

CAHIER TECHNIQUE

Déchets de soins des particuliers



RISQUES ET
RESPONSABILITÉS
DE LA
COLLECTIVITÉ



CE QUI SOIGNE NE DOIT PAS ENSUITE INFECTER NOTRE VIE!

ADEME



Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie
Délégation Régionale des Pays de la Loire

Les personnes en auto-soins se soignant à domicile génèrent des déchets bien particuliers. Ces derniers réclament une élimination spécifique afin de limiter les risques liés à leur caractère infectieux.

Les "piquants-coupants" usagés sont ceux qui actuellement posent le plus de problèmes en terme d'image et de sécurité. Ils sont encore en majorité déposés dans des collecteurs plus ou moins sécurisés (type bouteille plastique) et rejoignent ensuite les circuits classiques d'élimination des ordures ménagères, voire de collecte sélective. L'impact émotionnel et psychologique, mais aussi le risque réel d'accident et de contamination ne sont plus à négliger.

Aujourd'hui, la prise en compte des déchets de soins des particuliers (DSP) s'impose compte tenu des risques sanitaires et environnementaux qu'ils engendrent.

Concrètement, il s'agit :

- d'une part de répondre aux demandes croissantes des particuliers sur le devenir de leurs déchets : que faire de nos seringues ?
- d'autre part d'éviter de retrouver ces piquants-coupants dans les filières d'ordures ménagères et d'assurer ainsi la sécurité du personnel (ripeurs, trieurs, agents de déchèterie, agents communaux...).

De plus, ceci s'inscrit totalement dans les responsabilités et les pouvoirs de police du maire, notamment sur les questions de salubrité publique.

Cette préoccupation rejoint par ailleurs les orientations actuelles en matière de gestion des déchets : la réduction à la source, une meilleure prise en compte des déchets toxiques produits par les ménages et la maîtrise des coûts.

La délégation régionale de l'ADEME, confrontée à cette problématique depuis déjà plus de 4 années, souhaite partager ses réflexions et ses connaissances sur le sujet.

Ce guide a ainsi pour objectif d'aider les collectivités ligériennes à comprendre et agir. On y trouvera ainsi : les raisons et les moyens pour s'investir sur le sujet, la réglementation, les résultats d'études, différents scénarios de collecte des DSP..., autant d'éléments destinés à comprendre les enjeux et à fournir les outils techniques propres à cette filière.

"Aujourd'hui, la prise en compte des déchets de soins des particuliers (DSP) s'impose compte tenu des risques sanitaires et environnementaux qu'ils engendrent."

Confiée par la délégation régionale de l'ADEME au CNAM, l'étude préalable et la rédaction de ce document, menées par Christophe Bodin doit beaucoup à la disponibilité des partenaires : les collectivités, les DDASS et la DRASS, la CRAM, les associations de diabétiques et la société Onyx Loire-Bretagne. Qu'ils en soient tous ici chaleureusement remerciés.

"Ce guide a ainsi pour objectif d'aider les collectivités ligériennes à comprendre et agir."



Déchets de soins des particuliers



4 Pourquoi collecter ?

- 2 raisons majeures
- Interview d'Hervé Grelier
contrôleur de sécurité - CRAM des Pays de la Loire

6 La problématique

- La réglementation en vigueur
- Le gisement des déchets de soins des particuliers
 - L'exemple des diabétiques
 - Le gisement régional potentiel
 - Le secteur diffus

10 Comment collecter ?

- 2 scénarios de collecte proposés
- Avantages et inconvénients des différents circuits de collecte
- Une idée du coût
- Recommandations

15 Définitions utiles

16 Pour en savoir plus

2 raisons majeures

“la conscience environnementale du citoyen s’est nettement développée ces dernières années.”

Celui-ci refuse désormais de jeter ses déchets à risques avec ses ordures ménagères. C’est pourquoi il se tourne de plus en plus souvent vers sa collectivité pour connaître la bonne marche à suivre et avoir les outils nécessaires à une élimination sécurisée.



“les DSP peuvent présenter des risques d’accident sur l’ensemble de la filière classique d’élimination : la collecte, le tri et le stockage”*

Il convient donc de réduire ces risques afin de protéger les personnes :

- les utilisateurs et leur entourage proche (famille, enfants...),
- les agents responsables de la collecte et du tri des ordures ménagères (ripeurs, trieurs, agents de déchèterie, agents communaux, ...),
- tout usager de la voie publique en général.

Limitier alors les risques infectieux, mais aussi les impacts psychologiques, nécessite de mettre en œuvre :

- un conditionnement spécifique des piquants-coupants,
- une filière de collecte adaptée, efficace, rentable et sécurisée,
- une campagne de sensibilisation et d’information des usagers performante.



“Les conséquences psychologiques et économiques peuvent être, quant à elles, considérables.”

Même s’il est très difficile aujourd’hui d’évaluer avec précision le nombre d’accidents dus à la présence de DASRI* dans les déchets, il semble que la piqûre par une seringue reste, fort heureusement, relativement rare. Les conséquences psychologiques et économiques peuvent être, quant à elles, considérables. Et, au-delà du traumatisme, le coût d’une trithérapie préventive ou bien d’un traitement d’hépatite contractée après piqûre accidentelle, s’élève à plusieurs dizaines de milliers d’euros. Il est donc nettement supérieur à la mise en place d’une filière d’élimination adéquate.

Mais, dès lors qu’un accident se produit, la question de la responsabilité revient immédiatement. Est-ce la faute de la collectivité et du maire au regard de la salubrité publique, du prestataire chargé de l’élimination, du particulier ayant déposé le déchet... ?

* Voir définition page 15

Comment
le service
de prévention
des risques
professionnels
de la CRAM
des Pays de la
Loire s'inscrit-il
dans cette
thématique ?

