

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE PHARMACIE



ANNEE 2006

THESE N° 311/11

**PLACE ET RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS
LA GESTION ET LE TRAITEMENT DES
DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS A RISQUES
INFECTIEUX DU SECTEUR DIFFUS**



THESE

POUR UN DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Le 16 Juin 2006 à 17h30

Par

Boris BROUILLET

Né le 31 Août 1980, à Périgueux

JURY

Monsieur le Professeur MOESCH.....PRESIDENT

Monsieur le Professeur BUXERAUD.....JUGE

Monsieur AUDOUSSET, Pharmacien.....JUGE

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE PHARMACIE

DOYEN DE LA FACULTE

Monsieur le Professeur **HABRIOUX** Gérard

ASSESEURS

Madame le Professeur **CHULIA** Dominique

Monsieur **COMBY** Francis, Maître de Conférences

PROFESSEURS

BENEYTOUT Jean-Louis

BIOCHIMIE - BIOLOGIE MOLECULAIRE

BOTINEAU Michel

BOTANIQUE - CRYPTOLOGAMIE

BROSSARD Claude

PHARMACIE GALENIQUE

BUXERAUD Jacques

CHIMIE ORGANIQUE - CHIMIE THERAPEUTIQUE

CARDOT Philippe

CHIMIE ANALYTIQUE

CHULIA Albert

PHARMACOGNOSIE

CHULIA Dominique

PHARMACIE GALENIQUE

DELAGE Christiane

CHIMIE GENERALE - CHIMIE MINERALE

DREYFUSS Gilles

PARASITOLOGIE

DUROUX Jean-Luc

PHYSIQUE - BIOPHYSIQUE

GHESTEM Axel

BOTANIQUE - CRYPTOLOGAMIE

HABRIOUX Gérard

BIOCHIMIE FONDAMENTALE

LACHATRE Gérard

TOXICOLOGIE

MOESCH Christian

HYGIENE - HYDROLOGIE - ENVIRONNEMENT

LOUDART Nicole

PHARMACODYNAMIE

ROGEZ Sylvie

BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES

ALLAIS Daovy	PHARMACOGNOSIE
BASLY Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE
BATTU Serge	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
CALLISTE Claude	BIOPHYSIQUE
CARDI Patrice	PHYSIOLOGIE
CLEDAT Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE
COMBY Francis	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DELEBASSEE Sylvie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DREYFUSS Marie-Françoise	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
FAGNERE Catherine	CHIMIE ORGANIQUE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOGRAMIE
JAMBUT Anne Catherine	CHIMIE THERAPEUTIQUE
LAGORCE Jean-François	CHIMIE ORGANIQUE (en disponibilité)
LARTIGUE Martine	PHARMACODYNAMIE
LIAGRE Bertrand	SCIENCES BIOLOGIQUES
LOTFI Hayat	TOXICOLOGIE
MARION-THORE Sandrine	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MARRE-FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE
MOREAU Jeanne	IMMUNOLOGIE
PARTOUCHE Christian	PHYSIOLOGIE
POUGET Christelle	PHARMACIE GALENIQUE
ROUSSEAU Annick	BIOMATHEMATIQUE
SIMON Alain	CHIMIE PHYSIQUE ET CHIMIE MINERALE
TROUILLAS Patrick	BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
VIANA Marylène	PHARMACIE GALENIQUE
VIGNOLES Philippe	INFORMATIQUE

PROFESSEUR CERTIFIE

MARBOUTY Jean-Michel	ANGLAIS
----------------------	---------

ATER

COURTIOUX Bertrand	Scé M. le Prof. DREYFUSS
DUMETRE Aurélien	Scé M. le Prof. DREYFUSS et MOESCH
FAURE Sébastien	Scé Mme le Prof. OUDART
YAHIAOUI Samir	Scé M. le Prof. BUXERAUD

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Christian MOESCH,
Service d'Hygiène - Hydrologie - Environnement,
Faculté de Pharmacie de Limoges.

*Nous sommes très sensible à l'honneur
que vous nous faites en acceptant
de présider ce Jury de soutenance.*

*Nous vous remercions d'avoir dirigé
cette thèse, de votre gentillesse et
de votre disponibilité tout au long.*

*Veillez accepter l'expression
de notre profond respect.*

A nos juges,

Monsieur le Professeur Jacques BUXERAUD,
Service de Chimie Thérapeutique,
Faculté de Pharmacie de Limoges.

Monsieur Jean-Christophe AUDOUSSET,
Docteur en Pharmacie,
Eymoutiers.

*Nous sommes très reconnaissant
de votre participation à ce jury.*

*Veillez trouver ici l'assurance
de notre profond respect.*

A mes parents et à mes frères,

*Pour leur soutien indéfectible tout
au long de ce cursus universitaire.*

*Pour l'amour, l'écoute et le réconfort
que je trouve toujours auprès d'eux.*

A ma famille,

A mes amis,

*Pour m'avoir guidé, épaulé et encouragé
tout au long de mes études.*

SOMMAIRE

INTRODUCTION

A. LES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS A RISQUES INFECTIEUX (DASRI)

- I. Typologie et définitions des déchets
- II. Caractéristiques des DASRI - Problématique
 1. Problèmes d'ordre réglementaire
 2. Problèmes d'ordre sanitaire
- III. Aspect réglementaire des circuits d'élimination de ces déchets
 1. Dispositions générales relatives à l'élimination des DASRI et assimilés
 2. Convention d'élimination
 3. Conditionnement en emballages spécifiques, choix du contenant
 4. Stockage
 5. Contrôle des filières d'élimination des DASRI
 6. Transport par route des DASRI
 7. L'élimination des DASRI
- IV. Etude sur le gisement de DASRI générés par les particuliers en auto-traitement
 1. L'exemple des diabétiques
 2. Perspectives

B. POSITIONNEMENT DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LE CIRCUIT DE GESTION DES DASRI DU SECTEUR DIFFUS

- I. Etude et typologie des dispositifs de collecte de DASRI existants et pouvant être applicables au secteur diffus
 1. Distribution des systèmes de collecte de DASRI diffus par régions
 2. Evolution dans la mise en place des systèmes de collecte
 3. Description des systèmes de collecte
- II. Rôle et positionnement du pharmacien d'officine dans la gestion des systèmes de collecte
 1. Le circuit de collecte via les pharmacies

2. Le circuit de collecte par apport en déchetterie
3. Points communs aux deux circuits de collecte proposés
4. Avantages et inconvénients des différents circuits de collecte des DSP
5. Coût moyen relatif à l'élimination des DSP, tous circuits confondus (pharmacies et déchetteries)
6. Les différents rôles et potentiels du pharmacien d'officine dans les dispositifs de collecte des DSP

III. Evaluation de la place des officines au sein des filières de collecte et d'élimination des DASRI - Position des différentes institutions concernées

1. L'Ordre National des Pharmaciens
2. L'Inspection Régionale de la Pharmacie
3. Le Gouvernement, l'Association des Maires de France
4. Les Associations de diabétiques
5. La Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) d'Ile de France
6. L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)
7. Les Pharmaciens d'officine eux-mêmes

C. QUELQUES EXEMPLES D' EXPERIENCES PROBANTES IMPLIQUANT LES OFFICINES

- I. Distribution des conteneurs vides par les officines et apport volontaire en pharmacie des conteneurs remplis
 1. Expérience menée sur l'agglomération marseillaise
 2. Expérience menée en Bretagne
 3. Expérience menée sur l'agglomération rouennaise
- II. Distribution des conteneurs vides par les officines et apport volontaire en déchetterie des conteneurs remplis
 1. Mise en place d'un système d'élimination sur Clermont Communauté
 2. Collecte des piquants sur le SIVOM d'Ambert
 3. Expérimentation sur Vichy Val d'Allier

D. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES D' EVOLUTION DANS LA GESTION DES DSP

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Exemples de documents administratifs
- Annexe 2 : Exemples de documents de communication
- Annexe 3 : Modèle de bordereau fourni par Clermont Communauté aux pharmaciens pour le protocole de traçabilité à effectuer
- Annexe 4 : Plaquette de présentation du colloque sur le thème des DASRI en milieu diffus ayant eu lieu le 8 novembre 2005 à la Direction Générale de la Santé
- Annexe 5 : Exemple d'initiative mise en place par le laboratoire Becton Dickinson pour l'élimination de leurs bandelettes et lancettes pour auto-surveillance glycémique
- Annexe 6 : Textes de références quant à l'élimination des DASRI

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Exemple de bordereau de suivi.....	12
Figure 2 : Liste des 20 UIOM recevant des DASRI et pourcentages de DASRI reçus.....	17
Figure 3 : Nombre d'habitants par point de dépôt par région.....	22
Figure 4 : Evolution de la mise en place des systèmes de collecte.....	22
Figure 5 : Type de système mis en place pour les patients en auto-traitement.....	24
Figure 6 : Grille de comparaison des systèmes de collecte mis en place pour les particuliers en auto-traitement.....	27
Figure 7 : Localisation du PAV destiné aux patients en auto-traitement.....	28
Figure 8 : Moyenne du nombre d'habitants desservis par PAV.....	29
Figure 9 : Schéma d'un circuit de collecte via les pharmacies.....	30
Figure 10 : Schéma d'un circuit de collecte par apport en déchetterie.....	33
Figure 11 : Exemple de dépliant d'information à destination des patients et disponible en pharmacie.....	40
Figure 12 : Exemple d'affiche de sensibilisation.....	40
Figure 13 : Budget prévisionnel de l'année 2004 de l'action DASRI Clermont Communauté.....	66

LISTE DES SIGLES UTILISES

ADEME : Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie

AFD : Association Française des Diabétiques

AFNOR : Association Française de Normalisation

ALD : Affection Longue Durée

AMF : Association des Maires de France

CSP : Code de la Santé Publique

CSRP : Chambre Syndicale de la Répartition Pharmaceutique

DAS : Déchets d'Activités de Soins

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGS : Direction Générale de la Santé

DIM : Déchets Issus de Médicaments

DMS : Déchets Ménagers Spéciaux

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DSM : Déchets de Soins Médicaux

DSP : Déchets de Soins des Particuliers

GRV : Grands Récipients pour Vrac

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

LEEM : Les Entreprises du Médicament

LNE : Laboratoire National d'Essais

MNU : Médicaments Non Utilisés

OPCT : Objets Piquants Coupants Tranchants

PAV : Point d'Apport Volontaire

PIRES : Protocole Inter-Régimes d'Examen Spécial

PREDAS : Plan Régional d'Elimination des Déchets d'Activités de Soins

**SICTOM : Syndicat Intercommunal de Collecte et de Traitement des Ordures
Ménagères**

SIVOM : Syndicat Intercommunal à Vocations Multiples

UIOM : Usines d'Incinération des Ordures Ménagères

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

UTIP : Union Technique Inter Pharmaceutique de formation continue

UVE : Unité de Valorisation Energétique

INTRODUCTION

Les personnes se soignant à domicile génèrent des déchets bien spécifiques. Ces derniers réclament une élimination particulière et sécurisée afin de limiter les risques liés à leur caractère infectieux.

Les déchets 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 les risques réels d'accident et de contamination ne sont pas à négliger.

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

Après avoir recadrer la problématique posée par ces déchets (définitions, réglementation, responsabilités,...), nous étudieront les dispositifs de gestion et de traitement mis en place afin de mieux évaluer et de réfléchir à la place de l'officine au sein de ces filières existantes. Nous pourrons alors nous appuyer sur des expériences menées en régions déjà lancées et impliquant les officines.

Ces éléments nous permettront de comprendre le problème posé par les DASRI des particuliers et ils montreront en quoi les pharmaciens d'officine peuvent participer et s'investir dans cette mission de santé publique pour proposer des solutions de collecte et de traitement adaptées aux personnes en auto-traitement qui constituent une partie de leurs patients.

A. LES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS A RISQUES INFECTIEUX (DASRI)

I. Typologie et définitions des déchets (ADEME, Déchets de soins des particuliers, risques et responsabilités, 2004)

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 ordures ménagères et les DAS 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) :

Il s'agit 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 R. 1335-1 du Code de la Santé Publique, les déchets piquants ou coupants sont considérés comme des DASRI et doivent être éliminés comme tels.

Les déchets de soins du secteur diffus :

Ce sont les déchets produits en dehors des établissements de santé, incluant :

- ceux produits par les professionnels de santé en exercice libéral
- les déchets de soins des particuliers (DSP) produits par les patients en auto-traitement.

Les déchets de soins des particuliers (DSP) :

On peut les définir comme les déchets 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 certains 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.

Ces déchets sont de différentes natures :

→ Il existe les déchets mous qui regroupent des objets souillés par du sang type bandelettes, cotons....

→ Il existe les déchets solides de type piquants-coupants et tranchants souillés tels que les seringues, aiguilles de stylos-injecteurs, lancettes,....

II. Caractéristiques des DASRI – 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'éliminations 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 et à intégrer dans les filières adéquates d'élimination. Il concerne 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-traitement, les toxicomanes...

L'agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) estime la production nationale de déchets des professionnels du secteur diffus à environ 5 à 10 000 tonnes pour l'année 2001.

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

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

Ce sont les piquants-coupants-tranchants usagés des personnes se soignant à domicile qui posent le plus de problèmes et qui nécessitent le plus de besoins.

1. Problèmes d'ordre réglementaire (ADEME, Déchets de soins des particuliers, risques et responsabilités, 2004), (ADEME, DASRI, 2005)

En France, plusieurs textes réglementent la gestion des déchets et notamment un qui concerne la responsabilité et l'obligation des producteurs (article R. 1335-2 du Code de la Santé Publique) : «tout producteur de déchets est responsable de leur élimination» que se soit :

- l'établissement de santé producteur de ces déchets,
- la personne morale pour le compte de laquelle un professionnel de santé exerce son activité productrice de déchets,
- la personne physique qui exerce l'activité productrice de déchets (les malades en auto-traitement).

Cette responsabilité suscite des questions et fait naître un certain nombre de besoins et attentes :

- Les besoins des particuliers en auto-traitement et des associations de malades :

Concrètement, il s'agit de répondre aux demandes croissantes sur le devenir de leurs déchets : «que faire de nos seringues ?»

Prenant conscience que le rejet via la filière des ordures ménagères n'est plus acceptable, ils se tournent de plus en plus souvent vers leur pharmacien ou leur collectivité pour connaître la bonne marche à suivre et avoir les outils nécessaires à une élimination sécurisée. Ils veulent régulariser leur situation au sujet de la responsabilité d'élimination des DASRI.

-Les besoins des collectivités locales :

Actuellement, pour des raisons de sécurité et de santé publique, il appartient au maire, autorité titulaire du pouvoir de police dans sa commune, de prévenir les accidents causés par des matériels et matériaux piquants ou coupants abandonnés ou mélangés aux ordures ménagères.

Et 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.

Les producteurs de DASRI peuvent donc, 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).

2. Problèmes d'ordre sanitaire

Les DSP piquants-coupants et tranchants posent des problèmes en terme d'image et de sécurité. Ils réclament une élimination spécifique afin de limiter les risques liés à leur caractère infectieux. Or 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.

Aujourd'hui, leur gestion et le contrôle de leur élimination s'impose, compte tenu des risques qu'ils engendrent (Rudologia, 2005) :

- Il faut prendre en compte **les risques pour la santé publique** :

Sont exposés les producteurs de déchets et leur entourage (famille, enfants,...), le personnel chargé de la filière classique d'élimination incluant collecte, tri, stockage, transport (ripeurs, trieurs, agents de déchetterie, agents communaux,...), tout usager de la voie publique en général.

Plusieurs risques peuvent être recensés avec ce type de déchets :

- Le risque infectieux : des manipulations peuvent entraîner une contamination à l'origine d'une infection plus ou moins grave.
- Le risque mécanique : des piqûres ou coupures sont susceptibles d'avoir lieu, liées au caractère blessant de certains DASRI, et associées à la présence de germes pathogènes, dont le contact accidentel peut provoquer des traumatismes, elles peuvent nécessiter un suivi rigoureux de la victime.
- Le risque psycho-émotionnel : la simple pensée ou la vue d'un déchet fortement évocateur d'une activité médicale peut provoquer un trouble psychologique.

- Il ne faut pas oublier **les risques pour l'environnement** :

Ces déchets créent une pollution des sols et dégradent des sites.

C'est donc sur la gestion de ces DSP piquants-coupants et tranchants que les pharmaciens d'officine ont un rôle à jouer. Ceci passera par la mise en œuvre :

- d'un conditionnement spécifique et agréé des piquants-coupants,
- d'une filière de collecte adaptée, efficace, rentable et sécurisée qui soit en conformité avec la réglementation,
- d'une campagne de sensibilisation et d'information des usagers performante.

III. Aspect réglementaire des circuits d'élimination de ces déchets

En France, la gestion et l'élimination des DASRI est encadrée et réglementée tout au long de la filière d'élimination (ADEME, Déchets de soins des particuliers, risques et responsabilités, 2004) (ADEME, DASRI, 2005) (DGS, 2004).

1. Dispositions générales relatives à l'élimination des DASRI et assimilés selon le décret n°97-1048 du 6 novembre 1997 qui modifie le Code de la Santé Publique

Les producteurs des déchets visés par le présent décret sont tenus de les éliminer et ont pour obligation de :

- Rédiger une convention d'élimination s'ils confient leurs déchets d'activités de soins et assimilés à une autre personne qui est en mesure d'effectuer ces opérations.
- Etablir les documents qui permettent le suivi des opérations d'élimination, c'est la traçabilité.

- Séparer à la source les déchets à risques infectieux et les autres déchets (tri des déchets).
- Collecter les déchets d'activités de soins et assimilés dans des emballages à usage unique. Ces emballages doivent pouvoir être fermés temporairement, définitivement avant leur enlèvement et obligatoirement placés dans des grands récipients pour vrac.
- Conditionner, étiqueter et transporter ces déchets en respectant les dispositions réglementaires de l'ADR et de l'article 8-1 de la loi n°75-633 modifiée.
- Incinérer les déchets d'activités de soins et assimilés, ou les pré-traiter par des appareils agréés de désinfection de telle manière qu'ils puissent ensuite être collectés et traités par les communes et les groupements de communes dans les conditions définies à l'article L. 2224-14 du Code Général des Collectivités Territoriales.
- Informer le personnel des mesures retenues pour l'élimination des déchets d'activités de soins et assimilés et des pièces anatomiques.
- Tenir à disposition des agents de contrôle des DDASS, la convention et les documents de suivi (à conserver sur une période de 3 ans).

2. Convention d'élimination

Une contractualisation avec le prestataire chargé de la collecte et du traitement des DSP est indispensable. Elle définit la durée et le montant de la prestation.

Cette convention écrite entre les différents acteurs participant à l'opération de gestion et d'élimination des DASRI (collectivités, pharmaciens, prestataires, répartiteurs, laboratoires,...) permet également de situer clairement le rôle de chacun et de rappeler les engagements convenus.

3. Conditionnement en emballages spécifiques, choix du contenant

L'utilisation d'un contenant spécifique est indispensable à la collecte des piquants-coupants des particuliers. Celui-ci constitue une barrière physique, permettant de protéger les personnes exposées au contact de ces déchets tout au long de la filière d'élimination.

Les déchets doivent être placés systématiquement et immédiatement après usage dans ces emballages.



Le choix du contenant devra tenir compte de :

- **La circulaire DH/S12-DGS/VS3 n°554 du 1er septembre 1998** relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés (précautions d'utilisation des collecteurs, critères de sécurité à respecter tels que l'étanchéité, le maniement et la facilité de transport, la résistance,...).
- **La norme française NF X 30-500** relative aux emballages des DAS et concernant les boîtes et mini-collecteurs pour déchets perforants (étanchéité, système de fermeture provisoire et définitive, identification du contenant grâce à la couleur jaune et au pictogramme «danger biologique»).
- **L'arrêté ADR du 8 juillet 2005 modifié** relatif au transport des marchandises dangereuses par route (les contenants doivent être placés dans des conteneurs spécifiques pour être transportés).

Remarque : L'association française de normalisation (AFNOR) et le laboratoire national d'essais (LNE) ont également créé **la marque NF 302** concernant les emballages pour DAS perforants. Elle garantit la qualité des produits. De plus, les contenants conformes à cette marque présentent le double avantage de répondre à la norme NF X 30-500 et d'être en conformité avec l'arrêté ADR. Ainsi, leur stockage et leur transport ne nécessitent pas l'utilisation d'un suremballage.

L'arrêté du 24 novembre 2003 modifié relatif aux emballages des DASRI et assimilés précise que le niveau minimum d'exigence requis pour recevoir les déchets perforants :

- correspond à **la norme NF X 30-500** pour les boîtes à aiguilles et mini-collecteurs (décembre 1999)
- correspond à **la norme NF X 30-505** pour les fûts et jerricanes en matière plastique (décembre 2004)

4. Stockage

Il doit impérativement respecter les prescriptions de l'arrêté du 7 septembre 1999.

a. Les modalités d'entreposage

Elles s'appliquent à l'entreposage et au regroupement des DASRI et assimilés.

