

ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Ingénieur d'études sanitaires

Date du Jury : ***septembre 2005***

L'ÉLIMINATION DES DÉCHETS D'ACTIVITÉS DE SOINS EN SECTEUR DIFFUS DANS L'AUBE

BILAN ET PROPOSITIONS

Cécile BODIN

***Service Santé Environnement de
la DDASS de l'Aube***

Remerciements

J'adresse mes remerciements à

- M. PAUX, Ingénieur du Génie Sanitaire à la DDASS de l'Aube pour m'avoir accueillie et conseillée tout au long de ce stage,
- Mlle FALIU et Mlle DONDON, Ingénieurs du Génie Sanitaire à la DRASS Champagne-Ardenne pour leur aide et disponibilité,
- Mlle CHARTOGNE, technicienne sanitaire et Mme DERIVAUX, infirmière à la DDASS de l'Aube pour leur aide technique sur les DASRI,
- L'ensemble du service Santé Environnement pour sa disponibilité et son accueil chaleureux,
- Toutes les personnes rencontrées dans le cadre de ce stage pour le temps qu'ils m'ont consacré et les informations qu'ils m'ont transmises.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE.....	2
1.1 Les Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI)	2
1.1.1 Définition	2
1.1.2 Les producteurs de DASRI.....	2
1.2 Risques sanitaires associés aux DASRI.....	3
1.3 Aspect réglementaire de l'élimination	4
1.3.1 Responsabilité de l'élimination	4
1.3.2 Conditionnement des déchets	4
1.3.3 Entreposage des déchets.....	5
1.3.4 Transport des déchets.....	5
1.3.5 Traitement des déchets.....	5
1.3.6 Traçabilité de l'élimination	5
2 LA SITUATION DANS L'AUBE	6
2.1 Le Plan Régional d'Elimination des Déchets d'Activités de Soins (PREDas).....	6
2.1.1 Bilan du gisement de DASRI dans l'Aube.....	6
2.1.2 Bilan de l'élimination des DASRI	7
2.1.3 Orientations du plan	8
2.2 Programme d'évaluation de la gestion des DASRI chez les « gros » producteurs	8
2.2.1 Objectifs et organisation de l'évaluation	8
2.2.2 Bilan de l'évaluation	9
3 BILAN DE LA GESTION DES DASRI EN SECTEUR DIFFUS.....	10
3.1 Enquête chez les Professionnels Libéraux de Santé.....	10
3.1.1 Cadre général	10
3.1.2 Enquête des infirmiers libéraux : méthodologie et exploitation des résultats.....	11
3.2 Patients en auto-soins	14
3.2.1 Estimation du nombre de particuliers.....	14
3.2.2 Recensement des systèmes d'élimination existants	15

4 PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES	17
4.1 Conseiller, informer et former les producteurs du secteur diffus	17
4.1.1 Agir auprès des représentants des PLS.....	17
4.1.2 Sensibiliser les particuliers en auto-soins.....	18
4.2 Améliorer les conditions d'élimination des DAS pour les PLS.....	19
4.2.1 Actions auprès des sociétés de collecte.....	19
4.2.2 Actions auprès des laboratoires d'analyse de biologie médicale	21
4.3 Encourager le regroupement et la collecte des DAS.....	22
4.3.1 Favoriser le système « point de collecte ».....	22
4.3.2 Accompagner la demande de création de centres de regroupement.....	24
CONCLUSION	27
Bibliographie.....	29
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AES : Accident d'Exposition au Sang
ADELI : Automatisation DEs Listes
ADEME : Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie
AFD : Association Française des Diabétiques
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
BSDI : Bordereau de Suivi de Déchets Industriels
CET : Centre d'Enfouissement Technique
CG : Conseil Général
CH : Centre Hospitalier
CTRI : Comité Technique Régional et Interdépartemental
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DAS : Déchets d'Activités de Soins
DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DGS : Direction Générale de la Santé
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRT : Direction des Relations au Travail
GERES : Groupe d'Etudes sur le Risque d'Exposition des Soignants
GRV : Grand Récipient Vrac
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IGS : Ingénieur du Génie Sanitaire
IES : Ingénieur d'Etudes Sanitaires
IRP : Inspection Régionale de la Pharmacie
LABM : Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale
MRIICE : Mission Régionale et Interdépartementale d'Inspection, de Contrôle et d'Evaluation
NPAI : N'habite Pas à l'Adresse Indiquée
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PCT : Piquant – Coupant - Tranchant
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PLS : Professionnels Libéraux de Santé
PREDAS : Plan Régional d'Elimination des Déchets d'Activités de Soins
SIVOM : Syndicat Intercommunal à Vocation Multiple
TS : Technicien Sanitaire

UIOM : Usine d'Incinération d'Ordures Ménagères

VHB : Virus Hépatite B

VHC : Virus Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Le secteur médical produit de nombreux déchets (chimiques, radioactifs, à risques infectieux...), qu'il est indispensable d'éliminer par des filières sécurisées afin de réduire les risques d'accidents pour les professionnels de santé, les professionnels de l'élimination des déchets ou les particuliers.

C'est le cas des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI) produits par de gros producteurs, tels que les établissements de santé ou les maisons de retraite, mais également par des producteurs du secteur diffus, tels que les professionnels libéraux de santé ou les particuliers en auto-soins. Réglementairement, les producteurs de déchets sont responsables de leur élimination. Les enjeux sanitaires associés à cette élimination sont importants. En effet, les accidents sont nombreux (8 incidents en 2004 sur les chaînes de tri d'une société privée regroupant la Champagne-Ardenne, la Meuse et l'Aisne) et les conséquences psychologiques et financières liés au traitement sont importantes.

La production et l'organisation de l'élimination des DASRI chez les « gros producteurs » sont bien connues et font l'objet de contrôles réguliers des DRASS et DDASS. Actuellement, l'effort reste à faire concernant les DASRI des producteurs du secteur diffus. Pourtant les quantités produites par ce secteur sont en augmentation du fait du vieillissement de la population et du développement croissant des soins à domicile.

Récemment, une étude de la DGS (novembre 2004), a dressé un bilan de la situation en France par le biais de questionnaires envoyés aux DRASS et aux DDASS. En Champagne-Ardenne, le Plan Régional d'Élimination des Déchets d'Activités de Soins a été adopté en juin 2001. Suite à ce plan, un programme d'évaluation de la gestion des DASRI chez les « gros producteurs » a été lancé en 2003 et un bilan d'élimination des DASRI en secteur diffus a débuté fin 2004.

L'étude menée en 2005 dans l'Aube dans le cadre du stage (calendrier d'activités en annexe I) a pour objectifs de :

- Dresser un premier bilan de la gestion des DASRI en secteur diffus,
- Inventorier les solutions actuellement proposées,
- Faire des propositions visant à améliorer l'élimination des déchets des producteurs diffus.

Après un rappel réglementaire et une description du contexte départemental, le bilan de l'élimination des DASRI du secteur diffus sera dressé, permettant de proposer des solutions d'amélioration.

1 CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

1.1 Les Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI)

1.1.1 Définition

La définition des Déchets d'Activités de Soins (DAS) est donnée par le **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, présenté en annexe II. Il précise dans son article 1^{er} que les DAS « 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 ». On distingue les déchets à risques infectieux et pièces anatomiques, les déchets à risques chimiques-toxiques, les déchets radioactifs et les déchets assimilables aux déchets ménagers.

Une attention particulière doit être apportée aux Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI), qui contiennent des micro-organismes viables ou des toxines susceptibles d'entraîner chez l'homme une maladie.

Par ailleurs, d'autres déchets sont considérés comme des DASRI, même en l'absence de risque infectieux. Ce sont :

- les matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique,
- les produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption,
- les déchets anatomiques humains, correspondant à des fragments humains non aisément identifiables.

Enfin, les déchets d'enseignement, de recherche et de production industrielle dans les domaines de la médecine humaine ou vétérinaire, ainsi que les déchets issus de la thanatopraxie sont assimilés aux DASRI.

Dans la suite de l'étude, on parlera **de déchets perforants ou PCT piquant – coupant – tranchant** (aiguilles, seringues), et de **déchets mous** (pansements, compresses, sondes...).

1.1.2 Les producteurs de DASRI

On distingue deux types de producteurs de DASRI :

- les « **gros** » **producteurs** : ce sont les hôpitaux, cliniques, maisons de retraites privées et publiques et établissements de recherche ou industriels ; ils produisent une quantité importante de déchets en un même lieu,

- les « **petits** » **producteurs** : ce sont les professionnels libéraux, les associations et les particuliers en auto-soins ; ils produisent une faible quantité de déchets dispersée géographiquement. Dans la suite de l'étude nous parlerons de producteurs du **secteur diffus**.

1.2 Risques sanitaires associés aux DASRI

La notion de risque est fondée à la fois sur le risque réel, pris en compte par les professionnels de santé mais aussi sur le risque ressenti par la population non spécialiste. Ainsi , une typologie des risques associés aux DASRI peut être établie :

- **les risques mécaniques** : ceux-ci surviennent lors de la manipulation directe d'objets piquants, coupants ou tranchants ou d'emballages les contenant non adaptés à cet usage.
- **Les risques infectieux ou microbiologiques** : ils proviennent des agents pathogènes présents dans les produits ou sur les instruments. Même si la grande majorité des agents infectieux ne survit pas hors de leur milieu, certains peuvent résister à la période de stockage. Ces risques dépendent de la quantité de contaminant, de la voie de transmission et de pénétration, et de la sensibilité de l'hôte. Ainsi, l'arrêté du 18 juillet 2004 modifié fixe la liste des agents biologiques pathogènes. On distingue quatre groupes d'agents :

	Groupe I	Groupe II	Groupe III	Groupe IV
Susceptible de provoquer une maladie chez l'homme	non	oui	grave	grave
Constitue un danger pour les travailleurs	-	oui	sérieux	sérieux
Propagation dans la collectivité	-	peu probable	possible	élevée
Existence d'une prophylaxie ou d'un traitement efficace	-	oui	oui	non

Tableau 1 : définition des groupes d'agents infectieux (arrêté du 18 juillet 2004)

- **Les risques psycho-émotionnels** : ils ont pour origine la reconnaissance visuelle par un non-spécialiste d'objets évoquant l'activité de soins (gants, pansements, sondes,...) ou de pièces anatomiques humaines ou animales identifiables. Il s'agit plus d'un choc émotionnel que d'un véritable risque sanitaire.
- **Les risques chimiques et toxiques** : ils sont dus à l'inhalation ou au contact cutané-muqueux de réactifs, solvants, acides et bases, ou résidus médicamenteux utilisés lors des examens.
- **Les risques radioactifs** : ils peuvent difficilement être évalués du fait de leurs effets à plus ou moins long terme, non spécifiques et multifactoriels.

D'après le groupe d'études sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux GRERES), le risque de transmission après un accident percutané avec exposition au

sang d'un patient infecté est de 30% pour le VHB, 3% pour le VHC et 0.3% pour le VIH (GERES, BEH 2002). Ces risques sont non négligeables. En effet, les traitements sont lourds pour le patient et représentent un coût important pour la société.

Tous **ces risques doivent être diminués par la mise en place de filières d'élimination** adaptées aux DASRI, permettant de protéger à la fois les personnels de santé, les personnels de collecte des déchets, la population et l'environnement.

1.3 Aspect réglementaire de l'élimination

Chaque étape de l'élimination des DASRI répond à une réglementation spécifique et récente. Elle s'applique aux gros producteurs, mais aussi aux producteurs du secteur diffus.

1.3.1 Responsabilité de l'élimination

Depuis la loi n°75-633 du 15 juillet 1975 relative à l'élimination des déchets et à la récupération de matériaux, toute personne productrice de déchets doit en assurer l'élimination. Cette obligation est reprise plus spécifiquement au niveau des DASRI par le **décret n°97-1048 du 6 novembre 1997**, relatif à l'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques. Ainsi, toute personne exerçant une activité productrice de DASRI doit les séparer des déchets ménagers et assurer leur élimination.

Le responsable de l'élimination peut donc être :

- un *établissement* de santé, d'enseignement, de recherche ou industriel,
- une *personne morale* (association, société,...),
- une *personne physique*, comme les professionnels libéraux de santé ou les patients en auto-soins.

Dès lors, les « gros » producteurs, mais également ceux du secteur diffus, ont l'obligation d'organiser l'élimination de leurs déchets.

1.3.2 Conditionnement des déchets

Considérant les risques liés aux DASRI, leur élimination doit se faire par le biais de conditionnements spécifiques, prévus par **l'arrêté du 24 novembre 2003**, relatif aux emballages des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine, présenté en annexe II.

Les emballages de DASRI sont de couleur jaune et à usage unique. Afin de garantir leur traçabilité, ils doivent être marqués (producteur et date de 1^{ère} utilisation). Les déchets perforants et les déchets mous doivent être conditionnés dans des emballages répondant aux normes en vigueur (NF X 30-500, 30-505 et 30-501). Tout incident survenant lors de la manipulation des conditionnements doit être signalé à la DHOS (circulaire DH/SI2-DGS/VS3 du 1^{er} septembre 1998 et circulaire DHOS-DGS-DRT du 11 janvier 2005).

1.3.3 Entreposage des déchets

Les dispositions propres à l'entreposage des DASRI sont définies dans **l'arrêté du 7 septembre 1999**, relatif aux modalités d'entreposage des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques, présenté en annexe II.

Les déchets emballés peuvent être stockés dans des locaux spécifiques, munis d'une signalisation, d'un dispositif de fermeture, d'une ventilation, d'un éclairage, d'un sol et de parois lavables, d'une arrivée d'eau avec disconnecteur et d'une évacuation des eaux usées.

La durée d'entreposage est fonction de la quantité produite :

- 72 h pour une production > 100 kg/semaine (hôpital),
- 7 jours pour une production de 5 kg/mois à 100 kg/semaine (maison de retraite),
- 3 mois pour une production < 5 kg/mois (professionnel libéral de santé et particuliers en auto-soins).

1.3.4 Transport des déchets

L'arrêté consolidé du 25 février 2004 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2001 par les arrêtés des 8 février 2002 (0200206 A), 5 décembre 2002 (0201748 A), 7 juillet 2003 (0300947 A) et 8 décembre 2003 (0301732 A) relatif au transport des marchandises dangereuses par route (dit « arrêté ADR »), présenté en annexe II, précise les dispositions à prendre lors du transport des DASRI.

Pour une quantité transportée inférieure à 15 kg (professionnels libéraux), aucune prescription n'est obligatoire, hormis sur les emballages. Par contre, pour les quantités supérieures à 15 kg, le véhicule doit être aménagé spécifiquement pour les DASRI, nettoyé et désinfecté après chaque chargement. Des documents de suivi doivent être élaborés (bon de prise en charge ou bordereau de suivi).

