

**PREFECTURE DE LA REGION
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR**

**PLAN REGIONAL
D'ELIMINATION DES DECHETS
D'ACTIVITES DE SOINS**

JANVIER 1997

-=-=-

DIRECTIONS REGIONALE ET DEPARTEMENTALES DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

Marseille, le 6 janvier 1997

"L'élimination des déchets d'activités de soins"

Les activités de soins génèrent des déchets dont l'élimination rationnelle est l'une des conditions essentielles du respect des règles d'hygiène.

La production de ces déchets dans la région, estimée entre 15 à 20 000 Tonnes par an, est faible au regard de celle résultant de l'ensemble des déchets industriels spéciaux (240 000 Tonnes par an - chiffres provisoires 1994).

Toutefois, les contraintes spécifiques qui s'attachent à leur élimination sont fortes :

1. séparation à la source entre les déchets à risques et les déchets banals ;
2. hétérogénéité et forte dispersion des producteurs sur l'ensemble du territoire régional ;
3. exigences particulières en matière de traitement, adaptées aux caractéristiques de ces déchets.

La vocation du plan régional d'élimination des déchets d'activités de soins est de définir un cadre pour l'adoption de stratégies pertinentes de gestion de ces déchets permettant le respect des prescriptions légales et intégrant les données d'un contexte économique difficile. Il complète, le plan régional d'élimination des déchets industriels (PREDI) et permet ainsi de doter la région d'un dispositif régional efficient d'élimination des déchets dangereux.

Ce plan régional est le résultat d'un travail interdisciplinaire qui se situe à l'interface de la santé et de l'environnement et qui a été entamé depuis 1990. Il conforte les initiatives déjà prises localement, depuis plusieurs années, par les professionnels de soins, les collectivités territoriales et l'Etat.

Aussi, parce qu'il intègre les réalités concrètes de terrain, je suis persuadé que ce plan peut contribuer utilement à désamorcer les craintes du public en général, justifiées ou injustifiées, quant au devenir de ces déchets dans l'environnement, et à accompagner les efforts du monde de la santé vers une meilleure prise en compte de certains impératifs d'environnement et d'hygiène publique.

Hubert BLANC

PROJET

ARRETE

Portant approbation du plan régional
d'élimination des déchets d'activités de soins

LE PREFET DE LA REGION
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

PREFET DU DEPARTEMENT
DES BOUCHES DU RHONE

Officier de la légion d'Honneur

Vu la loi N°75-633 du 15 juillet 1975 modifiée, relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux ;

Vu la loi N°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière ;

Vu le décret N°93-140 du 3 février 1993 relatif au plan d'élimination des déchets autres que les déchets ménagers et assimilés et notamment son article 9 ;

Vu l'arrêté N°94-61 du Préfet de la Région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, en date du 3 mars 1994 portant création d'une commission régionale du plan d'élimination des déchets "autres que les déchets ménagers et assimilés" et notamment son article 4 ;

Vu l'arrêté du Préfet de la Région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, en date du 9 octobre 1995 portant constitution de la commission régionale du plan d'élimination des "déchets d'activités de soins" et fixant sa composition ;

Vu l'avis de la commission du plan régional d'élimination des déchets d'activités de soins en date du 20 décembre 1995 ;

Vu les avis et observations recueillis lors de :

- la mise à disposition du public du projet de plan en Préfectures et Sous-préfectures de Provence-Alpes-Côte-d'Azur, du 26 février au 26 avril 1996,
- la consultation du conseil régional et des conseils régionaux limitrophes,
- la présentation du projet aux conseils départementaux d'hygiène des six départements de Provence-Alpes-Côte-d'Azur,

SUR la proposition de M. le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales ;

ARRETE :

Article 1^{er} : Le plan régional d'élimination des déchets d'activités de soins, annexé au présent arrêté, est approuvé.

Article 2 : La durée du plan est fixée à cinq ans. Il devra faire l'objet d'une révision au delà de cette période. Dans la mesure où il s'avèrerait nécessaire de modifier l'un des grands principes établi par le plan, et après avis de la commission régionale, une révision partielle du plan pourra être entreprise.

Article 3 : Les Préfets des départements de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales, le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales et le Directeur Régional de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région et des préfectures des six départements de Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

Fait à Marseille, le 6 janvier 1997

LE PREFET,

Hubert BLANC

INTRODUCTION :

Le cadre réglementaire

La Plan Régional d'Élimination des Déchets des Activités de Soins est établi en application de la loi n° 75-633 du 15 juillet 1975 modifiée, relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux.

Ce plan régional a pour objet de coordonner les actions qui seront entreprises à terme de 10 ans tant par les pouvoirs publics que par les organismes privés en vue d'assurer les objectifs de la loi du 15 juillet 1975 :

- prévenir ou réduire la production et la nocivité des déchets,
- organiser le transport des déchets et le limiter en distance et en volume,
- valoriser les déchets,
- assurer l'information du public.

Conformément au décret 93-140 du 3 février 1993, une Commission du plan a été nommée par arrêté préfectoral en date du 9 octobre 1995.

Objectifs et contenu du projet de plan

L'élaboration du plan s'est appuyée sur les nombreux travaux menés tant au niveau des départements dans le cadre de la réalisation des schémas territoriaux d'élimination des déchets hospitaliers prescrits par la circulaire du 21 septembre 1990, qu'au niveau régional. Des experts réunis au sein de groupes de travail départementaux restreints ont contribué à compléter les données disponibles et à préciser les orientations.

Ce plan fixe les conditions optimales de la gestion et de l'élimination des déchets des activités de soins. Il poursuit quatre objectifs :

- La protection du malade en particulier dans les établissements de santé. Les déchets de soins sont des réservoirs de micro-organismes potentiellement dangereux pour ces malades vulnérables. Ils participent à la dissémination, à l'intérieur de l'hôpital, de germes pouvant contribuer directement ou indirectement à la survenue d'infections hospitalières. La protection du malade passe par une bonne gestion des déchets dont la première étape est le tri .
- La protection du personnel de la filière d'élimination. Ces personnes peuvent entrer en contact avec les déchets si les modalités de conditionnement, de collecte, de transport et de traitement ne sont pas adaptées aux risques et cohérentes entre elles.
- La protection de l'environnement et, par ce biais, de la santé publique. Le risque biologique est très limité en raison de conditions de survie défavorables aux micro-organismes concernés (température, hygrométrie, compétition microbienne). La contamination chimique du milieu sera donc la plus à craindre. Elle pourra résulter soit d'un rejet direct de produits toxiques dans le milieu, soit de la mise en oeuvre de procédés de traitement inadaptés à la nature des déchets.

