entreprises par les pouvoirs publics, les organismes privés en vue d'assurer les objectifs définis par la loi du 15 juillet 1975 modifiée.

Il précise le contenu du PREDIS qui doit comprendre :

- les mesures qu'il est recommandé de prendre pour prévenir l'augmentation de production des déchets ;
- le recensement des installations existantes d'élimination ;
- l'inventaire des quantités de déchets à éliminer ;
- la mention des installations qu'il apparaît nécessaire de créer ;
- les priorités pour atteindre les objectifs ci-dessus.

Le plan régional fixe des objectifs à atteindre qui sont opposables et doit proposer des solutions techniques variées de mise en œuvre afin d'atteindre ces objectifs.

- **Circulaire DPPR/SDPD n° 97-0807 du 27 juin 1997 relative aux plans régionaux d'élimination des déchets industriels spéciaux**

Cette circulaire précise que les déchets d'activités de soins doivent être intégrés aux plans régionaux d'élimination des déchets industriels spéciaux ou faire l'objet d'un plan spécifique : le plan régional d'élimination des déchets d'activités de soins, conformément au décret n° 96-1009 du 18 novembre 1996.

- **Loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité (jo du 28 février 2002)**

Cette loi modifie le Code de l'Environnement (notamment ses articles L541-13 et L541-15) et transfère la compétence, en matière d'élaboration et d'adoption du plan régional d'élimination des déchets industriels spéciaux, du Préfet de région au Président du Conseil Régional (art. 109 IV-A). Elle précise le pouvoir de substitution du Préfet dans le cas où le Président du Conseil Régional n'a pas adopté le plan dans le délai de 18 mois (art. 109 IV-B).

Conformément à cette loi, les PREDAS devront relever de la compétence des Conseils Régionaux dès lors que les décrets d'application, en préparation au ministère de l'écologie et du développement durable, seront publiés. Dans l'attente de ces publications, le préfet de région peut garder la compétence ou la basculer au conseil régional en accord avec celui-ci.

- **Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la santé publique (JO du 18 novembre 1997)**

Les dispositions de ce décret constituent les règles générales d'hygiène en matière d'élimination des déchets d'activités de soins et se substituent à celles établies par le règlement sanitaire départemental type.

Le décret indique que les déchets d'activités de soins sont issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire, mais également des activités d'enseignement, de recherche, de production industrielle ou de thanatopraxie.

L'obligation d'élimination des DAS incombe aux producteurs, indépendamment de la nature des activités à l'origine des déchets. Cette obligation est assurée par une convention écrite avec le recours à un prestataire chargé de la collecte et de l'élimination. Des documents de suivi des opérations de collecte et d'élimination doivent figurer dans ces conventions.

Les conditions générales d'entreposage et de conditionnement des DASRI répondent aux principes suivants : séparation des autres déchets, utilisation d'emballages et de récipients à usage unique avant enlèvement, durée maximale d'entreposage dans le cabinet ou l'établissement producteur fonction des quantités produites.

Le décret donne la possibilité d'éliminer les DASRI par incinération ou par pré-traitement avec des appareils de désinfection suivi d'une élimination dans la filière des ordures ménagères (sauf compostage).

En ce qui concerne les pièces anatomiques, celles d'origine humaine doivent être incinérées dans un crématorium autorisé, celles d'origines animales doivent être acheminées vers un établissement d'équarrissage autorisé.

- **Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques (JO du 3 octobre 1999)**

Cet arrêté précise les règles de stockage et la durée maximale d'entreposage avant l'incinération ou la désinfection. Les durées maximales entre la production et l'élimination sont fonction des quantités de déchets produites :

- 72 heures pour une quantité supérieure à 100 kg/semaine ;
- 7 jours pour une quantité inférieure ou égale à 100 kg/semaine mais supérieure à 5 kg/mois ;
- 3 mois pour une quantité inférieure à 5 kg /mois.

Il est interdit de congeler des DASRI et assimilés en vue de leur entreposage, de compacter ou de réduire le volume des déchets afin de limiter les risques d'accidents d'exposition au sang par piqûres ou coupures.

Les locaux d'entreposage doivent être identifiés et réservés à l'entreposage des déchets, adaptés à la quantité produite, ventilés, éclairés et entretenus. Ils ne peuvent recevoir que des déchets préalablement emballés et doivent être sécurisés contre les risques de dégradation et de vol. Enfin, ils doivent être munis de dispositifs permettant d'éviter la pénétration des animaux.

- **Arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques (JO du 3 octobre 1999)**

Cet arrêté précise les modalités de traçabilité auxquelles sont soumises les différentes phases de l'élimination des DAS. « *Tout producteur de DASRI qui confie ses déchets en vue de leur élimination à un prestataire de services doit établir avec celui-ci une convention (...). Toute modification des conditions d'élimination fait l'objet d'un avenant établi dans les mêmes formes.* »

Le transport des DASRI doit être couvert par un bordereau de suivi émis par le producteur (CERFA n°11351 01 : « Elimination des DASRI ») qui les accompagne jusqu'à l'installation destinataire (installation d'incinération ou de désinfection).

Les prestataires de service assurant le regroupement de DASRI avec entreposage avant élimination en provenance de producteurs multiples exigent de ces producteurs un bon de prise en charge contenant les informations prévues à l'annexe II de cet arrêté. Ces prestataires émettent un bordereau de suivi particulier « Elimination des DAS à risques infectieux avec regroupement » (formulaire CERFA n° 11352 01).

Les exploitants des installations destinataires retournent ces bordereaux à l'émetteur dans un délai d'un mois en mentionnant la date d'incinération ou de prétraitement. Cependant, pour les producteurs de moins de 5 kg/mois, les prestataires ayant assuré le regroupement envoient un récapitulatif annuel des éliminations ou désinfections pratiquées.

Un bordereau de suivi particulier couvre l'élimination des pièces anatomiques d'origine humaine (formulaire CERFA n° 11350 01) : il est émis par l'établissement de santé producteur et signé par le crématorium destinataire avec les garanties d'anonymat et d'identification technique suffisantes.

- **Projet d'arrêté relatif aux modalités d'emballage et de manutention des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques**

Dans l'attente de la parution, prévue fin 2004-début 2005, de cet arrêté, les emballages doivent répondre aux critères suivants :

- norme AFNOR NFX 30-500 de décembre 1999 concernant les boîtes et mini collecteurs pour les déchets perforants,
- norme AFNOR NFX 30-501 de février 2001 relative aux sacs pour déchets mous à risques infectieux,
- prescriptions de l'arrêté du 5 décembre 2002 (ADR) lorsqu'ils sont utilisés pour le transport des DASRI sur les routes.