“

Les salariés, notamment des chaînes de tri, sont directement exposés aux risques d'accidents du travail et de maladie professionnelle lorsqu'ils sont confrontés à la présence de piquants-coupants. En cas d'accident, deux aspects sont à considérer : premièrement, le traumatisme humain, lourd à supporter d'un point de vue psychologique ; deuxièmement, le coût de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle qui est supporté par les entreprises et pouvant être très élevé.

Voilà pourquoi les services de prévention de la CRAM s'intéressent à ce problème, en étroite collaboration avec la médecine du travail.

Ce type de risque (infectieux) classé, pour nous, dans la catégorie des risques biologiques, est intégré dans le Document Unique d'évaluation des risques des entreprises.

Quelle démarche avez-vous alors adoptée ?

En premier lieu, le port d'équipements individuels par les salariés (gants et manchettes). Ensuite, l'application de procédures.

Les centres de tri doivent mettre en place un certain nombre de protocoles : l'arrêt de la chaîne de tri, l'identification du déchet, le traitement de la blessure puis l'évacuation de la victime vers les services médicaux adaptés.

Cependant, la première mesure à prendre est d'éliminer le risque à la source. C'est pourquoi nous suivons avec intérêt le travail de l'ADEME sur ce sujet.

Où en êtes-vous actuellement ?

Quelle évolution présentez-vous sur cette problématique ?

Une enquête sur les centres de tri de la région est en cours. Ses résultats permettront notamment de relever le nombre d'accidents survenus ces 3 dernières années, d'identifier les déchets de soins présents sur les chaînes de tri et leur fréquence, de calculer le nombre d'opérateurs exposés...

Globalement, l'évolution est plutôt positive. On en trouve de moins en moins sur les chaînes de tri. Mais il semblerait que nous ayons atteint une sorte de pallier qui, lui, sera peut-être plus difficile à franchir.

Il est encore fréquent de retrouver des bouteilles plastiques remplies d'aiguilles.

Quoi qu'il en soit, la personne qui se blesse demeure peu intéressée par ces différentes données ou statistiques...

”

La réglementation concernant l'élimination des DASRI* repose sur les articles R. 1335-1 à R.1335-8 (responsabilités et obligations des producteurs), R.1335-13 et R.1335-14 (contrôle de la filière) du Code de la Santé Publique et sur les deux arrêtés du 07 septembre 1999 (modalités d'entreposage et suivi de la filière).

■ Article R. 1335-2 du Code de la Santé Publique

La responsabilité d'élimination des DASRI* incombe :

- à l'établissement de santé producteur de ces déchets,
- à la personne morale pour le compte de laquelle un professionnel de santé exerce son activité productrice de déchets,
- dans les autres cas, à la personne physique qui exerce l'activité productrice de déchets.

■ L'arrêté du 07 septembre 1999, relatif aux modalités d'entreposage des DASRI* et assimilés et des pièces anatomiques

DURÉE MAXIMALE ENTRE LA PRODUCTION DU DÉCHET ET L'ENLÈVEMENT OU LE TRAITEMENT	
QUANTITÉS MAXIMALES DE DASRI* STOCKÉES	DÉLAI DE STOCKAGE MAXIMUM AUTORISÉ
< à 5 kg / mois	3 mois entre la production et l'enlèvement
> à 5 kg / mois et < à 100 kg / semaine	7 jours entre la production et le traitement
> à 100 kg par semaine	72 heures entre la production et le traitement

■ L'arrêté du 07 septembre 1999, relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI* et assimilés et des pièces anatomiques

LE SUIVI DE LA FILIÈRE D'ÉLIMINATION DES DASRI*	
QUANTITÉS PRODUITES	SUIVI À METTRE EN ŒUVRE
Production de DASRI* inférieure à 5 kg/mois. Regroupement des déchets.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lors de la remise des déchets, le prestataire assurant le regroupement remet au producteur un bon de prise en charge. ■ Le bordereau de suivi (CERFA n° 11352-01) auquel est annexé la liste de tous les producteurs est émis par le prestataire assurant le regroupement. ■ Une copie est adressée à tous les producteurs par le prestataire de regroupement après réception du bordereau de suivi complété par l'éliminateur (délai d'un mois).
Production de DASRI* inférieure à 5 kg/mois. Regroupement ou non.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lors de la remise de déchets au prestataire assurant le regroupement, le producteur émet un bon de prise en charge. ■ Bordereau de suivi (CERFA n° 11352-01) + liste de tous les producteurs, émis par le prestataire assurant le regroupement. ■ Envoi annuel d'un état récapitulatif des opérations de traitement par le prestataire à chaque producteur.
Production de DASRI* supérieure à 5 kg/mois. Pas de regroupement.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lors de la remise de déchets au prestataire de l'élimination, le producteur émet un bordereau de suivi (CERFA n° 11351-01).
Production de DASRI* supérieure à 5 kg/mois. Regroupement des déchets.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lors de la remise de déchets au prestataire de l'élimination, le producteur émet un bordereau de suivi (CERFA n° 11352-01).

* Voir définition page 15

Article 6 : le niveau minimum d'exigence requis pour les boîtes et minis-collecteurs pour déchets perforants correspond à la norme NF x 30-500 (déc 99).
Cf p 14

L'analyse de **Me François OILLIC**
Avocat au barreau de Nantes – Spécialiste de l'environnement

Les personnes
publiques
compétentes
ont-elles
l'obligation
d'éliminer les
déchets
d'activités de
soins à risques
infectieux
produits par les
ménages ?

“

Les accidents causés par des matériels et matériaux piquants ou coupants abandonnés ou mélangés aux ordures ménagères, ont posé la problématique de leur collecte.