Le regroupement correspond à l'immobilisation provisoire dans un même local de déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés provenant de producteurs multiples.

L'installation de regroupement nécessite une déclaration en Préfecture.

DUREE MAXIMALE ENTRE LA PRODUCTION DU DECHET ET L'ENLEVEMENT OU LE TRAITEMENT	
QUANTITES MAXIMALES DE DASRI STOCKEES	DELAI DE STOCKAGE MAXIMUM AUTORISE
Inférieures à 5 kg/ mois	3 mois
Supérieures à 5 kg/ mois et inférieures à 100 kg/ semaine	7 jours
Supérieures à 100 kg/ semaine	72 heures

Remarque : On part du principe que si les pharmaciens participaient à la collecte des DASRI, la quantité maximale stockée en officine n'excéderait pas 100 kg/ semaine

La congélation des DASRI et assimilés en vue de leur entreposage est interdite. Le compactage ou la réduction de volume des DASRI est interdit.

Si des DASRI et assimilés sont mélangés dans un même contenant à d'autres déchets, l'ensemble est éliminé comme des DASRI.

b. Les locaux d'entreposage :

Les locaux d'entreposage devront en outre présenter les caractéristiques suivantes :

- Local clairement identifié et réservé à l'entreposage de ces déchets ayant une surface adaptée à la quantité de déchets.
- Réception de déchets préalablement emballés dans des conditionnements permettant d'identifier les emballages (DASRI/ autres déchets). Les emballages non autorisés pour le transport sur la voie publique au titre de l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié susvisé doivent être placés dans des grands récipients pour vrac, étanches et facilement lavables.
- Implantation, conception et exploitation dans des conditions offrant une sécurité optimale contre les risques de dégradation et de vol.
- Identifiés comme à risques particuliers au sens du règlement de sécurité contre les risques d'incendie.
- Ventilation, éclairage et protection des déchets contre les intempéries et la chaleur.
- Munis des dispositifs appropriés pour prévenir la pénétration des animaux.
- Sol et parois des locaux lavables.
- Ils sont dotés d'une arrivée d'eau et d'une évacuation des eaux de lavage vers le réseau des eaux usées dotée d'un dispositif d'occlusion hydraulique conforme aux normes en vigueur. Le robinet de puisage est pourvu d'un disconnecteur d'extrémité du type HA permettant d'empêcher les retours d'eau. Cette disposition ne s'applique pas aux locaux d'entreposage situés à l'intérieur des unités de soins des établissements de santé.
- Nettoyage régulier.

Lorsque les quantités de DASRI sont inférieures à 5 kg/mois, il est suffisant de procéder à un entreposage à l'écart des sources de chaleur, dans des emballages étanches munis de dispositifs de fermeture provisoire et définitive et adaptés à la nature des déchets.

5. Contrôle des filières d'élimination des DASRI

Selon l'arrêté du 07 septembre 1999, le suivi de la filière d'élimination doit se faire grâce à un bordereau de suivi différent suivant s'il y a regroupement ou non :

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).


En théorie, le suivi de la filière exige l'émission d'un bordereau de suivi «Élimination des déchets de soins à risques avec regroupement» et d'un bon de prise en charge pour chaque particulier en auto-traitement (selon les modalités définies par l'arrêté du 07 septembre 1999).

Rappelons à nouveau que cette réglementation, avant tout destinée aux professionnels du secteur diffus, n'est pas très adaptée au cas des particuliers. La délivrance de bordereaux de suivi et de bons de prise en charge s'avère être très lourde à gérer et peu pragmatique au regard de l'objectif poursuivi.

Ainsi, le bordereau de suivi partant du lieu de regroupement (la pharmacie ou la déchetterie) semble suffisant pour assurer une traçabilité et un suivi de la filière.

Ce bordereau reviendrait par la suite directement à la collectivité à qui le particulier a confié l'élimination de ses déchets. Ce dernier point aura été préalablement défini de manière écrite.

Ministère chargé de la Santé



Code de la Santé publique
art. R 44-2
Arrêté du
3 septembre 1999

BORDEREAU de SUIVI

Élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Le producteur de déchets conserve le feuillet n° 4 après remise des déchets.
Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n° 3 après remise des déchets.
L'exploitant de l'installation destinataire conserve le feuillet n° 1 au producteur et conserve le feuillet n° 2.

Producteur		N° SIRET	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements remis	Volume de chaque conditionnement en litres
Cachet		Poids de déchets remis en tonnes	Date de remise au collecteur / transporteur
Téléphone	Fax	je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 3 décembre 1999 modifié relatif au transport des matières dangereuses	
Identification des déchets au titre de PA DR	Code de la nomenclature des déchets	Nom et signature	
Collecteur / Transporteur		N° SIRET	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements transportés	Volume de chaque conditionnement en litres
Cachet		Poids de déchets transportés en tonnes	Date de remise à l'installation destinataire
Téléphone	Fax	J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur	
Nom et signature		Nom et signature	
Installation destinataire		N° SIRET	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements pris en charge	Volume de chaque conditionnement en litres
Cachet		Poids de déchets pris en charge en tonnes	Date de prise en charge
Téléphone	Fax	Opération effectuée	Date de l'opération
Refus de prise en charge	Date de refus de prise en charge	J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur	
Motif du refus de prise en charge		Nom et signature de l'exploitant	

Figure 1 : Exemple de bordereau de suivi (Rudologia, 2005)

Document CERFA n° 11351-01

6. Transport par route des DASRI

Au-delà de 100 kg de déchets dangereux par chargement, le transport par route doit être effectué par une entreprise agréée (décret du 30/07/1998 relatif au transport par route, au négoce et au courtage de déchets) tout en respectant l'accord européen relatif au transport de marchandises dangereuses par route (Arrêté ADR du 8 juillet 2005 modifié) :

a. Prescriptions relatives au transport

- Identification du déchet à transporter par le chargeur :

Le chargeur doit identifier le produit (ou le déchet) qu'il veut transporter ou faire transporter. Il s'agit de savoir si ce produit est, ou n'est pas classé au règlement ADR. S'il est en présence d'un produit classé à l'ADR, l'expéditeur devra connaître :

- la classe et l'appellation du déchet, au titre de la réglementation ADR .
- son N° ONU pour les déchets qui proviennent de traitements médicaux pour lesquels il existe une probabilité faible qu'ils contiennent des matières infectieuses. Ils doivent être affectés au N° ONU 3291.

- Caractéristiques des compartiments solidaires des véhicules ou des caissons amovibles servant à transporter des DASRI et assimilés :

Les compartiments des véhicules immatriculés en France répondent aux conditions d'aménagement suivantes :

- *Ils permettent d'éviter tout contact entre leur contenu et le reste du chargement.*
- *Ils sont séparés de la cabine du conducteur par une paroi pleine et rigide.*

- *Leurs parois sont en matériaux rigides, lisses, lavables, étanches aux liquides et permettant la mise en œuvre aisée d'un protocole de désinfection.*
- *Leurs planchers doivent être étanches aux liquides et comporter un dispositif d'évacuation des eaux de nettoyage et de désinfection.*
- *Les compartiments sont nettoyés et désinfectés après chaque déchargement.*

Les caissons amovibles, placés dans un véhicule immatriculé en France, répondent aux caractéristiques suivantes :

- *Leurs parois et planchers sont en matériaux rigides, lisses et étanches aux liquides.*
- *Ils sont facilement lavables et permettent la mise en œuvre aisée d'un protocole de désinfection.*
- *Ils sont munis d'un dispositif de fixation permettant d'assurer leur immobilité pendant le transport.*
- *Ils sont munis d'un dispositif de fermeture assurant le recouvrement complet de leur contenu. Ce dispositif est fermé pendant le transport.*
- *Les caissons amovibles sont lavés et désinfectés après chaque déchargement.*

- En dehors du personnel de bord, il est interdit de transporter des voyageurs dans les véhicules transportant des DASRI et assimilés
- Lors d'un enlèvement, le producteur a la responsabilité de vérifier la conformité de l'étiquetage et de l'emballage des déchets selon la réglementation ADR.

Il doit, en outre, s'assurer que le véhicule et le chauffeur sont également en règle vis-à-vis de l'ADR.

b. Prescriptions relatives aux matières et aux emballages

- Des modes de conditionnement différents sont autorisés selon la classe du déchet, de nombreux modèles de contenants peuvent être utilisés :

- des fûts ou jerricanes en matière plastique ;

- des emballages combinés ou composites ;

- des grands emballages.

- des grands récipients pour vrac (GRV) : GRV métalliques pour les déchets de soins.

Il est en revanche absolument interdit d'utiliser des emballages courants ou de récupération (cartons ou caisses ayant contenu des fournitures diverses par exemple).

Les agréments des emballages destinés au transport des matières des classes 6.2 (N°ONU 3291 seulement), doivent faire l'objet de certificats conformes, délivrés pour une durée de cinq ans qui doivent être périodiquement renouvelés si nécessaire. Cette disposition vise les concepteurs et fabricants d'emballages.

- Il existe un étiquetage spécifique des emballages (étiquette de danger) avec numéro d'identification du produit.

c. Seuils d'application de l'ADR

La réglementation du transport des matières dangereuses est moins contraignante quand les quantités chargées sont peu importantes.

L'arrêté du 8 juillet 2005 modifié précise que les dispositions ne s'appliquent pas au transport de DASRI appartenant au N° ONU 3291 effectué par un producteur dans son véhicule personnel ou dans un véhicule de service, dans la mesure où la masse transportée demeure inférieure ou égale à 15 kg.

7. L'élimination des DASRI

En France, les déchets d'activités de soins à risques infectieux peuvent être éliminés par incinération ou par désinfection. Cette dernière solution constitue en fait un prétraitement et les DASRI ainsi désinfectés peuvent être incinérés ou mis en décharge. Ils ne peuvent, en aucun cas, être compostés.

L'arrêté du 20 septembre 2002 fixe les conditions d'acceptation et d'incinération des DASRI dans une usine d'incinération. Ces derniers déchets, bien qu'entrant dans la catégorie des déchets dangereux, figurent dans ce texte, dès lors qu'ils sont souvent incinérés dans des usines d'incinération d'ordures ménagères (UIOM).

Il est ainsi exigé, pour la réception de déchets d'activités de soins à risques infectieux dans une usine d'incinération :

- un visa du bordereau de suivi spécifique exigé par l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI
- l'emballage des déchets d'activités de soins à risques infectieux en récipients étanches à usage unique, avec un marquage apparent indiquant la nature des déchets et leur provenance
- l'introduction directe dans les fours dans le délai limite de 48 heures suivant leur arrivée. L'entreposage provisoire dans un local affecté doit se conformer à l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des DASRI

- des conditions de manutention et de désinfection des conteneurs de transport des récipients de DASRI jusqu'à l'introduction dans les fours.

Tableau 17. Liste des 20 UIOM recevant des DASRI et pourcentages de DASRI reçus.

Installation	Pourcentages de DASRI reçus
Avignon (84)	6
Bayet (05)	6
Brest (29)	1
Caen – Colombelles (14)	3
Cergy Pontoise (95)	6
Chambéry (73)	1
Créteil* (94)	-
Douchy (59)	7
Grenoble - La Tronche (38)	1
Le Mans (72)	6
Nancy Energie (54)	6
Nantes – Est (44)	5
Nice (06)	1
Noyelles sous Lens (62)	1
Orléans (45)	2
Rouen 2 (76)	1
Sète (34)	3
Toulon (83)	4
Toulouse (31)	2
Tronville en Barois (55)	9

* cet incinérateur de déchets ménagers et assimilés, autorisé à recevoir des DASRI, n'a pas fonctionné en 1999 et en 2000. Des travaux ont en effet été réalisés afin de remplacer l'ancienne installation par une nouvelle.

**Figure 2 : Liste des 20 UIOM recevant des DASRI et pourcentages de DASRI reçus
(ADEME, 2002)**

Un quota maximum doit être fixé sans dépasser 10 % en masse en moyenne annuelle, ratio maximum que les UIOM peuvent recevoir par rapport au tonnage total de déchets traités, conformément à l'application de l'arrêté du 23 août 1989.

Ce quota n'est pas applicable aux installations d'incinération de déchets dangereux relevant d'un autre arrêté du 20 septembre 2002 (relatif aux installations d'incinération et de co-incinération de déchets dangereux).

Remarque : Après avoir décrit la réglementation des DASRI, il paraît évident que les dispositifs de gestion et de traitement de ces DASRI que l'on va étudier ne répondent pas totalement aux prescriptions réglementaires. Cela est en effet actuellement impossible, la réglementation concernant ces déchets est encore récente et n'a pas été pensée pour la récupération des déchets diffus produits par les malades en auto-traitement.

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.

IV. Etude sur le gisement de DASRI générés par les particuliers en auto-traitement

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.

1. 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 (seringues, aiguilles de stylos, lancettes...).

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.

On sait aujourd'hui que certains diabétiques de type 2 doivent également se faire des injections d'insuline après plusieurs années de traitement.

- **Le diabète de type 1**, celui des insulino-dépendants, représente environ 10 % des diabètes. 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 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. Ils représentent une clientèle habituelle et connue des officines.

Selon l'association française des diabétiques (AFD), un diabétique insulino-dépendant produit en moyenne 4 kg de déchets par an (Cusset F, janvier 2004).

Aujourd'hui en France ils sont 180 000 et produisent donc 720 tonnes de déchets/ an.

A ce gisement s'ajoute celui des soins liés à d'autres maladies : en France, 300 000 particuliers sont en auto-soins (0,5 % de la population de notre pays).

En 2003, 2 à 3 000 tonnes de DASRI ont été produites par les particuliers en auto-traitement (Rudologia, 2005).

2. Perspectives

On prévoit une augmentation sensible des quantités de DSP à éliminer dans les prochaines années. Elle sera imputable :

- à l'accroissement de la population insulino-dépendante (le nombre total de diabétiques risque de doubler d'ici 2015) (Cusset F, mai 2004) ,
- au développement de l'auto-traitement à domicile (cette pratique est en effet considérée comme une future alternative à l'hospitalisation et aux soins infirmiers dispensés par un professionnel),
- à la sortie de la réserve hospitalière de certains médicaments administrés par injection.

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.

Il paraît alors évident que la mise en place d'une filière d'élimination des DSP doit se mettre en place et nous verrons en quoi le pharmacien d'officine peut participer à ce dispositif.

B. POSITIONNEMENT DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LE CIRCUIT DE GESTION DES DASRI DU SECTEUR DIFFUS

I. Etude et typologie des dispositifs de collecte de DASRI existants et pouvant être applicables au secteur diffus

Les spécificités des DASRI générés en milieu diffus ont amené diverses structures à proposer des solutions de collecte et d'élimination adaptées au contexte local : des communes, regroupement de communes et associations proposent des solutions pour les piquants-coupants-tranchants des particuliers en auto-traitement.

1. Distribution des systèmes de collecte de DASRI diffus par régions

Il existe, entre les régions, une répartition très inégale des systèmes de collecte mis en place ; ce qui montre une spécificité régionale dans la mise en place de ces dispositifs.

	Nombre de systèmes de collecte par région (chiffres 2004)
Maximum	409
Minimum	1
Moyenne	52

La région Provence Alpes Cote d'Azur ainsi que la Haute Normandie ont un nombre élevé de systèmes de collecte (respectivement 400 et 160) du fait de la collecte organisée et étendue à toutes les pharmacies (ou presque) des villes de Marseille et de Rouen. La région Bretagne quant à elle bénéficie de nombreux systèmes de collecte (180) mais plus dispersés sur tout le territoire.

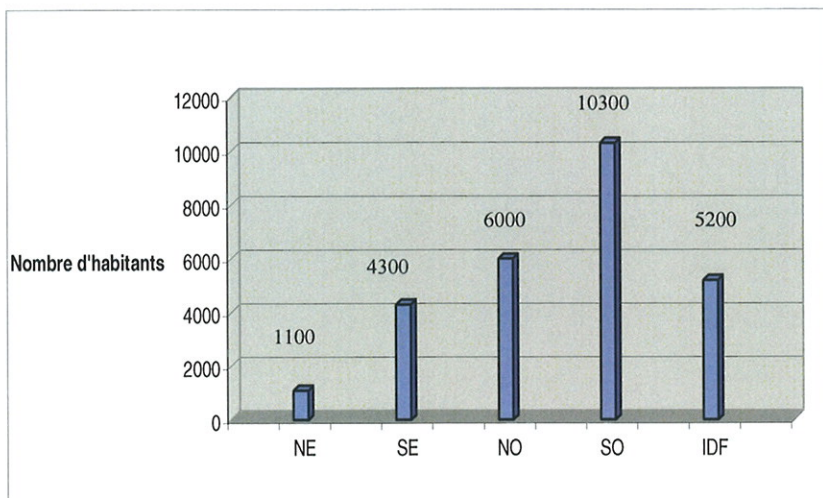


Figure 3 : Nombre d'habitants par point de dépôt par région (Drugeon S, 2004)

Le nombre d'habitant par point de dépôt renseigne sur le niveau de service offert à la population dans les différentes grandes régions.

2. Evolution dans la mise en place des systèmes de collecte

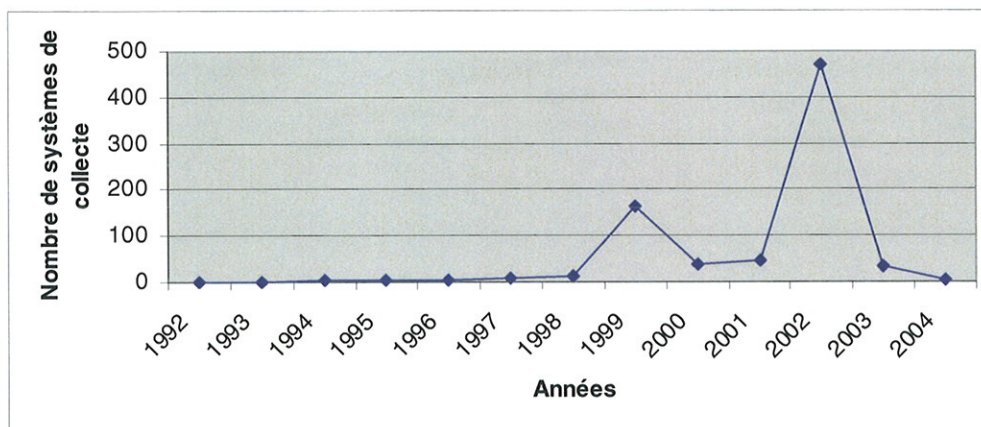


Figure 4 : Evolution de la mise en place des systèmes de collecte (Drugeon S, 2004)

A partir de 1996, le nombre de systèmes mis en place par an augmente. Rappelons que la réglementation qui encadre la gestion des déchets d'activités de soins est parue à partir de 1997, avec le décret relatif à l'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques, modifiant le Code de la Santé Publique.

Des arrêtés techniques d'application ont suivi en septembre 1999 : l'un relatif aux modalités d'entreposage des DASRI, l'autre relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI.

L'élaboration de la réglementation technique relative à l'élimination des DASRI semble donc être le moteur de la mise en place de tels systèmes. On note un affaiblissement de la dynamique de mise en place des dispositifs à partir de 2003.

Les deux pics observés en 1999 et 2002 correspondent à la mise en place de la collecte dans les pharmacies de Rouen et Marseille.

3. Description des systèmes de collecte

a. Nature des systèmes de collecte recensés

Les systèmes proposés aux producteurs diffus de DASRI sont les suivants :

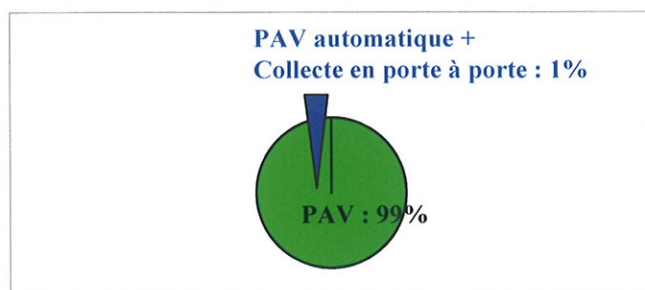
- l'apport volontaire au niveau de points d'apport volontaire (PAV), mis en place par les collectivités : l'apport volontaire en pharmacie, l'apport volontaire en local spécifique lié à l'activité médicale ou non, l'apport volontaire en déchetterie.

Le PAV est le système le plus représenté (96 % des cas).

Il constitue le système de collecte le plus adapté pour les DASRI des patients en auto-traitement.

- l'apport volontaire au niveau de bornes automatisées : ces systèmes ne nécessitent pas de personnel pour fonctionner, l'émission de bons de prise en charge est automatique.

- la collecte en porte à porte qui évite au producteur de se déplacer.



**Figure 5 : Types de système mis en place pour les patients en auto-traitement
(Drugeon S, 2004)**

● L'apport volontaire en pharmacie :

Ce type de dispositif est uniquement mis en place pour les particuliers en auto-traitement.