- **Circulaire du 9 juin 2000 relative à l'acceptation en déchetteries des déchets d'activités de soins à risques infectieux produits par les ménages et par les professionnels exerçant en libéral**

Cette circulaire précise les modalités d'acceptation en déchetterie des déchets d'activités de soins, en respectant les prescriptions techniques contenues dans les arrêtés du 7 septembre 1999, notamment en tant qu'installation de regroupement et en terme de traçabilité.

Cette possibilité de regroupement a pour objet de faciliter l'application de la réglementation pour les producteurs du secteur diffus que sont notamment les particuliers et les professionnels de santé en exercice libéral.

TRANSPORT DES DASRI ET ASSIMILES

- **Arrêté du 5 décembre 2002 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2001 modifié relatif au transport des marchandises dangereuses par route (dit « arrêté ADR ») (JO du 27 décembre 2002)**

Cet arrêté a pour objet de compléter les dispositions des annexes A et B de l'accord ADR (accord européen relatif au transport international des marchandises dangereuses par route) et de définir les règles spécifiques aux transports de marchandises dangereuses effectués en France par route, que ces transport soient nationaux ou internationaux.

Il s'applique aux transports des matières dont on sait ou on a des raisons de penser qu'elles contiennent des agents pathogènes. Les virus, les micro-organismes ainsi que les objets contaminés par eux doivent être considérés comme tel.

L'arrêté ADR donne la possibilité à un producteur d'effectuer le transport dans son véhicule personnel ou dans un véhicule de service dans la mesure où la masse transportée demeure inférieure ou égale à 15 kg. Il permet également le chargement sur la voie publique des colis de DASRI et assimilés lorsque les établissements de soins et assimilés ne disposent pas d'emplacement dédié au stationnement des véhicules d'enlèvement.

Il interdit formellement le transport des voyageurs dans des véhicules transportant des DASRI et l'usage de véhicules à deux ou trois roues.

TRAITEMENT DES DASRI ET ASSIMILES

Les DASRI doivent être éliminés par incinération ou être prétraités par des appareils de désinfection afin de pouvoir ensuite être collectés et traités avec les déchets ménagers.

- **Arrêté du 23 août 1989 relatif à l'incinération des déchets contaminés dans une usine d'incinération de résidus urbains**

A l'exclusion de certaines catégories (déchets d'activités radiologiques, produits chimiques ou explosifs, déchets mercuriels, radioactifs, pièces anatomiques et cadavres d'animaux), l'incinération des DASRI et assimilés peut être pratiquée dans les unités d'incinération de résidus urbains selon les conditions suivantes :

- la quantité de déchets d'activités de soins ne doit pas dépasser 10 % de la quantité incinérée ;
- la présence obligatoire de bordereaux de suivi ;
- la mise en place d'une désinfection des conteneurs après chaque déchargement ;
- l'utilisation de récipients à usage unique, en bon état, étanches avec un marquage apparent indiquant la nature des déchets et leur provenance ;
- l'interdiction de transit des déchets en fosse de stockage et l'introduction obligatoire des déchets directement dans les fours par l'intermédiaire d'une trémie ;
- l'incinération dans les 24 heures après réception ;
- l'installation d'un dispositif de contrôle de la combustion permettant de s'assurer de son caractère optimal avant l'enfournement des DASRI.

L'autorisation d'incinération des DASRI dans des installations inférieures à 3 tonnes/heures doit être soumise à l'avis du Conseil Supérieur des Installations Classées.

- **Arrêté du 25 janvier 1991 relatif aux installations d'incinération de résidus urbains**

Cet arrêté fixe les règles qui s'appliquent aux installations d'incinération des résidus urbains relevant de la rubrique 322B4 de la nomenclature des installations classées, en matière de combustion, de rejet atmosphérique et d'élimination des résidus liquides et solides.

La création ou la mise en conformité de ces installations d'incinération sur un site hospitalier est donc soumise à cet arrêté.

- **Circulaire n° 53 du 26 juillet 1991 relative à la mise en œuvre des procédés de désinfection des déchets contaminés des établissements hospitaliers et assimilés**

Cette circulaire décrit la procédure nécessaire à l'évaluation des appareils de désinfection et à l'obtention de la validation par le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. Elle permet par dérogation préfectorale aux dispositions du règlement sanitaire départemental type d'intégrer des appareils validés à la filière d'élimination des DASRI.

Le principe des appareils de désinfection est double :

- modifier l'apparence des déchets (en général par broyage) afin de réduire le risque de blessures lors des opérations de manipulation mais aussi diminuer l'impact psychologique ;
- réduire la contamination microbienne, en général par élévation de la température.

Les déchets ainsi désinfectés peuvent rejoindre les ordures ménagères à l'exception de la filière de compostage.

- **Circulaire DGS/DPPR n° 2000-216 du 19 avril 2000 relative à la procédure administrative à appliquer pour la mise en œuvre d'appareils de désinfection destinés à des producteurs dont la production mensuelle de DASRI est inférieure ou égale à cinq kilogrammes**

Dans l'attente de la publication de l'arrêté relatif aux modalités d'agrément des appareils de désinfection, les dispositions de règlement sanitaire départemental demeurent applicables et par conséquent, la possibilité de déroger à l'obligation d'incinération des DAS par arrêté préfectoral.

Cette circulaire précise que pour les producteurs dont la production mensuelle est inférieure ou égale à cinq kilogrammes, la procédure de dérogation au RSD prévue par la circulaire du 26 juillet 1991 doit être remplacée par un système de simple déclaration auprès des services santé-environnement de la DDASS du département d'implantation.

ANNEXE 2 : NOMBRES DE PRODUCTEURS PAR ZONE GEOGRAPHIQUE ET PAR PROFESSION

Tableau 1 : Liste des producteurs pour la Corse du Sud (2A)

Zone géographique	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Dentiste	Infirmier	Laboratoire	Vétérinaire	Pédicure Podologue	Pharmacien
Ajaccio	86	120	79	176	10	7	13	57
Bastelica	2			2				
Celavo-Mezzana	8		2	25				1
Bonifacio	3		1	7		1		1
Levie	5		1	7				2
Olmeto	5	1	9	11	1	2	1	4
Petreto-Bicchisano	2			4				1
Deux Sevi	5		1	8				2
Porto Vecchio	24	25	16	47	2	4	3	11
Sainte Marie Sicché	13	1	4	27	1		2	7
Cruzzini-Cinarca	2			5				2
Sartene	4		3	12	1	1	3	6
Tallano-Scopamène	1		1	1				1
Deux Sorru	5		1	12				2
Zicavo	2			6				1
Figari	2		1	7				1
Total	169	147	119	357	15	15	22	99

Tableau 2 : Liste des producteurs pour la Haute-Corse (2B)