Pour des raisons de sécurité et de santé publique, il appartient au maire, autorité titulaire du pouvoir de police, de prévenir ces accidents. Si, à ce titre, l'offre d'un service public d'élimination de ces déchets ne constitue pas la seule réponse, elle répond pour le moins à un besoin d'intérêt général.

Toute personne qui produit des DASRI et assimilés, est tenue de les éliminer.*

Ces producteurs peuvent toutefois, par une convention écrite, confier l'élimination de leurs déchets à une autre personne qui est en mesure d'effectuer ces opérations (article R. 1335-3 du Code de la santé publique). Ce n'est là qu'une application des dispositions de l'article 2 de la loi n° 75-633 du 15 juillet 1975, relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux, aujourd'hui codifié sous l'article L. 541-2 du Code de l'environnement.

Ces textes distinguent donc l'obligation d'élimination, qui incombe au producteur, de la prestation matérielle d'élimination qui peut être confiée à un tiers.

Aux termes de l'article L. 2224-13 du Code général des collectivités territoriales, les personnes publiques compétentes en matière d'élimination

et de valorisation des déchets des ménages ont l'obligation d'assurer ce service.

Il en est de même, aux termes de l'article L. 2224-14 du même code, pour "les autres déchets définis par décret, qu'elles peuvent, eu égard à leurs caractéristiques et aux quantités produites, collecter et traiter sans suggestions techniques particulières".

Les DASRI produits par les ménages ne sont pas à proprement parler des ordures ménagères, implicitement visés par l'article L. 2224-13 du Code général des collectivités territoriales. Ils relèveraient davantage de ceux visés à l'article L. 2224-14 du même code, même si des suggestions techniques particulières s'imposent pour leur collecte et leur traitement.*

Quel que soit le fondement juridique retenu, il semble bien que les personnes publiques compétentes en matière d'élimination et de valorisation des déchets des ménages aient l'obligation d'assurer l'élimination des DASRI que ces derniers produisent.*

Conformément à l'article R. 2224-27 du Code général des collectivités territoriales, le maire portera à la connaissance des administrés, les conditions dans lesquelles il doit être procédé à l'élimination de ces déchets.

L'autorité organisatrice du service procédera pour sa part à une adaptation du règlement du service.

L'EXEMPLE DES DIABÉTIQUES

De par la régularité du traitement et le développement considérable de la maladie, les diabétiques sont ceux qui produisent la plus grande part de piquants-coupants. On distingue le diabète de type 1 et de type 2.

Le diabète de type 2, appelé diabète gras, est essentiellement dû à un excès de poids. Le traitement passe par un régime alimentaire adapté, l'exercice d'une activité physique et éventuellement la prise de médicaments par voie orale.

Le diabète de type 1, les insulino-dépendants, représente environ 10 % des diabétiques. Il nécessite des injections d'insuline.

Le traitement exige une certaine rigueur au niveau des soins, mais aussi de l'hygiène de vie. L'enjeu du traitement est considérable afin d'éviter toute complication dégénérative.

Les diabétiques de type 1 sont ainsi des utilisateurs réguliers de piquants-coupants car ils sont dans

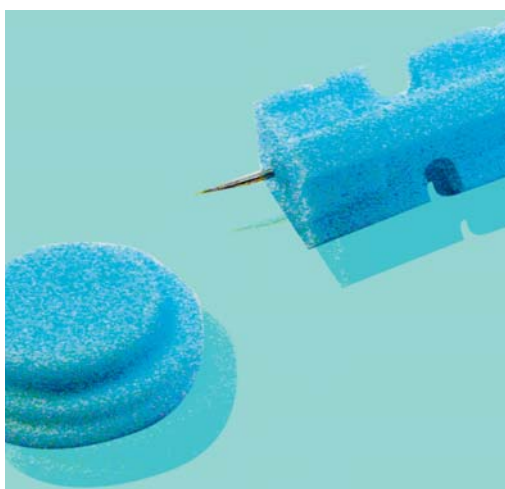
"C'est pourquoi l'estimation de la population utilisatrice de piquants-coupants devient un élément essentiel, afin d'avoir une idée des quantités de déchets produites et collectables."

l'obligation de vérifier, en moyenne 6 fois par jour, leur taux de glucose dans le sang et de se faire plusieurs injections quotidiennes d'insuline.

On sait aujourd'hui que certains diabétiques de type 2 doivent également se faire des injections d'insuline après plusieurs années de traitement. Par ailleurs, le nombre total de diabétiques risque de doubler d'ici 2015.

Le gisement de déchets issus de ce traitement risque fort d'augmenter sur les 10 prochaines années. A ce gisement potentiel s'ajoute celui des soins liés à d'autres maladies.

L'élimination des piquants-coupants des ménages pourrait alors devenir une réelle préoccupation pour les pouvoirs publics, au même titre que les autres déchets toxiques produits en quantité dispersée.



■ Estimation du gisement potentiel régional de piquants-coupants pour les diabétiques

Estimation de la population diabétique régionale de type 1 : environ **7 500 personnes** sur la région, soit presque 0,25 % de la population totale.

Selon l'AFD - Association Française des Diabétiques - un diabétique insulino-dépendant produit en moyenne **4 kg de déchets par an** (seringues, aiguilles de stylos, lancettes...).

Sachant que le taux classique de récupération est de 70% lorsqu'une filière atteint son rythme de croisière, les quantités collectées seraient ainsi de l'ordre de **20 tonnes par an sur la région, uniquement pour les diabétiques.**

LE GISEMENT RÉGIONAL POTENTIEL DE PIQUANTS-COUPANTS

Bien qu'actuellement aucune étude ne fasse état de ces données, **le nombre total de particuliers en auto-soins pourrait équivaloir au double du nombre de diabétiques, soit environ 0.5 % de la population totale.** Ils produiraient alors environ 40 tonnes annuelles pour les Pays de la Loire.