- La maîtrise des dépenses de santé : elle est à la fois la conséquence des trois objectifs précédents et un objectif spécifique. La protection du malade, du personnel et d'une manière plus globale, de la santé publique, constitue en effet un ensemble de mesures de prévention, visant à éviter l'apparition de pathologies liées aux déchets.

Par ailleurs, la nécessaire mise aux normes des procédures d'élimination des déchets des activités de soins entraînera des surcoûts non négligeables dans un contexte budgétaire contraint. Le plan régional se doit de privilégier les filières qui, à efficacité comparable, sont économiquement les plus favorables.

Ce plan comporte **6 parties** :

1/ Inventaire des déchets à traiter

2/ Inventaire des capacités de traitement existantes

3/ Analyse de l'adéquation "flux des déchets - installations existantes"

4/ Identification des contraintes et des évolutions prévisibles

5/ Les objectifs et les moyens à mettre en oeuvre.

6/ Révision du plan - Fonctionnement de la commission

-:--:--:--

I / INVENTAIRE DES DECHETS A TRAITER :

I. 1 : Déchets pris en compte :

En application du décret du 3 février 1993, et de la circulaire 93-22 du 25 février 1993, les déchets qui relèvent du plan régional sont les **déchets "à risques" d'activités de soins**.

Les déchets **d'activités de soins** sont les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la **médecine humaine et vétérinaire**.

Les déchets "**à risques**" **d'activités de soins** sont les déchets définis à l'alinéa précédent et qui,

1° soit, présentent un risque infectieux,

2° soit, en l'absence de risques infectieux, relèvent de l'une des catégories suivantes :

a. matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique,

b. produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption,

c. déchets anatomiques, correspondant à des fragments humains ou animaux non aisément identifiables.

Les déchets issus des activités de thanatopraxie, d'enseignement, de recherche ou de processus de fabrication utilisant des produits biologiques humains ou animaux, sont, lorsqu'ils présentent les caractéristiques mentionnées aux 1° et 2° ci-dessus, **assimilés** à des déchets "**à risques**" **d'activités de soins**.

L'élimination de ces déchets **d'activités de soins** comporte les opérations de collecte, de transport, de stockage, de prétraitement et de traitement.

Pour les autres catégories de déchets d'activités de soins :

- déchets toxiques
- déchets assimilables aux ordures ménagères
- déchets banals,

une coordination devra être trouvée avec le plan régional d'élimination des déchets industriels (**PREDI**) et les plans départementaux d'élimination des déchets ménagers et assimilés, comme cela figure dans le **tableau ci-après**.

Les déchets radioactifs, dont la surveillance est confiée à l'Office Public de protection contre les Rayonnements Ionisants (O.P.R.I.) et les rejets liquides sont exclus du champ de ce plan.

**CATEGORIES DE DECHETS PRIS EN COMPTE
AU TITRE DES PLANS DEPARTEMENTAUX ET REGIONAUX**

| Plans départementaux | Plan régional d'élimination des déchets d'activités de soins | Plan régional d'élimination des déchets industriels (PREDI) |
|--|---|---|
| <p>Déchets à risques infectieux (lorsque le traitement final est réalisé dans des installations de traitement des déchets des ménages)</p> <p>Ordures ménagères</p> <p>Déchets de nettoyage et d'espaces publics</p> <p>Déchets des communes et des entreprises pouvant être traités dans les mêmes installations que les déchets des ménages</p> <p>Encombrants</p> | <p>Déchets à risques infectieux - des activités de soins - d'origine industrielle</p> <p>Déchets toxiques - des activités de soins - des services techniques et services d'entretien</p> <p>Déchets assimilables aux ordures ménagères</p> <p>Déchets d'entretien des voiries et des espaces verts</p> <p>Emballages, linges usagés</p> <p>Encombrants</p> <p>Résidus du traitement des fumées des incinérateurs spécifiques des déchets hospitaliers</p> | <p>Traitement sur incinérateur industriel</p> <p>Déchets toxiques produits en quantité dispersée (DTQD)</p> <p>Résidus du traitement des fumées des incinérateurs</p> |

Domaines de coordination étroite entre les plans régionaux et départementaux pour couvrir l'ensemble des déchets produits et éviter des interférences.

La notion de risque est prise ici dans une acceptation large puisqu'elle inclut:

- le risque ressenti et le risque psycho-émotionnel
- le risque réel : infectieux ou blessant

Une caractérisation des déchets "à risques" a été proposée par un groupe d'experts nationaux¹:

- toute pièce anatomique humaine ou animale et cadavre d'animaux,
- tout objet piquant et tranchant,
- tout tissu biologique, culture cellulaire, culture de micro-organismes et tout objet à usage unique ayant été à leur contact
- tout produit sanguin ou dérivé, tout liquide biologique prélevé aux fins d'analyses et tout contenant et matériel à usage unique ayant été à leur contact,
- tout liquide biologique issu d'activités analytiques et /ou thérapeutiques et tout contenant et matériel à usage unique ayant été à leur contact, à l'exception des urines et des selles
- tout objet jetable ayant été en contact ou placé dans la sphère d'isolement d'un malade atteint d'une infection ayant nécessité cet isolement, et pendant la durée de l'isolement
- certains déchets considérés à risques bien que non contaminés (risque ressenti).

Les pièces anatomiques reconnaissables, quelle que soit leur taille, et les cadavres d'animaux de laboratoire de **plus de 40 kg** doivent suivre des filières d'élimination différentes des autres déchets à risques:

- crémation ou inhumation pour les pièces anatomiques
- incinération spécifique ou équarrissage pour les cadavres d'animaux de laboratoire.

Pour cette raison, le terme "**déchet à risques**" sera employé dans la suite de ce document pour les déchets correspondant à la définition exposée ci-dessus.