Zone géographique	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Dentiste	Infirmier	Laboratoire	Vétérinaire	Pédicure Podologue	Pharmacien
Bastia	71	120	47	124	11	5	10	49
Belgodere	4			2				1
Borgo	17	11	10	41	3	2	2	12
Sagro di Santa Giulia	3		1	8				1
Niolu-Omessa	1		1	1				1
Calenzana	3		1	4				1
Calvi	6	2	4	16	1	2	1	5
Alto di Casaconi				2				
Campoloro-Moriani	7	1	7	29	1	2	1	6
Corte	10	5	6	16	2	2	2	6
Ghisoni	3		3	13	1	1	2	4
L'Ile Rousse	10	7	8	18	2	2	1	9
Moïta Verde	4		2	9		1		1
Castifao-Morosaglia	3		2	11	1	2		3
Haut Nebbiu				6				
Conca d'Oro	5		2	11	1	1	1	4
Orezza-Alesani	1			2				
FiumAlto-Ampugnani				9				
Prunelli di FiumOrbu	4	2	1	14	1	3		2
Capobianco	4		1	10				2
Bustanico				2				
Venaco	3			3				1
Vescovato	9	1	7	23	2	2	1	8
Vezzani	1			1				
Total	169	149	103	375	26	25	21	118

**ANNEXE 3 : GISEMENT DE DASRI EN MILIEU DIFFUS (AVEC PRISE EN COMPTE
DES LABORATOIRES) PAR ZONE GEOGRAPHIQUE EN KG/AN**

Zone géographique*	Production DASRI	Intervalle	Production cumulée	Pourcentage cumulé
Ajaccio	23000	18000-28000	23000	26.3
Bastia	21000	16000-25000	44000	49.8
Borgo	5400	4300-6600	49400	56
Porto-Vecchio	5300	4200-6300	54600	62
Vescovato	3300	2600-4000	57900	65.7
L'Ile Rousse	3300	2500-4000	61200	69.4
Corte	3100	2400-3800	64300	72.9
Campoloro Moriani	2500	2100-3000	66800	75.8
Sainte Marie Siche	2400	1900-2900	69200	78.5
Calvi	1900	1500-2300	71000	80.7
Olmeto	1850	1500-2200	73000	82.8
Prunelli di FiumOrbu	1750	1400-2100	74700	84.8
Ghisoni	1700	1350-2100	76400	86.7
Sartene	1700	1350-2050	78100	88.7
Conca d'Oro	1600	1250-1950	79700	90.5
Castifao-Morosaglia	1600	1200-1900	81300	92.3
Celavo-Mezzana	1150	100-1300	82400	93.6
Deux Sorru	560	470-650	83000	94.2
Moïta Verde	500	400-590	83500	94.7
Capobianco	470	400-550	83900	95.3
Deux Sevi	400	330-470	84300	95.7
Sagro di Santa Giulia	380	320-440	84700	96.2
Bonifacio	360	310-420	85100	96.6
Levie	360	310-420	85400	97
Ampugnani	360	310-420	85800	97.4
Figari	330	280-380	86130	97.8
Zicavo	260	220-300	86400	98.1
Haut Nebbiu	240	210-270	86630	98.3
Cruzzini-Cinarca	220	190-260	86850	98.6
Calenzana	220	180-260	87070	98.8
Petreto	180	150-210	87250	99
Venaco	150	120-180	87400	99.2
Belgodere	120	90-150	87520	99.3
Bastelica	100	80-120	87620	99.4
Orezza-Alesani	90	75-105	87710	99.5
Tallano-Scopamene	80	70-90	87790	99.6
Niolu-Omessa	80	70-90	87870	99.7
Alto di Casaconi	80	70-90	87950	99.8
Bustanico	80	70-90	88030	99.9
Vezzani	70	60-80	88100	100

*: Les zones grisées se trouvent en Corse du Sud

**ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE PAR
L'URML DE CORSE**



Union Régionale des Médecins Libéraux de Corse

SIRET 399 147 149 00021 - Code APE 913E - Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 - Décret n° 93-1302 du 14 décembre 1993

TRI, STOCKAGE, ÉLIMINATION DES DÉCHETS INFECTIEUX

Questionnaire en vue de l'évaluation du devenir des déchets médicaux et paramédicaux

Produisez-vous dans votre activité professionnelle ? :

1°/ Des déchets d'activité de soins infectieux (cochez la réponse exacte) : ☐ oui ☐ non

2°/ D'autres types de déchets :

- | | |
|-----------------------------------|---|
| a) A risque chimique et toxique : | ☐ oui ☐ non |
| b) A risque radioactif : | ☐ oui ☐ non |
| c) Des pièces anatomiques : | ☐ oui ☐ non |

3°/ Utilisez-vous des collecteurs appropriés afin de stocker ces déchets infectieux ? : ☐ oui ☐ non

Quel est le poids moyen de vos déchets ? ☐ oui ☐ non
Par mois < ou = à 5 kg
> à 5 kg ☐ oui

4°/ Faites-vous appel à du personnel habilité afin d'éliminer vos déchets infectieux ? : ☐ oui ☐ non

5°/ Dans le cas où vous prenez en charge vous-même vos déchets, les acheminez-vous vers un dispositif approprié de traitement ? : ☐ oui ☐ non

6°/ Les détruisez-vous par vous-mêmes ? : ☐ oui ☐ non

- Quels moyens utilisez-vous ? :
- | | |
|--------------------|---|
| a) Incinération : | ☐ oui ☐ non |
| b) Enfouissement : | ☐ oui ☐ non |

7°/ Utilisez-vous la voirie pour éliminer vos déchets ? : ☐ oui ☐ non

8°/ Connaissez-vous la législation concernant le stockage et l'élimination des déchets infectieux ? : ☐ oui ☐ non

Si non, seriez-vous intéressé de la connaître ? : ☐ oui ☐ non

9°/ Pensez-vous qu'il existe un progrès à réaliser dans la prise en charge de vos déchets infectieux ? : ☐ oui ☐ non

10°/ Exercez-vous seul(e) ou en groupe ? ☐ seul ☐ groupe

Si groupe, nombre de professionnels au sein du cabinet

**Questionnaire anonyme à renvoyer à l'aide de l'enveloppe pré-timbrée à
l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Corse – 5 rue Général Campi – 20000 AJACCIO**

Siège : 5, rue Général Campi - 20000 AJACCIO - Tél. 04 95 51 33 33 - Fax 04 95 51 33 43
Résidence Erbajola B¹ B - RN 193 - 20600 BASTIA - Tél. 04 95 30 83 53 - Fax 04 95 30 78 08
www.urml-corse.org - e-mail : Urml.Corse@wanadoo.fr

**ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE ENVOYE AU VETERINAIRES, PEDICURES-
PODOLOGUES ET ENTREPRISES DE POMPES FUNEBRES**

**ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS A RISQUES
INFECTIEUX (D.A.S.R.I.)**

QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS PRODUCTEURS DE DASRI
--

Vous êtes :

- | | |
|---|--|
| ☐ Médecin Généraliste | ☐ Médecin Spécialiste |
| ☐ Chirurgien-Dentiste | ☐ Infirmier |
| ☐ Sage-Femme | ☐ Pédicure / Podologue |
| ☐ Vétérinaire | ☐ Pharmacien |
| ☐ Masseur-Kinésithérapeute | ☐ Thanatopracteur – Pompes funèbres |

Vous exercez en (hors thanatopracteur) :

- | | |
|--|---|
| ☐ Cabinet libéral | Nombre de professionnels de santé
exerçant à la même adresse : |
| ☐ Centre de soins | |

1 / Quels sont les DASRI que vous produisez ?