Les données fournies par la société de prestation de service Onyx Loire Bretagne, basées sur des collectes de piquants-coupants, effectuées via les pharmacies sur diverses collectivités (service Médicollecte) confirment cette estimation.

Selon ces résultats, les quantités collectées de DSP*,

de diabétiques et d'autres particuliers en auto-soins atteignent déjà 20 tonnes par an pour les Pays de la Loire.

Par ailleurs, on suppose une augmentation sensible des quantités de DSP* à éliminer dans les prochaines années. Elle sera imputable, d'une part à l'accroissement de la population insulino-dépendante et d'autre part au développement de l'auto-soins à domicile. Cette dernière est en effet considérée par les spécialistes du milieu médical comme une future alternative à l'hospitalisation et aux soins infirmiers dispensés par un professionnel.

* Voir définition page 15

LE SECTEUR DIFFUS = UNE PROBLÉMATIQUE

Sur les 650 millions de tonnes de déchets produites chaque année en France, 150 000 tonnes sont des DAS*.

Pour l'ensemble des établissements de soins, que l'on appellera ici les gros producteurs, la législation est à ce jour bien suivie, et les conditions d'élimination sont correctes.

Le problème actuel se situe plus au niveau du secteur diffus qui, comme son nom l'indique, se caractérise par un gisement de déchets relativement faible et particulièrement dispersé, donc difficile à capter : les professionnels de santé en exercice libéral, tout autre producteur occasionnel ou régulier de faibles quantités de DAS* infectieux ou non, les particuliers en auto-soins, les toxicomanes...

L'ADEME estime la production nationale de déchets des professionnels du secteur diffus à environ 5 à 10 000 tonnes pour l'année 2000.

Ces déchets ne sont pas traités dans ce présent guide, considérant que la responsabilité en incombe très clairement à leurs producteurs et que tous les moyens techniques et logistiques pour une bonne gestion existent. Il ne serait donc pas pertinent que

les collectivités se substituent aux obligations des professionnels.

C'est pourquoi, seule la problématique des déchets de soins des particuliers est abordée, les personnes en auto-soins n'ayant, à ce jour, pas fait l'objet d'évaluation ou d'étude particulière à l'échelle nationale.



L'avis de **Roseline GALERNE**

Présidente de l'ADNR (Association des Diabétiques de Nantes et sa Région)

Quelles solutions pour les déchets des diabétiques ?

“ Depuis janvier 1999, je suis Présidente de l'Association des Diabétiques de Loire Atlantique qui compte 450 adhérents. C'est une association de patients diabétiques de type 1 et de type 2. Le diabète de type 1 représente 5 à 10% de tous les cas de diabète et c'est celui qui est le plus concerné par les déchets de soins à risques. Plusieurs fois par jour, ces personnes se font des injections d'insuline et des contrôles sanguins. Selon la loi, chacun est responsable des déchets qu'il produit, nous sommes bien d'accord, mais aucune solution n'est donnée aux diabétiques pour éliminer leurs déchets. Nous ne pouvons pas jeter la pierre aux personnes qui mettent leurs déchets à la poubelle car, pour le moment, il n'y a rien d'autre de prévu.

Pour avoir réfléchi sur ce problème et avec l'initiative du Syndicat Mixte de

Châteaubriant, il ressort une solution qui me paraît la plus simple pour les diabétiques : c'est la relation avec le pharmacien. Tous les mois, chaque diabétique va à sa pharmacie muni de son ordonnance pour avoir de l'insuline et son matériel d'injection. Pourquoi le pharmacien ne lui donnerait-il pas un conteneur pour mettre ses déchets ? Le diabétique le retournerait plein à une période fixée avec le pharmacien.

Chaque diabétique est prêt à participer à l'élimination de ses déchets mais faut-il encore qu'on lui en donne les moyens. C'est vers vous "collectivités locales", responsables de la collecte des déchets ménagers, que nous nous tournons pour mettre en place une collecte des DASRI*.

”

* Voir définition page 15

2 scénarios de collecte proposés

L'ADEME constate l'émergence des collectes de DSP*, tant au niveau national qu'en Pays de la Loire. Les prémices d'une nouvelle filière d'élimination se dessinent.

La réglementation concernant ces déchets est encore récente. C'est peut-être pour cette raison que les collectivités ne se sentent pas forcément responsables et mettent parfois en place des systèmes de collecte plus ou moins aboutis et respectueux de la réglementation. Ceci s'explique également par le manque d'informations.