1.3.5 Traitement des déchets

Selon l'article R.1335-8 du code de la santé publique, le traitement des DASRI se fait soit par **incinération spécifique** dans des centres agréés, soit **par pré-traitement** par désinfection (DASRI banalisés assimilables aux ordures ménagères).

1.3.6 Traçabilité de l'élimination

L'arrêté du 7 septembre 1999, relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques, présenté en annexe II, précise les pièces nécessaires au respect de la traçabilité de l'élimination des DASRI. Ainsi, une convention d'élimination doit être passée entre le producteur de déchets et la société chargée de l'élimination (informations obligatoires listées en Annexe I de l'arrêté). Différentes pièces permettent de valider chaque étape de l'élimination : le bon de prise en charge, le bordereau de suivi et d'élimination (cerfa n°11351*01 ou 11352*01 en cas de

regroupement) et l'état récapitulatif annuel. Ces documents doivent être conservés trois ans par le producteur et tenus à disposition des services de l'Etat.

2 LA SITUATION DANS L'AUBE

Le département de l'Aube, situé dans le Nord-Est de la France, compte une population de 292 073 habitants (recensement INSEE de 1999) sur 6000 km², c'est donc un département à fort caractère rural (49 hab/km²). De plus, l'agglomération de Troyes à elle seule draine 4 aubois sur 10. Dans le secteur de la santé, les densités de professionnels sont souvent inférieures aux moyennes nationales. De plus, l'Aube est dotée de 11 hôpitaux, cliniques ou centres hospitaliers.

2.1 Le Plan Régional d'Élimination des Déchets d'Activités de Soins (PREDAS)

Les DASRI, classés comme déchets dangereux, sont soumis à l'élaboration d'un **plan régional d'élimination, ou PREDAS**, au titre de la loi du 13 juillet 1992 relative aux déchets.

Ainsi, le PREDAS de la région Champagne-Ardenne a été approuvé par arrêté du 10 août 2001 par le préfet de région, pour une durée de 10 ans.

Ce plan a permis de :

- Dresser un bilan du gisement des DASRI au niveau de chaque département en 2001,
- Proposer des orientations de travail pour les années à venir.

2.1.1 Bilan du gisement de DASRI dans l'Aube

L'estimation du gisement des « gros » producteurs (établissements de santé publics et privés) a été réalisée par le biais de questionnaires envoyés par la DRASS/DDASS en 1998 (sauf pour les laboratoires : enquête Inspection Régionale de la Pharmacie 1998).

Etablissements	Quantités totales produites (t/an)	Ratio de production moyenne (kg/lit/an)
6 hôpitaux	310	120
5 cliniques	49	189
20 maisons de retraite publiques	26	32
22 maisons de retraite privées	2	7
15 laboratoires	13	-
<i>Total</i>	<i>400</i>	

Tableau 2 : Production de DASRI des établissements de l'Aube (questionnaires 1998)

Avec une production annuelle de 400 t de DASRI, le département de l'Aube est le plus petit producteur de la région. On note une grande disparité de production suivant le type d'établissement, principalement à cause de la nature des soins et/ou des politiques de tri.

L'estimation du gisement des producteurs du secteur diffus est fondé sur des ratios de production individuelle et annuelle des professionnels libéraux de santé (PLS) établis dans d'autres régions.

PLS	Quantités (t/an)
280 médecins généralistes	2,8
183 médecins spécialistes	3,7
147 infirmiers	9,7
150 chirurgiens-dentistes	18,8
47 pédicures/podologues	0,9
41 vétérinaires	non communiqué
<i>Total</i>	<i>35,9</i>

Tableau 3 : Estimation de la production de DASRI des PLS

Les chirurgiens-dentistes et les infirmiers sont les plus gros producteurs des DASRI chez les PLS.

D'après les données provenant des sociétés de collecte et de traitement intervenant sur la région, l'évolution du gisement global de DASRI de l'Aube apparaît modérée de 1997 à 1998 et plus important de 1998 à 1999 par rapport aux autres départements de la région. Cette évolution peut s'expliquer par la sensibilisation et l'information qui ont suivi l'envoi du questionnaire chez les gros producteurs en 1998.

Année	Gisement (t)	Evolution (%)
1997	400	-
1998	422	+ 6
1999	533	+ 26

Tableau 4 : évolution du gisement de DASRI dans l'Aube de 1997 à 1999

Aux gros producteurs et aux professionnels de santé, s'ajoutent les structures médico-sociales (centres médico-scolaires, de médecine préventive, médico-sociaux du Conseil Général, services de soins à domicile, croix rouge...), **les personnes en auto-soins** (insulino-dépendants, dialysés), ainsi que les éleveurs. Leur production n'a pas été estimée dans le cadre du PREDAS.

2.1.2 Bilan de l'élimination des DASRI

Pour les **gros producteurs** du département de l'Aube, un groupement d'achats inter-hospitaliers a été créé le 29 novembre 1996 regroupant 28 établissements. Ce groupement a signé un contrat avec une société prestataire pour la collecte et le traitement de leur DASRI.

Pour les **producteurs diffus** (uniquement PLS), en 1997, on notait au niveau régional :

- 55 % de PLS éliminaient leur déchets séparément des ordures ménagères,
- dont 59 % en apport volontaire et 41% en collecte par un prestataire.

L'Aube ne possédant pas de site d'incinération acceptant les DASRI, celui-ci se fait hors département,. En 1999, 13% des déchets étaient éliminés à Créteil (UIOM de 15000 t), 11% à Tronville (UIOM de 2800 t) et 76 % à Montbard (CET classe 2).

2.1.3 Orientations du plan

Le PREDAS pose des objectifs pour la gestion des DASRI au niveau de la région :

- 1er. Améliorer le tri et réduire la production des DAS,
- 2e. Faciliter le regroupement et la collecte des déchets,
- 3e. Créer les conditions d'un traitement optimal des DAS,
- 4e. Articuler le PREDAS avec les autres plans régionaux et départementaux d'élimination des déchets (ordures ménagères par exemple).

Il préconise les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs, parmi lesquels :

- La mise en place d'un **programme d'évaluation des pratiques** de tri des établissements de santé et des maisons de retraite publiques et privées à l'échéance 2002.
- La réalisation tous les 3 ans **d'un bilan de l'élimination des DAS du milieu diffus** et proposition de conseil, d'information et de formation.

2.2 Programme d'évaluation de la gestion des DASRI chez les « gros » producteurs

2.2.1 Objectifs et organisation de l'évaluation

Comme préconisé dans le PREDAS en 2001, la DRASS Champagne-Ardenne a engagé en 2003, au sein de la MRIICE (mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation), **l'évaluation de la gestion des DAS dans les établissements de santé** de la région.

Il s'agissait d'évaluer dans les hôpitaux, cliniques et maisons de retraite :

- la gestion des DAS propres à l'établissement : tri, collecte interne, conditions d'entreposage et traçabilité,
- la gestion des DAS des professionnels libéraux de santé, si l'établissement est un centre de regroupement : modalités de réception et traçabilité.

L'objectif était de détecter les dysfonctionnements et de porter conseil aux établissements, afin d'optimiser le tri, les conditions d'entreposage et de réduire les risques sanitaires.

Les visites ont été effectuées par un binôme IGS DRASS / IGS ou IES ou TS, et infirmière DDASS, et se sont étalées sur 2003 et 2004. Avant cette visite, l'établissement devait fournir à la DRASS un dossier de renseignements (plans, pièces justificatives). Chaque

visite commençait par un entretien préliminaire et continuait par une visite des locaux suivant une grille d'évaluation élaborée à cet effet. Un rapport de visite été ensuite co-rédigé par la DRASS et les DDASS. Une base de données informatique a permis de stocker tous les renseignements collectés.

Suite à cette première visite, les établissements devaient faire remonter régulièrement en DDASS les améliorations apportées à leur gestion des DAS, afin d'organiser une contre-visite un an après.

2.2.2 Bilan de l'évaluation

Pour le département de l'Aube, on comptabilise 6 hôpitaux, 5 cliniques, 20 maisons de retraite publiques et 22 privées.

Les hôpitaux et cliniques ont été visités de juin 2003 à septembre 2004. En résumé, tous les établissements sont **organisés pour l'élimination de leurs DAS, même s'ils ne respectent pas la réglementation** pour toutes les étapes. Les dysfonctionnements mentionnés le plus fréquemment dans les rapports de visite sont :

- la rédaction et/ou l'affichage d'un protocole de tri clair,
- l'application de ces consignes de tri (formation et information),
- la bonne utilisation des boîtes à aiguilles (fermeture et date d'emploi),
- la distinction des circuits propres et sales,
- la signalisation et l'équipement correct des locaux d'entreposage intermédiaire,
- la signalisation, la sécurisation et l'équipement correct du local d'entreposage final,
- le respect des fréquences d'élimination.

Pour les maisons de retraite, le Comité Technique Régional et Interdépartemental (CTRI) a décidé le 25 février 2004, d'envoyer une enquête sur l'élimination des DAS (envoi en octobre 2004 avec date limite de retour au 1^{er} décembre 2004) et de ne programmer les visites que dans les maisons de retraite produisant plus de 5 kg/mois. D'après l'exploitation des questionnaires, il apparaît que :

- La majorité des maisons de retraite utilise la solution de collecte des DAS,
- Toutes les maisons de retraite trient les PCT, et en grande partie les déchets mous,
- Les fréquences d'élimination, dépendantes de la quantité produite, sont souvent non respectées ou non vérifiables, faute de justificatif.

Le bilan global des enquêtes est présenté en Annexe III.

3 BILAN DE LA GESTION DES DASRI EN SECTEUR DIFFUS

3.1 Enquête chez les Professionnels Libéraux de Santé

3.1.1 Cadre général

Conformément aux recommandations du PREDAS en 2001, **un bilan de l'élimination des DAS en milieu diffus a été lancé fin 2004** dans les quatre départements de la région Champagne-Ardenne. Une enquête a donc été envoyée aux professionnels libéraux de santé (PLS) en décembre 2004, avec date limite de retour au 31 janvier 2005. Une relance courrier a été effectuée le 1^{er} mars 2005, avec date limite de retour au 31 mars 2005. Les PLS concernés sont les médecins, les infirmiers, les pédicures-podologues, les chirurgiens-dentistes et les vétérinaires. Leurs coordonnées ont été extraites des fichiers ADELI.

Le questionnaire, élaboré en 2004 par un groupe de travail « DASRI » DRASS/DDASS, comprend trois grandes parties :

- Situation professionnelle : coordonnées, début d'exercice, organisation ou non en cabinet,
- Production, tri et entreposage : quantité produite, déchets triés, emballages utilisés, lieu d'entreposage,
- Elimination : solution utilisée, fréquence d'élimination, pièces justificatives, coût.

L'enquête type envoyée aux PLS est présentée en Annexe IV.

Au 1^{er} juin 2005, les **taux de réponse** à l'enquête étaient les suivants :

	effectif	npai	non concernés	nombre touché	avant relance		après relance			
					Réponses	Taux de réponse	Réponses	réponses totales	Non répondants	Taux de réponse
Infirmiers 10	148	2	10	136	88	65%	32	120	16	88%
Dentistes 10	153	1		152	127	84%	9	136	16	89%
Médecins 10	406			406	270	67%	62	332	74	82%
Pédicures 10	45			45	23	51%	18	41	4	91%
Vétérinaires 10	54	1		53	32	60%	12	44	9	83%

Tableau 5 : Bilan des réponses à l'enquête PLS de l'Aube au 1^{er} juin 2005
(effectif : nombre ADELI - npai : n'habite pas à l'adresse indiquée – non concernés : PLS en retraite ou ne produisant pas de DASRI - nombre touché : PLS effectivement concerné par l'enquête)

Les **taux de réponse sont très satisfaisants** et permettent de dresser un bilan représentatif des pratiques réelles des professionnels.

En mai 2005, seules les enquêtes des chirurgiens-dentistes avaient été exploitées. Cette profession semble bien organisée au regard de l'élimination des DAS, principalement grâce à leur production importante. La synthèse des enquêtes des chirurgiens-dentistes se trouve en Annexe V.

Nous nous intéresserons plus particulièrement dans cette étude aux enquêtes des infirmiers libéraux.

3.1.2 Enquête des infirmiers libéraux : méthodologie et exploitation des résultats

A) Méthodologie

En accord avec la DRASS et le service santé environnement de la DDASS, il a été choisi **d'analyser dans le cadre du stage les enquêtes des infirmiers libéraux (IDE)** de l'Aube. En effet, d'après le PREDAS de Champagne-Ardenne, les infirmiers sont les plus gros producteurs de DASRI après les dentistes, avec une quantité produite d'environ 9,7 tonnes par an. De plus, les infirmiers ne possèdent pas de Conseil de l'Ordre ou de syndicat, telle que le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, qui joue un rôle important dans l'information sur la réglementation en cours et la bonne pratique de l'exercice médical.

Le questionnaire d'enquête est identique à celui présenté en Annexe IV. Les données sont saisies et analysées sous une base de données Excel, réalisée conjointement par la DRASS et les 4 DDASS en 2005. Elle reprend les questions 1 à 14 du questionnaire, et comprend des items permettant de juger la conformité du PLS par rapport à la réglementation. La DRASS et la DDASS se sont partagées, en mai-juin 2005, la saisie des questionnaires. La DRASS a saisi les renseignements généraux. La DDASS a terminé la saisie, exploité les pièces jointes et évalué la conformité. Le travail délégué à la DDASS a été effectué dans le cadre du mémoire.

B) Résultats de l'enquête

Dans l'Aube, l'effectif total d'infirmiers libéraux est de **148 professionnels** (source ADELI au 1^{er} décembre 2004), soit une densité moyenne de 51 pour 100 000 habitants (contre une moyenne de 102 en France).

Sur 148 IDE, 128 ont retourné leur enquête remplie à la DRASS. Parmi eux, 8 n'étaient pas concernés par l'enquête pour cause de départ à la retraite ou de non production de déchets de ce type (sage femme par exemple). 120 enquêtes ont donc été analysées. Le taux de réponse à l'enquête est donc de 88%.