- | | |
|---|--|
| ☐ Objets piquants, coupants ou tranchants | ☐ Déchets anatomiques |
| ☐ Objets souillés par du sang ou un autre liquide biologique | ☐ Prélèvement |
| ☐ Milieux de culture | ☐ Tubulures |
| ☐ Flacons | ☐ Gants |
| ☐ Compresses | ☐ Pansements |
| ☐ Cotons | ☐ Seringues (corps) |
| ☐ Ampoules | ☐ Canules |
| ☐ Drains | ☐ Plâtres souillés |
| ☐ Autres : | |

2 / Quelle est la quantité de D.A.S.R.I produits par votre activité ?

- | |
|--|
| ☐ D.A.S.R.I. < 5 kg / mois |
| ☐ 5 kg / mois < D.A.S.R.I. < 100 kg / semaine |
| ☐ D.A.S.R.I. > 100 kg / semaine |

3 / Eliminez-vous actuellement vos déchets à risques infectieux séparément des déchets ménagers ?

Pour les piquants / coupants / tranchants ☐ Oui ☐ Non

Pour les autres déchets à risques infectieux ☐ Oui ☐ Non

4 / Si vous éliminez vos DASRI, quelles en sont les modalités ?

- ☐ Apport volontaire sur un lieu de stockage intermédiaire (établissement de santé, laboratoire, maison de retraite, groupements de professionnels, borne de collecte ...)
- ☐ Apport volontaire chez un prestataire de services
- ☐ Collecte à votre cabinet ou centre de soins par une société de service

Existe t-il une convention :

☐ Oui ☐ Non

Quelle est la fréquence de l'apport ou du ramassage :

- ☐ une fois par semaine ☐ une fois par trimestre
- ☐ une fois par mois ☐ à la demande
- ☐ autre, précisez

Existe t-il :

☐ Des bons de prise en charge ☐ Des bordereaux de suivi (type Cerfa)

Etes-vous satisfait de la qualité de la prestation :

☐ Oui ☐ Non

Si non pourquoi :

.....
.....

5 / Possédez-vous un appareil de désinfection de ces déchets ?

☐ Oui ☐ Non

6 / Conditions de stockage :

Disposez-vous d'un local de stockage des déchets ? ☐ Oui ☐ Non

Stockez-vous vos D.A.S.R.I. dans des récipients spécifiques ? ☐ Oui ☐ Non

7 / En cas de soins à domicile, emmenez-vous vos DASRI à votre cabinet ?

☐ Oui

☐ Non

8 / A quel coût annuel vous revient l'élimination des D.A.S.R.I ?

☐ moins de 50 €

☐ entre 50 et 100 €

☐ plus de 100 €

9 / Si vous n'éliminez pas vos DASRI, seriez vous prêts à adhérer à une filière commune d'élimination de ces déchets ?

☐ Oui

☐ Non

10 / Pensez vous être suffisamment informé de la réglementation relative à l'élimination des DASRI ?

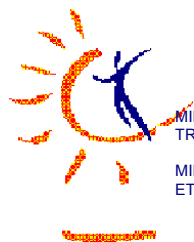
☐ Oui

☐ Non

Questionnaire à renvoyer avant le 7 mai 2004 à l'adresse suivante :

**Direction de la Santé et de la Solidarité de la
Corse et de la Corse du Sud
Service Santé-Environnement
1, rue Colomba
BP 413
20305 AJACCIO Cedex 1**

ANNEXE 6 : COURRIER ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPEES

PREFECTURE DE CORSE ET DE CORSE DU SUD

DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA
SANTÉ DE CORSE ET DE LA CORSE DU SUD

Ajaccio, le

Service Santé-Environnement
Affaire suivie par : JP ALESSANDRI
Tél : 04 95 51 99 61
Fax : 04 95 51 99 44
Réf. : SE/DASRI/0404/

LE DIRECTEUR

A

OBJET : Elimination des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI)

P.J. : 1 questionnaire sur les pratiques d'élimination

Madame, Monsieur,

Je vous prie de trouver ci-joint un questionnaire relatif à la gestion des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux et assimilés par les professionnels-producteurs sur la région Corse.

Je vous saurai gré de bien vouloir compléter ce document et me le renvoyer avant le 7 mai 2004. J'attire votre attention sur son caractère anonyme, l'objectif de cet envoi n'étant pas de réaliser un contrôle individuel du respect de la réglementation relative à ce type de déchets mais d'obtenir un état des lieux des pratiques d'élimination actuellement en cours et du positionnement des différents professionnels concernés par cette problématique.

Je vous rappelle que vous êtes responsable des déchets d'activités de soins que vous produisez et que votre contribution à cette enquête doit permettre une recherche de solutions visant à améliorer leur traitement, avec par exemple :

- La mise en place d'actions d'information des professionnels sur leurs obligations,
- La mobilisation des collectivités territoriales pour développer des solutions de collecte des DASRI,
- La limitation des coûts de traitement pour les producteurs,
- L'étude des possibilités d'implantation de sites d'apports volontaires sur la région ...

Mes services se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire ou toute remarque de votre part.

Comptant sur votre collaboration, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

ANNEXE 7 : DESCRIPTION DES PRATIQUES D'ELIMINATION PAR TYPE DE PROFESSIONNELS

1 - Résultats obtenus pour les médecins généralistes

La région compte **338** médecins généralistes.

❶ Résultats obtenus par enquête

- Pourcentage de médecins généralistes déclarant produire des DASRI : 90 %;
- Parmi les médecins généralistes producteurs de DASRI :
 - 90 % déclarent produire une quantité de DASRI inférieure à 5 kg/mois;
 - 73 % déclarent utiliser des collecteurs pour DASRI;
 - 16 % déclarent faire appel à du personnel habilité pour l'élimination des DASRI;
 - 28 % déclarent acheminer les DASRI vers un dispositif approprié.
- 66 % des médecins généralistes reconnaissent ne pas connaître la réglementation dans le domaine des DASRI et 80 % souhaitent combler cette lacune par une formation.