I. 2 : Tri des déchets à risques d'activités de soins :

Le tri est un "passage obligé" pour une gestion efficace des déchets qui satisfasse:

- aux objectifs de qualité, de sécurité et de maîtrise des coûts imposés par la loi hospitalière du 31 juillet 1991
- aux objectifs de réduction de la production de déchets "spéciaux" inscrits dans la loi du 15 juillet 1975

Ce tri doit permettre de distinguer :

- les déchets à risques
- les déchets assimilables aux ordures ménagères
- les déchets toxiques

Il s'intègre dans une filière globale d'élimination et doit être adapté aux contraintes de l'activité du producteur, de l'environnement humain et matériel et aux exigences des moyens de traitement mis en oeuvre pour les différentes catégories de déchets.

Le tri entre déchets à risques et déchets assimilables aux ordures ménagères doit avoir lieu **dès la production** du déchet. Tout déchet assimilable aux ordures ménagères mélangé aux déchets à risques est considéré comme tel.

* Etablissements de santé :

La typologie élaborée par le Comité Technique régional de l'environnement Hospitalier de Rhône-Alpes présentée en **annexe 1** a fait l'objet d'un consensus de principe.

Toutefois, les établissements sont susceptibles de l'adapter à leur propre contexte. Pour un établissement, la production de déchets à risques est comprise, en moyenne, dans une fourchette de 0 à 15% de l'ensemble de ses déchets selon ses activités et sa taille.

* Producteurs diffus :

L'activité de soins en secteur libéral permet plus aisément un tri en fonction du risque réel, physique et infectieux, sous la responsabilité du producteur.

Ainsi conformément à la définition des déchets "**à risques**" donnée au paragraphe précédent, devront faire l'objet d'une élimination spécifique :

- les déchets piquants et tranchants, collectés dans des boîtes spécialement adaptées, rigides et inviolables
- les déchets contaminés par des micro-organismes des catégories 3 et 4 de la directive CEE 90/679 du 26 novembre 1990 relative à la protection des travailleurs contre les risques d'exposition aux agents biologiques, et de la catégorie 2 lorsque ces germes ont été cultivés (cf définition en **annexe 2**)
- les poches et tubes de sang, et tous les déchets largement souillés de sang
- les reins artificiels
- les petites pièces anatomiques

Ces déchets seront conditionnés dans des emballages rigides et étanches à usage unique ou dans des sacs étanches placés dans des conteneurs réservés à leur collecte.

Les autres déchets des activités de soins sont assimilables aux ordures ménagères.

I. 3 : Bilan de la production des déchets à risques en Provence-Alpes-Côte d'Azur :

L'estimation de la **production annuelle** de déchets à risques en provenance des **établissements de santé et d'hébergement**, telle qu'elle figure dans le **bilan** réalisé en **1992**, s'élève à **15792 Tonnes**, hors pièces anatomiques reconnaissables et cadavres d'animaux de laboratoire de plus de 40 kg.

Dans le cadre d'une autre approche plus récente mais moins exhaustive, le tableau en **annexe 3** présente la production des déchets à risques d'activités de soins pour chaque département (estimation 1994).

Les déchets à risques des activités de soins représentent un peu moins de 1 % du tonnage annuel des déchets ménagers et assimilés estimé en Provence-Alpes-Côte d'Azur à 1,7 millions de tonnes².

Le calcul des tonnages de déchets à risques "**diffus**" et "**assimilés**" devra faire l'objet d'une **étude spécifique**. Toutefois, de façon très approximative, le pourcentage moyen généralement évoqué pour ces déchets varie entre 10 et 20 % du tonnage total.

²

"Guide régional du recyclage et de l'élimination des déchets" - ADEME - PACA 1995.

I. 4 : Les autres déchets :

- Les déchets des activités de soins assimilables aux ordures ménagères.

Ils comprennent : les déchets non contaminés des services de soins et unités médico-techniques, les déchets des cuisines et des services administratifs. La production annuelle a été estimée à environ 25 116 Tonnes³.

- Les déchets toxiques.

On retrouve des déchets spécifiques aux services de soins et aux services médico-techniques (radiographie, laboratoires...) :

- . produits pharmaceutiques
- . piles
- . mercure
- . plomb
- . films radiographiques et bains de développement
- . solvants et autres produits de laboratoire

et les produits toxiques usuels des services techniques et d'entretien :

- . huiles
- . solvants
- . peintures
- . acides, bases et autres produits toxiques
- . pesticides, ...

- Les déchets recyclables

papier, carton, linge usagé, verre et ferraille essentiellement.

II - INVENTAIRE DES CAPACITES DE TRAITEMENT EXISTANTES :

II. 1 : Les filières de traitement des déchets à risques d'activités de soins

Le Règlement sanitaire départemental n'autorise que l'incinération dans les installations autorisées répondant aux normes de l'arrêté du **23 août 1989**, relatif à l'incinération des déchets contaminés dans un incinérateur de résidus urbains.

Ces installations peuvent être :

- des usines d'incinération d'ordures ménagères (U.I.O.M.) répondant aux dispositions de l'arrêté du 23 août 1989 qui limite notamment le quota maximum de déchets contaminés à **10 %** de la capacité totale de traitement

- des incinérateurs spécifiques réservés aux déchets hospitaliers implantés sur site hospitalier ou à l'extérieur, et répondant à la réglementation sur les Installations Classées.

La circulaire interministérielle du 26 juillet 1991 a introduit la possibilité de déroger à la règle d'incinération et à recourir à des procédés de désinfection des déchets hospitaliers lorsque ceux-ci ont été validés par le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France.

Six techniques sont actuellement autorisées :

- Broyage et désinfection par micro-ondes - procédé STHAMOS (circulaire du 26 juillet 1991)
- Broyage et désinfection par trempage dans un bain désinfectant - procédé VIRHOPLAN (circulaire du 15 juin 1992)
- Broyage et désinfection par la chaleur - procédé GDA 130 S (circulaire du 18 août 1992)
- Procédés Lajtos TDS, Ecostéryl et Stéril'Max (circulaires du 15 juillet 1994)

Après traitement, les déchets décontaminés sont assimilables à des ordures ménagères et peuvent être éliminés dans les mêmes conditions à l'exception du compostage.

La mise en service de tels procédés est subordonnée à la signature d'un arrêté préfectoral précisant la nature et l'origine des déchets à traiter.

II.2 : Capacités de traitement offertes pour les déchets à risques :

II.2.1 - Les déchets à risques d'activités de soins

Le **tableau I** suivant précise, pour chaque installation autorisée et aux normes, sa localisation, sa capacité de traitement offerte et l'origine des déchets traités.