Il n'engendre pas de déplacement spécifique pour les dépôts de déchets puisque celui-ci est généralement couplé à l'achat de médicaments en officine. Ce dispositif impose des horaires de dépôts spécifiques, cependant les plages horaires de dépôt, calquées sur celle de l'ouverture des officines, restent souples. Il est représenté en zone urbaine et rurale. Les performances économiques sont intéressantes tant en terme d'investissement (aucun investissement) que de fonctionnement (1,6 € / Kg de DASRI collectés / an) ; le coût d'investissement correspondant principalement à la construction (et/ou aménagement, afin de respecter les prescriptions techniques réglementaires) du local d'entreposage.

Avertissements :

- 1/ Ce dispositif ne convient pas à un public de laboratoires, de centres hospitaliers, de centres médico-sociaux, de centres de vaccination (mairies), de professionnels en exercice libéral.
- 2/ Il impose des horaires de dépôts spécifiques
- 3/ Il est rarement conforme aux exigences réglementaires du point de vue du respect des normes concernant le local d'entreposage, du respect des délais de collecte, de la traçabilité des déchets.

• **L'apport volontaire en déchetterie (local à déchets ménagers dangereux) :**

Ce type de dispositif est principalement mis en place pour les particuliers en auto-traitement. Il est indifféremment représenté en zone rurale ou en zone urbaine. Le local d'entreposage et les délais de collecte respectent généralement la réglementation. Le coût moyen pour la mise en place de ce dispositif est intéressant (0 à 11 000 € en fonction des travaux à effectuer).

Avertissements :

- 1/ Ce dispositif ne convient pas à un public de laboratoires, de centres hospitaliers, de centres médico-sociaux, de centres de vaccination (mairies), de professionnels en exercice libéral.
- 2/ Il impose un déplacement spécifique pour le dépôt des DASRI, des horaires de dépôts spécifiques.
- 3/ Il est rarement conforme aux exigences réglementaires du point de vue de la traçabilité des déchets.
- 4/ Il ne permet pas d'obtenir de bonnes performances économiques du point de vue du fonctionnement.

• **L'apport volontaire en local spécifique lié à l'activité médicale :**

Ce type de dispositif est principalement mis en place pour les particuliers en auto-traitement. Il est représenté en zone rurale et urbaine. Le local d'entreposage et les délais de collecte respectent généralement la réglementation. Les performances économiques sont intéressantes en terme de fonctionnement (2,7 € / Kg de DASRI collectés / an).

Avertissements :

- 1/ Ce dispositif ne convient pas à un public de laboratoires, de centres hospitaliers, de centres médico-sociaux, de centres de vaccination (mairies), de professionnels en exercice libéral.

2/ Il impose un déplacement spécifique pour le dépôt des DASRI, des horaires de dépôts spécifiques.

3/ Il est rarement conforme aux exigences réglementaires du point de vue de la traçabilité des déchets.

4/ Il ne permet pas d'obtenir de bonnes performances économiques du point de vue de l'investissement.

• **L'automate :**

Ce type de dispositif est principalement mis en place pour les professionnels en exercice libéral. Il peut également être ouvert aux particuliers en auto-traitement. Cependant ce dispositif n'est jamais mis en place pour un seul public de particuliers en auto-traitement. Il n'impose pas de contraintes horaires puisqu'il est généralement accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il est représenté en zone urbaine et semi-urbaine. Les trois critères réglementaires retenus sont respectés : local d'entreposage, délais de collecte et la traçabilité.

Avertissements :

1/ Ce dispositif impose un déplacement spécifique pour le dépôt des DASRI.

2/ Il est peu représenté en zone rurale.

3/ Il ne permet pas d'obtenir de bonnes performances économiques du point de vue de l'investissement, du fonctionnement.

Le porte à porte et l'apport volontaire en local spécifique non lié à l'activité médicale (mairies, centres de pompiers) ne conviennent pas à un public de particuliers en auto-traitement.

Ils sont peu représentés en zone rurale. L'apport volontaire en local spécifique non lié à l'activité médicale est principalement utilisé par les services «institutionnels» générant des DASRI (centres de vaccination de mairie,...); le porte à porte est principalement mis en place pour les professionnels en exercice libéral et les laboratoires, centres hospitaliers, centres médico-sociaux, centres de vaccination (mairies).

Critères Typologie	Contraintes		Contexte géographique		Conformité réglementaire			Performance économique	
	Déplacements	Horaires	Zone urbaine et semi-urbaine	Zone rurale	Local	Délai	Traçabilité	Investissement	fonctionnement €/ Kg/an
Pharmacie	non	oui	69%	31%	-	20%	10%	0	1,6 €
Déchetterie	oui	oui	55%	45%	+	65%	18%	0 à 11 000 €	4,2 €
Local spécifique lié à l'activité médicale	oui	oui	63%	37%	Oui	70%	30%	3 000 à 40 000 €	2,7 €



Critère le mieux représenté, le plus intéressant (quelque soit le pourcentage exprimé)



Critère bien représenté, intéressant (au dessus de 50%)

Figure 6 : Grille de comparaison des systèmes de collecte mis en place pour les particuliers en auto-traitement (Rudologia, 2005)

b. Bilan et cas particulier du PAV en pharmacie

Le PAV en pharmacie est un système présentant de nombreux avantages :

- Le lieu d'implantation le plus retenu pour les PAV destinés aux patients en auto-traitement est la pharmacie d'officine (93 % des cas), suivi en deuxième lieu de la déchetterie.
- C'est le PAV en pharmacie qui offre le meilleur maillage du territoire (1 PAV pour moins de 3000 personnes).

Cette desserte de qualité s'explique par :

→ la répartition géographique régulière des pharmacies sur le territoire national que ce soit en zone urbaine ou rurale,

→ la participation du corps de métier à partir du moment où ce type de système est mis en place.

- Il s'agit du système le moins onéreux en terme d'investissement comme en terme de fonctionnement.

- C'est un système peu contraignant pour le producteur (patient en auto-traitement) car il n'y a pas de déplacement spécifique de dépôt des DASRI et les plages horaires sont souples.

- La traçabilité est généralement bien respectée mais des efforts restent à faire concernant la conformité des locaux de stockage et les délais d'entreposage.

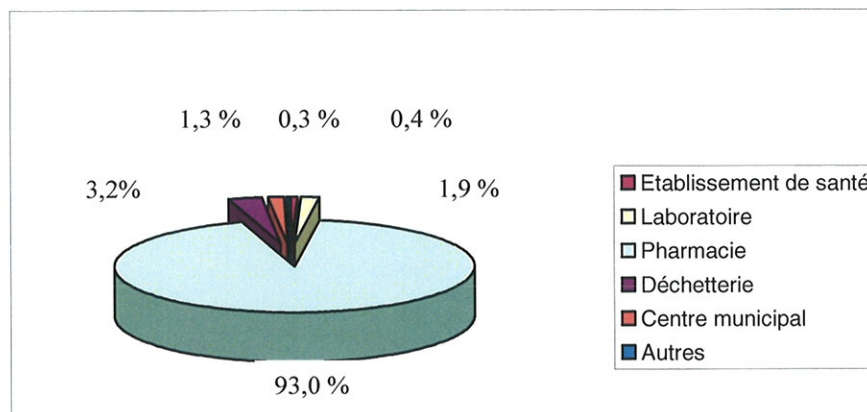


Figure 7 : Localisation du PAV destiné aux patients en auto-traitement (Drugeon S, 2004)

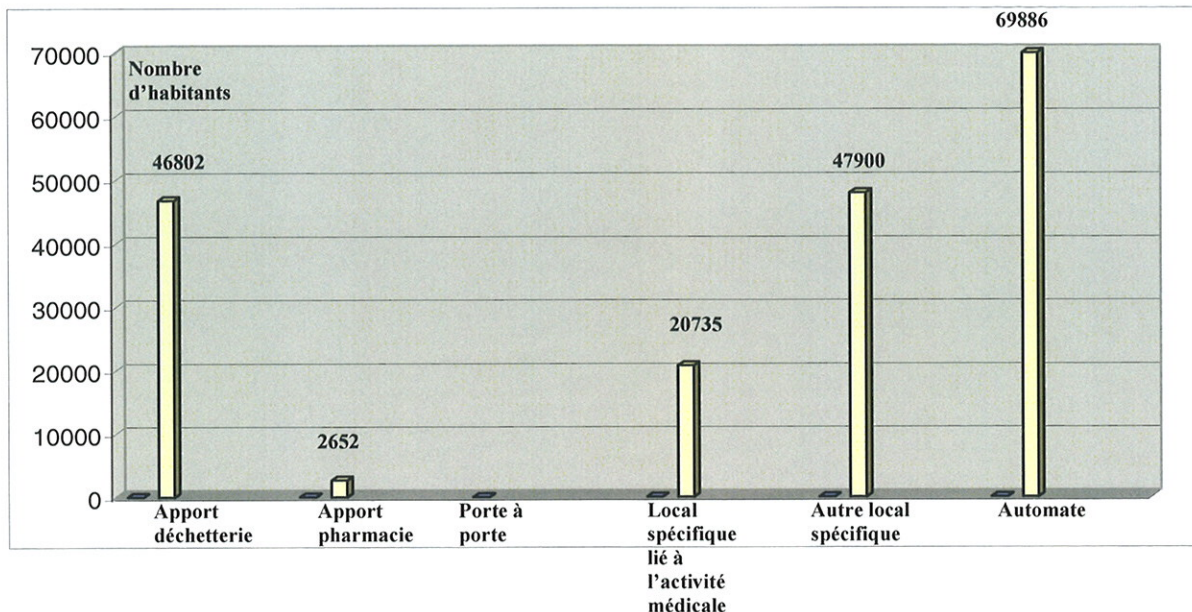


Figure 8 : Moyenne du nombre d'habitants desservis par point d'apport volontaire (Rudologia, 2005)

II. Rôle et positionnement du pharmacien d'officine dans la gestion des systèmes de collecte

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

Ces deux scénarios 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

a. Schéma

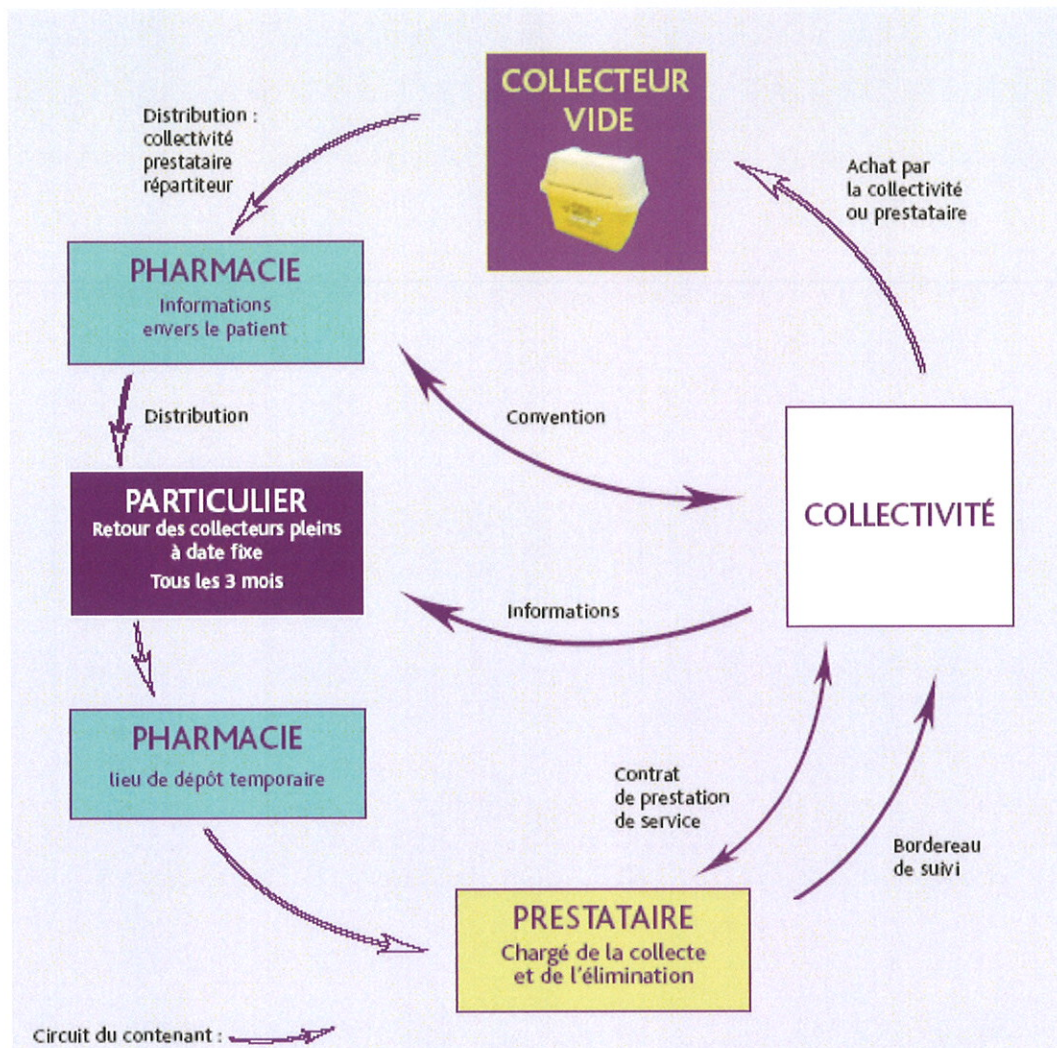


Figure 9 (ADEME, Déchets de soins des particuliers, risques et responsabilités, 2004)

- Ce circuit s'appuie sur 3 principes :
- ▶ **Gratuité**
 - ▶ **Anonymat**
 - ▶ **Traçabilité et suivi des emballages**

b. Précisions concernant la collecte des DASRI en officine

- Une fois remplis et seulement pendant des périodes déterminées ces collecteurs sont rapportés à l'officine par les patients en auto-traitement.

Il est important de respecter les dates de dépôt en officine des collecteurs ; pour ce faire des autocollants sont rajoutés sur chaque collecteur (boîte à OPCT), indiquant les dates du prochain dépôt. Il est aussi important de limiter la durée de retour des collecteurs pleins en officine à 2-3 jours voire une semaine au maximum avant le passage trimestriel de l'organisme habilité pour l'enlèvement des déchets en officine.

Le temps de stockage des DASRI en officine n'est donc pas de plus de 7 jours ce qui **permet de respecter la réglementation quand aux modalités d'entreposage.**

Les officines ne sont que des lieux de dépôt temporaire ce qui décharge les officines de posséder un local spécifique d'entreposage pour ces déchets et permet de prendre en compte l'éventuelle «gêne» occasionnée par ce service au pharmacien.

- **La sécurité et la conformité du stockage en officine sont assurées** par la présence d'un double conditionnement à l'officine dédié uniquement à la récupération des boîtes à OPCT pleines. Les parois de ce double conditionnement sont en matériaux rigides, lisses, lavables, étanches aux liquides et permettent la mise en œuvre aisée d'un protocole de désinfection.

Il est à stocker dans un endroit de l'officine réservé à l'entreposage des déchets (avec éventuellement des produits souillés ou contaminés comme les cartons Cyclamed). Cet emplacement doit répondre à des conditions offrant une sécurité optimale contre les risques de dégradation et de vol. Il doit se trouver à l'écart des sources de chaleur.

Ces mesures suffisent à assurer la totalité des dispositions contre les risques de contamination (local spécifique en officine pas indispensable).

- Une collecte trimestrielle est assurée par l'organisme choisi (association, prestataire, grossiste répartiteur,...) pour assurer la collecte des emballages pleins dans les officines (fréquence de

collecte optimale selon les quantités de déchets produites par les patients et les quantités récupérées par les officines).

● **La traçabilité est assurée :**

- Un protocole est mis en place lors de l'acte de remise, par le pharmacien, du collecteur vide au patient en auto-traitement.

- Les officines remettent, auprès de l'enleveur des collecteurs pleins, un bordereau de suivi (document CERFA). **La réglementation est ainsi respectée quand au suivi de la filière d'élimination** (suivi du devenir des boîtes chez l'organisme assurant la collecte et dans les centres de traitement).

- Le transport de ces déchets est effectué par le prestataire vers des centres de traitement et d'élimination appropriés.

2. Le circuit de collecte par apport en déchèterie

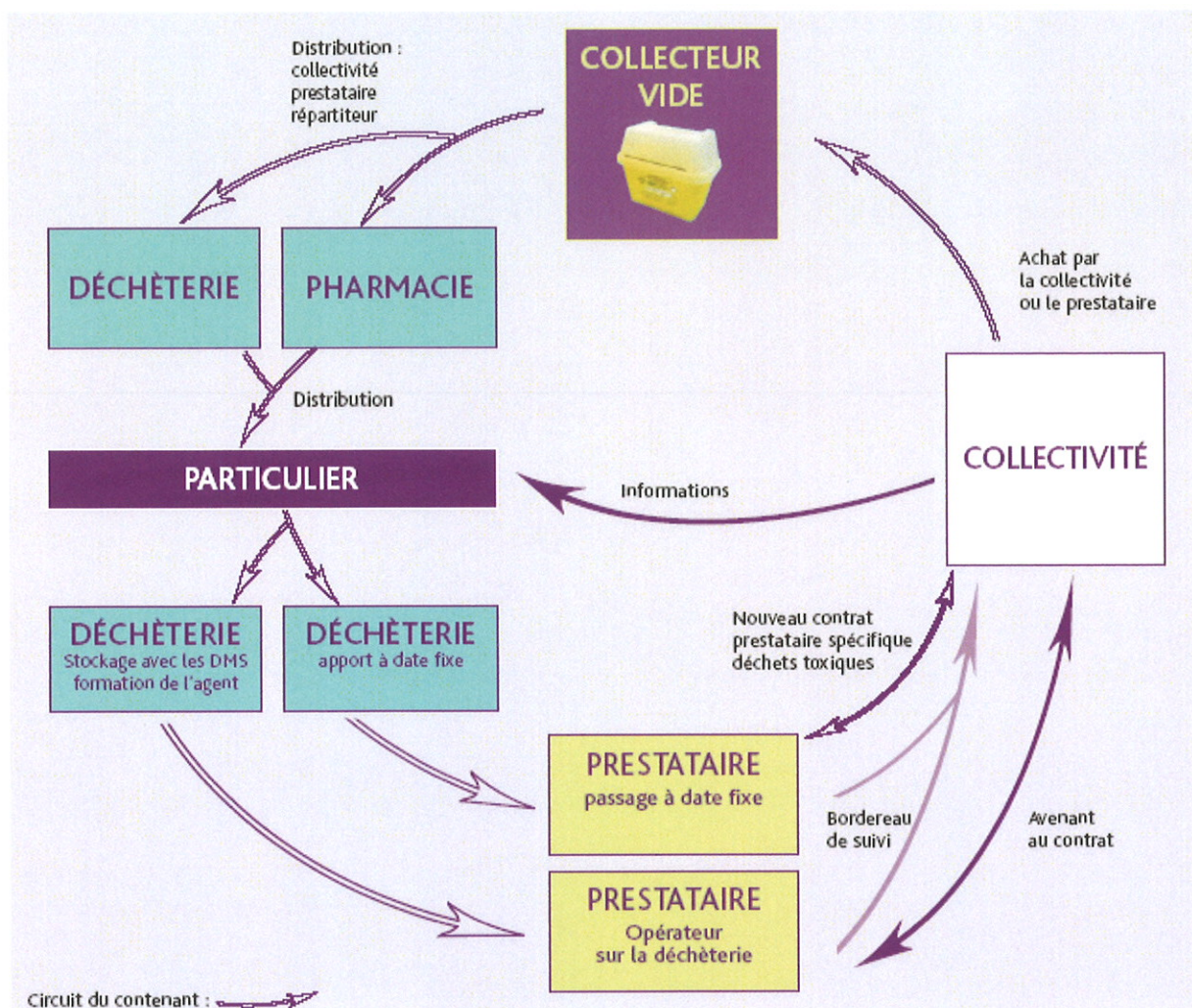


Figure 10 (ADEME, Déchets de soins des particuliers, risques et responsabilités, 2004)

3. Points communs aux deux circuits de collecte proposés

a. Fourniture et distribution des emballages

- L'achat des emballages spécifiques est réalisé soit par la collectivité, soit par l'industrie pharmaceutique, soit par le répartiteur.

- L'approvisionnement de ces collecteurs de déchets dans les officines est réalisé par le répartiteur, par la collectivité ou par une société prestataire chargée par la suite, de collecter les emballages remplis.
- La mise à disposition par les pharmacies des conteneurs aux personnes en auto-traitement est gratuite.

b. Contrat de prestation de service et convention de partenariat

Une contractualisation entre la collectivité et le prestataire chargé de la collecte et du traitement des DSP est indispensable. Elle définit le rôle de chacun, la durée et le montant de la prestation (ADEME, Déchets de soins des particuliers, risques et responsabilités, 2004).

Pour le circuit de collecte en pharmacie, elle portera sur l'approvisionnement des collecteurs de déchets en pharmacie, sur l'enlèvement en officine et sur le transport et l'élimination de ces déchets.

Pour le circuit d'apport en déchetterie, elle portera sur l'approvisionnement des collecteurs en pharmacie, sur la prise en charge spécifique de ces déchets par une déchetterie et sur leur transport et leur élimination.