❷ Résultats obtenus par interrogation de la société de traitement

14 généralistes (soit 5 % des producteurs) sont référencés par la société SANICORSE.

2 - Résultats obtenus pour les médecins spécialistes

La région compte **296** médecins spécialistes.

❶ Résultats obtenus par enquête

- Pourcentage de médecins spécialistes déclarant produire des DASRI : 74 %
- Parmi les médecins spécialistes producteurs de DASRI :
 - 69 % déclarent produire une quantité de DASRI inférieure à 5 kg/mois;
 - 87 % déclarent utiliser des collecteurs pour DASRI;
 - 65 % déclarent faire appel à du personnel habilité pour l'élimination des DASRI;
 - 15 % déclarent acheminer les DASRI vers un dispositif approprié.
- 50 % des médecins spécialistes reconnaissent ne pas connaître la réglementation dans le domaine des DASRI et 90 % souhaitent combler cette lacune par une formation.

❷ Résultats obtenus par interrogation de la société de traitement

20 médecins spécialistes (soit 8 % des producteurs) sont référencés par la société SANICORSE.

3 - Résultats obtenus pour les infirmiers

La région compte **732** infirmiers libéraux.

❶ Résultats obtenus par enquête

- Pourcentage d'infirmiers déclarant produire des DASRI : 93 %
- Parmi les infirmiers producteurs de DASRI :
 - 89 % déclarent produire une quantité de DASRI inférieure à 5 kg/mois;
 - 78 % déclarent utiliser des collecteurs pour DASRI;
 - 37 % déclarent faire appel à du personnel habilité pour l'élimination des DASRI;
 - 29 % déclarent acheminer les DASRI vers un dispositif approprié.
- 42 % des infirmiers utilisent la voirie pour l'élimination de leurs déchets.
- 70 % des infirmiers reconnaissent ne pas connaître la réglementation dans le domaine des DASRI et 95 % souhaitent combler cette lacune par une formation.

❷ Résultats obtenus par interrogation de la société de traitement

34 infirmiers (soit 5 % des producteurs) sont référencés par la société SANICORSE.

4 - Résultats obtenus pour les chirurgiens-dentistes

La région compte **222** chirurgiens-dentistes.

❶ Résultats obtenus par enquête

- Pourcentage de chirurgiens-dentistes déclarant produire des DASRI : 89 %
- Parmi les chirurgiens-dentistes producteurs de DASRI :
 - 90 % déclarent produire une quantité de DASRI inférieure à 5 kg/mois;
 - 65 % déclarent utiliser des collecteurs pour DASRI;
 - 24 % déclarent faire appel à du personnel habilité pour l'élimination des DASRI;
 - 15 % déclarent acheminer les DASRI vers un dispositif approprié.
- 50 % des chirurgiens-dentistes reconnaissent ne pas connaître la réglementation dans le domaine des DASRI et 86 % souhaitent combler cette lacune par une formation.

❷ Résultats obtenus par interrogation de la société de traitement

14 chirurgiens-dentistes (soit 7 %) sont référencés par la société SANICORSE.

5 - Résultats obtenus pour les pharmaciens

La région compte **217** pharmaciens libéraux (144 officines).

❶ Résultats obtenus par enquête

- Pourcentage de pharmaciens déclarant produire des DASRI : 18 %
- La faiblesse de l'échantillon ne permet pas d'avoir des informations pertinentes sur le mode de traitement des déchets.

❷ Résultats obtenus par interrogation de la société de traitement

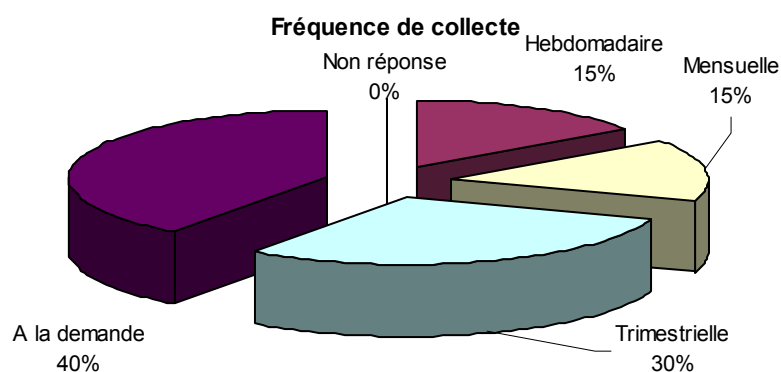
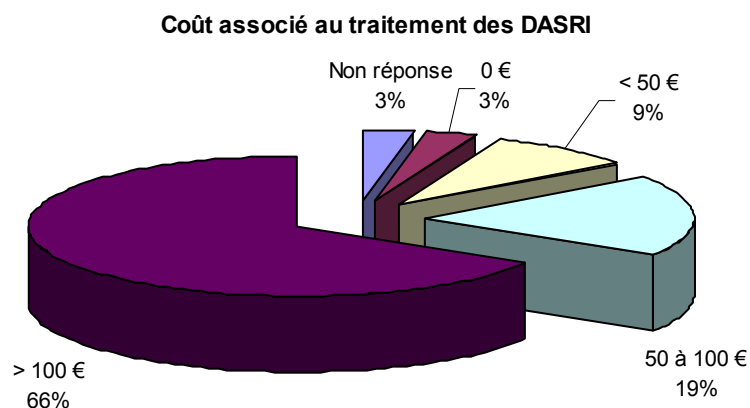
8 officines (soit 5.5 %) sont référencées par la société SANICORSE, mais principalement pour le traitement de déchets non-infectieux.

6 - Résultats obtenus pour les vétérinaires

La région compte **40** vétérinaires.

❶ Résultats obtenus par enquête

- Pourcentage de vétérinaires déclarant produire des DASRI : 100 %
- Parmi les vétérinaires producteurs de DASRI :
 - 34.4 % déclarent produire une quantité de DASRI inférieure à 5 kg/mois;
 - 97 % déclarent trier les PCT;
 - 37.5 % déclarent trier les autres types de DASRI (au moins partiellement);
 - 78 % déclarent faire appel à une société de collecte;
 - 19 % déclarent acheminer les DASRI vers un site d'apport volontaire;
 - 78 % déclarent avoir une convention avec le prestataire de collecte.