TABLEAU I

| SITE | CAPACITE DE TRAITEMENT T/an | ORIGINE DES DECHETS | Estimation du tonnage annuel issu des établissements sanitaires adhérant à une structure de regroupement dans la zone de collecte considérée |
|----------------|-----------------------------|---|--|
| NICE (06) | 5 000 | Alpes Maritimes | 2380 |
| TOULON (83) | 11 000 | Partie sud des Bouches-du-Rhône, le Var | _ 7000 |
| VEDENE (84) | 5 000 | Alpes de Haute-Provence, Hautes-Alpes, Vaucluse et partie nord des Bouches-du-Rhône | _ 2400 |
| TOTAL : | 21 000 | LA REGION | 11 780 |

La capacité totale de traitement disponible dans la région s'établit donc à **21 000 Tonnes/an**.

Des incinérateurs de capacité variable, autorisés ou non, sont susceptibles d'être encore en service sur certains sites. Ils devront être rendus conformes à la réglementation sur les Installations Classées ou arrêtés définitivement.

II. 2.2 - Déchets à risques assimilés :

L'élimination des déchets à risques assimilés (laboratoires d'analyses, de recherche, d'enseignement et issus des procédés de fabrication) devra être traitée en cohérence avec la mise en oeuvre des dispositions du PREDI.

II. 2.3 - Déchets toxiques :

- Les produits pharmaceutiques des établissements de santé peuvent être incinérés dans les mêmes conditions que les déchets à risques (les médicaments non utilisés des ménages doivent être récupérés par les pharmacies - décret du 1^o avril 1992 relatif aux déchets résultant de l'abandon des emballages et arrêté du 20 septembre 1993).

- Le **mercure**, le **plomb** et les **sels d'argent** ont vocation à être pris en charge dans le cadre du PREDI.

- Les autres déchets toxiques sont de même nature que les Déchets Toxiques en Quantité Dispersée (DTQD) des collectivités. Ils relèvent des mêmes filières de regroupement et de prétraitement.

III / ANALYSE DE L'ADEQUATION : FLUX DES DECHETS - INSTALLATIONS DE TRAITEMENT

EN CHIFFRES⁴

Déchets à risques d'activités de soins : **15 792 tonnes/an**

Sur la base d'une **hypothèse** qui consisterait à ajouter à ce chiffre + 20 % pour tenir compte de la production des déchets diffus et assimilés aux déchets à risques, la capacité de traitement théorique disponible (**21 000 Tonnes/an**) apparaît satisfaisante pour les besoins actuels et à moyens termes, propres à la **région Provence-alpes-Côte d'Azur**.

EN ANALYSE GEOGRAPHIQUE DE LOCALISATION DES INSTALLATIONS

L'examen du tableau I de la page précédente, permet de constater que l'approche géographique de l'adéquation du (flux des déchets-installations de traitement), confirme la cohérence du dispositif régional de collecte et de traitement de ces déchets.

IV / IDENTIFICATION DES CONTRAINTES ET DES EVOLUTIONS PREVISIBLES

L'analyse de l'adéquation entre les flux de déchets d'activités de soins ou assimilés produits et la capacité totale des installations de traitement sont présentés dans le chapitre précédent. Ils sont fondés sur une estimation des déchets produits dans la région, mais sans tenir compte des contraintes et des évolutions prévisibles.

IV.1 : Les contraintes :

IV.1.1 - Concernant les déchets à risques d'activités de soins :

* **Contraintes liées aux producteurs** :

- le tri :

Dans les établissements de santé, la mise en place d'un tri ne peut être envisagée sans un consensus de l'ensemble du personnel soignant et non soignant. Cette démarche doit être menée en étroite concertation avec tous les acteurs et accompagnée d'une formation adaptée aux différentes catégories d'agents.

Par ailleurs, pour assurer la fiabilité et la pérennité du tri, celui-ci devra répondre à cinq critères :

- **simplicité** : le tri ne doit pas créer de contraintes inacceptables pour le personnel de soins. La typologie des déchets à risques devra, en conséquence, être simple et connue de tous
- **Sécurité** pour garantir l'absence de déchets contaminés dans les déchets assimilables aux ordures ménagères
- **cohérence** avec la réglementation en vigueur, avec les différentes étapes de la filière d'élimination et les contraintes de l'organisation des soins et des locaux
- **stabilité** dans le temps, tout changement dans les critères de tri étant source d'erreur.
- **suivi** : une évaluation périodique est nécessaire pour garantir la qualité du tri

- Contraintes économiques :

L'obligation qui s'impose à tous les producteurs d'éliminer leurs déchets à risques dans des installations conformes aux normes représente, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, une charge financière importante qui ne peut être répercutée sur le coût des prestations.

Rien que pour les déchets d'activités de soins en provenance des établissements sanitaires et d'hébergement, le budget annuel qui devrait être consacré à l'élimination de ces déchets à risques peut être évalué à plus de **32 millions**⁵ de francs. Un effort financier devra encore être fourni pour atteindre une situation satisfaisante, notamment dans le domaine de la collecte des déchets diffus.

A qualité de traitement équivalente, et en incitant le **regroupement des structures de collecte** (groupement de commandes, associations...) préalablement auxancements des appels d'offres ou de la réalisation de marchés négociés, les orientations du plan régional ont vocation à privilégier les filières les moins coûteuses en matière de collecte et de traitement, et permettre une libre concurrence entre les prestataires de service.

En tout état de cause, les solutions retenues par les acteurs locaux devront répondre aux prescriptions réglementaires et respecter les impératifs de protection de la santé et de l'environnement.

Par ailleurs, les conditions dans lesquelles certains producteurs de déchets extérieurs à la région (frontaliers) seraient susceptibles d'apporter un flux supplémentaire de déchets d'activités de soins, ne remettent pas en cause la cohérence globale du dispositif régional.

| ESTIMATION DES APPORTS VENANT D'AUTRES REGIONS FRONTALIERES | | |
|---|------------|------------------------------|
| REGION | Tonnage/an | Site de traitement sollicité |
| LANGUEDOC-ROUSSILLON | 500 à 1000 | VEDENE (84) |
| RHONE-ALPES | <1 | VEDENE (84) |
| CORSE | 0 | |

* **Contraintes liées à la collecte** :

Ces contraintes résultent de la conjonction de deux facteurs :

- l'extrême dispersion de la production sur l'ensemble du territoire régional, **387 établissements sanitaires** et plus de **22 000 producteurs diffus**⁶
- un délai réglementaire maximum entre la production et le traitement fixé actuellement à **72 heures**, le **stockage sur le site** de production ne devant pas excéder **48 heures** (dans la réglementation en cours de préparation, ce délai pourrait être allongé à 7 jours pour les petits producteurs, et un mois pour les seuls déchets piquants et coupants).