De même une convention d'élimination écrite entre la collectivité et les pharmaciens participant à l'opération permet également de situer clairement le rôle de chacun et de rappeler les engagements convenus.

Pour le circuit de collecte en pharmacie, elle concernera la distribution et la récupération des collecteurs vis-à-vis des patients.

Pour le circuit d'apport en déchetterie, elle ne concernera que la distribution des collecteurs vides aux patients.

4. 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)

(ADEME, **Déchets de soins particuliers, risques et responsabilités, 2004**)

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-traitement peut être aisément atteint.

Quant à lui, le circuit d'apport en déchetterie 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 ou à moins que le législateur ne l'impose dans le cadre de la mission de santé publique du pharmacien.

5. Coût moyen relatif à l'élimination des DSP, tous circuits confondus (pharmacies et déchetteries)

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

(ADEME, Déchets de soins des particuliers, risques et responsabilités, 2004)

Remarque : 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.

6. Les différents rôles et potentiels du pharmacien d'officine dans les dispositifs de collecte des DSP

Nous pouvons remarquer que les pharmacies d'officine jouent dans chaque scénario de collecte un certain nombre de rôles, parfois communs, parfois différents mais toujours primordiaux et incontournables au bon fonctionnement et à la mise en place de ces dispositifs.

a. Gestion administrative des systèmes de collecte

En effet, le pharmacien fait partie des partenaires qui ont un rôle administratif dans la gestion du dispositif de collecte.

Il participe entre autres à l'élaboration et au suivi des conventions de partenariat et des contrats de prestation de service passés avec les autres partenaires du dispositif de collecte.

Il assure également l'émission et le classement des bordereaux de suivi, la commande des fournitures, la gestion des fiches de traçabilité des collecteurs (commande des fiches, remplissage, classement et restitution à l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM),....

b. Distribution des collecteurs vides, stockage et échange vide-plein

Le rôle du pharmacien consiste à distribuer gratuitement 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).

Si la solution retenue est l'apport en pharmacie, le pharmacien a également un rôle de collecte et de stockage des conteneurs pleins.

L'échange vide-plein avec le particulier pourra se faire lors du dépôt de la boîte par celui-ci une fois remplie.

c. Assurance d'une traçabilité des conteneurs (exemple de protocole de traçabilité à mettre en place) (Clermont Communauté, 2004)

Sur les conditionnements (boîtes à OPCT), il doit être mis en place une étiquette de la pharmacie distributrice sur laquelle est notée un numéro anonyme ou code barre propre au patient. Ainsi chaque boîte se rapporte à un patient et à une pharmacie distributrice.

1- DISTRIBUTION DES EMBALLAGES PAR LES PHARMACIENS :

A chaque délivrance d'emballage au patient, le pharmacien :

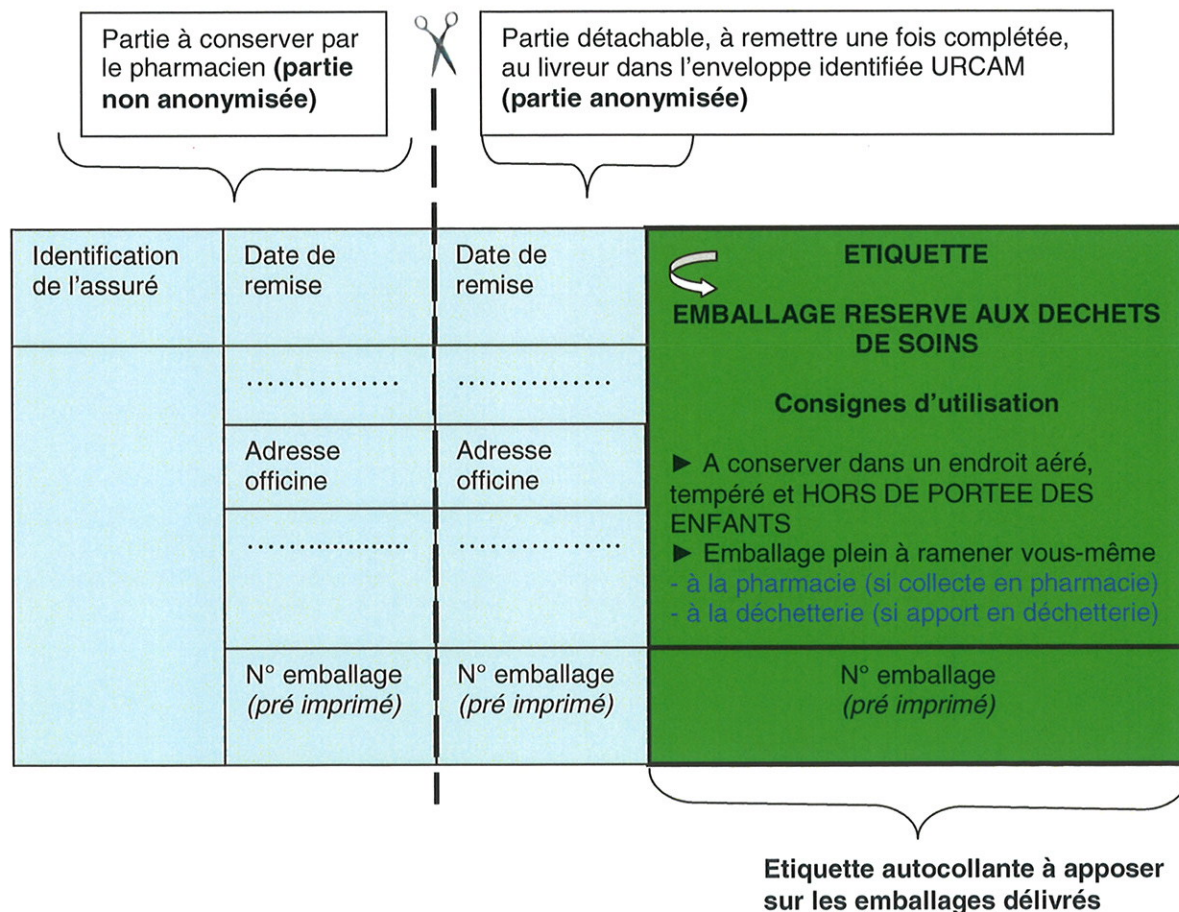
- complète une fiche reprenant :
 - l'identification du patient (numéro propre à chaque patient)
 - la date de remise de l'emballage au patient
 - l'adresse de l'officine
- détache et colle l'étiquette sur l'emballage (numéro d'emballage pré-imprimé sur l'étiquette)
- remet un dépliant d'information à chaque patient ayant une prescription de produits injectables

2- RENOUELEMENT DE COMMANDE ET RETOUR DES FICHES COMPLETEES PAR LES PHARMACIENS :

- Le pharmacien se fournit en boîtes et fiches par le grossiste répartiteur selon la procédure habituelle d’approvisionnement.
- A réception des emballages et fiches, il remet au livreur une enveloppe fournie par le syndicat des pharmaciens, pré-identifiée URCAM, contenant les fiches complétées.
- L’URCAM conserve les fiches qui permettront en cas de problème de remonter à la pharmacie distributrice de l’emballage et ensuite au patient producteur de déchet.

3- MODE OPERATOIRE POUR UTILISATION DE LA FICHE :

Fiche avec étiquette autocollante à compléter par le pharmacien



d. Rôle d'information

- La mise en place d'une filière d'élimination des DSP doit passer par une campagne de sensibilisation et de communication efficace car un important déficit d'accès à l'information existe à ce sujet pour les particuliers.

Il faut tenir compte des utilisateurs quotidiens, facilement identifiables mais aussi des utilisateurs occasionnels.

Les pharmacies doivent lancer une campagne conséquente au démarrage de l'opération et sur le long terme afin de pérenniser la filière (rappels). Elles pourront également s'appuyer sur l'aide de la collectivité, des associations locales qui peuvent servir de relais d'information.

Les outils de communication peuvent être de deux ordres (ADEME, Déchets de soins des particuliers, risques et responsabilités, 2004) :

- des outils de sensibilisation, en première phase (cf. Annexe 2).

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 affiches en officine mais aussi par des encarts dans la presse locale et communale, des affiches en centres de soins,.... On peut également prévoir un document de sensibilisation disposé en libre-service sur les présentoirs d'officine.

- des outils axés sur le geste de tri, en second lieu (cf. Annexe 2).

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.



Figure 11 : Exemple de dépliant d'information à destination des patients et disponible en pharmacie (Clermont Communauté, 2005)



Figure 12 : Exemple d'affiche de sensibilisation (ADEME, Déchets de soins des particuliers, risques et responsabilités, 2004)

- Les officines sont des lieux privilégiés pour sensibiliser et renseigner la population qu'elle soit concernée ou non par ce sujet puis pour montrer les bons gestes et la marche à suivre quant à l'élimination de ces déchets :

- Tout d'abord en raison de leur répartition géographique régulière sur le territoire national que ce soit en zone urbaine ou rurale (proximité du service). Avec 23 000 officines dans notre pays aujourd'hui, il n'y a pas de « désert » pharmaceutique (Apothicom, 2002).
- Puis en raison de leur statut. En effet, les officines sont des lieux ouverts à tout public, où l'on se rend sans rendez-vous, où l'on entre avec facilité et où la confidentialité est respectée. Les officines sont des lieux de passage quasi-systématique des patients en auto-traitement et par la même le lieu idéal de mise en place d'une action de santé publique à destination de ces derniers avec possibilité de contact et d'orientation vers le circuit de prise en charge local. Le pharmacien est toujours disponible pour des conseils personnalisés. Plus de 4 millions de personnes fréquentent tous les jours les officines, viennent demander des conseils sur des produits de santé et surtout sur leur utilisation. Dans une enquête du magazine Que choisir, 91,7% des personnes interrogées témoignent de la confiance à leur pharmacien d'officine et 37% d'entre elles reconnaissent son importance dans le système de santé, notamment sur l'information qu'il peut délivrer (Apothicom, 2002).

e. Rôle en tant que professionnel de santé et acteur de santé publique

Le pharmacien, spécialiste du médicament et de son bon usage, est un professionnel de santé à part entière. Il doit donc être un acteur essentiel dans le maintien de la santé publique et individuelle.

De part sa proximité, son contact privilégié avec les patients en auto-traitement ainsi que la connaissance de leur traitement, il doit intervenir et participer activement à la résolution du problème de gestion des DASRI du secteur diffus.

Le pharmacien, à travers son implication, y joue un rôle central à disposition des particuliers : instauration du dialogue, information sur les modalités de l'opération (dates et lieux de retour des conteneurs,...), récupération des collecteurs remplis, orientations médico-sociales, participation aux campagnes de prévention (diffusion de messages et de matériels de prévention), explication des raisons de la prise en compte des DSP.

Afin de mener à bien leur action, les pharmaciens ainsi que leur équipe devront se former sur les pratiques des patients en auto-traitement (diabétiques, hémophiles, dialysés à domicile,...), sur les traitements disponibles ainsi que sur la connaissance des circuits de gestion locaux.

III. Evaluation de la place des officines au sein des filières de collecte et d'élimination des DASRI - Position des différentes institutions concernées

1. L'Ordre National des Pharmaciens

- (Parrot J, 2004)

Après la tempête médiatique sur Cyclamed et avant la publication du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) demandé par Philippe Douste-Blazy, le Bulletin de l'Ordre émet un avis sur l'avenir de l'organisation de la collecte des médicaments non utilisés Cyclamed (MNU).

L'Ordre préconise qu'il soit fourni aux «pharmaciens des boîtes individuelles à remettre aux patients avec les produits médicamenteux à risque particulier (insuline, interférons, antimétabolites...), afin qu'après usage les déchets correspondants (seringues, aiguilles contaminées, restes médicamenteux...) puissent être déposés dans une filière sécurisée» ;

Il «souhaite que les autorités de santé informent clairement le public sur ce dossier et sur les décisions qu'il appelle ;».

Ainsi, l'Ordre est officiellement opposé à la collecte en pharmacie des DASRI du secteur diffus mais il encourage les pharmaciens à remettre aux patients des collecteurs individuels pour que les déchets soient ensuite déposés dans une filière sécurisée. Mais il ne précise pas la nature de la filière de collecte et qui doit l'assurer.

- (Cusset F, janvier 2004) (Cusset F, mai 2004)

Selon l'Ordre, non producteur de DASRI, le pharmacien n'a aucune obligation légale à se préoccuper de leur collecte et de leur élimination.

Selon Isabelle Adenot, présidente de la section A du conseil de l'Ordre, «la collecte et l'entreposage de ces déchets ne peut avoir lieu en pharmacie où ne peuvent cohabiter un circuit propre et un circuit sale. De plus la très grande majorité des officinaux ne peut pas respecter les dispositions légales de stockage des DASRI.

En revanche, acteurs de santé de proximité, les pharmaciens peuvent et doivent aider les diabétiques à gérer leurs déchets, en ayant un rôle éducatif auprès d'eux et en contribuant à la traçabilité de ces déchets»

Selon elle, «il n'y a pas de solution nationale, car il faut mettre en place des systèmes de proximité en fonction des spécificités locales».

En mai 2004, lors d'une réunion à l'initiative de l'Association Française des Diabétiques (AFD), celle-ci, l'Ordre des pharmaciens, l'ADEME et le syndicat de l'industrie des dispositifs de soins médicaux ont avancé un schéma général tripartite entre patients, pharmaciens et destructeurs des déchets. Les pharmaciens se verraient remettre un conteneur avec étiquetage d'identification sous forme de code barre et informer les patients sur l'élimination de leurs DASRI en particulier sur le lieu d'apport de leur boîte de stockage (déchetterie, borne automatique, centre de regroupement).

Il reviendrait ensuite au destructeur (commune, communauté de communes ou d'agglomération, conseil général ou régional) d'assurer la prise en charge du transport et de l'élimination des DASRI. Et de remettre au pharmacien une fiche annuelle de traçabilité, conformément à la réglementation.

D'ici fin 2004, devaient être organisées des réunions régionales ou départementales avec tous les acteurs locaux pour mettre en place des circuits de récupération dans les meilleurs délais.

Tous les participants à cette réunion ont eu le sentiment d'avoir engagé le dossier de la collecte et de l'élimination de ces déchets des soins sur la bonne voie et que le problème des piquants-coupants semblait donc en passe d'être résolu. Mais à l'heure actuelle en France, encore nombre de patients en auto-traitement ne trouvent pas de solutions pour éliminer leurs déchets de soins qui prennent alors le chemin de la décharge. Le problème des piquants et des coupants est toujours au centre des débats.

- L'Ordre tolère néanmoins la collecte et le stockage de DASRI en officine dans certaines régions (Région PACA, Bretagne,...). Des officinaux participent ainsi à des expériences de ce type devant l'absence d'autres solutions plus appropriées.

2. L'Inspection Régionale de la Pharmacie

Comme l'Ordre des Pharmaciens, elle est officiellement opposée à la collecte en pharmacie des DASRI du secteur diffus mais elle le tolère dans certaines régions (absence de réglementation précise pour la récupération des déchets diffus produits par les malades en auto-traitement).

3. Le gouvernement et les collectivités locales représentées par l'Association des Maires de France

- Côté pouvoirs publics et collectivités locales, certains voient en la personne du pharmacien un professionnel de santé de proximité tout indiqué pour collecter des DASRI ou en tout cas pour s'impliquer dans leur élimination.

En mai 2005, l'AMF propose au gouvernement, qui se penche alors sur l'avenir du dispositif Cyclamed, «que la collecte des médicaments non utilisés repose sur le réseau des officines, avec

un financement du dispositif assuré par un éco-organisme dédié, qui aurait par ailleurs la charge de participer au financement de la gestion des DASRI et notamment des piquants-coupants» (AMF, 2005).

- En 2006, le gouvernement travaille à une réglementation nationale quant à l'élimination des déchets médicaux des particuliers. Le 9 mai 2006, Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille déclare devant les députés que «le développement des alternatives à l'hospitalisation et des traitements par voie parentérale impose une organisation rapide de la gestion des déchets d'activité de soins, essentiellement constitués de produits sanguins ou coupants présentant des risques infectieux et toxicologiques».

Selon lui, «la création d'une filière spécifique doit mettre fin à la situation insatisfaisante» dans laquelle ces déchets sont le plus souvent jetés avec les ordures ménagères, exposant ainsi les personnels de ramassage et de tri à des risques d'accidents. Il ajoute «qu'il faut offrir aux usagers, sur l'ensemble du territoire, une solution adaptée conciliant les contraintes du patient et les exigences de sécurité».

Un premier texte permettra la mise à disposition de conteneurs spéciaux dans les pharmacies d'officine et les pharmacies d'intérieur. Un deuxième concernera la collecte de ces conteneurs, avant d'aborder enfin la question de l'élimination des déchets. Cette évolution réglementaire sera complétée, sur le terrain, par des actions de formation et de sensibilisation des patients et des professionnels (AMF, 2006).

4. Les associations de diabétiques

L'AFD encourage toute proposition sérieuse de collecte des DASRI. Son objectif consiste à obtenir la mise en place de circuits de récupération de déchets de soins à travers toute la France dès que possible. Elle souhaite que les pharmaciens soient impliqués dans ces dispositifs ; c'est pourquoi elle a multiplié les interventions auprès de l'Ordre des pharmaciens.

5. La Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) d'Ile de France (selon le rapport de novembre 2004 suite à l'enquête nationale relative à la gestion des déchets d'activités de soins du secteur diffus)

(Drugeon S, 2004) :

«Une enquête locale auprès des diabétiques insulino-dépendants et auprès des pharmaciens a montré que ces acteurs préféreraient collecter les DASRI de ces patients en officine pour des raisons de proximité et de sécurité».

«Il est évident que la collecte des DASRI par les officines ne répond pas totalement aux prescriptions réglementaires. Cela est actuellement impossible, la réglementation n'ayant pas été pensée pour cette filière et plus généralement pour la récupération des déchets diffus produits par les malades en auto-traitement.

Pour autant, cette filière est un outil extrêmement intéressant et viable, à partir du moment où l'opposition de principe de l'Ordre des Pharmaciens n'y fait pas obstacle. Elle constitue un moyen efficace, et pour l'instant irremplaçable, de collecte des déchets de cette origine qui, sinon, termineraient le plus souvent dans les ordures ménagères».

6. L'IGAS selon le rapport de janvier 2005 de l'enquête sur le dispositif de recyclage des médicaments «Cyclamed»

(Grass E, 2005)

Parmi les propositions et recommandations émises, l'une concerne la non reconduction de l'agrément Cyclamed et la mise en place d'un nouveau dispositif de collecte des déchets issus de médicaments (DIM).

- **A partir de ce constat, différents scénarios sont proposés dont un qui repose sur le pharmacien afin de créer une filière nationale de collecte des médicaments :**

«La reprise de déchets de médicaments en officine peut être diversement appréciée :

- d'un côté, les officinaux refusent d'être considérés comme des déchetteries et se désolent des produits parfois divers qui leurs sont amenés par le biais des retours ;
- à l'inverse, la collecte des DIM valoriserait la mission de service public des pharmaciens d'officine en même temps qu'elle leur permettrait de mieux remplir leur fonction de suivi de l'observance des patients, le retour des médicaments pouvant être l'occasion d'un échange avec le patient sur ses pratiques de consommation».

«L'introduction d'une obligation réglementaire de reprise par les pharmaciens semble dès lors être un élément de clarification nécessaire. Cette évolution s'intégrera à une tendance plus générale visant à mieux reconnaître la mission de santé publique des pharmaciens d'officine, qui permettrait de valoriser la spécificité du métier de pharmacien et ainsi de consolider la légitimité de son monopole.

L'organisation pratique de la collecte de médicaments serait dans ce troisième scénario analogue aux filières nationales déjà existantes (piles, pneumatiques usagés, équipements électriques et électroniques), c'est-à-dire que :

- son financement serait assuré par les entreprises pharmaceutiques selon des modalités qui restent à définir, mais qui doivent inciter le dispositif à maximiser son taux de collecte».

(Par exemple, la contribution du LEEM pourrait être inversement proportionnelle au taux de collecte, le bouclage du budget de la filière étant assuré par le biais de transfert avec les sociétés agréées).

• **Une des recommandations émises consiste à étendre la filière de collecte de MNU aux DASRI produits à domicile :**

«La mission n'a pas étudié de façon approfondie la question du traitement des DASRI produits à domicile».

«Ces déchets sont essentiellement constitués de déchets de produits sanguins à usage thérapeutique et de produits piquants-coupants, qui posent des problèmes de collecte particuliers, compte tenu des accidents qu'ils sont susceptibles de provoquer».

Dans l'hypothèse du troisième scénario présenté par la mission, c'est-à-dire d'une obligation réglementaire de reprise des MNU par le pharmacien, se pose la question d'une reprise simultanée des DASRI.

La mutualisation des circuits de collecte présente en effet de nombreux avantages :

- elle est facile et sûre pour le citoyen ;
- elle permet de faire des économies. Même si la collecte des DASRI doit se faire dans des containers séparés, les camions récupérant MNU et DASRI peuvent être identiques, ce qui permettrait de mutualiser les coûts de transport, largement prédominant en matière de collecte.