- 56 % des vétérinaires s'estiment insuffisamment informés de la réglementation.
- 69 % sont disposés à intégrer une filière commune d'élimination des DASRI

❷ Résultats obtenus par interrogation de la société de traitement

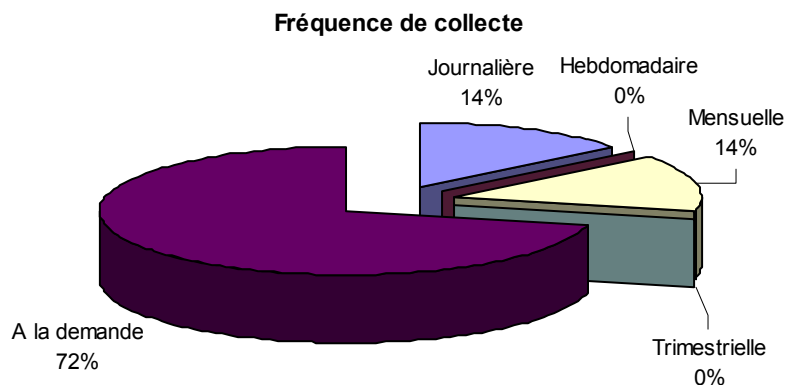
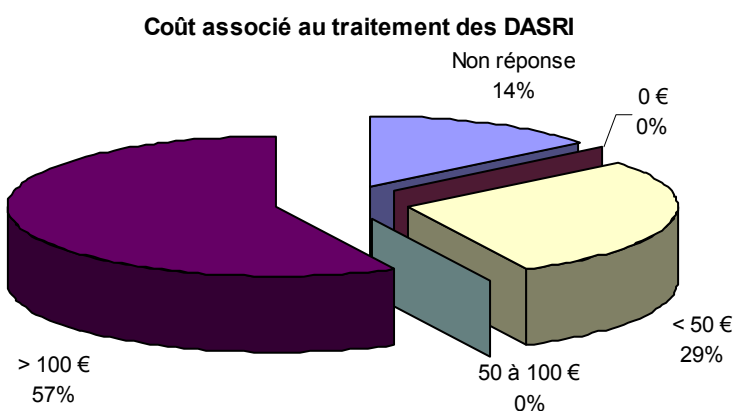
Aucun vétérinaire n'est référencé par la société SANICORSE.

7 - Résultats obtenus pour les entreprises de pompes funèbres

La région compte **22** entreprises de pompes-funèbres.

❶ Résultats obtenus par enquête

- Pourcentage d'entreprises de pompes-funèbres produisant des DASRI : 87.5 %
- Parmi les entreprises de pompes funèbres productrices de DASRI :
 - 28.5 % déclarent produire une quantité de DASRI inférieure à 5 kg/mois;
 - 100 % déclarent trier les PCT;
 - 100 % déclarent trier les autres types de DASRI (au moins partiellement);
 - 57 % déclarent faire appel à une société de collecte;
 - 43 % déclarent acheminer les DASRI vers un site d'apport volontaire;
 - 57 % déclarent avoir une convention avec le prestataire de collecte.



- 28 % des entreprises de pompes funèbres s'estiment insuffisamment informées de la réglementation.
- 50 % sont disposées à adhérer à une filière commune d'élimination des DASRI.

❷ Résultats obtenus par interrogation de la société de traitement

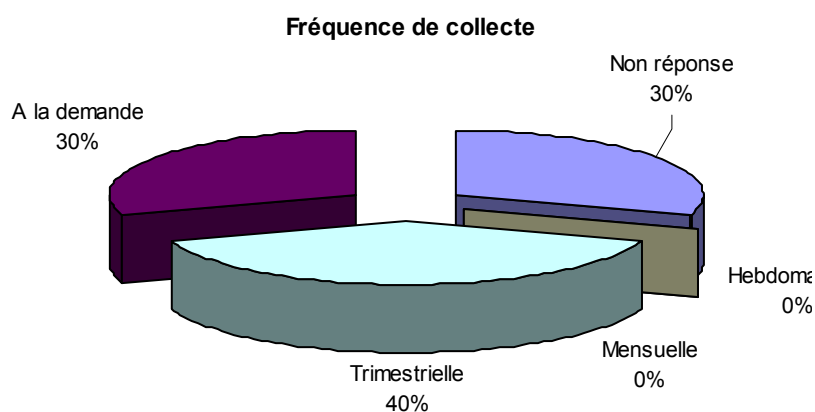
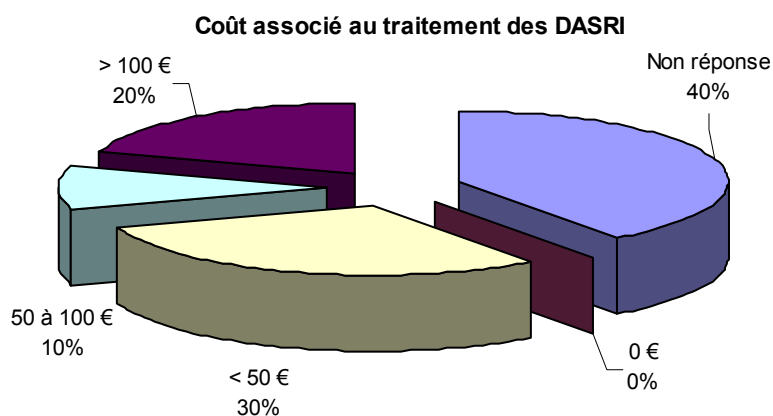
5 entreprises de pompes funèbres (23 %) sont référencées par la société SANICORSE.

8 - Résultats obtenus pour les pédicures-podologues

La région compte **43** pédicures-podologues.

❶ Résultats obtenus par enquête

- Pourcentage de pédicures-podologues déclarant produire des DASRI : 100 %
- Parmi les pédicures-podologues producteurs de DASRI :
 - 100 % déclarent produire une quantité de DASRI inférieure à 5 kg/mois;
 - 100 % déclarent trier les PCT;
 - 20 % déclarent trier les autres types de DASRI;
 - 20 % déclarent faire appel à une société de collecte;
 - 50 % déclarent acheminer les DASRI vers un site d'apport volontaire;
 - 20 % déclarent avoir une convention avec le prestataire de collecte.



- 80 % des pédicures s'estiment insuffisamment informés de la réglementation.
- 80 % sont disposés à adhérer à une filière commune d'élimination des DASRI

❷ Résultats obtenus par interrogation de la société de traitement

1 pédicure est référencé par la société SANICORSE.