⁵ Sous l'hypothèse d'une production annuelle de 16 000 T/an à 2000 F/T (traitement + collecte)

⁶ "Statistiques et indicateurs de la santé et du social" - DRASS/PACA - Mémento 94

La collecte sera, en tout état de cause, la difficulté majeure à résoudre en particulier pour le secteur diffus. Le conditionnement des déchets et l'aménagement des véhicules de transport devront respecter la réglementation en vigueur.

Outre une incidence certaine sur le coût, l'impact du transport des déchets sur l'environnement et sur la sécurité ne peut être négligé.

Le respect du **principe dit de proximité** de la loi du 15 juillet 1975 devrait limiter ces inconvénients en rapprochant les centres de traitement des sites de production.

*** Contraintes liées aux techniques de traitement :**

Cinq filières de traitement sont actuellement envisageables qui présentent chacune des avantages et des inconvénients résumés dans les tableaux ci-contre.

Les principaux éléments à retenir sont les suivants :

- . Le traitement individuel (incinération ou désinfection) doit être réservé à des situations **très particulières** (solution temporaire, établissements très excentrés) et sous réserve d'un contrôle rigoureux de la qualité de leur fonctionnement ;
- . Les systèmes de désinfection présentent deux contraintes essentielles : l'exclusion d'un certain nombre de déchets et la nécessité d'un contrôle de l'efficacité du traitement. Toutefois, un système de désinfection placé sur le site d'une Unité d'Incinération des Ordures Ménagères (U.I.O.M.) peut être une solution temporaire intéressante avant l'adaptation des fours pour l'introduction directe des déchets à risques. Pour les autres installations, un **accord** entre le gestionnaire et la collectivité devra être obtenu pour garantir l'élimination finale des déchets prétraités avec les ordures ménagères ;
- . Incinérateur spécifique : la réglementation concernant ces installations pourrait, à terme, devenir plus contraignante que pour les incinérateurs d'ordures ménagères. Toutefois, en cas d'évolution, elles offrent une assez grande facilité de mise à niveau. Si l'installation ne dispose pas d'un four de secours, des solutions respectant le principe de proximité devront être prévues pour l'élimination des déchets à risques pendant les **périodes d'arrêt** ;
- . Les U.I.O.M. aux normes, moyennant une adaptation relativement aisée pour l'incinération des déchets à risques,
 - garantissent une sécurité de fonctionnement vu le nombre de fours d'incinération (four de secours inutile)
 - respectent mieux le principe de proximité
 - permettent une récupération d'énergie intéressante.

AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES DIFFERENTES FILIERES DE TRAITEMENT

| TYPE DE TRAITEMENT | AVANTAGES | CONTRAINTES et INCONVENIENTS |
|---|---|--|
| <p>1) <u>Traitement individuel</u></p> <p>1.1 - Désinfection</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Autonomie de l'établissement - Possibilité de destruction rapide des déchets à risques - Pas de transport sur la voie publique - Réduction importante du volume des déchets à évacuer à l'extérieur - Facilité d'implantation et de mise en service du matériel | <ul style="list-style-type: none"> - La désinfection est un prétraitement Les déchets prétraités doivent être éliminés avec les ordures ménagères, préférentiellement en incinération. Leur compostage est interdit . - Certains déchets ne sont pas admis dans ces installations (grosses pièces métalliques, produits pharmaceutiques et autres produits toxiques, pièces anatomiques et cadavres d'animaux de laboratoire lorsqu'ils sont en quantité trop importante) - Le contrôle de l'efficacité du traitement est nécessaire - La viabilité à long terme de ces procédés est mal connue - Traitement de secours inexistant - Possibilité de nuisances olfactives |
| <p>1.2 - Incinération</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Autonomie de l'établissement - Possibilité de destruction rapide des déchets à risques - Pas de transport sur la voie publique - Réduction importante du volume des déchets à évacuer à l'extérieur | <ul style="list-style-type: none"> - Respect des normes difficile en raison du fonctionnement discontinu, de l'hétérogénéité des déchets hospitaliers, de la moindre performance des traitements de fumées pour les petites capacités - Nécessité d'une conduite par un personnel qualifié et d'une maintenance efficace - Résidus de traitement des fumées et mâchefers à éliminer dans des filières spécifiques - Absence de four de secours |

| | | |
|---|---|---|
| <p>2) <u>Traitement collectif</u></p> <p>2.1 - Désinfection</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Facilité d'implantation et de mise en service du matériel - Faible encombrement - Intérêt éventuel sur site UIOM avant adaptation de celle-ci pour recevoir les déchets à risques | <p>Pour l'ensemble des solutions collectives, les exigences des prestataires en matière d'équipement de collecte peuvent représenter des contraintes importantes pour les producteurs. La qualité du tri est un élément indispensable pour éviter toute difficulté.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La désinfection est un prétraitement <p>Les déchets prétraités doivent être éliminés avec les ordures ménagères, préférentiellement en incinération. Leur compostage est interdit.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certains déchets ne sont pas admis dans ces installations (grosses pièces métalliques, produits pharmaceutiques et autres produits toxiques, pièces anatomiques et cadavres d'animaux de laboratoire lorsqu'ils sont en quantité trop importante) - Le contrôle de l'efficacité du traitement est nécessaire - La viabilité à long terme de ces procédés est mal connue - Traitement de secours souvent inexistant - Possibilité de nuisances olfactives |
| <p>2.2 - Incinérateur spécifique (réservé aux déchets à risques)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Installation spécifique plus facilement adaptable à l'évolution réglementaire | <ul style="list-style-type: none"> - Nécessité d'un four de secours ou d'un débouché pour les déchets en période d'arrêt du four - Récupération d'énergie peu rentable en raison de la faible capacité du four - Risques et nuisances liés au transport en cas de site unique pour tous les déchets de la région |
| <p>2.3 - U.I.O.M. aux normes adaptée <u>pour les déchets hospitaliers</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Absence de création d'un nouveau système de traitement éventuellement générateur de nuisances - Installation d'épuration des fumées plus performante (effet de taille) | <ul style="list-style-type: none"> - Capacité de traitement des déchets à risques limitée à 10 % du tonnage d'ordures ménagères incinérées |