Les principaux résultats de cette enquête sont répertoriés dans le tableau suivant :

Situation professionnelle	Production, tri et entreposage
- Féminisation de l'activité (89% de femmes), 55% des IDE ont débuté l'exercice libéral avant 2000 et 29% après 2000, - Le regroupement en cabinet concerne 74% des professionnels.	- La quantité mensuelle produite est inférieure à 5 kg pour 76% des IDE, 99% trient les déchets perforants dans des emballages jaunes homologués, 23% des infirmiers trient tous les déchets mous et 55% les trient selon le risque infectieux, - Les fournisseurs d'emballages sont le plus souvent des laboratoires (34%) ou des sociétés de collecte (35%), - Les déchets sont stockés en dehors de la salle de consultation dans 71% des cas
Organisation de l'élimination	Remarques diverses
58% des IDE déposent leurs déchets et 40% se font collecter au cabinet, - Le laboratoire est le lieu de dépôt pour 72% des IDE, 6 sociétés se partagent le marché de collecte, - Les principales fréquences de collecte sont d'une fois/trimestre (48%) et d'une fois/mois (31%), 50% des IDE n'ont pas signé de convention d'élimination, 43% n'ont pas de bordereau de suivi des déchets 69% n'ont pas d'état récapitulatif annuel, 30% des IDE ont fournis des pièces justificatives à l'enquête, - Les coûts d'élimination sont très variables, - Les IDE sont non organisés à cause du manque d'information (50%), du coût (43%) ou de la difficulté de collecte dans leur secteur (29%).	- Manque d'informations sur ce problème, - Incinération des déchets mous dans le jardin des patients, - Refus de transporter les mous dans leur véhicule par manque d'hygiène, - Demande une mise en déchetterie des déchets médicaux - Demande l'installation d'un point de dépôt au niveau départemental (plus souple et moins cher), - Question sur le devenir des déchets des patients en auto-soins, - Coût d'élimination trop élevé (participation souhaitée des collectivités ou de l'Etat)

Tableau 7 : principaux résultats de l'enquête des IDE

C) Analyse des résultats

Le taux de réponse de 88% permet d'avoir à travers ces enquêtes une « bonne image » de l'élimination des DAS par les infirmiers libéraux dans le département.

Les quantités produites par un infirmier dans le département sont majoritairement inférieures à 5 kg / mois. Toutefois, dans plus de la moitié des cas, la quantité déclarée ne peut être vérifiée faute de justificatif. Ainsi, un doute persiste lorsque les cabinets regroupant plusieurs IDE déclarent produire moins de 5 kg/mois.

Concernant le tri, **les déchets perforants sont en grande partie éliminés à part** des ordures ménagères. Seuls 5 IDE utilisent encore les bouteilles plastiques et non un emballage homologué. Toutefois, le terme d'emballage résistant à la perforation n'étant pas mentionné, la notion d'emballage jaune homologué reste vague et peut être mal comprise. Il se peut que certains emballages déclarés homologués ne soient pas adaptés aux PCT. De plus, **chaque infirmier gère à sa manière le tri des déchets mous.**

Certains sont donc intégrés à la filière d'élimination des DASRI et d'autres à celles des ordures ménagères. Cette notion reste très personnelle et subjective.

Le dépôt en laboratoire est une solution très utilisée par les infirmiers. Son coût est souvent moindre que la collecte par un prestataire. De plus, des ententes gracieuses existaient déjà avant l'élaboration de la réglementation de 1997. Par conséquent, 70% des dépôts se font sans rédaction de convention. Ainsi ce système de dépôt apprécié des professionnels ne respecte pas, dans la plupart des cas, l'exigence de traçabilité des déchets. Une action devra être envisagée avec les laboratoires afin d'améliorer ce point. Au niveau de la **collecte à domicile, 60% des IDE ont signé une convention** avec leur prestataire. Mais la qualité du document est très variable d'une société à l'autre, et d'une année sur l'autre. De nombreux professionnels regrettent le manque de transparence de ces sociétés. Il paraît opportun d'engager une action au niveau des sociétés de collecte, afin de mieux connaître leur fonctionnement et de leur rappeler leurs obligations.

Concernant la **conformité de l'élimination des DAS** des professionnels, celle-ci est fondée sur trois critères :

- L'utilisation d'emballages homologués : oui / non,
- La solution d'élimination : adaptée / non vérifiable / aucune,
- Le respect des fréquences : respectée / non respectée / non vérifiable.

Après étude de ces critères, le professionnel est soit :

- *Conforme* : utilisation d'emballages homologués, solution adaptée et fréquence respectée,
- *Non conforme - cas 1* : pas d'utilisation d'emballages homologués,
- *Non conforme - cas 2* : aucune solution ou solution non vérifiable,
- *Non conforme - cas 3* : solution adaptée, mais fréquence non respectée ou non vérifiable.

Solution	Conforme	Non conforme				total
		total	Cas 1	Cas 2	Cas 3	
Collecte	19%	81%	8%	38%	54%	100%
Dépôt	6%	94%	5%	56%	39%	100%

Tableau 6 : Bilan de conformité des IDE

La majorité des solutions ne respecte pas la réglementation. Les deux principales causes de ce taux important de non-conformité sont l'absence de pièces justifiant l'existence d'une solution et l'impossibilité de vérifier la fréquence de collecte.

Suite à l'analyse des questionnaires, il apparaît que certains items supplémentaires auraient été utiles à la connaissance des pratiques et à l'interprétation des résultats :

- Nombre et type d'actes par jour (prélèvements/injections, pansements, toilette...),
- Protection vaccinale des infirmiers (D.T.Polio, Hépatite B),

- Nombre d'Accident d'Exposition au Sang (AES) par an,
- Connaissance de la réglementation relative aux DAS,
- Suivi de formations continues.

D) Présentation des résultats aux IDE

Suite à l'analyse des enquêtes, une **synthèse départementale et une régionale** seront effectuées.

Un projet de synthèse départementale a été réalisé à la DDASS de l'Aube dans le cadre de ce mémoire, en concertation avec la DRASS.

Les objectifs de cette synthèse sont de :

- Présenter aux IDE les résultats de l'enquête,
- Faire ressortir les principaux points forts et faibles de leur gestion des DASRI,
- Sensibiliser les infirmiers aux bonnes pratiques d'élimination des DASRI.

La forme proposée est un recto-verso A4 en couleur, facilement lisible et assez court. Les graphiques, avec pourcentages et chiffres, sont prioritaires sur le texte. Seules les grandes conclusions sont reprises en texte dans des encadrés.

La synthèse s'organise donc de la manière suivante :

- Renseignements généraux,
- Production, tri et entreposage,
- Elimination,
- Conformité.

Ce projet de synthèse sera repris par chaque DDASS et permettra de réaliser une synthèse départementale pour chaque profession. Dans le cadre de ce mémoire, la synthèse départementale des infirmiers de l'Aube est présentée en Annexe VI.

3.2 Patients en auto-soins

Les professionnels de santé ne sont pas les seuls producteurs de DASRI en milieu diffus. En effet, comme le signale une grande majorité des infirmiers dans la partie « remarques » de l'enquête, les **particuliers en auto-soins** produisent eux aussi régulièrement des DASRI et doivent ainsi les éliminer. Les connaissances sur cette production sont pratiquement inexistantes et les habitudes d'élimination inconnues.

3.2.1 Estimation du nombre de particuliers

Dans le PREDAS Champagne-Ardenne, les particuliers en auto-soins sont cités, mais aucune donnée n'est avancée. Les particuliers concernés sont entre autre les malades atteints de diabète, d'hépatite C, sous dialyse, hémophile ou traités par hormone de croissance.

Afin d'estimer le nombre de particuliers concernés, des **organismes du secteur de la santé (Observatoire Régional de la Santé - ORS , Caisse Régionale d'Assurance Maladie - CRAM, Agence Régionale de l'Hospitalisation - ARH) et des associations de malades ont été contactées.** Aucune donnée n'existe au niveau de ces structures.

Dans l'Aube, une seule association de malades existe : c'est l'Association Française des Diabétiques de l'Aube (AFD). Elle estime le nombre de diabétiques dans le département entre 12 000 et 15 0000 personnes, dont environ un tiers sont insulino-dépendants. Cela correspond donc à 5000 personnes ayant besoin d'injections régulières d'insuline.

Pour les autres pathologies, aucune association de malades n'existe.

3.2.2 Recensement des systèmes d'élimination existants

Les particuliers concernés sont considérés comme des producteurs de DASRI et sont donc responsables de leur élimination. Etant donné leur faible production, la collecte à domicile serait trop coûteuse. Le moyen d'élimination le plus adapté semble être l'apport volontaire.

Afin de mieux connaître les solutions proposées aujourd'hui dans le département aux particuliers en auto-soins, différents acteurs ont été contactés :

- L'Association Française des Diabétiques de l'Aube,
- Le Conseil de l'Ordre et le Syndicat Départemental des Pharmaciens,
- Les principales collectivités locales du département.

A) Entretien avec l'AFD (3 juin 2005)

Les membres de l'association (environ 170 en 2005) sont depuis longtemps à la recherche de solutions pour l'élimination de leurs DASRI. Ainsi l'AFD est à l'origine, en partenariat avec la DRASS et la DDASS, de la **mise en place de la première borne** de collecte automatique dans le département. Cette borne, appelée « Point Container », est gérée par une société privée de collecte, et se trouve sur le site d'exploitation troyen de l'entreprise, avec un accès par l'extérieur.

L'AFD a signé une convention avec la DRASS afin de bénéficier pour l'année 2005 d'une subvention de 15 000 €. Cette aide finance les travaux d'installation de la borne, la fourniture des boîtes à aiguilles aux adhérents (4 par an) et les supports de communication (élaborés par le service communication de la société en collaboration avec la DRASS et l'AFD).

Pour les adhérents, le système est assez simple et le coût compris dans l'adhésion de 18 € à l'association. Chaque adhérent a reçu une carte de la société de collecte, permettant de déposer les boîtes pleines et de récupérer des emballages vides. Lors du premier dépôt, les stocks d'emballages non homologués sont acceptés.

Depuis l'installation de cette borne en mai 2005, l'association compte une dizaine de nouveaux adhérents (bilan au 30 juin 2005).

Afin d'établir un premier bilan au niveau du point Container, le responsable de la société de collecte a été contacté plusieurs fois durant le stage. Les données du premier mois de fonctionnement sont les suivantes :

- 23 adhérents sont venus déposer au point Container,
- Types d'emballages remis : 24 boîtes de 0,6 litres et 13 boîtes de 3 litres,
- La société a procédé à la collecte du GRV à deux reprises,
- Nombreuses demandes des professionnels de santé ; suite à ces demandes, un mailing informatif sur la borne a été envoyé à tous les PLS du département.

Cette borne de collecte présente l'avantage d'être à proximité de Troyes, lieu de production majeure de DASRI. De plus, cette solution est plus souple et moins coûteuse qu'une collecte à domicile. Cependant, il apparaît nécessaire d'ouvrir cette borne aux PLS afin de garantir sa rentabilité et donc sa pérennité.

B) Entretien avec le Conseil de l'Ordre et le Syndicat Départemental des Pharmaciens (15 juin 2005)

D'après les représentants du Conseil de l'Ordre et du Syndicat Départemental, une grande **majorité d'officines acceptent encore aujourd'hui les DASRI** de leurs clients et stockent ainsi de grandes quantités de déchets dans des locaux souvent non adaptés. Ce stockage n'est pas approuvé par le Conseil de l'Ordre national, et de plus en plus de pharmaciens refusent d'éliminer les stocks à leur charge.

L'initiative de l'AFD leur paraît louable, mais ne permet pas à tous les particuliers de déposer sans frais leurs DASRI. De plus, la présence d'une seule borne leur semble insuffisante sur le département. D'autres solutions de type collecte sont donc en cours d'étude par le représentant du Conseil de l'Ordre. Cependant, les pharmaciens acceptent de rester un relais d'information et de sensibilisation.

C) Entretiens avec les collectivités

Tous les SIVOM et les communautés de communes recensés par la Préfecture de l'Aube ont été contactés par téléphone au mois de juin et juillet 2005. L'entretien se faisait si possible avec une personne compétente sur le sujet et respectait à chaque fois la trame suivante :

- Présentation du contexte de l'appel
- Connaissez-vous la problématique des DASRI ?
- Les DASRI sont-ils pris en charge au niveau intercommunal ?
- Si non, pourquoi ? / Si oui, quel coût cela représente-t-il ?
- Avez vous des demandes de particuliers sur ce sujet ?
- Avez vous des projets pour la gestion des DASRI ?

Il ressort de ces entretiens le **peu de connaissance et d'engagement des élus** sur cette problématique de gestion des DASRI. Dans la plupart des cas, l'accueil de ces déchets

en un point particulier en déchetterie n'est pas prévu. A noter, que la majeure partie des déchetteries du département sont de construction récente. Aucune collectivité n'envisage de mettre en place dans les prochaines années de solution d'élimination des DASRI.

Les deux plus importantes collectivités, la Ville de Troyes et la Communauté d'Agglomération Troyenne, ne proposent pas non plus de solution d'élimination à leurs citoyens.

La liste des collectivités ainsi qu'un résumé de chaque entretien est présenté en annexe VII.

4 PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES

Au vu du bilan de la gestion des DASRI en secteur diffus, il apparaît nécessaire d'engager des actions de sensibilisation et d'accompagnement des acteurs de proximité intervenant dans la filière d'élimination.

4.1 Conseiller, informer et former les producteurs du secteur diffus

4.1.1 Agir auprès des représentants des PLS

Dans le cadre du stage, les **représentants des différents corps de professionnels de santé ont été rencontrés** (annexe VIII). Lors de ces rencontres, différents points ont été abordés avec le représentant :

- Rappel de la réglementation sur la gestion des DASRI,
- Rôles de la DRASS et DDASS sur ce thème,
- Perception de l'enquête DRASS/DDASS par les praticiens,
- Intervention de l'organisation professionnelle dans l'information des PLS.

En général, les représentants des PLS connaissent les bases de la réglementation sur la gestion des DASRI, mais pas exactement le rôle de la DRASS et de la DDASS sur ce sujet. De plus, l'enquête a souvent été perçue comme les prémices d'une action d'inspection. Toutefois, les représentants sont en attente des résultats. Enfin, la plupart des organisations communiquent peu sur la gestion des DASRI, excepté les chirurgiens-dentistes.

Il est **nécessaire de continuer à travailler avec les représentants des PLS** sur la gestion de leurs DASRI. En effet, la DDASS ne doit pas seulement être perçue comme un service inspecteur, mais aussi comme un partenaire source de conseil et d'information. Afin de sensibiliser les professionnels, les synthèses départementale et régionale seront envoyées aux représentants.

De plus, il paraît intéressant de leur proposer un encart d'une dizaine de lignes à insérer dans le bulletin d'information de chaque profession. Ce résumé devra contenir l'essentiel de la synthèse, c'est-à-dire :

- Taux de réponse,
- Conformité / non conformité,
- Principales causes des non conformités.