Le principe de «responsabilité élargie du producteur» doit s'appliquer aux injectables, car les seringues pré-remplies sont des médicaments. Cette évolution constituerait ainsi une réponse à des demandes récurrentes des associations de malades (notamment de diabétiques) et des sociétés et régies de traitement des déchets (dont les personnels sont parfois victimes d'accidents).

L'objection la plus souvent mise en avant est l'inadaptation des locaux d'officine aux contraintes réglementaires des DASRI. Cet argument est à relativiser : les locaux d'officine répondent à la quasi-totalité des règles prévues par les textes ; pour le reste, les normes applicables sont le reflet des dispositifs de collecte existants et semblent pouvoir évoluer avec un effort de sécurisation des containers».

• Une autre recommandation consiste à responsabiliser les patients en affection longue durée (ALD) en utilisant les protocoles PIREs :

«L'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 prévoit de «médicaliser les critères d'exonération du ticket modérateur» des personnes atteintes d'une ALD. Pour cela, des protocoles de diagnostic et de soins, dits protocoles PIREs, devront être établis à partir d'un examen conjoint du patient par le médecin traitant et un médecin conseil de caisse.

Ces protocoles pourraient contenir systématiquement un volet relatif à l'observance et au traitement des déchets (ce volet indiquerait par exemple la nécessité de retourner les produits au pharmacien, l'obligation pour celui-ci de les reprendre y compris les DASRI).

Une telle évolution pourrait s'avérer intéressante pour les patients en auto-traitement (diabète, hépatites) pour lesquels l'élimination des injectables est souvent une difficulté».

7. Les pharmaciens d'officine eux-mêmes

(Cusset F, janvier 2004) (Cusset F, mai 2004)

- Certains pharmaciens ne veulent en aucune manière s'impliquer dans la gestion des DASRI du secteur diffus. Ils se réfugient derrière la loi de 1975 désignant «tout producteur de déchets responsable de ceux-ci tout au long de la filière (tri, collecte, stockage, transport) jusqu'à leur élimination finale».

- D'autres, conscients de leur rôle à jouer en tant qu'acteurs de santé et sous la pression d'associations de patients et des pouvoirs publics, n'ont pas attendu le feu vert officiel pour s'impliquer.

→ Un certain nombre d'entre eux acceptent de participer à des protocoles de gestion des DASRI en apportant des informations, des conseils et en assurant la traçabilité de ces déchets sans pour autant récupérer et stocker les DASRI à l'officine.

Une formule de récupération de piquants-coupants a été mise en place dans le Lot en février 2004. Les pharmaciens du département distribuent des boîtes à leurs clients qui les rapportent ensuite en déchetterie. Danièle Fourniols, pharmacien, conseillère ordinaire et maire d'une commune de 2000 habitants du Lot assure «que tout le monde joue le jeu et que le système fonctionne très bien». Pour elle, la balle doit avant tout être portée dans le camp des collectivités locales : «Il faut faire pression sur les élus, estime t-elle, c'est comme cela que l'on arrivera à régler le problème là où ce n'est pas encore le cas».

Lors d'une réunion de travail du 01 février 2006, organisée par le conseil général d'Eure et Loir et portant sur la gestion des DASRI du secteur diffus dans le département, les représentants des pharmaciens ont confirmé qu'ils ne leur appartient pas de récupérer les DASRI des particuliers,

mais qu'ils sont favorables à s'inscrire dans la filière d'élimination en participant à la distribution des boîtes de récupération d'aiguilles et surtout en sensibilisant les patients.

→ Quelques uns enfin vont même jusqu'à faire de leur officine un lieu de stockage de piquants coupants remis par des patients en auto-traitement.

Ainsi, depuis 2004, les 800 adhérents du groupement de pharmaciens Giropharm, sont non seulement invités à distribuer des boîtes de récupération fournies par le groupement, mais aussi à stocker les boîtes pleines rapportées. Pierre Austry, président de Giropharm explique que «parce que rien n'était fait depuis des années, le groupement a voulu apporter ce service à des malades, en partenariat étroit avec l' AFD.» Il estime qu'aujourd'hui une bonne moitié des adhérents participe à l'opération. Chaque pharmacie est équipée d'un Ecobox, un conteneur sécurisé dans lequel le malade dépose lui même ses seringues. Selon lui, «pour la sécurité de l'équipe officinale, il est beaucoup plus dangereux de collecter des MNU à travers Cyclamed».

Cet avis est partagé par Hélène de Graeve, pharmacien et cheville ouvrière d'une expérience semblable, récemment lancée en Haute-Garonne par le réseau officinal Pharmasoins 31 : «dans ma pharmacie, au début de Cyclamed, nous mettions le nez dedans et c'était aussi propre qu'une cage de chimpanzé, une vraie poubelle ! Depuis, j'interdis à mon personnel d'ouvrir les sachets. Cela n'a rien à voir avec les boîtes des diabétiques qui arrivent hermétiquement fermées».

C. QUELQUES EXEMPLES D' EXPERIENCES PROBANTES IMPLIQUANT LES OFFICINES

A travers tout l'hexagone, des officinaux participent en effet à des expériences, d'envergure plus ou moins grande, destinées à la gestion et au traitement des DASRI du secteur diffus.

Ces expériences consistent entre autres à la mise à disposition aux particuliers en auto-traitement de conteneurs destinés à récupérer leurs déchets piquants-coupants et par la suite à en assurer la collecte et l'élimination.

I. Distribution des conteneurs vides par les officines et apport volontaire en pharmacie des conteneurs remplis (Rudologia, 2005)

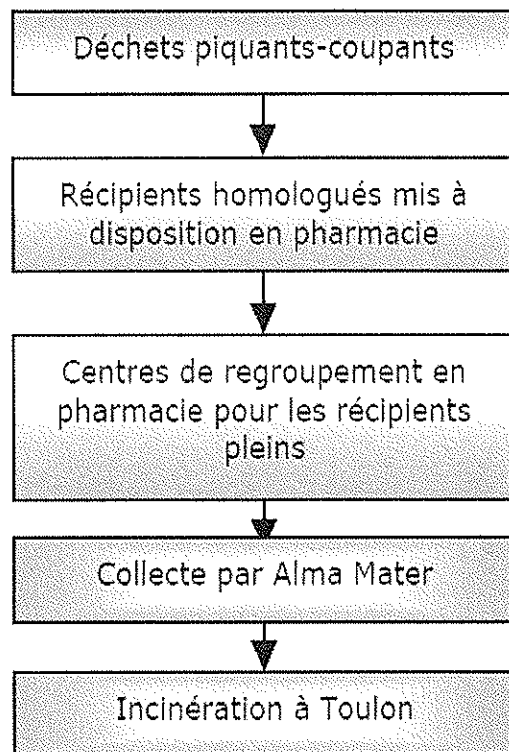
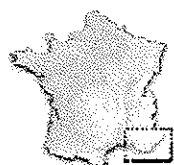


1. Expérience menée sur l'agglomération marseillaise

Sous l'impulsion des élus, de l'Ordre des Pharmaciens du département des Bouches du Rhône, de l'Association Française des Diabétiques des Bouches du Rhône et de l'association Alma Mater (association de professionnels de soins exerçant une activité de collecteur des DASRI) a été mis en place un système de collecte des DASRI des malades en auto-traitement par apport volontaire dans les officines de l'agglomération marseillaise.

Cette action a débuté en Novembre 2001. Elle a été ensuite rapidement étendue à l'ensemble de la communauté urbaine de Marseille en 2002, puis à la totalité du territoire de la Collectivité Urbaine Marseille - Provence - Métropole (18 communes, 1 million d'habitants) en avril 2003.

a. Résumé de l'opération



b. Coûts

Il n'y a pas eu de coût d'investissement.

Le coût de fonctionnement est de 160 000 euros/ an. Il comprend la fourniture des emballages, la collecte, le traitement et le suivi administratif.

Cette opération est financée à hauteur de 100 000 euros par l' ADEME, l'Agence de l'eau, la Communauté urbaine de Marseille - Provence - Métropole, le Conseil Régional.

c. Description de l'opération

Les points de regroupement sont les 363 pharmacies qui participent à l'opération. Les particuliers en auto-traitement déposent leurs boîtes auprès de leur pharmacien, en respectant au maximum les semaines de collecte.

Les récipients de collecte sont des boîtes homologuées de 1,5 litres. Ces boîtes sont fournies par Alma Mater aux pharmacies qui les distribuent gratuitement.

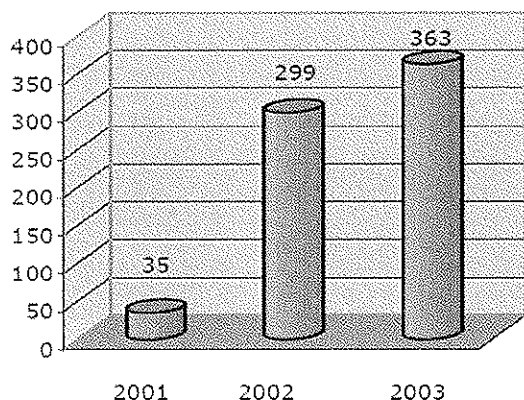
La collecte des déchets en pharmacie est effectuée par l'association Alma Mater. Elle a lieu une fois/ trimestre. Les déchets sont ensuite détruits par incinération à Toulon.

La traçabilité est assurée par un fichier qui se trouve en pharmacie afin de récapituler l'ensemble des collectes. Une traçabilité interne est mise en place en officine. Chaque dépôt et collecte est enregistré informatiquement (suivi des quantités de DASRI) : un bordereau est rempli par le collecteur et signé de la pharmacie.

La saisie de ces informations permet de suivre l'évolution des volumes générés en fonction des zones géographiques et d'adapter le nombre de récipients à distribuer dans chaque pharmacie.

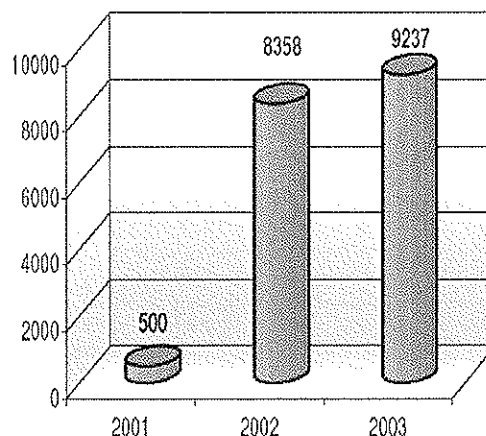
d. Résultats

Nombre de pharmacies adhérentes



299 pharmacies en 2002 = 6 000 foyers utilisant le service
363 pharmacies en 2003 = 8 000 foyers utilisant le service

Quantités de déchets collectés, en litres



e. Stratégie de communication

Lors du lancement de l'opération, une enquête a été réalisée auprès de la population du 4^{ème} et 5^{ème} arrondissement de Marseille. Toutes les pharmacies du territoire ont été visitées (437) pour présenter l'opération.

Les relais d'information sont les pharmacies, la Communauté d'agglomération, Alma Mater. Des affichettes et des dépliants y sont déposés.

Un suivi est organisé par des réunions régulières pour informer les élus, le grand public, les professionnels de santé.

f. Evaluation du système de collecte

Points forts	Points faibles
Très forte implication des acteurs sur le terrain et constitution d'un véritable réseau de compétences	Diversification des partenariats financiers pour renforcer la pérennité
Taux de participation du public et bons résultats *	Développement des campagnes de communication
Création d'emplois d'insertion (avec l'Association Alma Mater)	Réflexion nationale sur le sujet

* Ce service proposé aux particuliers en auto-traitement a été utilisé par plus de 800 000 malades. Le taux de retour des conteneurs remplis progresse régulièrement ; en 2004 il est de plus de 60 %.

g. Projets à venir

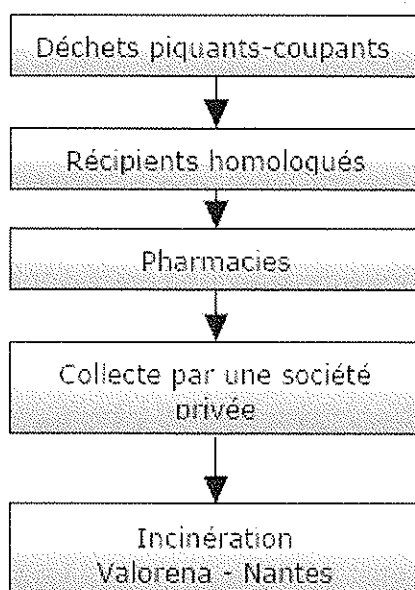
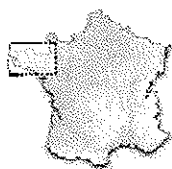
Une extension à la région PACA est envisagée : mise en place dans la ville de Gardanne, des dossiers sont à l'étude sur les territoires de la communauté du Pays d'Aix, le Grand Arles, la Communauté d'Aubagne, la région d'Avignon, le secteur de Toulon et sur l'aire Niçoise.

Une réflexion sur la faisabilité de collecte des déchets mous est en cours.

2. Expérience menée en Bretagne

En avril 2000, dans le département d'Ille et Vilaine, le Syndicat Intercommunal de Collecte et de Traitement des Ordures Ménagères du Pays de Fougères (70 660 habitants, 51 communes), en partenariat avec les pharmacies du territoire, a élaboré une solution pour la récupération des déchets piquants-coupants.

a. Résumé de l'opération



b. Coûts de fonctionnement

Années	Coûts HT en euros
2001	3001,74 euros
2002	3118,44 euros
2003	328,37 euros

c. Description de l'opération

31 pharmacies participent à l'opération.

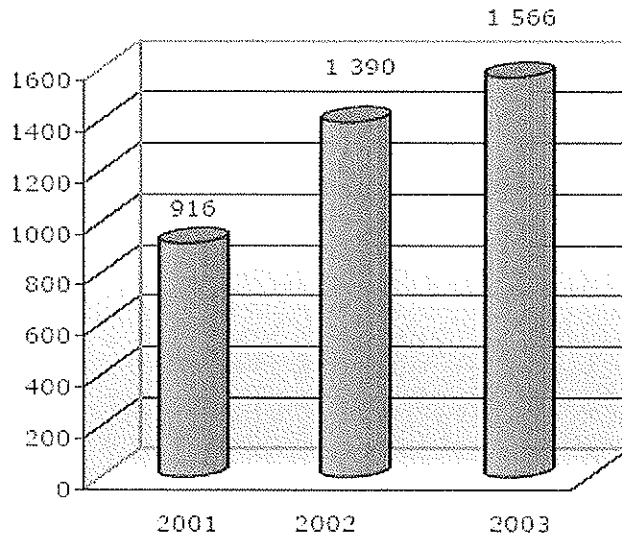
La collectivité fournit des boîtes homologuées de 2 litres aux particuliers (via les pharmacies). Lorsque les personnes rapportent leur récipient plein dans les pharmacies, un récipient vide est donné en échange.

La collecte des déchets en pharmacie est effectuée par une société privée une fois/ trimestre. Les déchets sont ensuite détruits par incinération à Nantes.

Pour la traçabilité, des bordereaux de suivi des DASRI avec regroupement sont utilisés.

d. Résultats

Quantités de déchets collectés, en litres



Le volume de déchets collectés est estimé à partir du nombre de boîtes de 2 litres collectées :

Années	Nombre de boîtes collectées
2001	458
2002	695
2003	783

e. Evaluation du système de collecte

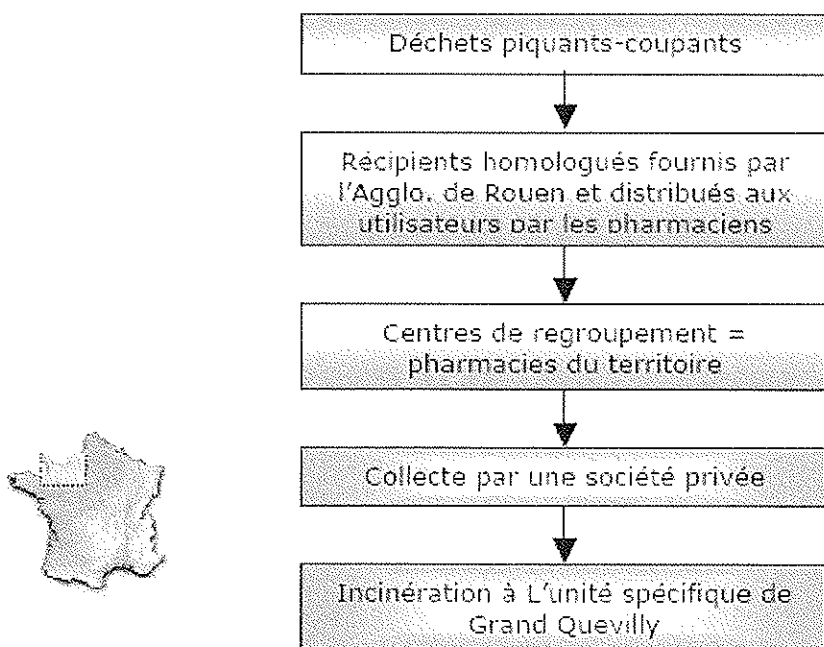
Points forts	Points faibles
Anonymat préservé par les pharmacies	Suivi des boîtes auprès des particuliers
Simplicité de gestion	

Des difficultés techniques sont rencontrées : le nombre de boîtes en circulation est très important par rapport au nombre de boîtes collectées, preuve que le taux de retour des collecteurs pleins est faible. Néanmoins, fin 2003, le projet est reconduit.

3. Expérience menée sur l'agglomération rouennaise

A partir de 1999, une filière de prise en charge des déchets piquants-coupants existe pour les habitants de l'agglomération de Rouen. C'est la Communauté de communes qui est à l'initiative de cette démarche dont l'action s'étend à 391 375 habitants répartis sur 37 communes.

a. Résumé de l'opération



b. Coûts

L'opération est entièrement financée par l'agglomération de Rouen.

Il n'y a pas de coût d'investissement. Quant au coût de fonctionnement, la fourniture des emballages (boîtes à seringues, boîtes de regroupement) revient à 8 232 euros HT/ an, le forfait

annuel base 2002 pour la distribution des contenants puis la collecte est de 28 051 euros HT et le traitement revient à 300 euros la tonne de déchets.

c. Description de l'opération

L'action est suivie par 160 pharmacies qui distribuent et collectent des boîtes à seringues de 1,7 litres. Ensuite, une société prestataire chargée de la collecte passe en pharmacie une fois/ mois (ajustable en fonction des quantités collectées).

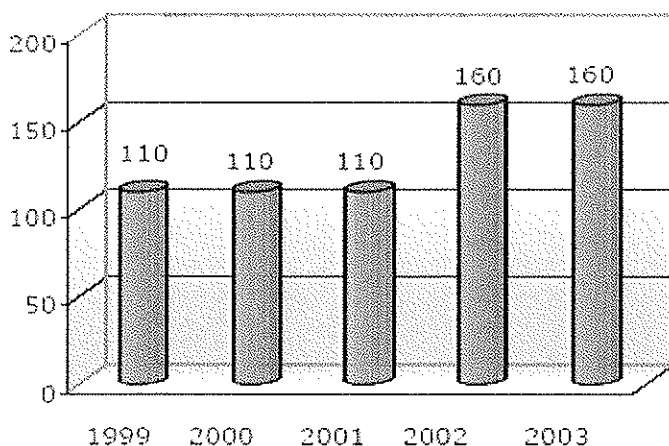
Les déchets sont incinérés à l'unité de valorisation énergétique (UVE) du Syndicat Mixte d'Elimination des Déchets de l' Arrondissement de Rouen (SMEDAR) basée à Grand Quevilly.

Concernant la traçabilité, le producteur ne reçoit pas de bon de prise en charge mais un bon d'enlèvement est remis par le prestataire de collecte à chaque pharmacie lors de la collecte et un bordereau de suivi est émis lors de chaque apport à l'UVE.

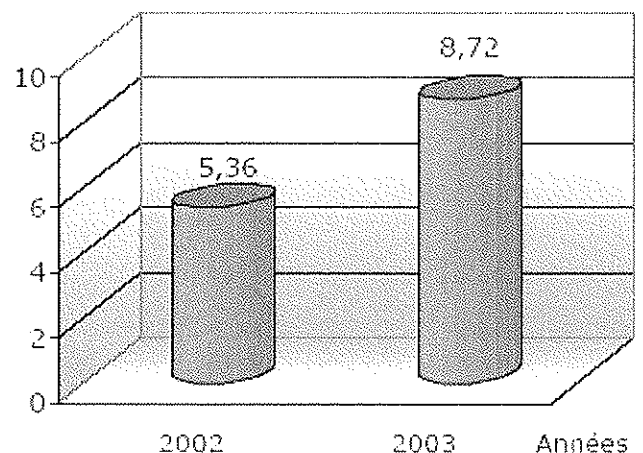
d. Résultats

A l'année, 8 000 collecteurs d'aiguilles de 1,7 litres sont utilisés ainsi que 1 200 boîtes de regroupement de 50 litres.