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Récupération d'énergie possible- Sécurité de fonctionnement (effet de taille)- Pas de nécessité d'un four de secours car il existe plusieurs lignes d'incinération-Avantage de la proximité et d'une meilleure couverture régionale | |
|--|--|--|

IV.1.2 - Contraintes concernant les déchets assimilables aux ordures ménagères :

Ces déchets ne présentent pas de risques spécifiques et leur composition est proche de celle des ordures ménagères. Leur collecte et leur traitement peuvent être réalisés sans sujétions techniques particulières avec les ordures ménagères sauf rares exceptions, comme les changes à usage unique en grande quantité qui peuvent poser problème en compostage.

La collectivité locale a donc vocation à en assurer l'élimination. Le refus des déchets d'activités de soins assimilables à des déchets ménagers remettrait en cause la démarche de tri qui répond à la fois à une recherche de qualité dans la gestion interne des déchets, et à l'objectif de réduction des déchets spéciaux de la loi de 1975. Pour éviter toute difficulté et tenir compte des contraintes spécifiques à certaines filières d'élimination, des **conventions** doivent être passées entre les producteurs et les collectivités locales.

IV.1.3 : Contraintes concernant la récupération de certains déchets :

Parmi les déchets assimilables aux ordures ménagères et les déchets toxiques, certains doivent faire l'objet d'un recyclage dans la mesure où les filières industrielles existent et proposent des coûts acceptables économiquement pour les opérations de récupération et de traitement. Ce sont en particulier :

- les déchets assimilables aux ordures ménagères : papiers, cartons, linges usagés, verres et ferrailles
- les déchets toxiques : piles, mercure, sels d'argent et plomb (radiographies et bains de développement), solvants, acides et bases.

Cette liste n'est pas exhaustive et il conviendra de saisir les opportunités que représente l'apparition de nouvelles filières de récupération et de traitement en tenant compte toutefois des contraintes spécifiques à l'activité hospitalière (mercure : amalgame, débris de verre, faiblesse des quantités produites rendant leur collecte sans intérêt pour les entreprises spécialisées (plomb, sels d'argent)).

IV. 2 : Les évolutions prévisibles :

IV.2.1 - Evolution de la production :

Elle pourrait résulter :

- * de **l'évolution de l'offre de soins**, en lien avec le schéma régional d'organisation sanitaire. Cependant, la production de déchets dépend moins de la capacité hospitalière que du nombre de patients qui ne devrait pas évoluer de façon sensible dans un délai de 10 ans.
- * d'un **tri plus performant** à la source : cet aspect a déjà été pris en compte, en grande partie, dans les données chiffrées de ce document
- * de **l'évolution des pratiques** et des techniques, particulièrement en matière d'utilisation de matériel et de fourniture à usage unique. Compte tenu de la difficulté à appréhender ce point, et pour la période des cinq années à venir, les variations de production qui pourraient en résulter seront considérées comme inférieures aux incertitudes liées à l'estimation des tonnages

- * du développement de **nouveaux modes d'hospitalisation** (soins ambulatoires, hospitalisation à domicile.) qui devrait induire un transfert de la production de déchets des établissements de santé vers le secteur diffus.

Globalement, la nécessaire adaptation de l'offre de soins aux contraintes budgétaires devrait limiter à moyen terme l'augmentation de la production.

IV.2.2 - Evolutions réglementaires :

- Au niveau européen :

. Une directive européenne sur l'incinération des déchets industriels dangereux est en cours d'élaboration. Le projet renforcerait les exigences des normes de rejet, mais il exclurait les déchets hospitaliers de son champ d'application. Il est possible, qu'à terme, des exigences particulières aux incinérateurs de déchets à risques soient retenues.

. Directive du Conseil du 12 décembre 1991 relative aux déchets dangereux : une définition des déchets répondant au critère H9 ("infectieux") de l'annexe 3 de cette directive est en préparation.

- Au niveau national :

Un décret en Conseil d'Etat et des arrêtés d'application destinés à remplacer le Règlement Sanitaire Départemental devraient être publiés au cours de l'année 1996. Les principales orientations du projet sont présentées ci-dessous :

* Typologie des déchets :

Une définition des déchets infectieux s'inspirant de la Directive du Conseil du 26 novembre 1990 relative à la protection des travailleurs contre les risques d'exposition aux agents biologiques pourrait être proposée.

* Stockage :

Des durées de stockage supérieures aux délais actuellement en vigueur (72 heures entre la production et le traitement) seraient envisagées pour les "petits producteurs", sous réserve des essais microbiologiques en cours et de conditions de température à respecter. En particulier pour les déchets piquants et coupants seuls, le délai pourrait être porté à 1 mois.

* Traitement :

L'incinération ne serait plus le seul procédé autorisé. Les traitements de désinfection validés par le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France pourraient faire l'objet d'arrêtés d'autorisation conjoints des ministres de la santé et de l'environnement. Ces procédés, selon leur capacité et les technologies mises en oeuvre, pourront être soumis à la législation sur les Installations Classées.

* Transport :

Ces textes renforceront les prescriptions réglementaires dans les domaines suivants :

- . qualité et marquage des récipients et conteneurs

- . aménagement des véhicules de transport de déchets
- . bordereau de suivi.

V - LES OBJECTIFS DU PLAN ET LES MOYENS A METTRE EN OEUVRE

Les objectifs doivent être mis en concordance avec ceux de la loi du 15 juillet 1975

modifiée relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux.