Une plaquette d'information sur la gestion des DASRI sera jointe à ce courrier (plaquette de la DRASS Champagne-Ardenne de 2002 ou plaquette en projet à la DGS).

Enfin avec les organisations volontaires, il peut être envisageable d'organiser une ½ journée thématique « DASRI » destinée aux professionnels. Cette présentation devra être spécifique à la profession et aborder au minimum les points suivants :

- Rappel des risques sanitaires encourus et leur responsabilité en tant que producteur,
- Bilan de l'enquête,
- « Points noirs » de la gestion des DASRI,
- Solution pour améliorer ces « points noirs ».

Les interventions de la DRASS ou DDASS se feront en étroite collaboration et à la demande des représentants des professionnels.

4.1.2 Sensibiliser les particuliers en auto-soins

Nous avons vu précédemment que les **particuliers en auto-soins sont mal connus**. Ceci s'explique par l'absence dans le département d'associations de malades, principales sources d'informations à ce sujet. Le recensement de cette population ne peut être réalisé par le service Santé Environnement de la DDASS, mais il est souhaitable d'encourager les organismes de santé à s'y intéresser.

Afin d'informer le maximum de particuliers, la **sensibilisation doit donc se faire dans des lieux publics** fréquentés par les malades. Les pharmacies et les laboratoires paraissent des lieux privilégiés, où le patient demande régulièrement des conseils.

Actuellement en Champagne-Ardenne, une plaquette de communication générale sur la gestion des DASRI existe depuis 2002. Mais celle-ci ne s'adresse pas spécifiquement aux particuliers en auto-soins et semble peu abordable pour un non professionnel. Seule la plaquette d'information élaborée pour l'ouverture de la borne automatique s'adresse aux particuliers (annexe IX). Mais elle est spécifique aux diabétiques adhérents à l'association et ne propose qu'une seule solution d'élimination, le point Container.

La réalisation d'une **plaquette à destination de tous les particuliers en auto-soins** peut être envisagée. En effet, elle concernerait tous les malades se soignant à domicile et pourrait être distribuée dans les officines et laboratoires. Le format A4 en trois volets couleur est suffisant pour faire passer l'essentiel de l'information. La trame intéressante de la plaquette de l'AFD, du type « Questions/Réponses » et « Ce que disent les textes de loi », pourrait être conservée en adaptant le texte aux nouveaux destinataires. Des affichettes du même type pourraient accompagner les plaquettes.

Il sera nécessaire dans cette plaquette de communication de lister les différentes solutions existantes sur le département. En effet, aujourd'hui la plupart des officines refuse de mettre à la disposition de leurs clients la plaquette réalisée par l'AFD, qui propose la solution point Container.

4.2 Améliorer les conditions d'élimination des DAS pour les PLS

4.2.1 Actions auprès des sociétés de collecte

A) Constat

D'après l'exploitation des enquêtes des infirmiers libéraux, le **taux de non-conformité en solution de collecte reste très important**. La responsabilité est due en partie aux professionnels de santé, mais aussi aux sociétés de collecte, dont le fonctionnement est peu transparent et très hétérogène. En effet, certaines collectes se font sans convention, les coûts de ramassage sont très variables et les justificatifs ne sont pas toujours fournis aux professionnels. Un des moyens d'améliorer le système de collecte est donc d'agir directement auprès des sociétés prestataires.

B) Demande d'informations aux sociétés de collecte

Dans l'Aube, six sociétés se partagent le marché de l'élimination des DASRI des infirmiers. Elles interviennent sur les trois autres départements de la région Champagne-Ardenne.

Afin de **mieux connaître leur activité**, un courrier, joint en annexe X, leur a été adressé mi-juin 2005, avec réponse attendue pour début juillet 2005. Cette enquête courrier avait pour objectifs de vérifier la conformité des pièces fournies aux producteurs par les sociétés et d'évaluer la qualité de leurs prestations.

Les sociétés de collecte devaient fournir à la DDASS :

- Une convention d'élimination,
- Un bon de prise en charge et/ou un bordereau d'élimination,
- Un état récapitulatif annuel,
- Les types d'emballages proposés à leurs clients.

La conformité du contenu de la convention a été étudiée par rapport à l'annexe I de l'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. La conformité du bon de prise en charge a été étudiée par rapport à l'annexe II du même arrêté. Les bordereaux de suivi devaient correspondre au bordereau cerfa n°11351*01 ou 11352*01 (article 3 du précédent arrêté). Les emballages fournis devaient respecter les prescriptions de l'arrêté du 24 novembre 2003, relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.

C) Bilan des informations reçues

Cinq sociétés ont retourné dans les temps les pièces demandées. Une seule société n'a pas répondu encore à ce jour au courrier.

Concernant les conventions :

La présence de chaque mention obligatoire dans les conventions a été vérifiée. Pour la société n'ayant pas répondu, une convention signée et complète a été extraite d'une enquête « dentiste » du département de la Marne.

Une seule convention respecte tous les points mentionnés dans la réglementation. Les mentions les moins souvent précisées sont :

- la description du système d'identification des emballages
- l'engagement à respecter les durées pour la collecte et le transport
- la dénomination des installations de traitement de secours
- l'engagement à incinérer dans des installations conformes
- l'engagement à respecter la législation en vigueur concernant l'exercice de la profession et la sécurité au travail.

Concernant les documents assurant la traçabilité :

Seulement trois sociétés ont fourni leur bon de prise en charge. La dénomination et les coordonnées du producteur et du collecteur, ainsi que la date de collecte sont toujours mentionnées. Au contraire, il manque les coordonnées de l'incinérateur sur un bon.

Cinq bordereaux de suivi de l'élimination des DASRI utilisés sur six sont les exemplaires cerfa n°11351*01, conformes à la réglementation. Une société utilise le bordereau cerfa n°07-0320 de l'arrêté du 4 janvier 1985, relatif au contrôle des circuits d'élimination de déchets générateurs de nuisances, appelé bordereau de suivi de déchets industriels ou BSDI. Ce bordereau n'étant pas spécifique aux DASRI, il est nécessaire que la société utilise le bordereau cerfa n°11351*01.

Aucune société n'envoie d'état récapitulatif annuel des opérations d'incinération ou de prétraitement à ses clients.

Concernant les emballages :

Les cinq sociétés ayant répondu proposent à leurs clients des emballages homologués et répondant aux prescriptions de l'arrêté du 24 novembre 2003.

La synthèse complète des réponses des sociétés est présentée en annexe XI.

D) Proposition de suivi pour l'année 2006

Suite à l'analyse des pièces fournies par les sociétés de collecte, il apparaît nécessaire d'élaborer un courrier individualisé à chaque société. Ce courrier **permettrait d'informer**

la société sur la réglementation en cours et de **lister les points non conformes** à la réglementation dans les pièces fournies aux producteurs. Le projet de courrier est présenté en annexe XII.

Suite à ces courriers, une visite sur le site de chaque société pourrait être intéressante.

Elle permettrait :

- De vérifier sur le terrain les informations recueillies sur pièces,
- De recueillir d'autres informations sur l'activité de la société,
- D'évaluer la conformité des véhicules de transport avec l'arrêté ADR,
- De faire connaître les missions et les actions de la DRASS et des DDASS en matière de DASRI

La fiche-guide de visite est présentée en Annexe XIII. Elle comprend trois parties :

- Conformité des documents fournis aux producteurs,
- Renseignements sur la prestation de collecte,
- Conformité des véhicules de transport avec l'arrêté consolidé du 25 février 2004 (article 12).

Au niveau pratique, un binôme DRASS/DDASS se rendrait sur le site de la société, préalablement prévenue. Un entretien en salle permettrait de compléter les 1ères parties du questionnaire. Une visite du site suivrait afin de compléter le questionnaire et de vérifier les déclarations de la société.

Ce travail, long de premier abord, est facilement réalisable sur un nombre restreint de sociétés, intervenant de plus dans les quatre départements.

4.2.2 Actions auprès des laboratoires d'analyse de biologie médicale

A) Constat

D'après l'enquête des infirmiers libéraux, **le dépôt en laboratoires** d'analyse de biologie médicale (LABM) est une solution d'élimination des DASRI **utilisée régulièrement** par les professionnels. Cette solution est en effet moins coûteuse que la collecte à domicile et très pratique en milieu rural. De plus, ce dépôt se faisait à l'amiable bien avant l'existence de la réglementation spécifique aux DASRI. Ainsi, il a été noté que ce système d'élimination se fait dans la plupart des cas **sans aucune convention**, ni traçabilité des déchets. Une action au niveau des infirmiers pour leur rappeler la réglementation ne sera certainement pas suffisante pour rendre conforme le système de dépôt. Il semble nécessaire d'agir parallèlement au niveau des laboratoires.

B) Proposition de réalisation d'une enquête auprès des laboratoires

Dans l'Aube, on compte 15 LABM. Le PREDAS estime la production d'un laboratoire à environ 850 kg/an (source : IRP – 1998). Ces laboratoires, recevant les DASRI de

producteurs extérieurs, sont considérés au titre de la réglementation comme des centres de regroupement, devant être déclarés en préfecture. Dans l'Aube, aucun laboratoire n'est actuellement déclaré. Certains ont réfléchi à la démarche, mais les contraintes notamment administratives semblent trop lourdes pour une petite structure.

Il apparaît nécessaire de ne pas commencer par des actions répressives. En effet, les laboratoires pourraient refuser de recevoir les déchets des patients en auto-soins et des PLS. C'est un risque supplémentaire de retrouver ces déchets dans les ordures ménagères. Il faut privilégier dans un premier temps la **sensibilisation et l'information des laboratoires**.

Une enquête courrier similaire à celles des maisons de retraite ou des PLS peut être effectuée. Elle permettrait d'évaluer à la fois les pratiques d'élimination des DASRI internes au laboratoire, et les dépôts de DASRI de producteurs extérieurs (patients en auto-soins et professionnels de santé).

Des items relatifs à l'activité de dépôt au sein du laboratoire pourraient être ajoutés au questionnaire de base:

6. Acceptez-vous des déchets d'activités de soins de patients (insulino-dépendants par exemple) ? ☐ oui ☐ non 6'. Si oui, combien de patients cela représente-t-il ?..... 7. Acceptez-vous des déchets d'activités de soins de professionnels libéraux de santé ? ☐ oui ☐ non 7'. Si oui, combien de professionnels cela représente-t-il ?..... 7''. Si oui, comment assurez-vous la traçabilité des déchets ? ☐ convention ☐ bon de prise en charge ☐ bordereaux de suivi ☐ autre, précisez.....

Un exemplaire complet du questionnaire est présenté en Annexe XIV.

Lors de l'envoi du questionnaire, la plaquette d'information DRASS/DDASS de Champagne-Ardenne élaborée en 2002 sur « L'élimination des déchets d'activités de soins en secteur diffus », ainsi que les textes réglementaires de référence pourront être joints.

4.3 Encourager le regroupement et la collecte des DAS

4.3.1 Favoriser le système « point de collecte »

Le système de **points d'apport volontaire** semble bien adapté au caractère rural de l'Aube, que ce soit pour les professionnels de santé ou les particuliers en auto-soins. Or

une seule borne automatique ne peut suffire à la gestion des DASRI diffus d'un département. La DRASS et la DDASS sont donc prêtes à soutenir des projets pertinents d'installations d'autres points d'apport.

A) Garantir un coût minimum aux particuliers en auto-soins

Pour l'année 2006, l'aide de la DRASS à l'AFD pour financer l'adhésion des diabétiques à la borne automatique ne sera pas aussi conséquente que celle de 2005. Cela impliquerait pour l'association d'augmenter brusquement le tarif de ces adhésions, afin de couvrir les frais d'abonnement à la borne automatique. De plus, la borne pourrait être ouverte aux autres particuliers en auto-soins avec un tarif préférentiel.

Toutefois, d'autres financements pourraient éviter de faire supporter entièrement le coût de l'élimination aux particuliers.

De potentiels financeurs ont été contactés courant juin 2005 : **l'ADEME, le Conseil Général de l'Aube et les deux grandes collectivités** : la Ville de Troyes et la Communauté d'Agglomération Troyenne.

- L'antenne régionale de l'ADEME : elle n'intervient pas en matière de gestion des DASRI, aucune ligne budgétaire n'étant prévue. La seule action financée dans la région par l'ADEME est un déstockage massif de déchets chimiques et toxiques dans les pharmacies de la région en 2004. Toutefois, tout dossier sur ce thème sera étudié.
- Le Conseil Général de l'Aube : il n'est pas du tout impliqué dans la thématique de gestion des DASRI. Les médecins de PMI gèrent individuellement leurs déchets. Aucun financement ne semble mobilisable rapidement.
- La Ville de Troyes et la Communauté d'Agglomération Troyenne : elles ne prévoient pas d'installer des points de collecte à leur charge pour les particuliers en auto-soins. Cette problématique, en dehors de leurs champs de compétence, n'est pas une priorité des élus. Cependant, les deux collectivités désirent continuer à participer à la réflexion au niveau du département. De plus, il leur paraît envisageable d'autoriser l'installation d'un point de collecte sur un site de la ville ou de l'agglomération.

Ces contacts se sont faits sans participation de l'AFD. Il paraît important que cette démarche de demande de subventions soit engagée par l'association elle-même, avec le soutien des services DRASS ou DDASS si nécessaire.

B) Soutenir de nouveaux projets

Lors de la rencontre avec les représentants du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens et du Syndicat Départemental, les décisions prises au niveau national par le groupe de travail DASRI nous ont été exposées.

Deux propositions sont actuellement à **l'étude pour soulager les pharmaciens des dépôts** de DASRI en officine :

- Installation de bornes inviolables, couplées Cyclamed et DASRI à proximité des officines,
- Installation de bornes de destruction de DASRI, financées par des collectivités, situées à des endroits stratégiques de la ville.

Dans l'intention de lancer un tel projet sur le département, les pharmaciens ont rencontré courant 2005 le responsable du service Environnement de la Communauté d'Agglomération Troyenne pour les informer des positions du Conseil National de l'Ordre. La représentante départementale du Conseil de l'Ordre va constituer à l'échéance septembre 2005 un dossier complet (technique et financier) proposant une nouvelle solution type « point de collecte » pour le département de l'Aube. La DRASS et la DDASS seront destinataires de ce projet et pourront apporter leur soutien technique.

Il est important de noter que le soutien de la DRASS et de la DDASS sera technique et réglementaire, et non financier. En effet, tous les projets ne pourront être subventionnés par l'Etat. Une hiérarchisation des projets sera alors effectuée sur des critères géographique et en fonction des demandes de producteurs.