**ANNEXE 8 : PROPOSITION TARIFAIRE FORFAITAIRE A DESTINATION DES
MEDECINS POUR UNE COLLECTE EN PORTE A PORTE PAR LA SOCIETE
SANICORSE¹⁸**

Nombre de producteurs	Prix HT (€)	Prix TTC (€)
100	107.35	128.39
200	61.18	73.17
300	45.8	54.78
400	38.1	45.57
500	33.47	40.03
600	30.40	36.36
700	28.2	33.73
800	26.54	31.74

¹⁸ Le prix est indiqué par trimestre et par professionnel, sur la base d'une production de 20 kg/an

ANNEXE 9 : DESCRIPTION DES SECTEURS SUSCEPTIBLES D'ACCUEILLIR DES SITES DE REGROUPEMENT

Secteurs	Communes ¹⁹	Population	Nombre total de professionnels ²⁰	Production de DASRI (kg/an) ²¹
1 GRAND AJACCIO	Ajaccio	70000	532	15000
	Villanova			
	Alata			
	Appietto			
	Afa			
	Sarrola-Carcopino			
	Tavaco			
	Peri			
	Cuttoli-Corticchiato			
	Bastelicaccia			
	Cauro			
	Eccica Suarella			
	Grosseto-Prugna (plaine)			
2 SARTENE-PROPRIANO	Olmeto	8600	52	1550
	Viggianello			
	Propriano			
	Arbellara			
	Fozzano			
	Belvedere-Campomoro			
	Grossa			
	Bilia			
	Sartene			
	Giuncheto			
3 PORTO-VECCHIO	Bonifacio	18800	136	3850
	Figari			
	Sotta			
	Porto-Vecchio			
	Zonza (plaine)			
	San Gavini di Carbini			
	Lecci			
	Conca			

¹⁹ Les communes d'accueil de centre de regroupement les plus pertinentes sont indiquées en grisé

²⁰ Médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, pédicures, vétérinaires.

²¹ Production des professionnels, hors laboratoires et pharmaciens.

4 GHISONACCIA	Solenzara	13300	71	2200
	Solaro			
	Ventiseri			
	Serra di Fiumorbu			
	Prunelli di Fiumorbu			
	Ghisonaccia			
	Aghione			
	Aleria			
	Tallone (plaine)			
	Linguizzetta (plaine)			
5 CASINCA-MORIANI	San Giuliano	14500	97	3200
	Cervione			
	Valle di Campoloro			
	Santa Maria Poggio			
	San Nicolao			
	Santa Lucia di Moriani			
	Poggio Mezzana			
	Talasani			
	Taglio Isolaccio			
	Penta di Casinca			
	Castellare di Casinca			
	Sorbo Ocagnano			
	Venzolasca			
	Vescovato			
	Monte			
6 BASTIA-MARANA	Lucciana	67600	487	13000
	Borgo			
	Biguglia			
	Furiani			
	Bastia			
	Oletta			
	Saint Florent			
	Poggio d'Oletta			
	Barbaggio			
	Patrimonio			
	Ville di Pietrabugno			
	San Martino di Lota			
	Santa Maria di Lota			
	Brando			

7 BALAGNE	Monticello	14750	86	2400
	Santa-Reparata			
	Ile Rousse			
	Corbara			
	Pigna			
	Aregno			
	Algajola			
	Lumio			
	Calvi			
	Montegrosso			
	Calenzana			
8 CORTE-MOROSAGLIA	Morosaglia	9800	65	1800
	Corte			
	Venaco			
	Vivario			
	Omessa			
	Casanova			
	Saint Pierre de Venaco			
	Poggio de Venaco			
	Riventosa			
	TOTAL	218000	1526	43000

ANNEXE 10 : ESTIMATION DES COUTS D'INSTALLATION DE BORNES D'APPORT VOLONTAIRE²²

1 - Tarifs d'installation, de mise en service et de maintenance annuelle (possibilité de vente ou de location)

	Bouche CONTAINOR®	Point CONTAINOR®	PAVA Box
Vente	7000 € HT	13000 € HT	16700 € HT
Transport et mise en service	2120 € HT	2520 € HT	2820 € HT
Location trimestrielle	760 € HT	960 € HT	1260 € HT
Maintenance annuelle	1800 € HT	1800 € HT	2400 € HT

2 - Souscription à un système de gestion annuelle (2 options)

○ Option 1 : 2200 € HT / an

- Formalités de déclaration du Point d'Apport en Préfecture en tant que centre de regroupement de DASRIA ;
- Actualisation annuelle de la déclaration du Point d'Apport ;
- Création du listing adhérents/producteurs de DASRIA ;
- Information auprès des adhérents/producteurs de DASRIA (mailing, phoning, et veille réglementaire) ;
- Gestion des adhérents et abonnements, contrôle de la traçabilité et suivi ;
- Relations tutelles (ADEME, DDASS, DRASS ...) ;
- Relations associations de malades, Syndicats et Ordres Professionnels ;
- Prise en charge de la collecte, du traitement et de l'incinération des DASRIA ;
- Suivi de la collecte et du bon fonctionnement général ;
- Fourniture d'un bilan annuel d'exploitation agrémenté de statistiques destiné à la collectivité, à la DDASS et à la DRASS ;
- Formation des personnels affectés au nettoyage des espaces publics et à la voirie, la police municipale, les pompiers ... qui sont susceptibles de trouver des déchets de soins dans le cadre de leur activité.

²² Source : GAP Hygiène et Santé - 124, rue Saint Sauveur - 06110 LE CANNET

○ Option 2 : 1400 € HT / an

Mêmes prestations que l'option 1 à l'exception des suivantes :

- Création du listing adhérents/producteurs de DASRIA ;
- Information auprès des adhérents/producteurs de DASRIA (mailing, phoning et veille réglementaire) ;
- Prise en charge de la collecte, du traitement et de l'incinération des DASRIA.

3 - Formules d'abonnement proposées aux producteurs de DASRIA

Les formules d'abonnement proposées sont variées et peuvent être personnalisables en fonction des besoins des adhérents. Les cotisations sont versées annuellement selon la grille tarifaire suivante :

Désignation	Prix unitaire TTC
4 dépôts + 4 sacs à déchets mous	35.00 €
Conteneur rigide (2 litres)	3.50 €
Conteneur rigide (4 litres)	5.00 €
Sac à déchets mous homologué	0.20 €
Carton à déchets mous (12 litres)	7.00 €
Le dépôt (au-delà de 4 dépôts)	2.00 €

ANNEXE 11 : CALENDRIER D'ACTIVITE

Lieu de stage : Direction de la Solidarité et de la Santé (DSS) de Corse et de Corse du Sud

1 - STAGE D'OBSERVATION (10 novembre - 28 novembre 2003)

- Semaine du 10 au 14 novembre

- Lundi 10 : Découverte du service Protection Sanitaire des Populations
Présentation de l'organigramme et des missions du service par JC MAURY, l'Ingénieur Régional du Génie Sanitaire (IRGS).
- Mercredi 12 : Prise de contact avec les différents personnels du service.
Entretien avec JM SETA, l'Ingénieur d'Etudes Sanitaires (IES) sur son rôle et ses missions au sein du service.
- Jeudi 13 : Entretien avec B. GIOVANNETTI, directeur adjoint et responsable du pôle santé de la DSS.
Réunion au Parc Régional de la Corse (PRC) sur la requalification des refuges du GR 20.
- Vendredi 14 : Réunion à la Direction Départementale de l'Agriculture et de la Forêt (DDAF) : travail sur la plaquette d'information relative à la procédure de Déclaration d'Utilité Publique des captages (DUP) à destination des élus.
Réunion du Comité de Pilotage (COFIL) régional de "recherche et réduction des rejets de substances dangereuses dans l'eau" au Secrétariat Général aux Affaires Corses (SGAC).