V.1 : Prévenir ou réduire la production et la nocivité des déchets

| OBJECTIFS | MOYENS A METTRE EN OEUVRE |
|--|--|
| <p>V.1.1 - Déchets à risques des activités de soins:</p> <p>Les actions préconisées s'adressent essentiellement aux producteurs.</p> <p>- <u>Etablissements de santé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Intégrer la réflexion sur les déchets dès la démarche d'achat, . Dans un délai maximum de 2 ans mettre en place un tri à la production entre déchets à risques et déchets assimilables aux ordures ménagères, compatible avec les activités de soins . Adopter une organisation et des filières de collecte interne cohérentes avec la pratique du tri et avec les filières de traitement externe . Assurer un contrôle de qualité régulier sur les pratiques du tri <p>- <u>Producteurs diffus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Réaliser un tri à la production entre déchets à risques et déchets assimilables aux ordures ménagères <p>Pour les professionnels libéraux, le premier objectif à atteindre sera la collecte, dans des boîtes adaptées des déchets piquants et coupants.</p> <p>V.1.2 - Déchets à risques assimilés :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Etendre la réalisation des études "déchets" à tous les producteurs concernés. | <ul style="list-style-type: none"> . Diffuser des recommandations sur la gestion interne des déchets (guide technique) . Procéder à un suivi et à une évaluation des pratiques de tri . Elaborer des recommandations pour les collectivités et les producteurs en s'appuyant sur les résultats des études existantes ou en cours . Mobiliser les organisations professionnelles et associations de malades pour la diffusion de ces recommandations . Initier la préparation de contrats d'objectif entre ces professionnels et les collectivités locales . Dans un délai de 5 ans, repérer l'ensemble des producteurs concernés (Industriels, laboratoires de recherche et d'enseignement) et réaliser une étude sur ces flux de déchets à risques et les modes de traitement |

V.2 : Faciliter le regroupement et la collecte des déchets

V.2.1 - Déchets à risques :

. Favoriser le regroupement avec les établissements de santé, des autres structures de soins et d'hébergement et des professionnels libéraux de médecine humaine d'un même secteur sanitaire pour la collecte des déchets

. D'une manière générale, inciter au regroupement des professionnels d'une même activité pour la collecte de leurs déchets.

. Aider les collectivités qui souhaitent initier des systèmes de collecte des déchets à risques diffus.

. Faciliter le développement des activités de collecte des déchets diffus et l'accès des entreprises de collecte aux installations de traitement

V.2.2 - Déchets toxiques

. Encourager les producteurs à mettre en place une collecte appropriée de leurs déchets toxiques, en vue de leur traitement ou de leur recyclage.

. Dans le cadre de la mise en oeuvre de la loi portant réforme hospitalière, inciter les établissements "tête de pont" de secteur à impulser ce regroupement

. Inciter financièrement les établissements à améliorer la collecte et le traitement des déchets à risques

. Sensibiliser les organisations professionnelles sur l'intérêt économique de ce regroupement.

. Informer les collectivités sur les aspects juridiques et techniques

. Mobiliser des aides financières

. Veiller à la possibilité pour chaque entreprise de collect de passer des conventions avec les gestionnaires de sites de traitement de déchets à risques

. Tirer des enseignements des études existantes ou en cours portant sur la gestion des déchets toxiques de établissements de santé

. Diffuser des recommandations

. Rechercher des financements auprès de l'ensemble de partenaires, y compris les fournisseurs des produits l'origine des déchets

V.3 : Créer les conditions d'un traitement optimal des déchets des activités de soins dans les installations réglementaires économiques et

V.3.1 - Déchets à risques et assimilés

. Suivre l'évolution des flux produits pour être en mesure d'adapter les capacités de traitement et couvrir les besoins,

- en privilégiant le traitement des déchets à risques sur les usines d'incinération des ordures ménagères répondant aux normes de l'arrêté du 25 janvier 1991
- en réservant l'usage des traitements individuels à des périodes transitoires ou à des établissements excentrés
- en respectant le principe de proximité afin de limiter le transport en durée et en volume tout en préservant la nécessaire concurrence

. Interdire l'exploitation des installations non conformes aux normes.

. Pour chaque UIOM existante aux normes et chaque fois que la construction ou l'extension d'une UIOM est envisagée dans le cadre des plans départementaux d'élimination des ordures ménagères, s'interroger sur la pertinence de son adaptation pour le traitement des déchets à risques

. Imposer et veiller à la réalisation d'un contrôle régulier du fonctionnement des installations

. Pour chaque installation de traitement des déchets à risques, **prévoir** dans l'arrêté d'autorisation le **recours**, en cas d'arrêt, **à une autre installation** aux normes de la région

. Planifier l'arrêt des installations non conformes aux normes sur une durée maximale de 2 ans, en fonction de l'ouverture de nouvelles capacités de traitement

| | |
|--|---|
| <p>V.3.2 - Déchets assimilables aux ordures ménagères</p> <ul style="list-style-type: none"> . Prendre en charge les déchets assimilables dans les installations de traitement des ordures ménagères | <ul style="list-style-type: none"> . Prendre en compte ces déchets dans les plans d'élimination des ordures ménagères. . Inciter les établissements et les collectivités à signer des conventions pour la collecte et l'élimination de ces déchets avec les ordures ménagères. . S'assurer <u>pour tout système de désinfection</u> qu'une convention garantit l'élimination finale des déchets sur un site de traitement des ordures ménagères |
| | |

V.4 : Favoriser la valorisation, le recyclage et le réemploi des déchets des activités de soins et assimilés

V.4.1 - Unités de traitement

. Favoriser les installations de traitement permettant une valorisation des déchets

V. 4.2 - Déchets recyclables

. Favoriser la mise en place de collecte sélective des verres, cartons, papiers, ferrailles dans les établissements de santé.

. Promouvoir la collecte des contenants et emballages par le fabricant ou le distributeur de produits en vue de leur réemploi ou de leur recyclage.

. En cas d'incinération des déchets à risques, privilégier les installations permettant une récupération d'énergie

. Informer les établissements de santé sur la collecte sélective et la récupération des emballages

. Mettre en place des opérations "pilote" en particulier pour la récupération des emballages de médicaments par la profession pharmaceutique.

V. 5 : Plans régionaux - Plans départementaux :

Dans le premier chapitre, sont rappelés les domaines dans lesquels des coordinations doivent être trouvées entre le plan régional d'élimination des déchets des activités de soins, le PREDI et les plans départementaux d'élimination des ordures ménagères.

La cohérence entre ces différents plans devra être recherchée plus particulièrement sur les points suivants :

- **Déchets à risques** : leur traitement avec les ordures ménagères doit être envisagé dans les plans départementaux chaque fois que la création, l'extension ou la mise aux normes d'une UIOM est prévue

- **Déchets assimilables aux ordures ménagères** : l'élimination de ces déchets doit être prise en compte dans les plans départementaux. Lorsqu'une filière spécifique impose, pour des raisons techniques, l'exclusion de certains de ces déchets, des solutions devront être trouvées pour leur élimination sur un autre site du département.