4.3.2 Accompagner la demande de création de centres de regroupement

Les DASRI provenant de producteurs multiples peuvent être regroupés en un même lieu avant collecte, appelé centre de regroupement. Tout centre de regroupement doit faire l'objet d'une **déclaration en préfecture**. Ce sont les DDASS qui donnent leur avis et enregistrent sur ces déclarations.

Dans l'Aube, il existe actuellement un seul centre de regroupement déclaré au sein de l'hôpital local de Bar-sur-Seine (11 mars 2005). La création d'un 2^{ème} centre de regroupement est à l'étude dans un autre établissement de soins.

Nous développerons ci-dessous la démarche générale qui sera employée par la DDASS pour accompagner les demandes, puis nous étudierons l'exemple local.

A) Démarche d'accompagnement

En 2002 ou 2003, tous les établissements de soins ont fait l'objet de visite par un binôme DRASS/DDASS. Les rapports de visite mentionnent l'accueil officieux de déchets de producteurs extérieurs dans les établissements. Ceci nous permettra **d'évaluer si des demandes extérieures** existent, et de motiver notre décision quant à l'opportunité de créer ou non un centre de regroupement à cet endroit.

De plus, à partir des résultats de l'enquête des PLS, il sera intéressant de dresser un état des lieux de l'organisation des professionnels pour un secteur géographique donné. En effet, si peu de professionnels y ont une solution d'élimination satisfaisante, il sera intéressant d'y créer un centre de regroupement.

Si la demande extérieure existe, mais que l'établissement du secteur n'a pas montré la volonté de créer un centre, la DDASS devra tout d'abord sensibiliser les responsables. La

sécurisation de la filière d'élimination, les éventuels gains économiques pour l'établissement et l'aide apportée au niveau réglementaire par la DDASS seront mis en avant.

A partir du moment où l'établissement devient volontaire pour créer un centre et que la demande extérieure existe, la démarche suivante peut être directement engagée.

Après cette analyse de l'existant, **les points à améliorer seront définis** précisément et une visite dans l'établissement sera prévue. Elle aura pour objectifs de faire un rappel de la réglementation et de présenter à l'établissement les points à améliorer.

Si la création du centre de regroupement est pertinente, la DDASS accompagnera l'établissement tout au long de sa mise en conformité. Dès que tous les points à améliorer seront traités, la DDASS pourra alors accepter la demande de création du centre de regroupement.

Suite à cette création, un **suivi régulier et une aide essentiellement réglementaire** de la DDASS pourront être apportés à la demande de l'établissement.

B) Un exemple local de création de centre de regroupement

En 2005, un établissement de soins de l'Aube a transféré une demande de centre de regroupement à la DDASS. Cette **demande a été étudiée dans le cadre du mémoire en collaboration avec la technicienne sanitaire et l'infirmière** de la DDASS. Pour des raisons de confidentialité, le nom de l'établissement de soins, ainsi que certains détails ne peuvent être mentionnés dans ce mémoire.

Les conclusions du premier rapport de visite en 2003 concernant l'activité non déclarée de centre de regroupement mettaient en avant **plusieurs points** :

- Des producteurs déposent déjà leurs DAS au CH,
- Aucune déclaration n'est faite en préfecture,
- La production des DASRI n'est pas comptabilisée,
- Il n'y a ni bon de prise en charge, ni bordereau de suivi, ni d'état récapitulatif annuel,

Aujourd'hui, la demande de centre de regroupement présente les points suivants :

- Le lieu d'implantation,
- Les modalités techniques de fonctionnement (liste des producteurs extérieurs, convention, facturation, pièces justificatives),
- Les pièces jointes : conventions avec les producteurs et acte d'engagement de la société de collecte.

Après étude de cette demande, différentes remarques ont été formulées :

- Concernant le local d'entreposage : **Mettre en conformité les aires** d'entreposage avant de recevoir tout déchet de l'extérieur,

- Concernant la traçabilité : **Utiliser les bons** de prise en charge et les bordereaux de suivi avec les producteurs extérieurs, et leur faire parvenir annuellement un état récapitulatif,
- Concernant la convention : **Compléter le contenu de la convention** passée entre l'établissement de soins et les producteurs conformément à l'Annexe I de l'arrêté du 7 septembre 1999 (coordonnées des centres de traitement habituels et de secours avec n° d'autorisation, modalités de refus, assurances, coût précis et formule de révision des prix, clauses de résiliation).
- Concernant les producteurs : Ne **pas restreindre l'apport des déchets** aux seuls producteurs extérieurs actuels, mais envisager d'accueillir d'autres déchets.

Ainsi, compte tenu de toutes ces remarques, le groupe de travail interne à la DDASS a décidé de ne pas accepter dans l'immédiat la demande de regroupement. En effet, trop de points paraissent insatisfaisants pour sécuriser la filière. Il paraît important que l'établissement gère correctement ces déchets avant d'accueillir des producteurs extérieurs. Il a donc été proposé de faire un courrier à l'établissement de soins en lui confirmant la réception de leur demande et en précisant qu'une visite aura lieu sur site avant toute formulation d'avis. Cette visite aura pour objectifs principaux de :

- Informer l'établissement de soins de la réglementation concernant les centres de regroupement,
- Les informer et améliorer les 4 points cités ci-dessous :
 - Mettre en conformité les aires d'entreposage,
 - Garantir la traçabilité des déchets en utilisant les bordereaux adaptés,
 - Ajouter dans la convention les mentions obligatoires dans la réglementation,
 - Ouvrir l'accès au site de regroupement à d'autres producteurs.
- Aider et accompagner le CH dans son projet.

Ce deuxième centre de regroupement pourrait alors être une solution supplémentaire pour les producteurs du département.

CONCLUSION

Depuis l'approbation du PREDAS en juin 2001, les filières d'élimination des DASRI des « gros producteurs » semblent s'être organisées, même si tous les points ne sont pas encore satisfaisants. De plus, des visites de contrôle ont été ou vont être effectuées par la DRASS et la DDASS. Mais aucune donnée précise n'existe encore actuellement sur les producteurs du secteur diffus.

En effet, l'élimination des DASRI du secteur diffus apparaît plus complexe à mettre en place du fait de la diversité des activités de soins et des faibles quantités produites.

Cette étude fait un premier bilan de l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux en secteur diffus dans l'Aube. L'exploitation de l'enquête des infirmiers libéraux a permis de mettre en évidence un manque évident de connaissance sur ce sujet, notamment sur la réglementation complexe et qui peut sembler contraignante pour des petits producteurs en milieu rural. De plus, le manque de transparence et les coûts semblent être un frein important à l'organisation.

L'objectif au niveau départemental, mais aussi régional, est d'améliorer les pratiques d'élimination des DASRI du secteur diffus. Cela passe nécessairement par la sensibilisation des professionnels et des particuliers. Mais il est également nécessaire d'engager des actions auprès des acteurs de la filière, comme les sociétés de collecte ou des laboratoires, afin de les informer sur la réglementation et les règles de traçabilité des déchets à respecter.

L'élimination des déchets des particuliers en auto-soins est encore plus complexe à organiser. Il ressort du mémoire que compte tenu du contexte local, seules les actions de sensibilisation et des solutions de proximité peuvent être efficaces. Afin de rendre le coût de l'élimination des DASRI acceptable pour tous les particuliers en auto-soins, des financements extérieurs doivent être envisagés. Or le manque d'implication des collectivités locales dans le financement de projet est notable. Il est évident que les services de l'Etat ne peuvent pas prendre seuls en charge le financement des projets.

Les récentes enquêtes et plaquettes de communication réalisées au niveau national par la DGS montrent que la préoccupation concernant les DASRI du secteur diffus n'est pas spécifique à l'Aube.

Bibliographie

- **ADEME.** Gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux générés par les professionnels libéraux de santé en France. Avril 2004. 27p.
- **ALESSANDRI Jean-Pierre.** Gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux en milieu diffus en région Corse. Etat des lieux et perspectives. Mémoire ENSP. Mai 2004. 33p.
- **CHAUVREAU Christophe.** Les actions de contrôles d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux en Haute-Garonne. Mémoire ENSP. Juillet 2004.
- **CNRS** (Centre national de la recherche Scientifique). Gestion des déchets. Guide pour les établissements publics d'enseignements supérieurs ou de recherche. Mai 2002. 194p.
- **CUENOT Marie-Paule.** Collecte des déchets d'activités de soins à risques infectieux en milieu extrahospitalier. Etat des lieux et perspectives dans le département des Yvelines. Mémoire ENSP. Juillet 2000. 64p.
- **DDASS Haute-Garonne.** Les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) sur la Haute-Garonne. Bilan de l'année 2002. Janvier 2004. 52p.
- **DELION Yves.** Elimination des déchets d'activités de soins des infirmiers libéraux du Loiret. Enquête exploratrice sur 28 cabinets. (juin – septembre 2003). 2003. 29p.
- **DGS.** Exploitation de l'enquête nationale relative à la gestion des déchets d'activités de soins du secteur diffus. Novembre 2004. 59p.
- **DORSCHNER Nathalie.** L'élimination des déchets en milieu libéral. Mémoire de l'institut de Formation en Soins Infirmiers. 2004. 20p.
- **DRASS et DDASS Aquitaine / CRAM Aquitaine / DRE Aquitaine.** Producteur – collecteur – transporteur – éliminateur de déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI). Comment faire face à mes obligations. Novembre 2004. 19p.
- **DRASS et DDASS du Centre.** Elimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés produits en région Centre. Evaluation de la collecte en région Centre . Juin 2004.
- **DRASS Champagne-Ardenne.** Plan régional d'élimination des déchets d'activités de soins. Juin 2001. 53p.
- **DRASS Champagne-Ardenne.** Les médecins et les professionnels de santé en Champagne-Ardenne. 2003.
- **DRASS et DDASS de Champagne-Ardenne.** L'élimination des déchets de soins en secteur diffus...une responsabilité de santé publique. Juin 2002. 6p.

- **DRASS de Lorraine.** Bilan de l'élimination des déchets d'activités de soins en Lorraine (19997-2001). Juillet 2004. 44p.
- **FALIU Jeanne.** Evaluation de la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux. Mémoire ENSP. Mars 2004.
- **GERES** (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux). Incidence des accidents exposant au sang chez le personnel infirmier en France métropolitaine, 1999-2000, résultats d'une enquête multicentrique dans 32 hôpitaux. BEH 2002 ; 51 : pp 256-259.
- **INRS.** (Institut National de Recherche et de Sécurité). Déchets infectieux. Elimination des DASRI et assimilés. Juin 2004. 50p.
- **MOTTUEL MANSUY Christabel.** Quel rôle pour le pharmacien d'officine dans l'élimination de soins à risques infectieux (DASRI) de ses clients ? Mémoire ENSP. 2004. 41p.

Liste des annexes

ANNEXE I : Calendrier d'activités

ANNEXE II : Principaux textes réglementaires concernant les DASRI

ANNEXE III : Bilan des enquêtes sur l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux des maisons de retraite de l'Aube

ANNEXE IV : Enquête sur l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux des PLS

ANNEXE V : Bilan des enquêtes sur l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux des chirurgiens-dentistes

ANNEXE VI : Trame de synthèse départementale de l'enquête des PLS

ANNEXE VII : Liste des SIVOM et communautés de communes contactés

ANNEXE VIII : Liste des représentants de professionnels libéraux de santé contactés

ANNEXE IX : Plaquette d'information de l'AFD sur le point Container

ANNEXE X : Courrier de demande d'information aux sociétés de collecte de DASRI

ANNEXE XI : Bilan des informations transmises par les sociétés de collecte de DASRI

ANNEXE XII : Projet de courrier personnalisé aux sociétés de collecte de DASRI

ANNEXE XIII : Fiche-guide de visite des sociétés de collecte de DASRI

ANNEXE XIV : Proposition de questionnaire d'enquête auprès des laboratoires d'analyse de biologie médicale

ANNEXE I : CALENDRIER D'ACTIVITES

Semaine 22

- Entretien avec le maître de stage
- 1^{er} RDV avec les IGS de la DRASS chargés des DASRI
- Réunion DRASS / DDASS sur les enquêtes DASRI
- Rencontre de la société de collecte SITA DECTRA
- Rencontre du président de l'AFD
- 1^{er} bilan avec le maître de stage
- 1er bilan avec la technicienne et l'infirmière chargées des DASRI

Semaine 23

- Recherche bibliographique (réglementation, documentation générale)
- Prise de RDV avec les représentants des professionnels de santé et les financeurs potentiels
- Préparation des RDV
- Rencontre du Conseil de l'Ordre des Médecins

Semaine 24

- Saisie et analyse des enquêtes des infirmiers libéraux
- Rencontre du Conseil Général de l'Aube
- Rencontre du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens et du Syndicat Départemental des Pharmaciens,
- Rencontre du Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes
- Rencontre du Syndicat Départemental des Pédicures-Podologues
- Elaboration et envoi du courrier de demande d'information aux sociétés de collecte

Semaine 25

- Recherche d'exemples de gestion des DSARI dans les autres départements
- Saisie et analyse des enquêtes des infirmiers libéraux
- Etude de la demande de centre de regroupement du CH de Troyes
- Entretiens avec les SIVOM et Communautés de Communes
- Demande d'information à l'Observatoire Régional de la Santé, la CRAM et l'ARH
- Synthèse des 1ers RDV

Semaine 26

- Saisie et analyse des enquêtes des infirmiers libéraux
- Entretien avec l'ADEME régionale
- Rencontre du Syndicat Départemental des Chirurgiens-Dentistes
- Entretiens avec les SIVOM et Communautés de Communes
- Analyse de données fournies par les sociétés de collecte
- 2^{ème} bilan avec le maître de stage

Semaine 27

- Réalisation de la synthèse départementale des enquêtes PLS
- 2^{ème} bilan avec les IGS de la DRASS chargés des DASRI
- Entretiens avec les associations productrices de DASRI
- Visite du Centre Hospitalier de Brienne le Château concernant la gestion des DASRI
- 2^{ème} bilan avec la technicienne et l'infirmière chargées des DASRI

Semaine 28

- Rédaction du rapport

Semaine 29

- Rédaction du rapport
- 3^{ème} bilan avec le maître de stage

ANNEXE II : Liste des principaux textes réglementaires concernant les DASRI

- Loi n°75-633 du 15 juillet 1975 relative à l'élimination des déchets et à la récupération de matériaux
- Loi du 13 juillet 1992 relative aux déchets.
- Décret no 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 (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).
- Arrêté du 18 juillet 2004 (modifié par les arrêtés du 17 avril 1997 et du 30 juin 19998) fixant la liste des agents biologiques pathogènes.
- Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.
- 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.
- Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine.
- Arrêté consolidé du 25 février 2004 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2001 par les arrêtés des 8 février 2002 (0200206 A), 5 décembre 2002 (0201748 A), 7 juillet 2003 (0300947 A) et 8 décembre 2003 (0301732 A) relatif au transport des marchandises dangereuses par route (dit « arrêté ADR »).