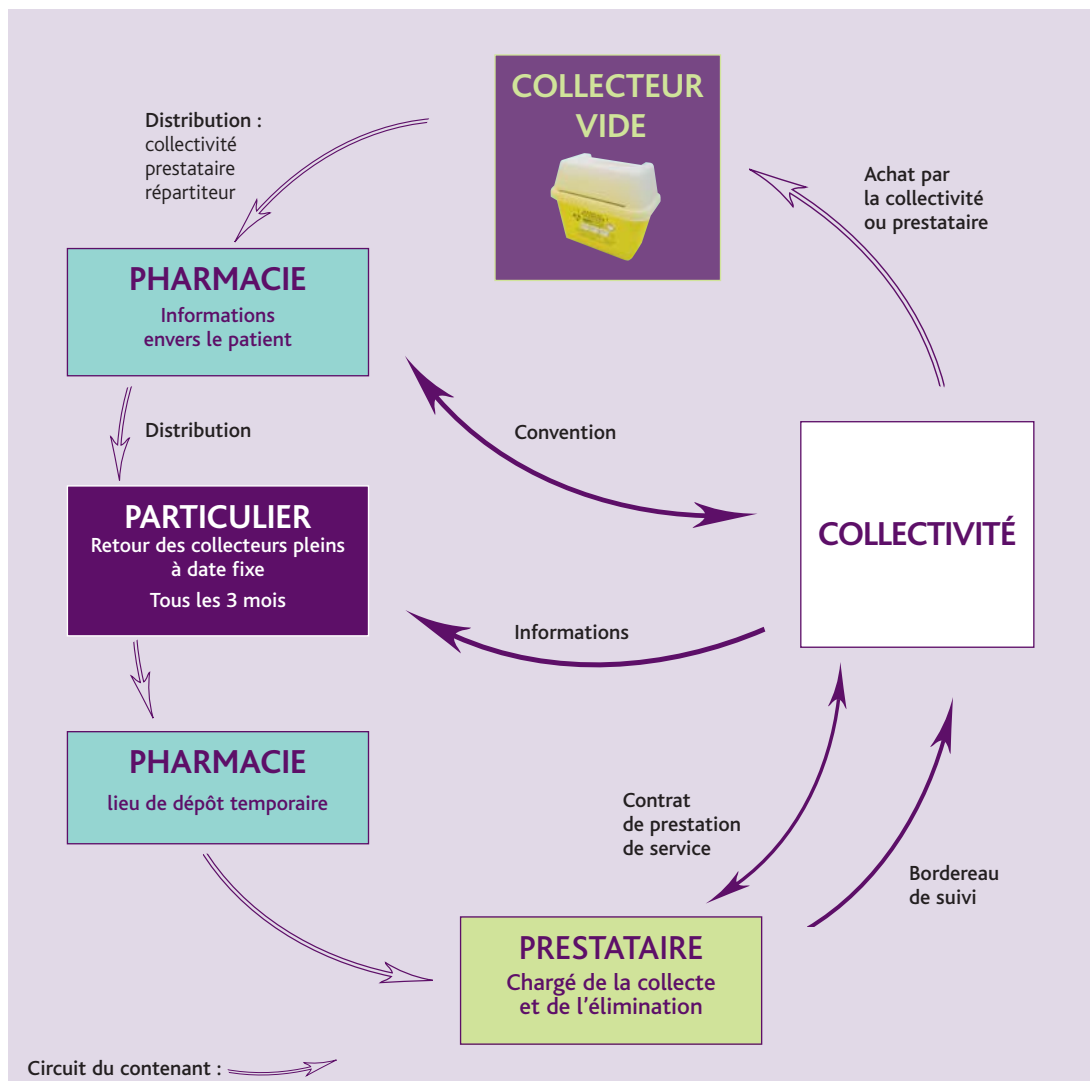
Issus de quelques retours d'expériences, différents scénarios s'offrent aux collectivités soucieuses de récupérer ces déchets et d'assurer la sécurité de cette filière : l'apport en déchèterie, la récupération via les pharmacies.

Il existe aussi l'apport volontaire en borne automatisée. Cependant ce scénario ne paraît pas envisageable pour une collecte des déchets de soins qui serait organisée uniquement pour les particuliers, le coût de l'opération apparaissant comme prohibitif.

Les 2 scénarios d'élimination des DSP* présentés par apport volontaire en pharmacie et par apport volontaire en déchèterie, tiennent compte :

- du respect de la législation en vigueur,
- de l'efficacité du circuit,
- des moyens financiers à engager,
- de la satisfaction des usagers.

1 • LE CIRCUIT DE COLLECTE VIA LES PHARMACIES



Comment collecter ?

Déchets de soins des particuliers

* Voir définition page 15

> Le SICTOM du Pays de Fougères (35)

Un agent de tri se pique accidentellement avec une seringue usagée.

En avril 2000, le SICTOM décide alors la mise en place d'un service de collecte des DSP*. En 2001, l'ensemble des 31 pharmacies participe à cette collecte et récupère les piquants-coupants des particuliers diabétiques essentiellement. Le nombre

d'insulino-dépendants a été estimé à 170.

La collectivité fournit aux particuliers des boîtes de 2 litres.

Elle constate qu'il faut au minimum une année de fonctionnement pour que l'opération se stabilise. En effet un certain nombre de boîtes restent en circulation et ne sont pas récupérées dans les délais initialement prévus.



> La Communauté d'agglomération Saumur Loire Développement (49)

La collecte initialement mise en place en 2001 avec les 15 pharmaciens de Saumur s'est étendue en 2003 à la communauté d'agglomération.

Afin de respecter la législation en vigueur, 4 collectes par an sont organisées.

L'opération semble bien fonctionner même si certains pharmaciens ne font pas systématiquement

La collectivité constate qu'une année de fonctionnement est nécessaire pour obtenir un dispositif efficace.

connaître le système de récupération proposé à leurs clients. A l'inverse, des officines accueillent jusqu'à 50 particuliers en auto-soins (diabétiques, toxicomanes...).

Sur 18 mois, soit 6 collectes, 655 collecteurs de 2 litres ont été récupérés, soit une moyenne de 109 par collecte.

> La Communauté de communes de l'Orée de Bercé Belinois (72)

Site-pilote de la délégation régionale de l'ADEME Pays de la Loire

Arnaud CHOPLAIN – Technicien territorial

"En octobre 2002, suite à un incident survenu au centre de tri (un trieur se pique avec une aiguille), les élus communautaires décident de mettre en place la collecte des DSP*.

Par l'intermédiaire des 7 pharmaciens installés sur le territoire communautaire avec qui nous avons signé une convention de partenariat, la collectivité distribue aux malades en auto-soins des collecteurs spécifiques de 3 litres. Les utilisateurs obtiennent gratuitement ces collecteurs qui, une fois remplis, et seulement pendant des périodes déterminées, sont redéposés à l'officine.

Un prestataire privé se charge alors de collecter et d'éliminer ces déchets d'activités de soins en respectant les normes en vigueur.