Nombre de pharmacies adhérentes au système



Quantités de déchets collectés, en tonnes



e. Stratégie de communication

Une brochure expliquant l'opération a été éditée par la communauté d'agglomération de Rouen lors du lancement du projet. Celle-ci a été validée par l'Ordre des pharmaciens et les Associations de diabétiques.

Un envoi régulier de courriers est réalisé à destination des pharmacies non adhérentes pour les inciter à participer.

f. Evaluation du système de collecte

Points forts	Points faibles
Simplicité du système	Certaines pharmacies collectent les boîtes mais ne les distribuent pas
Coûts maîtrisés par rapport à une collecte en porte à porte	
Cette solution répond aux attentes des pharmaciens qui étaient embarrassés quand les patients leur rapportaient leurs déchets	

Certaines difficultés sont parvenues :

En 2004, quelques pharmacies se sont désistées suite à des visites de contrôle de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) sur les conditions de stockage des déchets. De plus, ce projet a engendré une opposition de la part de Cyclamed de voir s'implanter un système de collecte basé sur le même réseau que le leur (à savoir les pharmacies), bien que la collecte ne s'intéresse pas aux mêmes déchets.

II. Distribution des conteneurs vides par les officines et apport volontaire en déchetterie des conteneurs remplis (Rudologia, 2005)



Depuis 2003 jusqu'à aujourd'hui, des projets se mettent peu à peu en place comme dans le Puy-De-Dôme afin de trouver des solutions pour la gestion des DASRI du secteur diffus. Toutes les expérimentations mises en œuvre dans la région ont choisi le même modèle dans l'articulation et la composition de la filière d'élimination de ces déchets : la distribution des conteneurs via les pharmacies puis l'apport en déchetterie des conteneurs remplis.

Les expérimentations en cours sont dues à des demandes d'associations de patients diabétiques du Puy De Dôme et d'associations de parents d'enfants diabétiques à l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de l'Auvergne.

L'URCAM a répondu positivement car ces expérimentations entrent dans un projet de santé publique qui fait partie des missions d'amélioration de la qualité des soins de l'assurance maladie. De plus, il fait suite au Programme National inter-régimes mis en place en 2001 par l'Assurance Maladie sur le diabète (URCAM Auvergne, 2005).

Après un premier état des lieux de la situation sur la collecte des DASRI en région, l'URCAM a pu identifier des secteurs où pourrait avoir lieu les expérimentations.

Ce projet a été co-piloté avec la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) afin d'intégrer le projet dans le dispositif réglementaire existant et le Plan Régional d'Elimination des Déchets d'Activités de Soins (PREDAS) mis en place essentiellement dans un premier temps pour les professionnels de santé.

Deux secteurs expérimentaux volontaires ont alors été déterminés, un en milieu urbain (Clermont Communauté) et l'autre en milieu plus rural (Ambert).

1. Mise en place d'un système d'élimination sur Clermont Communauté

Organisées en communauté d'agglomération depuis décembre 1999, les communes qui composent l'agglomération clermontoise conduisent ensemble des projets structurants. Clermont Communauté est un établissement public de coopération intercommunale regroupant 21 communes et rassemblant près de 290 000 habitants qui est engagé dans le développement économique au service de l'emploi et l'aménagement équilibré de son territoire tant sur le plan culturel et sportif qu'environnemental.

Chaque année, l'agglomération clermontoise produit environ six tonnes de DASRI.

En collaboration avec la DRASS, l'URCAM, les laboratoires Merck, Sharp et Dohme Chibret (MSD Chibret), et avec la participation du Syndicat Départemental des Pharmaciens du Puy De Dôme, de l'Ordre Régional des Pharmaciens, de l'Union Régionale des Médecins libéraux, des Associations de malades, et de l'ADEME, Clermont Communauté a mis en place un dispositif de collecte et d'élimination des DASRI des particuliers.

Mis en place début 2005, le dispositif sera expérimenté pendant dix-huit mois. L'action s'étend à 290 000 habitants répartis sur les 21 communes de Clermont Communauté. Le projet est basé sur les principes de gratuité pour l'utilisateur, d'apport volontaire aux lieux de collecte (déchettes), de traçabilité des différentes opérations d'élimination des déchets et de respect de l'anonymat des producteurs.

a. Partenaires (Clermont Communauté, 2004)

- **Clermont Communauté** s'engage à suivre le dispositif, à équiper les déchetteries communautaires pour réceptionner les conteneurs, à acheminer les déchets vers l'installation de traitement, à organiser la communication sur cette expérimentation.

- **L'Etat et le Comité Exécutif des Actions de Santé** contribuent financièrement à l'expérimentation.

- **L'URCAM** s'engage à assurer la coordination dans le cadre d'un comité de pilotage qu'elle réunira 2 fois/ an, à participer à la communication dirigée vers les professionnels de santé et les assurés, à suivre la «traçabilité» des déchets grâce aux bordereaux adressés par les pharmaciens, à prospector les laboratoires afin de les impliquer dans le financement des emballages.

Le comité de pilotage aura à valider le détail du programme ainsi que le calendrier des opérations.

- **Les laboratoires MSD Chibret** s'engagent à financer une partie des emballages.

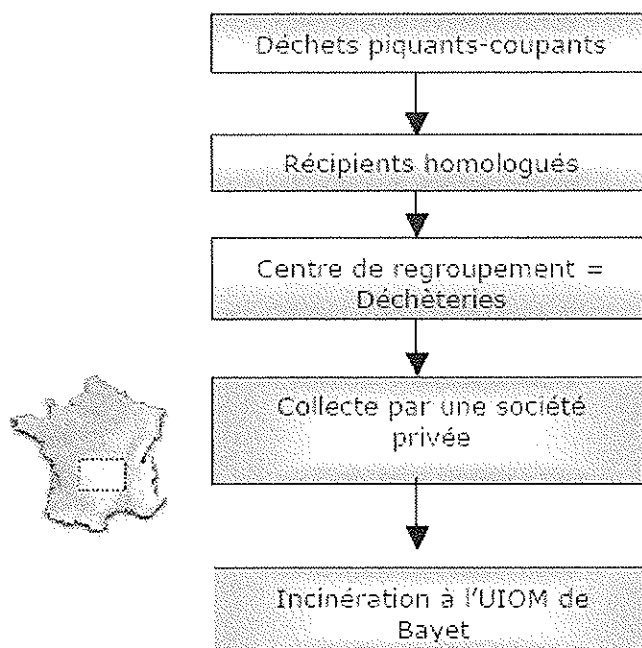
- **La Chambre Syndicale de la Répartition Pharmaceutique (CSRP) ainsi que les 4 grossistes répartiteurs de la région Auvergne (OCP, Alliance Santé, Cerp Lorraine, Droguerie Martin)**, s'engagent à distribuer gratuitement les boîtes et les bacs aux 117 pharmacies réparties sur le territoire de Clermont Communauté

- **Le Syndicat Départemental des Pharmaciens du Puy-De-Dôme** s'engage à distribuer gratuitement les conteneurs, faire respecter la stricte procédure de «traçabilité» et communiquer auprès des pharmaciens sur le dispositif.

- **Les associations de patients (Aide aux Insuffisants Respiratoires de la Région Auvergne, Auvergne Dialyse, Parents d'Enfants de Diabétiques, Diabète 63)** s'engagent à informer leurs adhérents sur le nouveau dispositif de collecte, à participer à son évaluation en collectant les remarques des usagers.

- **Le Conseil Général du Puy-De-Dôme et l'ADEME** s'engagent à participer à la communication sur le dispositif, à soutenir les expérimentations.

b. Résumé de l'opération



c. Coûts

Des coûts d'investissement sont nécessaires pour équiper les déchetteries qui ne le seraient pas avec des armoires à déchets ménagers spéciaux (DMS) pour recevoir ces déchets particuliers dans le respect des réglementations en vigueur.

Le financement est assuré par les différents partenaires participant au projet : 21 000 euros de Clermont Communauté, 15 000 euros de l'Etat, 15 000 euros des Caisses d'Assurance Maladie, 8 000 euros des laboratoires MSD Chibret entre autres.

d. Description de l'opération

Les malades sont invités à récupérer gratuitement des conteneurs spécifiques dans les pharmacies : des boîtes de 1 litre et 2 litres pour déchets piquants-coupants.

Quand les emballages sont pleins et dans un délai maximum de trois mois d'utilisation, les usagers doivent les porter dans l'une des 5 déchetteries communautaires. Le gardien range lui-même les contenants dans l'armoire.

La collecte est assurée par une société privée prestataire et l'élimination est assurée dans l'usine d'incinération du Bayet dans l'Allier.

Concernant la traçabilité, lorsque les pharmaciens remettent les collecteurs, ils identifient les usagers (coordonnées du malade) et enregistrent un numéro d'identification pour chaque récipient fourni. Ces données sont confidentielles et restent détenues par le pharmacien. Elles servent uniquement à assurer la traçabilité des collecteurs en cas d'incident d'élimination par les usagers. A la déchetterie, la date de retour et le numéro d'identification des conteneurs seront relevés. Le tout est envoyé à l'URCAM pour la confrontation des données. L'anonymat des malades est ainsi protégé.

Pour le détail du protocole de traçabilité à effectuer par les pharmaciens : cf. l'exemple de protocole décrit Partie 2, chapitre II.6 pour le principe et cf. annexe pour le modèle de bordereau fourni par Clermont Communauté aux pharmaciens.

e. Stratégie de communication

Clermont Communauté a réalisé 1 500 affiches et 50 000 brochures à destination des patients (cf. annexe 2).

Disponibles dans les pharmacies, les cabinets médicaux, les associations de malades, au service Environnement de Clermont Communauté et dans les mairies des communes de l'agglomération clermontoise, ces documents contribuent à une meilleure circulation de l'information. Des communiqués de presse sont également régulièrement réalisés.

f. Evaluation du système de collecte (URCAM Auvergne 2005)

Point d'étape en avril 2005 du déroulement de l'expérimentation depuis le démarrage en janvier 2005 :

- Informations des pharmaciens :

Certains pharmaciens ont indiqué à Clermont Communauté qu'ils n'avaient pas eu d'informations sur le dispositif, ce qui est démenti par M. Maeder du Syndicat des Pharmaciens du Puy De Dôme qui a adressé un courrier à l'ensemble des 117 pharmaciens présents sur le territoire de Clermont Communauté. Clermont Communauté fait le suivi des stocks d'emballages délivrés aux pharmaciens. Il est important également de vérifier si les emballages sont bien donnés seulement aux patients et non aux professionnels de santé. Cette information a été donnée lors de la réunion collective organisée avec le syndicat des pharmaciens. Elle est reprise dans les documents de communication notamment le mémo pharmaciens qui doit être affiché dans les officines près des emballages.

La visite de certains pharmaciens par Clermont Communauté montre que le dispositif est très bien perçu tant par les patients que par les professionnels de santé. Les points forts du système s'avèrent être le service gratuit et l'anonymat préservé des patients.

- Traçabilité dans les déchetteries de Clermont Communauté :

Chaque gardien de déchetterie tient un registre avec la date de remise de l'emballage plein de DASRI, le numéro de l'emballage, le nom du gardien et s'il s'agit d'une boîte plastique ou d'un fût.

- Participation des pharmaciens dans le dispositif expérimental :

Il serait important de relancer la communication auprès de l'ensemble des officines et de leur demander s'ils ont besoin d'enveloppes supplémentaires pour le renvoi des bordereaux de suivi à l'URCAM.

**FIGURE 13 : BUDGET PREVISIONNEL DE L'ACTION
DASRI CLERMONT - COMMUNAUTE ANNEE 2004 (URCAM AUVERGNE, 2005)**

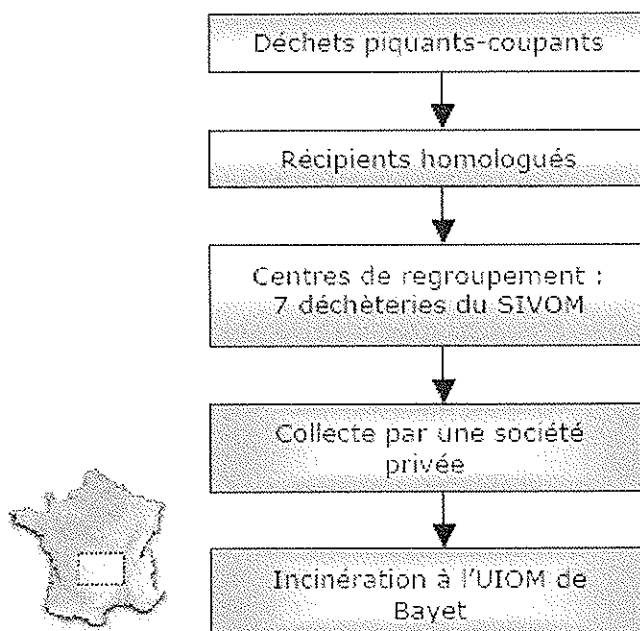
CHARGES Charges spécifiques à l'action	MONTANT (2) EN EUROS	PRODUITS (1)	MONTANT (2) EN EUROS
Achats		1 - Ressources propres	
Prestations de services		CLERMONT COMMUNAUTE	21 00
Matières et fournitures		2 - Subventions demandées	
• Boîtes plastiques NOV ADEC	23 000	C.R.E.A.S.	15 000
• Fûts cartons	4 000	ÉTAT : DRASS AUVERGNE	15 000
• Etiquettes (collées sur emballages)	1 000	FNPEIS ASSURANCE MALADIE	
Services extérieurs	13 500		
Collecte en déchetteries et élimination traitement par société prestataire de services	4 150		
Réception en déchetteries frais organisation			
Locations			
Entretien			
Assurances			
Autres services extérieurs			
Communication	2 850		
• 50 000 dépliant (0.057 l'unité)	500		
• 500 affiches (1.50 l'unité)	600		
• 400 dossiers de presse (9 l'unité)	1 500	AUTRES RECETTES ATTENDUES (PRECISEZ)	8 000
• 400 chemises dossiers de presse (10 l'unité)	650	LABORATOIRES MSD	0
Fabrication guide déchets	1 750		
Frais d'envoi guide aux habitants des 21 communes	3 000		
Clermont 1 ^{ère} communiqués TV	2 000		
La lettre des déchets (encart)	500		
Conférence de presse (cartons invitations, frais d'envoi...)			
Charges de personnel			
Salaires et charges			
.....			
.....			
.....			
.....			
Frais généraux			
.....			
.....			
Subvention attribuée par l'organisme à un tiers (prestation de service, don...).			
TOTAL DEPENSES	59 000 Euros	Total des recettes	59 000 Euros

2. Collecte des piquants sur le SIVOM d'Ambert

Ce projet expérimental a débuté en octobre 2003 et devait se poursuivre au moins pendant 18 mois. Cette action a été la première à être mise en place dans le Puy-De-Dôme et elle a servi de base pour améliorer le dispositif, le rendre plus performant et l'étendre à d'autres secteurs dans la région (celui de Clermont Communauté, de Vichy Val d'Allier).

Une enquête réalisée en 2002 par l'URCAM Auvergne auprès de patients diabétiques, insuffisants respiratoires ou rénaux démontre que l'élimination de leurs DASRI se fait dans 90 % des cas par le circuit des ordures ménagères. Devant ce constat, l'URCAM Auvergne décide de mettre en place un circuit de collecte des piquants-coupants pour les particuliers en auto-traitement sur les 30 000 habitants et 58 communes que représente le SIVOM d'Ambert. Elle trouve la collaboration de la DRASS, de l'ADEME, du SIVOM d'Ambert et de certaines Associations de patients.

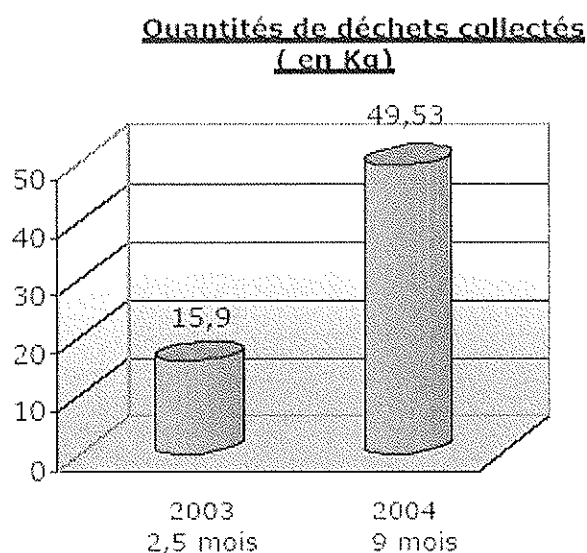
a. Résumé de l'opération



b. Description de l'opération

Le schéma est identique à celui défini pour Clermont Communauté qui s'est appuyé sur Ambert pour voir le jour.

c. Résultats



Sur les 18 mois d'expérimentation du 15 novembre 2003 au 15 avril 2005, on recense :
(URCAM Auvergne, 2005)

2 520 emballages livrés aux 14 pharmacies :

- 2 100 boîtes plastiques de 2 litres (116 boîtes par mois)
- 420 fûts carton de 25 litres (23 fûts par mois)

590 emballages distribués par les pharmaciens:

- 482 sur les 2 100 boîtes ont été distribués par les pharmaciens soit 23 %
- 108 sur les 420 fûts ont été distribués par les pharmaciens soit 25 %

213 emballages déposés en déchetteries (20 emballages par mois et par déchetterie en moyenne) :

- 138 boîtes plastiques soit 29 %
- 75 fûts soit 70 %

Remarque : Sur les 14 pharmacies participant au dispositif, 2 d'entre elles ont déjà un système de récupération pour les patients.

Le nombre d' emballages diffusés est relativement faible : ceci n'indique pas que le dispositif ne correspond pas à un besoin mais plutôt d'une part que les prévisions de départ étaient trop importantes et d'autre part que le dispositif ne tourne peut-être pas encore à plein régime.

d. Evaluation du système de collecte

Points forts	Points faibles
Système peu coûteux	Souhait du SIVOM de la récupération des contenants pleins par les pharmacies
Apport d'autres déchets en déchetteries	

Bilan qualitatif des 18 mois d'expérimentation (URCAM Auvergne, 2005) :

Le dispositif est très bien perçu par tous les acteurs tant par les pharmaciens que les patients ou collectivités locales. C'est pourquoi, le SIVOM d'Ambert poursuit le dispositif et le pérennise. Il va ainsi prendre en charge intégralement l'achat des emballages pour les patients ainsi que le coût de l'élimination.

L'ensemble du dispositif s'élève à 165 euros/ an, soit 2 centimes d'euros/ kg. Le volume recueilli sur 18 mois est de 98 kg de DASRI avec une collecte 1 fois par mois à partir des 7 déchetteries qui a lieu en même temps que les DMS.

Les agents de la collectivité constatent en effet de moins en moins de déchets d'activités de soins dispersés au sein des ordures ménagères, ce qui permet de limiter les risques d'accidents lors du tri des déchets.

On a constaté un démarrage du dispositif assez lent ; en effet les premiers emballages sont arrivés dans les déchetteries seulement 3 mois après le début de l'expérimentation et le volume des boîtes plastiques était trop important.

Un retour faible des boîtes plastiques dans les déchetteries a eu lieu. Plusieurs explications sont à l'origine de ce phénomène, soit le volume des boîtes était important pour les déchets piquants, soit les boîtes ont été mises directement avec les ordures ménagères. Il est difficile de pouvoir vérifier ces hypothèses. Cependant, les agents de la déchetterie continuent à informer les patients qui amènent les DASRI dans des bouteilles plastiques vides. Ils les orientent vers les pharmaciens pour récupérer les emballages appropriés.

Il est demandé au Syndicat des Pharmaciens du Puy De Dôme de demander une photocopie des cahiers de registre indiquant les numéros des emballages afin de vérifier si les utilisateurs du dispositif sont toujours les mêmes et de comparer ensuite avec les numéros détenus par les déchetteries.

L'URCAM demandera aux grossistes répartiteurs s'ils souhaitent poursuivre leur engagement de livraison au sein du dispositif gratuitement. Les pharmaciens eux sont d'accord pour participer au dispositif.

Les actions de communication se poursuivent avec l'utilisation des outils existants (dépliants, affiches) ou de nouveaux en prenant appui sur ceux de Clermont Communauté. Une communication est faite dans le journal «lettre du tri». C'est le SIVOM d'Ambert qui se charge de cette communication.

3. Expérimentation sur Vichy Val d'Allier

a. Présentation du projet de mise en place de collecte des DASRI pour les personnes pratiquant des soins à domicile

Il s'agit de mettre en place un circuit de collecte des DASRI pour les particuliers.

En novembre 2004 le bureau du SICTOM Sud Allier, partenaire avec Vichy Val d'Allier, a émis un avis favorable sur le projet.

136 Communes sont concernées par l'expérimentation soit 150 000 Habitants

Vichy Val d'Allier souhaite s'inspirer du dispositif expérimental mis en place sur 18 mois par l'URCAM Auvergne dans le Puy De Dôme sur Ambert depuis novembre 2003 et à Clermont Communauté depuis janvier 2005.