(texte intégral sur www.legifrance.fr)

ANNEXE III : Bilan des enquêtes d'évaluation de l'élimination des DASRI des maisons de retraite de l'Aube

52 envois (03/11/04) = 39 maisons de retraite et 13 logements foyers → taux de réponse 61,5 %
1 maison de retraite (résidence La Métairie à Pont Sainte Marie) a fermé donc 38 maisons de retraite concernées

Après la relance (07/02/05) **le taux de réponse est de 96,2 %** (les 3,8 % restants correspondent à des logements foyers)

Pour les **LOGEMENTS FOYERS**, les perforants sont éliminés par les infirmières libérales, peu de déchets non perforants qui sont le plus souvent éliminés dans la filière OM. Par conséquent, les logements foyers sont retirés de l'objectif de l'enquête.

Pour les **MAISONS DE RETRAITE** :

Quantité produite > 5kg/mois = 56,8 %
< 5kg/mois = 43,2 % (dont 19% avec incohérence entre leur réponse et les poids sur les reçus)

Pour les > 5kg/mois : 1 fois/semaine = 9,5 %
1 fois/mois = 47,5 %
1 fois/trimestre = 43 %
1 fois/semestre = 0 %

Pour les < 5kg/mois : 1 fois/semaine = 5,8 %
1 fois/mois = 23,5 %
1 fois/trimestre = 64,9 %
1 fois/semestre = 5,8 %

Déchets perforants 100 % séparation de filière déchets ménagers
100 % utilisation boîte à aiguille homologuées

Déchets non perforants 67,6 % séparation de filière déchets ménagers
10,8 % dans la filière déchets ménagers
21,6 % selon le risque infectieux

Local d'entreposage dédié aux déchets 70,3 % OUI
29,7 % NON

DASRI extérieurs à l'établissement 27 % OUI

Solution d'élimination 83,8 % collecte
10,8 % dépôt par leur soin dans un centre de regroupement (dont 20% établissement de santé / 20 % cabinet dentaire / 60 % laboratoire biologie médicale)
5,4 % autre (dont récupération par infirmières libérales et laboratoire)

Pièces justificatives convention réponse OUI 51,3 % mais pièce jointe que 21,6 %
bordereaux réponse OUI 89,9 % mais derniers bordereaux joints que 70,2 %
récapitulatif annuel réponse OUI avec pièce jointe 10,8 % réponse NON 89,2 %

Coût annuel gratuit = 2,7 %
moins de 100 euros = 5,4 %
entre 100 et 300 = 16,2 %
entre 300 et 500 = 16,2 %
plus de 500 euros = 51,4 %
ne se prononcent pas = 8,1 %

Critères conformité / non-conformité :

Les logements-foyers et les MR non productrices de DASRI (car récupération par infirmières libérales) sont éliminés de ces statistiques.

Local : adapté (+ de 5kg/mois) 60,6 %
non adapté (+ de 5kg/mois) 3 % (= 1 MR)
pas renseigné (+ de 5kg/mois) 3 % (= 1 MR)
non concerné car - de 5kg/mois 33,4 %

Tri déchets mous : effectué 97 %
non effectué 3 % (= 1 MR)

Solution pour perforants : adaptée 100 %

Fréquence : respectée 21,2 %
non respectée 54,5 %
non vérifiable 24,3 %

Conformité (critères : local (pour les +5kg) / solution / fréquence) : OUI 21,2 %
NON 78,8 %

**ANNEXE IV : Enquête sur
l'élimination des déchets d'activités
de soins à risques infectieux des PLS**



PREFECTURE DE LA REGION CHAMPAGNE-ARDENNE

EVALUATION DE L'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS

SITUATION PROFESSIONNELLE

Nom et prénom :
Profession / Spécialité :
Adresse professionnelle :
.....
Téléphone :Fax :
Email :

ou apposez votre CACHET

Activité libérale depuis le :

Vous exercez :

- ☐ seul
- ☐ en cabinet

Si c'est en cabinet, êtes-vous constitués en Société Civile de Moyens (SCM) ?

☐ oui

Remplissez un seul questionnaire au nom de la SCM
et mentionnez le nom de vos associés :

.....
.....
.....

☐ non

Remplissez chacun un questionnaire individuellement.

PRODUCTION, TRI ET ENTREPOSAGE

1- Vous produisez :

- ☐ moins de 5 kg de déchets par mois
- ☐ plus de 5 kg de déchets par mois

2- Eliminez-vous actuellement vos déchets perforants séparément des déchets ménagers ?

- ☐ oui
- ☐ non

2'- Si oui, quels emballages utilisez-vous ?

- ☐ boîtes à aiguilles homologuées de couleur jaune
- ☐ autres conteneurs, précisez :

3- Eliminez-vous actuellement vos déchets non perforants (objets souillés, pansements, petits déchets anatomiques, ...) séparément des déchets ménagers ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ selon le risque infectieux

3'- Si oui, quels emballages utilisez-vous ?

- ☐ cartons doublés plastique homologués
- ☐ fûts homologués de couleur jaune
- ☐ sacs homologués de couleur jaune
- ☐ autres conteneurs, précisez :

4- Quel est votre fournisseur d'emballages ?

Nom :

Adresse :

.....Téléphone :

5- Vous entreposez vos conteneurs pleins :

- ☐ dans la pièce où vous examinez vos patients

o dans une autre pièce, précisez :

ELIMINATION

6- Quelle est la solution que vous avez adoptée pour l'élimination de vos déchets d'activités de soins ?

- o collecte au cabinet
- o dépôt par vos soins dans un lieu de regroupement
- o appareil de désinfection
- o autre, précisez :

6'- Depuis quand ?

7- Si vous déposez vos déchets dans un lieu de regroupement, quelle est sa localisation ?

- o établissement de santé
- o laboratoire d'analyse de biologie médicale
- o officine
- o fournisseur de matériel médical
- o borne automatisée
- o déchetterie
- o autre, précisez :

7'- Précisez les coordonnées de ce lieu de regroupement :

Nom :

Adresse :

.....Téléphone :

8- Si vos déchets sont collectés au cabinet, quelle est la société prestataire ?

Nom :

Adresse :

.....Téléphone :

9- En moyenne, à quelle fréquence éliminez-vous vos déchets ?

- o 1 fois par semaine
- o 1 fois par mois
- o 1 fois tous les 3 mois
- o 1 fois tous les 6 mois

10- Avez-vous signé une convention pour l'élimination de vos déchets ?

- o oui + *fournir copie de la convention*
- o non

11- Gardez-vous un reçu (bon de prise en charge ou bordereau *cerfa*) après la remise de vos déchets ?

- o oui + *fournir copie des 4 derniers reçus*
- o non

12- Recevez-vous un récapitulatif annuel de vos opérations d'élimination ?

- o oui + *fournir le récapitulatif de l'année 2003*
- o non

13- Quel est le coût annuel de l'élimination de vos déchets ?

- o moins de 50 €
- o entre 50 € et 100 €
- o entre 100 € et 200 €
- o plus de 200 €

14- Si vous n'êtes pas organisé, pour quelle raison ?

- o manque d'information
- o difficulté de collecte dans votre secteur
- o coût
- o autre, précisez :

Remarques :

.....
.....
.....

MERCI de retourner ce questionnaire à l'aide de l'enveloppe préaffranchie jointe avant le 31 janvier 2005

Les informations recueillies sont nécessaires à l'évaluation de la conformité des professionnels libéraux de santé vis à vis de l'élimination des déchets d'activités de soins. Les réponses sont obligatoires et seront saisies sur un fichier informatique. En application de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez exercer votre droit individuel d'accès auprès de la DRASS Champagne-Ardenne.

ANNEXE V : Bilan des enquêtes sur l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux des chirurgiens-dentistes de l'Aube

Taux de réponse

151 envoi (fichier ADELI), dont 8 sans réponse et 8 non concernés = 135 PLS dentistes

Taux de réponse : 94,7 %

Résultats majeurs de l'enquête

Ancienneté : <1980 = 29,6%

1980-89 = 34,8%

1990-99 = 9,6%

>2000 = 8,8%

NSPP = 16,3%

Quantité produite : <5kg/mois = 64,3 % (avec 76% seul et 24% regroupés)

>5kg/mois = 35,7 % (avec 27,6% seul et 72,4% regroupés)

Déchets perforants : 100% séparation de la filière des déchets ménagers

96,5% utilisation d'une boîte à aiguille ou fûts homologués

Déchets non perforants : 81,2% séparation de la filière des déchets ménagers

27,2% dans la filière déchets ménagers

8,4% selon le risque infectieux

Local d'entreposage : 4,9% dans la salle de consultation

95,1% autres pièces (24,2 % salle nettoyage décontamination / 13,2 % laboratoire / 17,6 %

sous-sol, cave, garage / 16 % local technique, buanderie / 29 % autre pièce)

Solution d'élimination : 94,4% collecte

3,5% dépôt dans centre de regroupement

1,4% appareil de désinfection

0,7% autre : infirmières libérales

Fréquence : 1 fois par semaine 0,7%

1 fois par mois 30,7%

1 fois par trimestre 64,4%

1 fois par semestre 4,2%

Pièces justificatives reçues : convention 93%

bordereaux 83,2%

récapitulatif annuel 6,9%

Coût annuel : gratuit 0,7%

<50 € pour 0,7%

entre 50 et 100 € pour 2,8%

entre 100 et 200 € pour 44,8%

>200 € pour 39,2%

NSPP = 11,8%

Remarques des PLS

- Collecte onéreuse (propositions de répercuter sur le patient à environ 0.60 €/séance)
- Anarchie des tarifs et manque de sérieux des sociétés prestataires (sur le respect du calendrier de ramassage et renvoi bordereaux)
- Manque d'information sur élimination des DASRI et les centre de regroupement.

ANNEXE VI : Trame de synthèse départementale de l'enquête des PLS et exemple de synthèse pour les infirmiers

Type de professionnels de santé
Taux de réponse
Organisation professionnelle / Date de début d'exercice

Production, tri et entreposage

- Quantité de déchets produites par mois
- Taux de tri des déchets perforants (texte)
- Solution de tri des déchets perforants
 - Tri des déchets mous
- Récapitulatif (texte)

Elimination

- Existence d'une solution d'élimination
 - Dépôt : lieux de regroupement
 - Collecte : nombre de sociétés (texte)
- Dépôt et collecte : fréquence d'élimination
- Dépôt et collecte : coût d'élimination
 - Récapitulatif (texte)

Conformité

- Utilisation d'emballages homologués (texte)
- Dépôt et collecte : solution d'élimination
- Dépôt et collecte : respect des fréquences
- Dépôt et collecte : conformité / non conformité (texte)
- Dépôt et collecte : cause de non conformité
 - Récapitulatif (texte)

Synthèse des enquêtes postales sur l'élimination des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux des professionnels de santé - bilan au 31 mars 2005

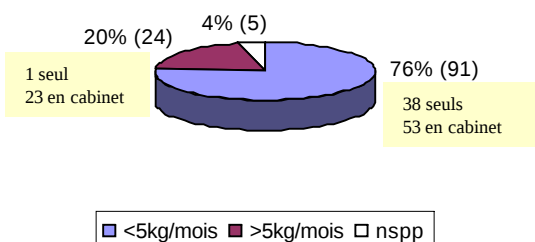
Infirmiers libéraux du département de l'Aube

Taux de réponse : 88%, c'est-à-dire 120 IDE

(dont 74% en cabinet et 26% seul / début d'activité avant 2000 pour 55% et après 2000 pour 29%)

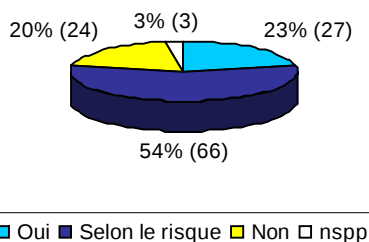
PRODUCTION, TRI ET ENTREPOSAGE

Quantité de déchets produites par mois



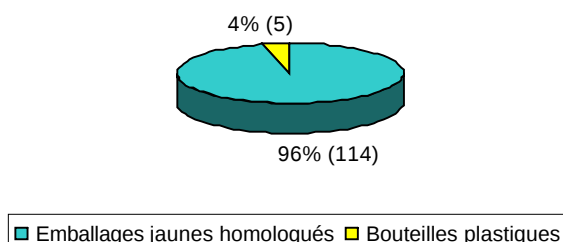
nspp : ne se prononce pas

Tri des déchets "mous"



Tri des déchets perforants à 99 %

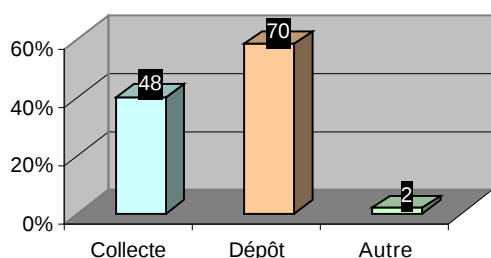
Solution de tri des déchets perforants



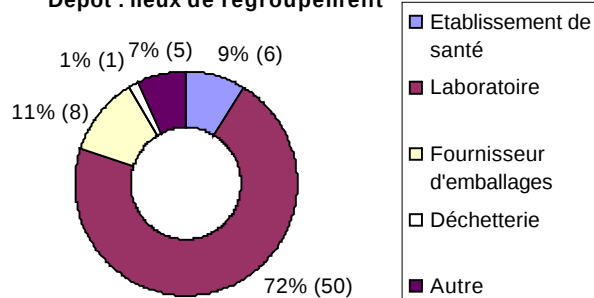
- Les quantités produites par un IDE sont souvent inférieures à 5kg/mois
- Les déchets perforants sont en grande partie triés à part des ordures ménagères