Au regard de ce bilan positif et de la satisfaction des usagers, les élus ont logiquement décidé de reconduire l'opération pour 2004."

L'opération a remporté un grand succès puisqu'elle nous a permis d'éliminer plus de 180 collecteurs pour un coût annuel dérisoire inférieur à 1 500 euros.

> Le Syndicat mixte du Val de Loir (72)

Site-pilote de la délégation régionale de l'ADEME Pays de la Loire

Stéphanie GUILLOU

Responsable de la gestion des déchets

"Le Syndicat Mixte du Val de Loir a mis en place une collecte des déchets de soins des particuliers en août 2001. Avant cette date, la présence d'aiguilles dans les sacs de collecte avait été rapportée. Cela pouvait entraîner des risques de piqûres des personnels chargés de la collecte et du tri.

Une collaboration entre le Syndicat et les pharmaciens a alors été entreprise.

La collecte a lieu dans les 14 pharmacies du territoire. On estime au départ à 320 les particuliers en auto-soins.

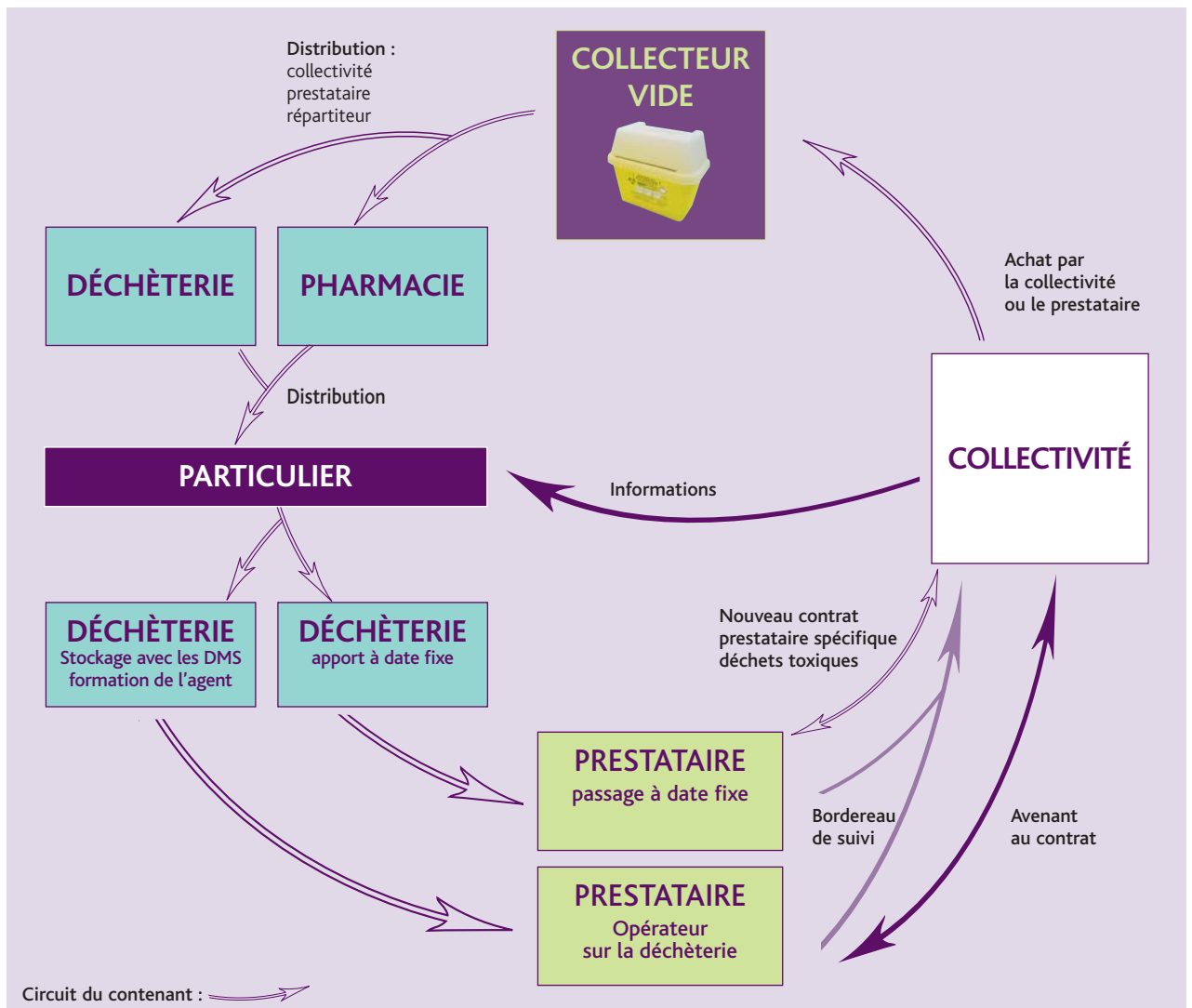
Résultats après deux années de fonctionnement : 239 cartons incinérés, soit 1 650 collecteurs de 1 litre et 1 061 collecteurs de 3 litres récupérés.

Le Syndicat a connu quelques difficultés au lancement de l'opération pour faire respecter les dates de dépôt des collecteurs en pharmacies, les usagers ne les rapportant qu'une fois pleins. Pour remédier à ce problème, des autocollants ont été rajoutés sur chaque collecteur, indiquant les dates du prochain dépôt."

Le Syndicat a connu quelques difficultés au lancement de l'opération pour faire respecter les dates de dépôt des collecteurs en pharmacies, les usagers ne les rapportant qu'une fois pleins.

2 scénarios de collecte proposés

2 • LE CIRCUIT DE COLLECTE DES DSP* PAR APPORT EN DÉCHÈTERIE



> La Communauté urbaine de Brest (29)

Des agents de tri ont été piqués par des aiguilles contenues, pour la majorité, dans des bouteilles en plastique. Suite à ces accidents, la collectivité décide de mettre en place en 1993 une collecte des DSP*, via les pharmacies.