L'association des patients diabétiques de Vichy est bien entendue favorable à ce projet et confirme que cette question est préoccupante pour les patients. Elle avait indiqué que plus de 1 500 signatures de patients avaient été recueillies sur ce problème des DASRI par le Dr DA Costa à l'Hôpital de Vichy.

b. Point de situation sur le projet (URCAM Auvergne, 2005)

Une réunion avec les pharmaciens du secteur de Vichy Val d'Allier et du SICTOM du Val d'Allier a eu lieu en juin 2005 afin de commencer à mobiliser les pharmaciens.

Il est à noter que l'URCAM Auvergne n'a pas souhaité pérenniser l'engagement financier qu'elle avait pris pour Ambert et Clermont Communauté. Elle s'est également déchargée de traiter avec les laboratoires pour le financement des boîtes ; ce sera à la collectivité locale de le faire.

Elle s'est néanmoins engagée à réaliser un kit présentant le produit «circuit de collecte des DASRI». Elle sera également le relais avec les professionnels de santé engagés dans le dispositif.

Cette expérimentation a débuté en novembre 2005 et doit se poursuivre pendant 18 mois.

D. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION DANS LA GESTION DES DSP

I. Propositions d'un point de vue réglementaire

La gestion et le traitement des DASRI du secteur diffus sont confrontés à un certain nombre de contraintes réglementaires qui sont aujourd'hui non adaptées et difficilement applicables compte tenu de la spécificité de ces déchets.

La réglementation s'y rapportant doit donc évoluer :

- **Concernant la responsabilité :**

- La réglementation ne pourrait-elle pas, tout d'abord, assimiler les DASRI des patients aux DMS de façon à impliquer les collectivités dans leur collecte ? Il appartiendrait ensuite à la collectivité de déterminer les limites du service rendu et de se prononcer sur la responsabilité d'accepter ou non ces déchets et dans quelles conditions (Drugeon S, 2004).

- De plus, le principe de « responsabilité élargie du producteur » devrait aussi s'appliquer aux injectables, car les seringues pré-remplies sont des médicaments (Grass E, 2005). Ainsi les laboratoires producteurs de seringues de ce type se verraient en partie responsables de leurs devenirs. Cela les inciterait à s'impliquer d'avantage et à participer aux filières d'élimination, par exemple en assurant le financement des collecteurs de piquants-coupants ou en fournissant en même temps que le matériel d'injection des conteneurs spécifiques agréés.

Par exemple, le laboratoire Becton Dickinson fournit en même temps qu'une boîte de 200 lancettes BD Micro-Fine + pour auto-surveillance glycémique, un mini-collecteur pour assurer leur élimination. La mise à disposition de ces produits aux patients diabétiques s'accompagne d'une lettre à leur attention et d'un dépliant d'information rappelant la réglementation en vigueur pour l'élimination des DASRI et les modalités d'élimination du collecteur plein (cf. annexe 5).

● **Concernant le financement :**

Dans la plupart des configurations, le service de gestion et d'élimination des DASRI est gratuit pour les patients en auto-traitement. En effet, dans la plupart des cas, il est estimé que les patients n'ont pas à assurer, en plus du coût du traitement et de l'effort de tri des déchets s'y rapportant, le coût d'élimination des filières mises en place.

Néanmoins, les filières existantes ne peuvent exister sans apports financiers. Un des problèmes majeurs à leur création concerne le financement. Ainsi, à la fois pour simplifier les situations et accélérer la mise en place de circuits de gestion et d'élimination de DASRI diffus, la réglementation devrait indiquer le ou les financeurs (Drugeon S, 2004) : elle doit trancher et désigner un minimum de partenaires financiers pour la mise en place et le suivi de ces projets. Il reste à définir quelles structures sont impliquées et se doivent d'apporter des capitaux ; les collectivités, l'Etat face à ce problème de santé publique (DDASS, DRASS, DGS....), les laboratoires fabricants de seringues ?

● **Concernant la réglementation technique des DASRI :**

Selon l'enquête nationale de la DGS de novembre 2004, «ne pourrait-on pas revoir la réglementation pour les petits producteurs (délais, stockage) ?»

Le bordereau de suivi avec regroupement est très peu utilisé : «ne pourrait-on pas utiliser un bordereau de suivi sans regroupement quelle que soit la quantité collectée et le renvoyer à chacun de ses producteurs ? Ainsi, la traçabilité serait assurée et l'organisation de la collecte allégée».

Toujours selon l'enquête nationale de la DGS de novembre 2004, les DDASS se disent amenées à se montrer «très souples» vis-à-vis des délais d'enlèvement et de la traçabilité pour maintenir les structures mises en place pour les DASRI diffus. «Ne pourrait-on pas alors envisager un assouplissement national de la réglementation en matière de conditions d'entreposage, de traçabilité voire de délais, en raison des quantités de DASRI mises en jeu (supérieures à 5 kg/mois mais très inférieures à 100 kg/semaine) ?». (Drugeon S, 2004).

II. Propositions concernant les axes de travail à développer

A l'avenir, afin de consolider et de pérenniser les circuits mis en place un peu partout en France, un certain nombre d'orientations sont à prendre en compte et à développer :

1. Assurer une certaine uniformité des filières de gestion et d'élimination de ces déchets (tout en tenant compte des différences de contexte et de situation existant d'une région à l'autre)

Il faut uniformiser le protocole de mise en place, d'organisation et de travail. Cela passera par une homogénéisation (Apothicom, 2002) :

- de la formation des équipes intervenantes : professionnels de la réduction des risques, pharmaciens (validation de modules de formations par l'UTIP dans le cadre de la formation continue des équipes officinales).
- du matériel utilisé dans les programmes d'échange en pharmacie : conteneurs de récupération.
- des documents de suivi : bordereaux de suivi, fiches de traçabilité.
- de l'identification des pharmacies participantes : logo commun, affiche commune.
- des conventions de partenariat.

2. Pérenniser les filières existantes

- Par une clarification du financement ; il reste à définir la nature des financements, des opérateurs, des garanties.
- Par une reconnaissance officielle de la part des pouvoirs publics, des instances ordinales et des syndicats. Cette reconnaissance peut passer par une rémunération des acteurs de la filière. Ainsi on pourrait envisager que l'implication du pharmacien d'officine, maillon essentiel des dispositifs mis en place, soit indemnisée par un montant forfaitaire. Le but de cette rémunération, certes limitée, serait la reconnaissance du travail que fait le pharmacien en tant qu'acteur de prévention.

Cette activité doit être considérée comme un travail à part entière, et non pas comme un dû (Apothicom, 2002).

- Par un suivi des programmes avec un comité de pilotage de la filière mise en place : le comité de pilotage est destiné tant à préparer les actions, à en valider les étapes et les procédures, qu'à en suivre le déroulement. Il se réunit de façon régulière afin de suivre au plus près son processus mais peut également être réuni à la demande de chacun de ses membres. Il reste à définir les membres de ce comité ainsi que la fréquence des réunions.

3. Evaluer les dispositifs mis en place

- Une évaluation des actions réalisées permettra de vérifier quels objectifs ont été atteints, tant en terme de résultats qu'en termes de dynamiques. Elle permettra également le repérage des «moteurs» de l'action, des atouts et elle identifiera les noeuds de dysfonctionnements, les obstacles. Cette évaluation permettra ainsi une amélioration des dispositifs afin de les rendre de plus en plus performants.

- Il serait également intéressant d'évaluer l'impact des dispositifs mis en place sur les comportements des usagers et sur leurs relations avec les pharmaciens et le dispositif local de santé.

CONCLUSION

La prise en charge des DASRI du secteur diffus est au cœur des débats aujourd'hui.

Nous avons vu qu'au-delà des questions de responsabilités, la mise en place d'un circuit de collecte et d'élimination spécifique et adéquate aux déchets de soins des particuliers est devenu une nécessité qui relève d'une démarche préventive d'intérêt général en matière de santé publique.

Face à une absence de solution officielle, des filières de collecte de DSP se mettent en place localement un peu partout en France essayant de répondre à un besoin de plus en plus grandissant. Elles impliquent différents acteurs parmi lesquels on retrouve le pharmacien d'officine qui occupe une place centrale et incontournable par sa connaissance des patients en auto-traitement et avec lesquels il a une relation privilégiée et expérimentée.

Nous avons alors pu proposer quel devait être son rôle en ce domaine et jusqu'où il pouvait et devait s'engager. Mais pour cela, encore faut-il que le rôle du pharmacien d'officine en tant qu'acteur de santé publique soit reconnu et encouragé ; en effet son rôle s'étend largement au-delà de la simple vente de médicaments et il est nécessaire que les pouvoirs publics chargés de la santé l'aident à assumer cette mission.

L'ensemble de la profession pharmaceutique doit aussi réaliser que la participation à la gestion de ces DASRI, au même titre qu'à d'autres actions de santé publique (dépistage de pathologies, observance des traitements,...), constitue un enjeu majeur qui permettrait de valoriser la spécificité du métier de pharmacien et ainsi de consolider la légitimité de son monopole.

C'est bel et bien au pharmacien, en partenariat avec les collectivités, à s'adapter à ces nouveaux besoins des patients en auto-traitement, s'il veut continuer à avoir un rôle important auprès de cette population et il y a toute sa place.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME). Déchets d'activités de soins à risques infectieux. [en ligne]. Document disponible sur :

<http://www.ademe.fr/entreprises/Dechets> (Page consultée le 3 mai 2005).

ADEME. Déchets de soins des particuliers, risques et responsabilités. Cahier technique, 2004. [en ligne]. Document disponible sur :

<http://www.ademe.fr/paysdelaloire/downloads/accueil/0404/DechetsSoinsParticuliers-16p.pdf> (Page consultée le 3 mai 2005)

ADEME. Incinération des déchets ménagers en France. Situation en 2000, évolution et perspectives au 31/12/2002. [en ligne]. Document disponible sur :

http://www.ademe.fr/htdocs/publications/publipdf/rap_aghtm.pdf (Page consultée le 3 mai 2005).

Apothicom. Rapport d'évaluation de l'expérience d'échange de matériel d'injection en pharmacie d'Ivry sur Seine, 2002. [en ligne]. Document disponible sur :

<http://www.steribox.tm.fr/francais/actualite/intro.htm> (Page consultée le 15 mai 2005)

Association des maires de France (AMF). Déchets de médicaments et ordures ménagères : les propositions de réforme de l'AMF, mai 2005. [en ligne]. Document disponible sur :

<http://www.maire-info.com/article.asp?param=5645&PARAM2=PLUS> (Page consultée le 17 mai 2005).

Association des Maires de France (AMF). Élimination des déchets médicaux des particuliers, le Gouvernement travaille à une réglementation nationale, mai 2006. [en ligne]. Document disponible sur :

<http://www.maire-info.com/article.asp?param=6976&PARAM2=PLUS> (Page consultée le 14 mai 2006).

Clermont Communauté. Collecte des déchets de soins médicaux à risques infectieux des particuliers. Point presse, décembre 2004. Communauté d'agglomération Clermontoise, 64-66 avenue de l'Union Soviétique BP 231 63007 Clermont-Ferrand Cedex.

Clermont Communauté. Le tri des déchets de soins. [en ligne]. Document disponible sur : <http://www.clermontcommunaute.net/> (Page consultée le 15 septembre 2005).

Conseil général d'Eure et Loir. Relevé de conclusions de la réunion de travail sur les DASRI en milieu diffus, février 2006. Service Environnement Equipement, 1 place Châtelet 28026 Chartres Cedex.

Cusset F. Déchets de soins, c'est dans la boîte mais pas à l'officine. Le Moniteur des Pharmacies, mai 2004, n° 2536.

Cusset F. La collectivité se décharge sur l'officine. Le Moniteur des Pharmacies, janvier 2004, n° 2519.

Direction Générale de la Santé (DGS). Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé, janvier 2004, p. 106-110.

Drugeon S, Glandier S. Exploitation de l'enquête nationale relative à la gestion des déchets d'activités de soins du secteur diffus. DGS, novembre 2004, 59 p.

Grass E, Lalande F. Enquête sur le dispositif de recyclage des médicaments Cyclamed. Inspection Générale des Affaires Sociales, janvier 2005, p. 61-63.

Parrot J. Déclaration de l'Ordre national des pharmaciens sur le traitement des médicaments non utilisés, LNP 285, octobre 2004. [en ligne]. Document disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/pdf/annexes-rapport04.pdf> (Page consultée le 3 mai 2005).

Rudologia. Etude sur les DASRI en milieu diffus pour la DGS, mars 2005. [en ligne]. Document disponible sur : <http://www.rudologia.fr/etudes.php?etude=dasri> (Page consultée le 19 décembre 2005).

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Auvergne. Compte rendu du groupe de travail «Diabète : collecte des déchets médicaux diffus dans le Puy De Dôme et l'Allier», avril 2005. URCAM Auvergne, 54 boulevard Berthelot 63057 Clermont Ferrand Cedex.

GROUPEMENT D'INTERET PUBLIC DU JURA pour l'élimination des déchets de soins
 Siège : Centre Hospitalier Spécialisé, Route Nationale, BP 100, 39 108 DOLE - SAINTE YLAIE CEDEX
 Téléphone : 03 84 82 86 53 - Télécopie : 03 84 82 98 34 - N° de Siret : 18390095900019
 Courriel : gip@ch-pjy.dole.fr

d) Les coordonnées des sociétés chargées du transport (du centre de collecte jusqu'à l'installation destinataire) et du traitement des DASRI sont transcrites sur les bons de prise en charge édités lors des dépôts dans les centres de collecte.

Les modalités d'élimination des DASRI sont détaillées dans les Cahiers des Clauses des marchés relatifs à l'enlèvement et au traitement des déchets soins issus du GIP du JURA.

Article 3 : Les obligations

a) Le producteur s'engage à :

- respecter les délais réglementaires d'élimination des DASRI,
- utiliser les emballages du GIP dans de bonnes conditions,
- entreposer les DASRI dans un lieu spécifique et à l'abri des sources de chaleur,
- enclencher les fermetures définitives des emballages avant tout dépôt dans le centre de collecte.

b) Le GIP s'engage à faire :

- respecter les horaires d'ouverture pour le dépôt des DASRI des adhérents,
- contrôler les emballages déposés,
- entreposer les DASRI collectés dans un local répondant aux normes en vigueur,
- assurer la traçabilité des déchets par l'édition des imprimés (un bon de prise en charge par dépôt et un bordereau de suivi par enlèvement).

Article 4 : Assurances et responsabilités

a) Le producteur s'engage à contracter les polices d'assurances nécessaires

- à la garantie et l'indemnisation des biens et des personnes qui auraient subi des dommages du fait de l'exécution de ses obligations au titre de la présente convention,
- à la couverture du risque qu'il ferait éventuellement courir à l'établissement collecteur,
- et à fournir l'attestation correspondante.

b) Le GIP ne pourra être tenu responsable de tout incident ou accident survenu chez le producteur du fait de l'utilisation d'emballages non conformes, d'un mélange non autorisé des déchets ou du non-respect de la convention mise en place.

Article 5 : Conditions financières

a) Le financement de l'élimination des déchets est assuré par la vente des emballages (prix détaillés sur les bons de commande).

Le prix de vente de ces emballages comprend donc les services suivants :

- fourniture et envoi des emballages chez l'adhérent,
- transport des déchets à partir du centre de collecte jusqu'au site d'élimination,
- élimination des déchets dans un centre d'incinération agréé.

b) Les tarifs des emballages peuvent être révisés au début de chaque année en fonction des variations des coûts des emballages, du transport et du traitement des déchets.

Fait à Dole, le 01 / 03 / 2007, en deux exemplaires remis à chaque partie,

GIP Déchets de Soins	Producteur
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Lu et approuvé	Lu et approuvé

Annexe 2 : Exemples de documents de communication

Extrait du document de la Communauté de communes du Val de Garonne : «Collecte des déchets de soins à risques (seringues et aiguilles). Les trier et les éliminer en toute sécurité». Avec le soutien de la Chambre Syndicale des Pharmaciens de Lot et Garonne (Rudologia, 2005) :

· Livret à remettre avec la boîte de collecte ·

1^{ère} étape : à la maison

Séparez vos seringues et aiguilles des autres déchets.

LES SERINGUES ET LES DÉCHETS DE SOINS POUJANTS SONT DES DÉCHETS DANGEREUX !

En les jetant dans votre poubelle d'ordures ménagères, vous exposez vos proches et le personnel de collecte et de tri des déchets à des risques graves, infectieux (hépatites, VIH, ...)

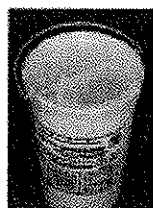
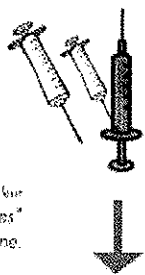
Jetez vos seringues et aiguilles dans la boîte de conditionnement conçue pour les déchets de soins

Ces boîtes sont remises gratuitement aux particuliers en auto-traitement (sur possession de leur habitation ou de leur carte de vote) dans les déchetteries* de la Communauté de Communes Val de Garonne.

ATTENTION ne pas laisser la boîte à la portée des enfants

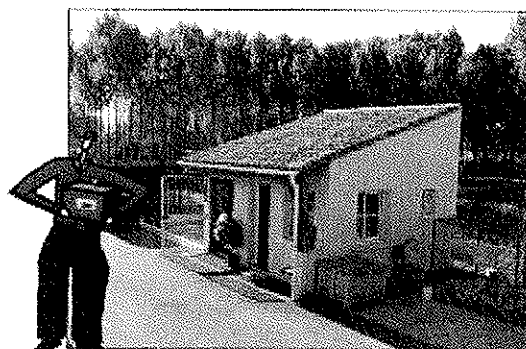
Ne fermez la boîte qu'après son remplissage complet car vous ne pourrez plus l'ouvrir.

Stockage sécurisé



2^{ème} étape : ramener les boîtes pleines à la déchetterie

Une fois pleine, cette boîte doit être apportée dans une des déchetteries* de la Communauté de Communes Val de Garonne. Elle sera échangée contre une boîte vide.




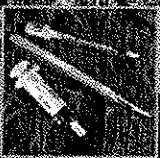

Ces déchets seront ensuite éliminés dans des centres de traitement spécialisés.

MERCI DE PARTICIPER

* Déchetteries : leurs horaires et adresses figurent au dos de ce livret.

Extrait du document du département de l'Eure «Eliminer les déchets piquants, coupants, tranchants, parlez-en à votre pharmacien. Ensemble respectons l'environnement, respectons les autres» (Rudologia, 2005) :

DÉMARCHE À SUIVRE POUR BÉNÉFICIER DE CE SERVICE GRATUIT

- **1** Retirer un collecteur agréé auprès de votre pharmacien, aux jours et heures habituels d'ouverture de la pharmacie ou à l'Hôpital.
- **2** Remplir ce collecteur uniquement de déchets médicaux, piquants, coupants, tranchants (les déchets mous tels que les compresses ne sont pas acceptés)
- **3** Rapporter ce collecteur plein à l'Hôpital ou à la pharmacie. Si besoin, reprendre un nouveau collecteur.

VOS DÉCHETS AINSI COLLECTÉS SERONT ÉLIMINÉS DANS LES RÈGLES DE SANTÉ PUBLIQUE

LA PRISE EN CHARGE DE CETTE OPÉRATION EST ASSURÉE PAR LE DÉPARTEMENT DE L'EURE

Trier ses déchets de soins : un acte responsable

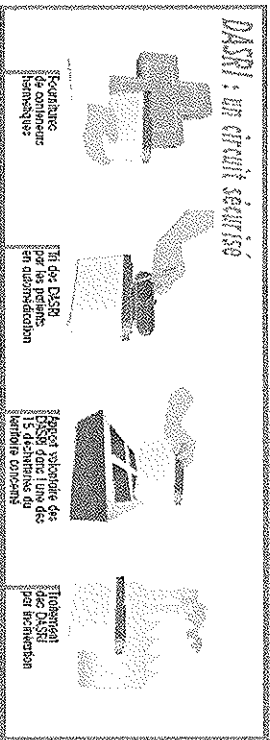
Patients, tier vos Déchets et du traitement des déchets.
 et Activités de Soins à Risques
 Infectieux (DASRI), c'est éviter
 toute blessure ou contamination
 accidentelle pour vous-même,
 votre entourage, et le personnel
 chargé de la collecte, du tri
 et du traitement des déchets.
 C'est Pourquoi, Vichy Val d'Allier-
 Communauté d'Agglomération
 et le SICTOM Sud-Allier, mettent
 ensemble en place une organi-
 sation d'élimination des déchets
 de soins.

Le circuit :

Quel bénéfice du dispositif ?
 Les patients dont la pathologie génère des déchets piquants,
 tranchants ou mous... Les professionnels de santé quant à eux
 doivent utiliser leur propre réseau d'élimination.