ELIMINATION

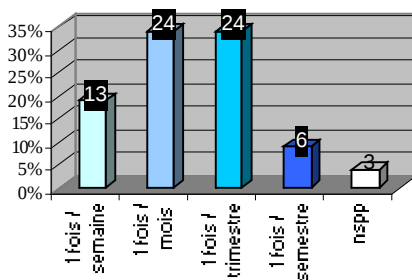
Existence d'une solution d'élimination



Dépôt : lieux de regroupement

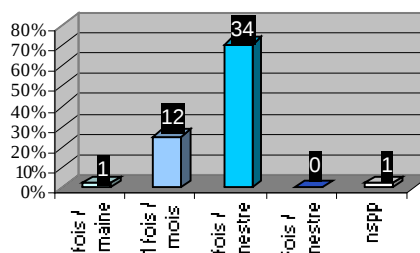


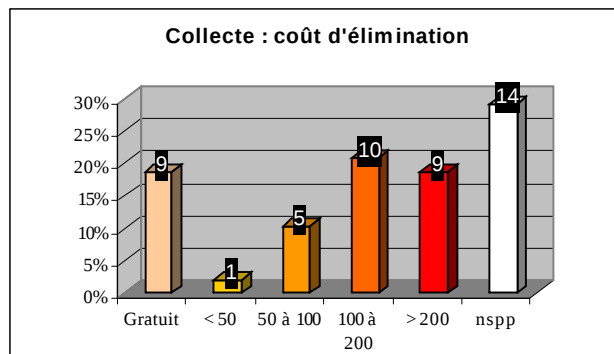
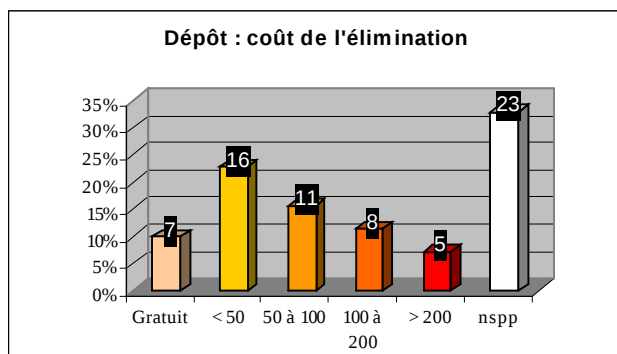
Dépôt : fréquence d'élimination



Collecte des déchets par 6 sociétés

Collecte : fréquence d'élimination

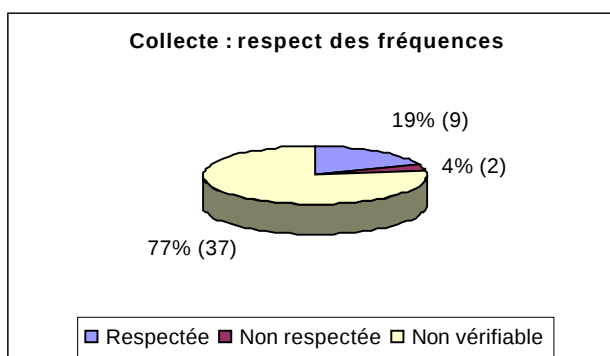
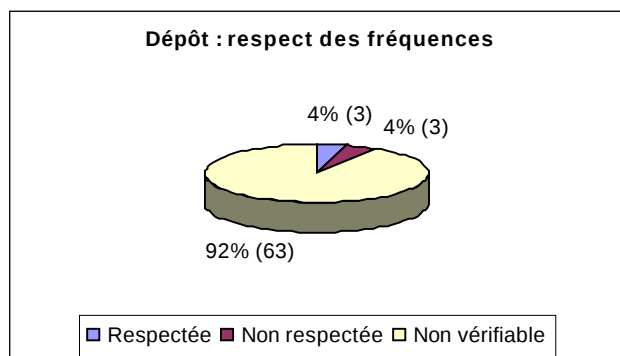
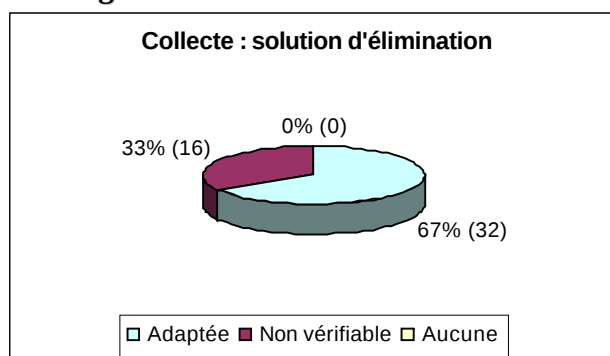
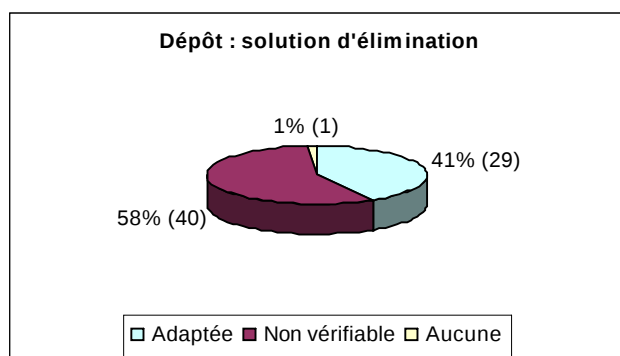




- Les fréquences de collecte mensuelles et trimestrielles sont les plus courantes.
- Le coût d'élimination est très variable, mais toutefois plus élevé en solution de collecte.

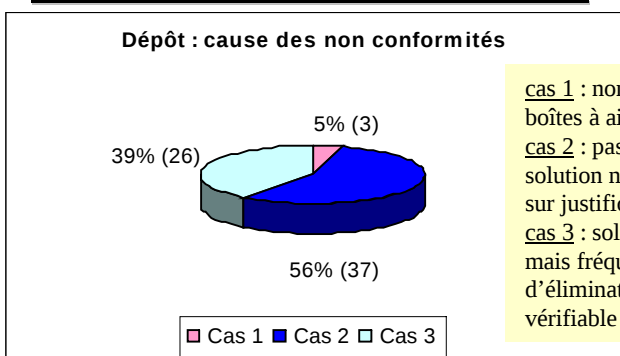
CONFORMITE

Utilisation d'emballages homologués à 95 %

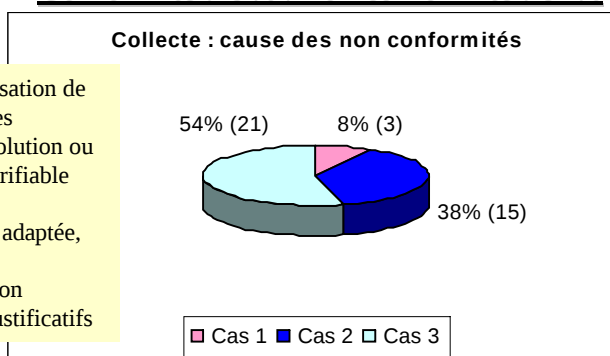


Conformité : 6% / non conformité : 94%

Conformité : 19% / non conformité : 81%



cas 1 : non utilisation de boîtes à aiguilles
cas 2 : pas de solution ou solution non vérifiable sur justificatifs
cas 3 : solution adaptée, mais fréquence d'élimination non vérifiable sur justificatifs



- Les déchets perforants sont en grande majorité séparés des ordures ménagères et éliminés dans des emballages homologués.
- Le dépôt en laboratoire est une solution très utilisée par les IDE, même si celle-ci respecte peu les exigences de traçabilité des déchets.
- La majorité des solutions ne respecte pas la réglementation à cause de la traçabilité des déchets et de la fréquence d'élimination.

ANNEXE VII : Liste des SIVOM et communautés de communes contactés

Nom	Adresse	Téléphone	Communes	Habitants	Contact téléphonique	Commentaires
CdC de la région de Bar sur Aube	21 route de Dijon 10310 CLAIRVAUX	03.25.27.81.24 03.25.27.12.43	27	13696	Service technique 20 juin 2005	- Collecte des déchets des professionnels par la CdC jusqu'en 2000 - Puis reprise par les sociétés privéesPas de mise en place de point de collecte au niveau de la déchetterie - Pas de demande particulière des habitants - Solution proposée : point de regroupement au niveau de l'hôpital
CdC de l'Arce et de l'Ource	10360 ESSOYES	03.25.29.60.47	16	3535	Secrétariat 20 juin 2005	- Pas de demande ni des professionnels ni des habitants - Les professionnels s'organisent entre eux
CdC du Briennois	Rue Henri Becquerel 10500 BRIENNE LE CHATEAU	03.25.27.91.93	19	6428	Président 20 juin 2005	- Pas de demande des professionnels ou des habitants
CdC du Chaourçois	10210 CHAOURCE	03.25.40.16.91	25	4652	Secrétariat 20 juin 2005	- Demande de médecins pour l'accueil en déchetterie - Demandes régulières des habitants (envoi vers les pharmacies) - Pas de point de collecte prévu prochainement en déchetterie (ouverture mars 2005), mais pas exclu
CdC de la région d'Ervy le Chatel	10130 ERVY LE CHATEL	03.25.70.63.34	16	5421	Secrétariat 20 juin 2005	- Pas de demande des professionnels ou des particuliers - Ouverture récente de la déchetterie (mai 2005)
CdC de l'Orvin et de l'Ardusson	10350 MARIGNY-LE-CHATEL	03.25.21.52.32	21	5888	Secrétaire général 20 juin 2005	- Pas de demande des professionnels ou des particuliers - Pas de projet prochainement
SI de Grange l'Evêque	10180 SAINT LYE	03.25.76.24.56	2	3440	Secrétariat 20 juin 2005	- Pas de demande des professionnels ou des particuliers - Aucun accident au niveau du ramassage des OM - Organisation propre du cabinet médical
SIVOM de la région des Riceys	10340 LES RICEYS	03.25.29.30.32	7	2524	Secrétariat 20 juin 2005	- Pas de gestion des DAS - Pas de demande des professionnels ou habitants - Pas d'incident signalé par Onyx
CdC de la région d'Arcis sur Aube	13 rue de Paris 10700 ARCIS SUR AUBE	03.25.37.69.42	6	3905	Secrétariat 21 juin 2005	- Pas de gestion des DAS - Pas de demande des professionnels ou habitants
CdC des Rivières	Place du 11 novembre 10140 VENDEUVRE SUR BARSE	?	12	4664	-	
CdC de Soulaines	Domaine St Victor 10200 SOULAINES DHUYS	03.25.92.59.40	21	2605	Secrétariat 21 juin 2005	- Pas de gestion des DAS - Pas de demande des professionnels ou habitants
CdC du Pays d'Othe Aixoïis	10160 AIX EN OTHE	03.25.46.70.63	13	5823	Secrétariat 23 juin 2005	- Pas de gestion des DAS - Demandes récentes de particuliers (2004) car les pharmaciens ont refusé de reprendre ces déchets >> pas de solution apportée par la cdc - Refus en déchetterie (vérification du contenu) - Pas de remontée d'incident au niveau du tri
CdC des Portes d'Othe	10190 ESTISSAC	03.25.40.42.42	9	4840	Secrétariat 21 juin 2005	- Pas de gestion des DAS - Pas de demande des professionnels ou habitants - Aucun problème en déchetterie

CdC de Plancy l'Abbaye	10380 PLANCY l'ABBAYE	03.25.37.72.67	6	1676	-	
SIVOM de la Vallée de l'Arce	Pla ce de la mairie 10110 CHERVEY	Fax : 03.25.29.81.87	7	1134	-	
SIVOM de la région de Chavanges	Mairie 10330 CHAVANGES	03.25.92.45.84	14	1910	-	
SIVOM de la région de Mery sur Seine	Rue de l'hôtel de ville 10170 MERY SUR SEINE	03.25.21.55.62	10	3345	Secrétariat 21 juin 2005	- Pas de gestion des DAS - Pas de demande des professionnels ou particuliers - Interdiction dans le règlement de la déchetterie
SIVOM de Mussy sur Seine	10250 GYE-SUR- SEINE	03.25.38.24.60	9	3808	Secrétariat 21 juin 2005	- Pas de gestion des DAS - A priori pas de demande - Pas de collecte prévue au niveau de la déchetterie
SIVOM de la région de Nogent sur Seine	10400 NOGENT SUR SEINE	?	10	10515	-	
SIVOM de la région de Ramerupt	10240 COCLOIS	?	16	2360	-	
SIVOM de la région de Saint Mesmin	1 rue du stade 10170 SAINT MESMIN	03.25.70.26.06	5	2748	Secrétariat 23 juin 2005	- aucune information
SIVOM de Trainel	10400 TRAINEL	03.25.39.19.81	19	5983	Responsable déchets 28 juin 2005	- Pas de gestion des DAS - Pas de demande de particulier ou de professionnel - Un incident en 2002 au début du tri avec un cabinet dentaire (DAS dans le tri) - Plus aucun incident depuis dans les 2 déchetteries
SI du Val de Seine	Mairie 10150 LAVAU	03.25.71.18.09	17	12784	-	
SIVOM de la région des Vaudes	10260 SAINT PARRES LES VAUDES	?	6	3092	-	

ANNEXE VIII : Liste des représentants de professionnels libéraux de santé contactés

SIGLE	COORDONNEES	RDV
CONSEIL DE L'ORDRE des MEDECINS	M. le Docteur Didier BREGEAUT	Mercredi 8 juin 2005 à 15h à la DDASS
SYNDICAT MEDECINS.	M. le Docteur Bruno PERRIER	Vendredi 24 juin 2005 à 9h30 Entretien téléphonique
MEDECINS GENERALISTES 10	M. le Docteur Bruno ROUALET	Pas de réponse malgré les relances téléphoniques
CONSEIL DE L'ORDRE des CHIRURGIENS DENTISTES	M. le Docteur Pascal TERRAT	Jeudi 16 juin à 10h Cabinet (Aix en Othe)
SYNDICAT des CHIRURGIENS- DENTISTES	M. Paul DELOISY	Lundi 27 juin 2005 à 9h30 A la DDASS
SYNDICAT des PHARMACIENS	M. Dominique ROBERT	Mercredi 15 juin 2005 à 14h pharmacie de M. ROBERT (Troyes)
CONSEIL DE L'ORDRE des PHARMACIENS	Mme LEPELTIER	
SYNDICAT des PEDICURES- PODOLOGUES	M. Olivier MUTTER	Jeudi 16 juin 2005 à 14h Cabinet (Troyes)
SYNDICAT des INFIRMIERS LIBERAUX	M. Jean-Sébastien SCHWARTZ	congé maladie

**ANNEXE IX : Plaquette d'information de l'AFD
sur le point Containor**

Ce que disent les textes de loi.



Le décret n°97-1048 du 06 novembre 1997
relatif à l'élimination des déchets de soins
à risques infectieux et assimilés

● Art. R. 44-1 : 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."
"Matériels et matériaux piquants ou coupants
destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact
avec un liquide biologique."

● Art. R. 44-2 : Producteurs responsables de leurs déchets

- Industriels (ex : Infirmeries d'usines...).
- Etablissements de santé (ex : Hôpitaux, Cliniques...).
- Professionnels libéraux de santé (ex : Médecins,
Infirmières, Laboratoires d'analyses...).
- Personnes physiques qui exerce l'activité productrice
(ex : Diabétiques...).