Depuis février 2002, les boîtes sont distribuées via les pharmacies, mais désormais apportées en déchèterie une fois remplies. Les pharmaciens ne souhaitent plus récupérer les boîtes pleines, considérant l'officine comme appartenant au circuit propre du médicament, et non souillé.

Les pharmaciens ne souhaitent plus récupérer les boîtes pleines,...

Les contenants sont remis aux pharmaciens par les répartiteurs, pour être ensuite distribués aux particuliers. La collectivité en achète environ 1 200 par an. Des bornes de collecte sont mises à disposition des toxicomanes. Elles sont gérées par le service Santé et Environnement de la Ville.

> Le SMIRGEOMES (72)

Site-pilote de la délégation régionale de l'ADEME Pays de la Loire

Les particuliers en traitement régulier reçoivent une boîte de 2 litres et ceux en traitement occasionnel une boîte de 1 litre. Elles leur sont remises directement par le prestataire chargé de la collecte lors de son stationnement en déchèterie. Il est également possible de se procurer des contenants au bureau du syndicat.

La collectivité a répondu ainsi aux demandes des particuliers et travaille notamment en partenariat avec les associations de diabétiques locales. Ces dernières vont en partie s'investir dans la communication autour de l'opération mise en place.

Ce circuit s'inspire largement de celui du Syndicat de Vendôme (41) qui existe depuis 2001.

Depuis octobre 2003, la collecte est assurée en déchèterie une fois par mois, pendant 3 heures et selon un calendrier préétabli.

* Voir définition page 15

■ AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES DIFFÉRENTS CIRCUITS DE COLLECTE DES DSP*

	LE CIRCUIT D'APPORT EN DÉCHÈTERIE	LE CIRCUIT D'APPORT EN PHARMACIE
AVANTAGES	<ul style="list-style-type: none"> - Respect de la réglementation - Système moins onéreux que via les officines - Réseau bien dispersé sur le territoire et connu du grand public - Possibilité d'élargir le service aux professionnels du secteur diffus - Simple à gérer pour la collectivité 	<ul style="list-style-type: none"> - Respect de la réglementation - Coût modeste - Satisfaction des usagers : <ul style="list-style-type: none"> - proximité du service - respect de la confidentialité - Communication directe avec l'utilisateur par le pharmacien - Simple à gérer pour la collectivité - Efficacité et rentabilité du circuit
INCONVÉNIENTS	<ul style="list-style-type: none"> - Problème de la confidentialité et de l'anonymat - Problème de proximité et d'accès pour certains malades - Rentabilité moindre (participation moins importante) - Risques d'accroissement des problèmes de vandalisme 	<ul style="list-style-type: none"> - Exige l'adhésion des pharmaciens et une volonté d'implication - Capacités de stockage (déchets des professionnels libéraux de la santé exclus)

La collecte via les pharmacies semble être la plus appropriée aux seuls DSP*.

La législation en vigueur est respectée et le coût de l'opération semble être acceptable compte tenu du gisement à éliminer. De plus, les usagers sont satisfaits de ce circuit peu contraignant (la pharmacie étant un lieu de passage fréquent) et l'objectif de toucher un maximum de personnes en auto-soins peut être aisément atteint.

Quant à lui, le circuit d'apport en déchèterie est probablement moins cher. De plus, les professionnels de la santé du secteur diffus peuvent être intégrés au circuit,

apportant ainsi une source de revenus et une maîtrise globale de la filière diffuse. Mais ce système est plus contraignant pour le particulier et il ne permet pas de préserver le secret médical, surtout en milieu rural. Or, si la participation à l'opération est atténuée, la filière sera moins sécurisée et plus coûteuse pour un résultat moindre.

La collecte en pharmacie semblerait donc mieux convenir à la récupération des déchets des particuliers, apparaissant comme le circuit le plus simple, à condition que les pharmaciens soient volontaires.

■ UNE IDÉE DU COÛT

COÛT MOYEN RELATIF À L'ÉLIMINATION DES DSP*, TOUS CIRCUITS CONFONDUS (PHARMACIES ET DÉCHÈTERIES)

COLLECTE ET TRAITEMENT en € TTC par an	COÛT MOYEN	ECARTS
Par habitant	0,6	0,3 à 0,11
Par diabétique	24	de 10 à 44
Par officine	210	de 150 à 296

Enquête ADEME Pays de la Loire - Juin 2003

PRÉCISIONS

Il faut rester prudent sur ces notions de coût et ce pour deux raisons : les données sont basées sur un nombre réduit d'expériences ; les frais internes et de communication ne sont pas pris en compte.

Ces exemples permettent néanmoins de se faire une idée des coûts.

Tous frais inclus, la mise en place d'une telle filière coûterait 10 à 15 centimes d'euros par habitant INSEE et par an.

* Voir définition page 15

La distribution des collecteurs vides, le stockage et l'échange "vide-plein"

La solution la plus simple consisterait à distribuer les collecteurs aux particuliers lors de l'achat du matériel d'injection en pharmacie (un diabétique insulino-dépendant se rend en officine une fois par mois). **Le pharmacien peut alors avoir un rôle central** en terme d'information sur les modalités de l'opération (dates de retour,...).

Il est important de limiter la durée de retour des collecteurs pleins en officine (à 2 ou 3 jours voire une semaine au maximum) avant le passage du prestataire. Ceci permet de respecter les délais de stockage et de prendre en compte l'éventuelle "gêne" occasionnée par ce service au pharmacien. L'échange vide-plein avec le particulier pourra se faire lors du dépôt de la boîte.