Comment trier ces déchets ?
 Votre pharmacien vous remettra un conteneur hermétique pour les
 déchets piquants et un carton double enveloppe pour les déchets
 mous. Ce système est gratuit et renouvelable en fonction des besoins
 du patient. Les contenants sont **REMIIS GRATUITEMENT**.

Comment séparer les boîtes de médicaments ?
 Elles doivent être rapportées dans un délai de trois mois maximum
 dans une des déchetteries (les pharmacies ne reçoivent pas les boîtes
 pleines) participent à l'opération (voir liste ci-contre). Les agents de
 déchetterie récupéreront les boîtes dont ils reportent le numéro et la
 date de dépôt sur le registre de traçabilité.
**Stockez ces contenants dans des lieux protégés, à l'écart de la chaleur, dans
 un endroit ventilé et éclairé et SURTOUT HORS DE LA PORTEE DES ENFANTS.**



Les DASRI regroupent :

- le matériel piquant ou tranchant tels que les seringues, les aiguilles ou les lancettes,
- les déchets mous comme les cotons, les compresses, pansements, gants, bandes, cornues, poches, sondes,
- les objets en contact avec le sang ou tout autre produit biologique.

Rapportez vos contenants dans les déchetteries :
 Vous disposez de trois mois maximum pour rapporter
 vos contenants dans l'une des 15 déchetteries concernées par
 l'opération :

Commune	Adresse	Téléphone
Boyet	Les Bouillies	04 70 45 97 89
Ballenouss	Rue de Tauxat Sarril	06 73 67 38 72
Chomelle	Les Molards	06 80 84 49 31
Chomell	Les Grands Champs	06 84 83 96 04
St-Germain-Des-Fossés	Z.I. du Coquel	06 85 01 72 14
St-Prix	Les Jeannots	06 85 01 72 16
St-Verre	L'Olhèl	06 85 01 72 15
Tongel	Rue du Silo	06 73 67 38 73
Varennes-Sur-Allier	La Pappe	06 85 01 72 18
Ebreuil	Allée du Chemin de Fer	06 73 67 38 72
Gornat	Le Haut Libre	06 08 55 98 54
Montjoy	Gravière	06 73 67 38 73
St-Gerand-Le-Puy	Beauplaisir	06 80 84 49 34
Le Mayet-De-Montagne	Zone Industrielle	06 85 01 72 17
Cussel	ZI de Champour	04 70 96 22 61

Plus jamais ça !

Avec le développement des collectes sélectives, des agents titrés découvrent fréquemment des seringues et autres déchets de soins sur les tapis de tri. Outre le choc psychologique engendré par la piquure, le personnel est alors contraint à la crainte de subir des lésions contaminantes. Entre 2002 et 2004, 250 kilogrammes de DASRI ont ainsi été trouvés dans les déchets d'emballages ménagers.

**Annexe 4 : Plaquette de présentation du Colloque sur le thème des DASRI en milieu diffus
ayant eu lieu le 8 novembre 2005 à la Direction Générale de la Santé
(Rudologia, 2005)**

Suite à une étude réalisée sur différents dispositifs de collecte existant en France pour les DASRI générés en milieu diffus, Rudologia et la Direction Générale de la Santé (DGS) organisent, en étroite collaboration avec l'ADEME, la Direction de la Prévention des Pollutions et des Risques (DPPR) et la Direction des Relations du Travail (DRT), une journée d'information et d'échanges sur le thème des DASRI produits par les professionnels de santé en exercice libéral et les particuliers en auto-traitement.

Ce colloque s'adresse aux services déconcentrés de l'Etat (DRASS et DDASS notamment) ainsi qu'à toute personne intéressée par la problématique : élus et personnels de collectivités locales, professionnels de santé, associations de patients, sociétés prestataires....



Colloque « Gérer les déchets d'activités de soins à risques infectieux en milieu diffus »
Ministère de la Santé et des solidarités, Paris, mardi 8 novembre 2005

Programme de la journée

Matin

9h30 **Accueil des participants**
Hall du Ministère de la Santé

10h00 **Allocutions d'ouverture**
Yves COQUIN, *Chef du service Prévention Programmes de santé et gestion des risques - DGS*
Jacques PELISSARD, *Président de Rudologia et de l'Association des Maires de France*

Animation réalisée par Laurence LERAITRE, directrice de Rudologia

10h20 **Introduction : définition et problématique des DASRI**

■ **Définition et caractéristiques des DASRI, producteurs et responsabilités**
Sylvie DRUGEON, *Direction générale de la Santé (DGS)*
■ **Risques professionnels liés à la manipulation des DASRI**

Céline POUJOLAS, *Direction des Relations du Travail (DRT)*
Annie LEPRINCE, *Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)*

■ **Aspects réglementaires des circuits d'élimination**
Sylvie DRUGEON, *Direction générale de la Santé (DGS)*
Claudine BOURHIS, *Direction de la Prévention des Pollutions et des Risques (DPPR)*

■ **Les différents modes de traitement**
Didier GABARDA-OLIVA, *Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie (ADEME)*

■ **Echanges avec la salle**

11h30 **Pause**

11h45 **Gisements et dispositifs de collecte : état des lieux**

■ **Etude sur le gisement des DASRI générés par les particuliers en auto-traitement**
Denis FONTAINE, *Observatoire Régional de Santé de la région Rhône-Alpes (ORS-RA)*

■ **Etude et typologie des dispositifs de collecte de DASRI**

Aude VERPILLAT, *Rudologia*

■ **Echanges avec la salle**

13h00 **Déjeuner**

Après-midi

14h30 **Retour d'expériences sur la mise en place de dispositifs de collecte de DASRI**

■ **Dispositif de collecte en porte à porte et apport volontaire**

Marie-Thérèse ANCEL, *Association des professionnels de la santé du Pays de Quimperlé*

■ **Dispositif de collecte d'apport volontaire en bornes automatisées**

Serge IUNG, *Communauté Urbaine du Grand Nancy*

■ **Dispositif de collecte d'apport volontaire en pharmacie**

Stéphanie POCACHARD, *Agglomération de Rouen*

■ **Dispositif de collecte d'apport volontaire en déchèterie**

Willy LUIS, *Syndicat Départemental d'Élimination des Déchets du Lot*

■ **Dispositif de collecte d'apport volontaire en local spécifique lié à l'activité médicale**

Brigitte LORRIALUX, *Groupement d'Intérêt Public du Jura*

Julien TRIQUET, *Groupement d'Intérêt Public du Jura*

■ **Dispositif de collecte d'apport volontaire en local spécifique non lié à l'activité médicale**

Chantal CAMUZEUX, *Ville d'Issy-les-Moulineaux*

Frédéric ERNAULT, *Association Chimène*

■ **Echanges avec la salle**

16h00 **Pause**

16h15 **Présentation d'un outil d'aide à la décision**

Aude VERPILLAT, *Rudologia*

16h30 **Mise en perspective des coûts de mise en place d'un dispositif de collecte avec les coûts humains et financiers d'un accident**

Aude VERPILLAT, *Rudologia*

Sylviane OBERLE, *Cercle National de Recyclage (CNR)*

Annie LEPRINCE, *INRS*

Dominique ABITEBOUL, *Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants (GERES)*

■ **Echanges avec la salle**

17h00 **Table ronde : perspectives d'évolution avec des représentants des fédérations et ordres professionnels, des associations de patients et des associations de collectivités (sous réserve)**

Jacqueline GODARD, *Ordre National des pharmaciens*

Martine CACHEUX, *Fédération Nationale des Infirmiers (FNI)*

Jacques ANTHORE, *Association Française des Diabétiques*

Franck BARBIER, *Groupe inter-associatif "Traitements et Recherche Thérapeutique" (TRT-5)*

Maxime JOURNIAC, *Collectif Hépatites Virales (CHV)*

Guillaume DUPARAY, *Association des Maires de France*

17h30 **Clôture**

Catherine MIR, *Direction générale de la Santé*

Annexe 5 : Exemple d'initiative mise en place par le laboratoire Becton Dickinson pour l'élimination de leurs bandelettes et lancettes pour auto-surveillance glycémique

Lettre à l'attention des patients diabétiques :

BD
Parc d'affaires SILIC
2, place Gustave Eiffel - BP 70222
94528 RUNGIS Cedex
Tél. : 01.45.12.52.52
Fax : 01.45.87.57.56
www.diabetebd.fr



Rungis, Décembre 2005

Madame, Monsieur,

L'autosurveillance glycémique sait déjà se faire **plus douce** grâce aux lancettes BD Micro-Fine™+ 0,20 mm les plus fines à ce jour.

Désormais, elle pourra être aussi **plus sûre** grâce au mini-collecteur BD Sharps Container associé à chaque boîte de 200 lancettes, dans le kit :

BD Micro-Fine™+ Lancettes Kit Collecteur

Code ACL 4340371

- pour éliminer en toute sécurité lancettes et bandelettes usagées
- lancette COMPATIBLE sur la plupart des autopiçeurs.

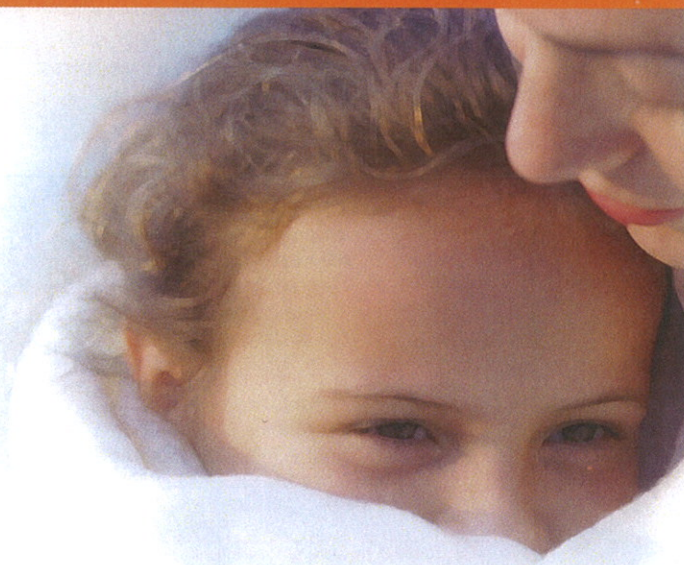
De plus, les patients en auto-soin ont l'obligation, depuis le 26 décembre 2004, d'éliminer leurs déchets d'activités de soins à risques infectieux (D.A.S.R.I.) dans des collecteurs répondant à des normes précises de sécurité.

Dans l'attente d'une prise en charge, il nous a paru nécessaire de mettre à disposition ce mini-collecteur.

Nous vous invitons à consulter les documents joints pour de plus amples précisions et vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Ghyslaine Penco-Prot
Directeur Marketing
Unité Diabète

Gamme BD
pour l'autosurveillance glycémique



Plus de Confort, plus de Sécurité



Pour que chacun
vive en bonne santé



Annexe 6 : Textes de références quant à l'élimination des DASRI (Drugeon S, 2004)

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Code de la santé publique

Article L.1335-2 et articles R.1335-1 à R.1335-14

Code de l'environnement

Articles L.541-1 et suivants

Code général des collectivités territoriales

Article L.2224-13

Code de la consommation

Article L.221-1

Loi

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

Décrets

Décret n° 2002-540 du 18 avril 2002 relatif à la classification des déchets (abroge le décret du 15 mai 1997)

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

Décret n° 97-517 du 15 mai 1997 relatif à la classification des déchets dangereux

Arrêtés

Arrêté du 8 juillet 2005 modifié relatif au transport des marchandises dangereuses par route, dit « arrêté ADR »

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 du 14 août 2003 modifiant les arrêtés du 22 décembre 1994 et du 4 février 2003 modifiés relatifs aux interdictions de circulation des véhicules de transport de marchandises et aux interdictions complémentaires de circulation pour 2003

Arrêté du 13 août 2003 modifiant les arrêtés du 10 janvier 1974, 22 décembre 1994 et 4 février 2003 modifiés relatifs aux interdictions de circulation des véhicules de transport de marchandises

et de transport de matières dangereuses et aux interdictions complémentaires de circulation pour 2003 pour ces véhicules

Arrêté du 20 septembre 2002 relatif aux installations d'incinération et de co-incinération de déchets dangereux

Arrêté du 20 septembre 2002 relatif aux installations d'incinération et de co-incinération de déchets non dangereux et aux installations incinérant des déchets d'activités de soins à risques infectieux

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 23 août 1989 relatif à l'incinération des déchets contaminés dans une usine d'incinération d'ordures ménagères

Circulaires

Circulaire du 3 octobre 2002 relative à la mise en œuvre du décret n° 2002-540 du 18 avril 2002 relatif à la classification des déchets

Circulaire DGS-VS3/DPPR n° 2000/322 du 9 juin 2000 relative à l'acceptation en déchetterie des déchets d'activités de soins à risques infectieux produits par les ménages et par les professionnels exerçant en libéral

NORMALISATION DANS LE DOMAINE DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS

Normes AFNOR existantes

- **NF X 30-500** : Emballages des déchets d'activités de soins - Boîtes et minicollecteurs pour déchets perforants - Spécifications et essais (décembre 1999)
- **NF X 30-501** : Emballages des déchets d'activités de soins - Sacs pour déchets mous à risques infectieux - Spécifications et essais (février 2001)
- **NF X 30-510** : Terminologie des déchets d'activités de soins (octobre 2003)
- **NF X 30-503** : Déchets d'activités de soins - Réduction des risques microbiologiques et mécaniques par les appareils de prétraitement par désinfection des déchets d'activités de soins à risques infectieux (juin 2004)

- **NF X 30-505** : Emballages des déchets d'activités de soins - Fûts et jerricanes en matière plastique pour déchets d'activités de soins à risques infectieux (décembre 2004)

Projets de normes AFNOR

- **PR NF X 30-S4** : Emballages des déchets d'activités de soins - Bonnes pratiques de collecte des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Marque NF 302 pour emballages pour déchets d'activités de soins perforants

Afin de maintenir la conformité des produits fabriqués au modèle ayant obtenu la conformité à la norme NF X 30-500, un marquage NF 302 applicable aux emballages pour déchets d'activités de soins perforants a été mis en place par le Laboratoire National d'Essais. Il s'agit d'éviter qu'une dérive lors de la fabrication des produits en série, ne conduise à la mise à disposition de produits différents du modèle ayant obtenu l'attestation de conformité. Les fabricants titulaires de la marque NF sont soumis à une surveillance continue de leur production. Ce contrôle effectué par le LNE comprend : contrôle en usine (audit qualité du fabricant et vérifications de la mise en œuvre correcte des essais), prélèvements en usine et essais réguliers de conformité aux normes, système de sanctions allant jusqu'au retrait du droit d'usage de la marque en cas de dérive de la fabrication. La marque NF ne doit pas être confondue avec la simple déclaration du fabricant de la conformité de ses produits à la norme NF X 30-500.

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION	1
A. LES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS A RISQUES INFECTIEUX (DASRI).....	2
I. TYPOLOGIE ET DEFINITIONS DES DECHETS	2
II. CARACTERISTIQUES DES DASRI – PROBLEMATIQUE	3
1. Problèmes d'ordre réglementaire.....	4
2. Problèmes d'ordre sanitaire	5
III. ASPECT REGLEMENTAIRE DES CIRCUITS D'ELIMINATION DE CES DECHETS	6
1. Dispositions générales relatives à l'élimination des DASRI et assimilés selon le décret n°97-1048 du 6 novembre 1997 qui modifie le Code de la Santé Publique.....	6
2. Convention d'élimination	7
3. Conditionnement en emballages spécifiques, choix du contenant	7
4. Stockage.....	9
a. Les modalités d'entreposage.....	9
b. Les locaux d'entreposage.....	10
5. Contrôle des filières d'élimination des DASRI	11
6. Transport par route des DASRI	13
a. Prescriptions relatives au transport.....	13
b. Prescriptions relatives aux matières et aux emballages	15
c. Seuils d'application de l'ADR.....	15
7. L'élimination des DASRI.....	16
IV. ETUDE SUR LE GISEMENT DE DASRI GENERES PAR LES PARTICULIERS EN AUTO-TRAITEMENT	18
1. L'exemple des diabétiques.....	18
2. Perspectives	19
B. POSITIONNEMENT DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LE CIRCUIT DE GESTION DES DASRI DU SECTEUR DIFFUS	21
I. ETUDE ET TYPOLOGIE DES DISPOSITIFS DE COLLECTE DE DASRI EXISTANTS ET POUVANT ETRE APPLICABLES AU SECTEUR DIFFUS	21
1. Distribution des systèmes de collecte de DASRI diffus par régions.....	21
2. Evolution dans la mise en place des systèmes de collecte	22
3. Description des systèmes de collecte.....	23
a. Nature des systèmes de collecte recensés	23
b. Bilan et cas particulier du PAV en pharmacie.....	27
II. ROLE ET POSITIONNEMENT DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LA GESTION DES SYSTEMES DE COLLECTE.....	29
1. Le circuit de collecte via les pharmacies	30
a. Schéma	30
b. Précisions concernant la collecte des DASRI en officine.....	31
2. Le circuit de collecte par apport en déchetterie	33
3. Points communs aux deux circuits de collecte proposés	33
a. Fourniture et distribution des emballages	33
b. Contrat de prestation de service et convention de partenariat	34
4. Avantages et inconvénients des différents circuits de collecte des DSP.....	35
5. Coût moyen relatif à l'élimination des DSP, tous circuits confondus (pharmacies et déchetteries)	36
6. Les différents rôles et potentiels du pharmacien d'officine dans les dispositifs de collecte des DSP	36
a. Gestion administrative des systèmes de collecte.....	36
b. Distribution des collecteurs vides, stockage et échange vide-plein	37

c.	Assurance d'une traçabilité des conteneurs	37
d.	Rôle d'information	39
e.	Rôle en tant que professionnel de santé et acteur de santé publique.....	41
III.	EVALUATION DE LA PLACE DES OFFICINES AU SEIN DES FILIERES DE COLLECTE ET D'ELIMINATION DES DASRI - POSITION DES DIFFERENTES INSTITUTIONS CONCERNEES.....	41
1.	L'Ordre National des Pharmaciens	41
2.	L'Inspection Régionale de la Pharmacie	43
3.	Le gouvernement et les collectivités locales représentées par l'Association des Maires de France	43
4.	Les associations de diabétiques	44
5.	La Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) d'Ile de France	45
6.	L'IGAS	45
7.	Les pharmaciens d'officine eux-mêmes	48
C.	QUELQUES EXEMPLES D' EXPERIENCES PROBANTES IMPLIQUANT LES OFFICINES.....	50
I.	DISTRIBUTION DES CONTENEURS VIDES PAR LES OFFICINES ET APPORT VOLONTAIRE EN PHARMACIE DES CONTENEURS REMPLIS	50
1.	Expérience menée sur l'agglomération marseillaise.....	50
2.	Expérience menée en Bretagne	54
3.	Expérience menée sur l'agglomération rouennaise.....	57
II.	DISTRIBUTION DES CONTENEURS VIDES PAR LES OFFICINES ET APPORT VOLONTAIRE EN DECHETTERIE DES CONTENEURS REMPLIS	60
1.	Mise en place d'un système d'élimination sur Clermont Communauté	61
2.	Collecte des piquants sur le SIVOM d'Ambert	67
3.	Expérimentation sur Vichy Val d'Allier.....	71
D.	PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES D' EVOLUTION DANS LA GESTION DES DSP	72
I.	PROPOSITIONS D'UN POINT DE VUE REGLEMENTAIRE.....	72
II.	PROPOSITIONS CONCERNANT LES AXES DE TRAVAIL A DEVELOPPER.....	74
1.	Assurer une certaine uniformité des filières de gestion et d'élimination de ces déchets	74
2.	Pérenniser les filières existantes	74
3.	Evaluer les dispositifs mis en place	75
	CONCLUSION.....	76
	BIBLIOGRAPHIE.....	77
	ANNEXES.....	80
	TABLES DES MATIERES	95

SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

MON A IMPRIMER N° 311

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

Boris BROUILLET (2006)

Place et rôle du pharmacien d'officine dans la gestion et le traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux du secteur diffus.

Nb de pages : 96

RESUME

La prise en charge des déchets d'activités de soins à risques infectieux des personnes en auto-traitement pose un réel problème de santé publique et de sécurité sanitaire compte tenu des quantités de déchets générées et des risques infectieux qu'ils peuvent présenter.

Pour répondre à ce problème, des solutions de collecte et de traitement adaptées au secteur diffus se mettent en place un peu partout en France et impliquent fréquemment le pharmacien d'officine.

Cette réalité ouvre alors le débat sur la place et le rôle du pharmacien d'officine dans ces filières de récupération de déchets de soins.

Le pharmacien peut en effet intervenir dans la gestion et le traitement de tels déchets et faire valoir son rôle de professionnel de santé de proximité et d'acteur de santé publique.

MOTS CLES

Secteur diffus
Auto-traitement
Seringue
Diabétique
Santé publique

Déchets d'activités de soins à risques infectieux
Officine
Environnement
Norme AFNOR
Déchetterie

DISCIPLINE

Pharmacie

ADRESSE DE L'UFR

Faculté de Pharmacie
2, rue du Docteur Marcland
87025 LIMOGES Cedex