● Art. R. 44-3 à 44-9 : les déchets d'activités de soins et assimilés doivent être :

- Séparés des autres déchets dès leur production.
- Collectés dans des emballages à usage unique.
- Incinérés ou pré-traités dans des appareils
de désinfection agréés.

● L'arrêté du 07 septembre 1999

La durée d'entreposage pour une production < à 5 kg
par mois est de **3 mois**.

● L'arrêté du 24 novembre 2003

Les déchets doivent être placés dans des emballages
homologués : norme NFX 30-500, couleur jaune,
avec étiquette d'identification du producteur.

Vous désirez bénéficier de ce service

VOUS POUVEZ NOUS CONTACTER
au 06 14 48 07 19

Association
Française des
Diabétiques



Lieu de regroupement

SITA Dectra : Trival'Aube
du lundi au vendredi
de 9h à 12h et de 14h à 17h
ZI les vignettes, 22, rue de la Douane
10600 La Chapelle-St-Luc

POUR NOUS RETROUVER



avec le soutien de :



"Vous êtes diabétique,
ayez le bon geste !"



Association
Française des
Diabétiques



Edito

"L'Association des Diabétiques de Troyes s'occupe prioritairement de la prévention du diabète et de son dépistage. Confrontée quotidiennement aux problèmes des usagers qui s'auto-médamentent, l'AFD a vite pris conscience qu'il fallait avoir une action concrète pour les déchets de soins des patients. Car il s'agit bien de déchets à risques infectieux qui nécessitent un traitement spécifique. Simple pour l'utilisateur, ce service, gratuit pour les adhérents, consiste à mettre à votre disposition un emballage réglementaire pour vos déchets piquants et coupants.

Quand il est plein, vous le déposez au point Container muni de votre carte d'adhérent AFD. SITA Dectra, société spécialisée, se charge de les acheminer vers une filière de traitement agréée.

Cette initiative a vu le jour grâce à la subvention de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. Nous espérons qu'en 2006 d'autres institutions nous aideront à poursuivre cette démarche pour garantir la santé et la sécurité de tous pour les années à venir".

Le Président de l'AFD de Troyes

Pour votre santé et votre sécurité,
l'AFD peut vous procurer
un emballage homologué.



A qui s'adresse ce service ?

Aux membres de l'AFD, munis de leur carte d'adhérent.
Toute adhésion se fait auprès de l'AFD directement.

Quels sont les déchets concernés ?

Tout matériel piquant ou coupant :

- seringues
- aiguilles
- bandelettes
- lancettes



Pourquoi un emballage homologué ?

Pour assurer une sécurité maximum. Les emballages "à usage unique" sont équipés d'un système de fermeture temporaire pour les utilisations quotidiennes. Un verrouillage définitif est prévu quand l'emballage est plein.



Combien de temps puis-je conserver l'emballage ?

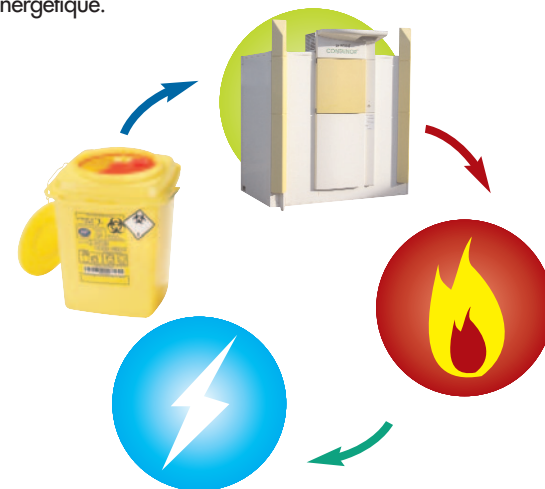
3 mois maximum à votre domicile.
Même s'il n'est pas plein, vous devrez le ramener.

Où dois-je le déposer ?

Au point Container (voir les coordonnées au dos).
Attention : Seuls les emballages homologués distribués seront repris.

Que deviennent-ils ?

SITA Dectra, société spécialisée et certifiée ISO 9001 assure le regroupement des emballages. Une fois par semaine, ils sont acheminés vers des unités de traitement spécifique où ils sont incinérés avec récupération d'énergie. C'est ce que l'on appelle de la valorisation énergétique.



ANNEXE X : Courrier de demande d'information aux sociétés de collecte de DASRI



PREFECTURE DE L'AUBE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DES SOLIDARITÉS

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

Troyes, le 15 juin 2005

Dossier suivi par : Cécile BODIN / Thierry PAUX
☎ : 03.25.76.21.44/45 - 03.25.76.21.47
✉ : cecile.bodin@sante.gouv.fr
thierry.paux@sante.gouv.fr

Objet : Bilan de la gestion des DASRI dans l'Aube

«Titre»,

Dans le cadre de sa mission « gestion des déchets d'activités de soins », le service Santé Environnement de la DDASS de l'Aube souhaite avoir connaissance des différents documents utilisés par les sociétés spécialisées intervenant auprès de producteurs de DASRI du département de l'Aube.

En tant que société de collecte et de traitement des déchets médicaux, pourriez-vous nous faire parvenir **avant le 4 juillet 2005** un exemplaire vierge des documents suivants :

- Convention,
- Bon de prise en charge et/ou bordereau d'élimination,
- Etat récapitulatif annuel,
- Types d'emballages et fournisseur.

Mes services se tiennent à votre disposition pour toute précision.

En vous remerciant de votre réponse, je vous prie d'agréer, «Titre», l'expression de ma considération distinguée.

**P/Le Directeur Départemental
des Affaires Sanitaires et Sociales
L'ingénieur du Génie Sanitaire**

«Société»
«Adresse»
«Code_postal»
«Ville»
(à l'attention de «Titre» «Nom»)

Thierry PAUX

ANNEXE XI : Bilan des informations transmises par les sociétés de collecte de DASRI

	société 1	société 2	société 3	société 4	société 5	société 6
Objet de la convention et parties contractantes						
Objet de la convention	Contrat d'élimination des DASRI "emballages" - nature des déchets (avec exclusion) - fourniture - collecte et transport - traitement	Contrat d'enlèvement et d'incinération des déchets d'activités de soins - nature des déchets (avec exclusion) - collecter - transporter - traiter	- nature des déchets (avec exclusion) - collecter - transporter - traiter ou faire traiter	Contrat de service déchets d'activités de soins - fourniture d'emballages - enlèvement - acheminement et traitement - nature des déchets (avec exclusion)	Convention de collecte et de traitement des déchets de soins - récupération du stock lors de la 1ère collecte - fourniture des collecteurs - collecte, transport et traitement - nature des déchets (avec exclusion)	- mise à disposition de conteneurs homologués - collecte personnalisée - gestion administrative - transport - élimination - nature des déchets (avec exclusion)
Coordonnées du producteur et prestataire	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Durée du service	36 mois, renouvelable	1 an, renouvelable	5 ans, renouvelable	1 an, renouvelable	1 an, renouvelable	1 an renouvelable
Modalités de conditionnement, entreposage, collecte et transport						
Modalités de conditionnement	- consignes de montage et d'utilisation - conditionnement conforme à la législation - identification	- matériel conformes aux normes - pas moyen d'identification	- conteneurs conformes aux normes - consignes d'utilisation - pas moyen d'identification	- emballages homologués - Identification	- collecteurs conformes à la réglementation - pas moyen d'identification	- matériels conformes homologués - identification
Fréquence de collecte	oui	oui	oui	non	oui	oui
Modalités de transport	oui	non	oui	oui	oui	oui
Engagement à respecter les durées	oui	non	oui	oui	non	non
Modalités du prétraitement ou de l'incinération						
Coordonnées des installations	oui	oui	oui	oui	oui	non
Coordonnées de l'installation de secours	oui	oui	non	non	oui	non
Conformité des installations	n°arrêté	oui, mais pas n°arr.	oui, mais pas n°arr.	oui, mais pas n°arr.	n°arrêté	non
Modalités de refus de prise en charge des déchets						
Modalités prévues	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Assurances						
Respect de la législation du travail	oui	non	oui	non	non	non
Polices d'assurance	oui	oui	oui	oui	oui	non
Conditions financières						
Coût établi : service = prix	oui	oui	oui	oui	sans détail	sans détail
Formules de révision	oui	oui	oui	oui	oui	non
Clauses de résiliation						
Clauses prévues	oui	oui	oui	oui	oui	oui

	société 1	société 2	société 3	société 4	société 5	société 6
Bon de prise en charge	- Dénomination et coordonnées du producteur - Date et lieu de collecte - Dénomination et coordonnées du prestataire - Quantité collectée - Signatures	- Date du prochain passage - Date et heure de collecte - Quantité collectée - Dénomination et coordonnées du producteur - Dénomination et coordonnées du collecteur - Dénomination et coordonnées de l'incinérateur - Signatures	certificat d'enlèvement (non fourni)	- Dénomination et coordonnées du producteur - Date et lieu de collecte - Nature et nombre d'emballages enlevés et remis - Dénomination et coordonnées du conducteur - Signatures	-	
Bordereau de suivi	cerfa n°11351*01	cerfa n°11351*01	cerfa n°07-0320	cerfa n°11351*01	cerfa n°11351*01	
Etat récapitulatif annuel	Récapitulatif par client des services (est-il fourni au client?)	Récapitulatif des incinération, mais pas des collecte du producteur	?	?	non	
Emballages	AP - Fûts plastiques - résistant aux perforations - 30, 50 et 60 L	PACAZUR - conteneurs plastiques type 3H2 - résistant aux perforations d'aiguilles et objets coupants - 30, 50 et 60 L (25 kg max)	HOSPIDEX BOX, CONSENUR BOX ou WIWA MAUSER - fûts plastiques - résistant à la perforation	PACAZUR - bacs plastiques - résistant à la perforation - 30 et 50 L	ANDEC - emballages combinés - non résistant à la perforation - 50 L (15 kg)	
	SHARPAK ou NURSY - boîtes pour déchets perforants - 0,6, 1,8, 3, 4,5, 5 et 10 L	4G Santé - emballages combinés - homologués ADR pour mous et secs - 12, 25 et 50 L (6, 10 et 15 kg max.)	HOSPIDEX BOX, REFLEX BOX ou CONSENUR BOX - conteneurs plastiques - résistant à la perforation	SEPTO-SAFE ou -ECO - collecteurs d'aiguilles et d'objets souillés - 0,6, 1,5, 2, 5, 6, 7 et 12 L	HOSPIDEX - fûts plastiques - résistant à la perforation - 33 L	
	CLINIBOX, - caisses en carton - pour déchets mous ou boîtes PCT - 25 et 50 L	HOSPIDEX - fûts plastiques - résistants à la perforation - 35 et 60 L (14 et 25 kg max.)		SEPTOGRIP - containers plastiques - 30, 50 et 60 L (20 et 30 kg max.)	SHARPSAFE - conteneurs plastiques - résistant à la perforation - 0,3, 1, 2, 4 et 7 L	

ANNEXE XIV : Proposition de questionnaire d'enquête auprès des laboratoires d'analyse de biologie médicale



EVALUATION DE L'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS

SITUATION PROFESSIONNELLE

Nom du laboratoire :

CACHET

Adresse :

Téléphone : fax :

Email :

Identité de la personne qui remplit le questionnaire :

Nom et prénom :

Fonction :

PRODUCTION, TRI ET ENTREPOSAGE

1. Vous produisez :

☐ moins de 5 kg de déchets par mois

☐ plus de 5 kg de déchets par mois

2. Eliminez-vous vos déchets perforants séparément des déchets ménagers ?

☐ oui

☐ non

2'. Si oui, quels emballages utilisez-vous ?

☐ boîtes à aiguilles jaunes homologuées

☐ autres, précisez

3. Eliminez-vous vos déchets non perforants (objets souillés, pansements,...) séparément des déchets ménagers ?

☐ oui

☐ selon le risque infectieux

☐ non

3'. Si oui, quels emballages utilisez-vous ?

☐ cartons doublés plastique homologués

☐ fûts jaunes homologués

☐ sacs jaunes homologués

☐ autres, précisez

4. Quel est votre fournisseur d'emballages ?

Nom :

Adresse :

Téléphone :

5. Avez vous un local d'entreposage dédié aux déchets ?

☐ oui

☐ non

5'. Si non, où entreposez-vous vos déchets avant leur enlèvement ?

6. Acceptez-vous des déchets d'activités de soins de patients (insulino-dépendants par exemple) ?

☐ oui

☐ non

6'. Si oui, combien de patients cela représente-t-il ?

7. Acceptez-vous des déchets d'activités de soins de professionnels libéraux de santé ?

☐ oui

☐ non

7'. Si oui, combien de professionnels cela représente-t-il ?

7''. Si oui, comment assurez-vous la traçabilité des déchets ?

☐ convention

☐ bon de prise en charge

☐ bordereaux de suivi

☐ autre, précisez

ELIMINATION

8. Quelle est la solution que vous avez adoptée pour l'élimination de vos déchets d'activités de soins ?

- ☐ collecte par une société prestataire
- ☐ dépôt par vos soins dans un lieu de regroupement
- ☐ appareil de désinfection
- ☐ autre, précisez

8'. Depuis quand ?

9. Si vous déposez vos déchets dans un lieu de regroupement, quelle est sa localisation ?

- ☐ établissement de santé
- ☐ autre laboratoire d'analyse de biologie médicale
- ☐ officine
- ☐ fournisseur de matériel médical
- ☐ borne automatisée
- ☐ déchetterie
- ☐ autre, précisez

9'. Précisez les coordonnées de ce lieu de regroupement :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

10. Si vos déchets sont collectés sur place, quelle est la société prestataire ?

Nom :

Adresse :

Téléphone :

11. En moyenne, à quelle fréquence éliminez-vous vos déchets ?

- ☐ 1 fois par semaine
- ☐ plusieurs fois par semaine, précisez
- ☐ 1 fois par mois
- ☐ 1 fois tous les 3 mois
- ☐ 1 fois tous les 6 mois

12. Avez-vous signé une convention pour l'élimination de vos déchets ?

- ☐ oui
- ☐ non

13. Gardez-vous un reçu (bon de prise en charge ou bordereau de suivi) après la remise de vos déchets ?

- ☐ oui
- ☐ non

14. Recevez-vous un récapitulatif annuel ?

- ☐ oui
- ☐ non

15. Quel est le coût annuel de l'élimination de vos déchets ?

- ☐ moins de 100 €
- ☐ entre 100 et 300 €
- ☐ entre 300 et 500 €
- ☐ plus de 500 €

Remarques :