- Semaine du 17 au 21 novembre

- Lundi 17 : Participation au Comité de Direction (CODIR) de la DSS.
Réunion avec les IGS et l'IES du service sur la Directive Nationale d'Orientation (DNO) et les prévisions budgétaires 2004.
- Mardi 18 : Visite de l'antenne du service à Porto-Vecchio avec J. VINCENT, l'IGS départemental : définition des objectifs 2004 et bilan de la campagne piscine 2003.
- Mercredi 19 : Entretien avec JP GARAUELLE, adjoint sanitaire responsable de la gestion de SISE-EAU.
Réunion sur la mise en œuvre du programme de contrôle de la qualité des eaux distribuées pour l'année 2004.
- Jeudi 20 : Travail sur le PASE (Plan d'Action en Santé Environnement de la Corse du Sud).

Travail sur une étude de zonage des risques de saturnisme infantile à partir des données INSEE de 1999 (nombre d'enfants et de logements anciens par commune).

Vendredi 21 : Utilisation du logiciel de cartographie Arcview pour la réalisation d'une évaluation graphique du risque de saturnisme infantile par commune.

Réunion avec l'imprimeur en vue de finaliser le projet de document d'information des élus sur la procédure de DUP et l'instauration des périmètres de protection des captages.

- Semaine du 24 au 28 novembre

Lundi 24 : Suite à la présence de cyanobactéries sur un plan d'eau de Corse du Sud, recherche sur le RESE d'informations sur le sujet.

Entretien avec JD CHIAPPINI, technicien sanitaire, sur la problématique bruit dans le département de la Corse du Sud.

Mardi 25 : Participation avec l'IES à la réunion Inter-MISE à CORTE.

Mercredi 26 : Participation, avec l'IES et N. MANGANELLI, technicien sanitaire, à une réunion en commune de CARBUCCIA relative au réseau d'alimentation en eau potable de cette commune et à l'étude d'une possible connexion avec les communes de la haute vallée de la Gravona.

Visite de la station de traitement d'eau potable de la rive sud d'AJACCIO puis de la station d'épuration de CAURO.

Jeudi 27 : Réunion avec l'IES et la DDAF sur le problème lié à la procédure de déclaration d'utilité publique des captages de la commune de GIUNCHETO
Participation au groupe technique assainissement de la MISE de Corse du Sud.

Vendredi 28 : Suite à la perte d'une source radioactive, visite avec l'IRGS et FX PERNICE, technicien sanitaire, du centre d'enfouissement technique d'ordures ménagères de Saint-Antoine, en présence de l'IRSN, la DGSNR et la DRIRE PACA.

Détermination du thème du stage d'étude avec le maître de stage, JC MAURY et recherche de documentation sur le sujet.

2- STAGE D'ETUDE (29 mars - 21 mai 2004)

- Semaine du 29 mars au 2 avril

- Prise de connaissance de la réglementation relative aux DASRI.
- Prise de contact avec les personnels de la DSS de Corse et de Corse du Sud (FX PERNICE, technicien sanitaire, A. MOSSER VIDAL, médecin inspecteur régional) et de la DDASS de Haute-Corse (J. MATTEI, ingénieur du génie sanitaire, P. MISTRALI, secrétaire administratif) afin d'évaluer la situation sur les deux départements et récupérer la documentation relative au sujet (PIEDMA et projet PREDIS notamment).
- Recherche de documentation générale sur les DASRI : risques associés, expériences des services, rapports et études.
- Contact avec A. MARTINET, statisticienne de la DSS, pour extraire du fichier ADELI les nombres de professionnels par commune sur la région Corse.

- Semaine du 5 au 9 avril

- Contact avec différents partenaires afin d'obtenir des informations sur les ratios de production des professionnels et sur les modes d'élimination des DASRI rencontrés :
 - DGS, bureau déchets ;
 - DRASS Rhône-Alpes ;
 - DRASS Champagne-Ardenne ;
 - ADEME Sophia-Antipolis ;
- Préparation, validation puis envoi du questionnaire relatif aux pratiques d'élimination des DASRI des professionnels à destination des vétérinaires, des pédicures-podologues et des entreprises de pompes-funèbres.

- Semaine du 13 au 16 avril

- Visite de la société de collecte et de traitement SANICORSE. Récupération des données relatives aux clients de cette entreprise.
- Réalisation de l'estimation des flux produits par le secteur diffus par secteur géographique, réalisation de la cartographie correspondante.
- Exploitation des données de l'enquête de l'URML relative aux pratiques d'élimination des DASRI par les professionnels de santé.

- ***Semaine du 19 au 23 avril***

- Recherche des types de solution les plus répandus mis en œuvre dans d'autres régions et évaluation de leur efficacité (contact de l'URML Basse-Normandie, des entreprises GAP Hygiène et Santé, SITA plus et Cosmolys).
- Contact avec les organismes financeurs d'étude de faisabilité ou d'achat de matériel dans le domaine du traitement des DASRI (ADEME, Office de l'Environnement de la Corse, URCAM).

- ***Semaine du 26 au 30 avril***

- Rencontre ou entretien téléphonique avec les représentants des principaux professionnels producteurs (URML, ordres des chirurgiens-dentistes, syndicat infirmiers) : information sur la réglementation, bilan des pratiques, présentation des solutions envisageables et recueil des avis.
- Réunion sur l'implantation d'un centre d'enfouissement technique en Corse du Sud.

- ***Semaine du 3 au 7 mai***

- Evaluation de secteurs d'implantation pertinents de sites d'apport volontaire et réalisation de la cartographie associée.
- Estimation des coûts d'installation et de fonctionnement de bornes automatiques d'apport volontaire.
- Point sur l'étude avec l'Ingénieur du Génie Sanitaire de la Haute-Corse.

- ***Semaine du 10 au 14 mai***

- Synthèse des réponses obtenues suite à l'envoi du questionnaire sur les pratiques d'élimination des DASRI des vétérinaires, des pédicures-podologues et des entreprises de pompes funèbres.
- Point sur les résultats obtenus avec l'ingénieur régional du génie sanitaire, maître de stage.
- Rédaction du rapport.

- ***Semaine du 10 au 14 mai***

- Rédaction du rapport.

Direction de la Solidarité et de la Santé de Corse et de la Corse-du-Sud