Afin de respecter la législation, la collecte en officine doit avoir lieu tous les trimestres.

Dans le cas d'une collecte en déchèterie, les contenants peuvent être distribués sur le site, soit par le gardien, soit par le prestataire lors de collecte à date fixe.

Notons qu'un apport continu implique la formation de l'agent de déchèterie et la création quasi-obligatoire d'un local spécifique. C'est pourquoi l'apport à date fixe (un camion ADR stationné sur la déchèterie) semble être la solution la moins contraignante.

Quel que soit le système de collecte choisi, la collectivité devra mettre en place un suivi des collecteurs afin d'éviter tout détournement et s'assurer de leur bonne utilisation. Par exemple, un autocollant spécifiant la date de retour rappellera à l'utilisateur ses obligations. On peut aussi envisager un système de code-barre permettant d'identifier chaque conteneur tout en respectant l'anonymat des personnes concernées.



La communication

Elle est particulièrement importante. Il faut tenir compte des utilisateurs quotidiens, facilement identifiables mais aussi des utilisateurs occasionnels.

La collectivité doit lancer une campagne conséquente au démarrage de l'opération (centres de soins, pharmacies, presse locale ...) et sur le long terme afin de pérenniser la filière (rappels). Les associations locales peuvent aussi servir de relais d'information.

Les outils de communication peuvent être de deux ordres :

■ des outils de sensibilisation, en première phase

Destinée à un public large, l'objectif de cette première phase est d'informer les usagers potentiels de l'existence du service mis en place. Cela passe par des encarts dans la presse locale et communale, des affiches en officine, en centres de soins,... On peut également prévoir un document de sensibilisation disposé en libre-service sur un présentoir d'officine.

■ des outils axés sur le geste de tri, en second lieu

Il s'agit de rappeler des éléments pratiques liés au geste de tri. Le support qui semble être le mieux adapté est celui de type "carte postale", remis aux patients en même temps que la boîte jaune. Cette carte explicative du service mis en place pourrait rappeler aussi le planning de collecte.

Définitions utiles

Les déchets d'activités de soins (DAS)

Selon l'article R. 1335-1 du code de la Santé Publique, les déchets d'activités de soins (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 DAS, assimilables aux déchets ménagers, des déchets d'activités de soins à risques, comportant

eux-mêmes plusieurs catégories nécessitant des filières d'élimination distinctes :

- les DAS à risques infectieux (DASRI),
- les DAS à risques toxiques ou chimiques,
- les DAS à risques radioactifs.

Les déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI)

Ce sont des "déchets d'activités de soins contenant des micro-organismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la

maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants". Selon ce même article, les déchets piquants ou coupants sont considérés comme des DASRI et doivent être éliminés comme tels.

Les déchets de soins des particuliers (DSP)

Ils sont produits par toute personne ne faisant pas appel à un professionnel ou une structure de santé, pour dispenser le soin dont il a besoin.

Il s'agit notamment des diabétiques, des porteurs de virus (hépatite, herpès, sida), des hémophiles, des dialysés à domicile, des personnes atteintes de sclérose en plaques, mais aussi d'utilisateurs moins réguliers pour des traitements tels que ceux à l'héparine, les tests à domicile ou encore les toxicomanes.

Les déchets produits par les particuliers en auto-soins sont de différentes natures :

- déchets mous (objets souillés par du sang : bandes, cotons...),
 - déchets solides de type piquants-coupants et tranchants souillés (seringues, aiguilles de stylos-injecteurs, lancettes...).
- Ces derniers sont ceux qui aujourd'hui posent le plus de problèmes en terme d'image et de sécurité.

Au-delà des questions de responsabilités, mettre en place une collecte spécifique et adéquate des Déchets de Soins des Particuliers (DSP) relève d'une démarche préventive d'intérêt général.

L'émergence des collectes de DSP en Pays de la Loire, mais aussi au niveau national, va dans ce sens. Cependant elles méritent d'être suivies et orientées convenablement.

En effet, aujourd'hui, un certain nombre de collectivités les récupèrent sans filière spécifique

et adaptée à leur caractère infectieux et cela principalement en raison du manque d'informations.

C'est pourquoi la délégation régionale de l'ADEME a tenu, d'une part à faire état de ses premières connaissances sur ce sujet, même si elles demandent sans doute à être complétées et, d'autre part, à développer des outils afin d'aider ses partenaires à monter des projets complets et efficaces à un moindre coût.

POUR EN SAVOIR PLUS

www.ademe.fr/paysdelaloire

www.ademe.fr

www.legifrance.org (site réglementaire national)

www.fnors.org (observatoires régionaux de la santé)

Etudes :

- **Etat des lieux de la gestion des déchets de soins des particuliers dans la région des Pays de la Loire**, Christophe BODIN, 2003, Mémoire de DESS, Université du Maine, pour l'ADEME Pays de la Loire, 78 p.
- **Bilan sur l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés en Sarthe**, Loïc SENECHAL, 2001, Mémoire de DESS, Institut d'Ecologie Appliquée, pour la DDASS de Sarthe, 49 p.
- **Elimination des déchets d'activités de soins à risques**, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000, Guide Technique, Ed. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 50 p.
- **Traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux en France**, ADEME, 1999, Données et Références, 68 p.

Outils disponibles à la délégation régionale des Pays de la Loire :

- Liste des prestataires de collecte des DSP
- Liste des fabricants de collecteurs de DSP
- CD-ROM "Outils d'aide à la mise en place d'une collecte de DSP" :
 - Modèle de cahier des charges
 - Plan et supports de communication (disponible début 2004, compatible PC/MAC)
- TRIDAS, ADEME, 2000, Logiciel d'aide au tri des déchets d'activités de soins

ADEME



Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie
Délégation Régionale des Pays de la Loire