- **Déchets toxiques** : ils relèvent de deux filières de collecte suivant leur nature et leur quantité. Les toxiques produits dans les services médicaux et médico-techniques doivent faire l'objet d'une collecte spécifique. Les toxiques usuels des services techniques et d'entretien pourront, lorsque les quantités sont faibles, entrer dans le champ des collectes spécifiques (DTQD) mises en place par les collectivités.

Ces déchets, comme les résidus d'épuration des fumées des unités d'incinération (REFIOM) des déchets contaminés, relèvent a priori de traitements spécifiques méritant une vision régionale. Après évaluation des flux, ils devront être pris en compte dans le plan régional d'élimination des déchets industriels (PREDI).

Par ailleurs, une information réciproque sur les orientations des plans et schémas d'élimination des déchets des activités de soins des régions limitrophes devra être initiée afin de rechercher, si nécessaire, des complémentarités.

VI - REVISION DU PLAN - FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION

VI. 1 : Révision du plan

Le plan est établi normalement pour 10 ans. En fait, il sera révisé au bout de 5 ans pour tenir compte des évolutions prévisibles de la réglementation et des filières de traitement.

Dans la mesure où l'un des grands principes établi par le plan doit être modifié, une révision partielle du plan peut intervenir après avis de la commission du plan.

Une fois le plan approuvé, les décisions prises par les personnes morales de droit public et leurs concessionnaires et en particulier celles prises en application de la loi du 19 juillet 1976 sur les installations classées et de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, doivent être compatibles ou rendues compatibles avec les objectifs et principes énoncés par le plan.

VI. 2 : Fonctionnement de la commission du plan

La Commission du Plan assiste le Préfet de la région Provence-Alpes-Côte-D'Azur pour le suivi de l'application du plan. Le secrétariat, en tant que de besoin, établit un rapport sur l'application du plan et informe les membres de la commission des autorisations relatives aux installations d'élimination délivrées ou refusées.

CONCLUSION

L'Etat a montré sa capacité à impulser de réels changements dans la gestion des déchets à risques des établissements de santé et à les accompagner financièrement⁷. Les réflexions menées en concertation avec les collectivités territoriales pour l'élaboration des plans d'élimination des ordures ménagères prennent d'ores et déjà en compte les déchets des activités de soins dans la plupart des départements. Des réalisations exemplaires dans le domaine du traitement des déchets à risques et de la collecte des déchets diffus ont vu le jour à l'initiative des professionnels, de collectivités territoriales et d'établissements de santé. Dans ce contexte, certaines dispositions du plan ont déjà trouvé ou trouveront facilement les conditions de leur réalisation.

Cet effort collectif doit être poursuivi en partenariat avec les établissements, les organisations professionnelles, les associations de malades et les organismes d'assurance maladie. La réorganisation du système de santé, en application de la loi du 31 juillet 1991 crée un contexte et une dynamique favorable à ce partenariat avec les établissements.

La mobilisation des praticiens libéraux est en bonne voie. Des démarches devront être entreprises avec les organisations professionnelles en vue de la préparation de contrats d'objectifs.

Il est important que les Maires responsables de la salubrité communale et de la protection du personnel de collecte, incitent les professionnels, qui ont la responsabilité de l'élimination de leurs déchets, à mettre en place ou à adhérer à des filières de collecte.

⁷ 3 millions de francs au titre de l'enveloppe régionale pour la région PACA en 1995.

LISTES DES DECHETS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

- A RISQUES INFECTIEUX

- DOMESTIQUES ET ASSIMILES

- ANNEXE 2 -

DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS A RISQUES INFECTIEUX : Définition

Un déchet d'activité de soins est à risques infectieux s'il est :

- * de manière certaine ou prévisible cliniquement contaminé par l'un des agents biologiques mentionné à l'article 2(d) groupes 3 et 4 de la Directive du Conseil 90/679 du 26 novembre 1990 sur la protection des travailleurs contre les risques d'exposition aux agents biologiques
- * contaminé par tout agent biologique cultivé jusqu'à un niveau significativement élevé

La directive 90/679 précitée définit une classification en quatre groupes des agents biologiques (micro-organismes, cultures cellulaires, endoparasites humains, ...) en fonction de l'importance du risque d'infection qu'ils représentent :

* **Groupe 1** : agent biologique qui **n'est pas susceptible de provoquer une maladie chez l'homme**

* **Groupe 2** : agent biologique pouvant provoquer une maladie chez l'homme et constituer un danger sérieux pour les travailleurs ; **sa propagation dans la collectivité est improbable et il existe généralement une prophylaxie ou un traitement efficace**

* **Groupe 3** : agent biologique pouvant provoquer une maladie grave chez l'homme et constituer un danger pour les travailleurs ; il peut présenter **un risque de propagation dans la collectivité et il existe généralement une prophylaxie ou un traitement efficace.**

* **Groupe 4** : agent biologique provoquant des maladies graves chez l'homme et constituant un danger sérieux pour les travailleurs ; il peut présenter **un risque de propagation dans la collectivité et il n'existe généralement pas de prophylaxie ni de traitement efficace.**

Les déchets contaminés par l'un des agents du groupe 3 et 4 sont à risques infectieux. Pour qu'un déchet contaminé par un agent du groupe 2 soit à risques infectieux il faut que les micro-organismes qu'il contient aient été cultivés

ANNEXE 3 :

| DEPARTEMENT | 04 | 05 | 06 | 13 | | 83 | 84 | PACA |
|----------------------------|--------|--------|------|----------------|---------------|--------|--------|--------------------|
| Tonnage par an | 296 | 239 | 2380 | 6840 | | 1429 | 585 | 11769 ⁸ |
| Centre de traitement prévu | Vedène | Vedène | Nice | NORD Vedène | SUD Toulon | Toulon | Vedène | |

⁸ Sur la base des chiffres calculés pour les établissements de santé ayant adhéré à un regroupement ou une association - estimation **1994**

TEXTES

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

Décrets N°93-139 et 93-140 du 3 février 1993, relatifs aux plans d'élimination des déchets;

Circulaire du 21 septembre 1990 relative aux schémas territoriaux d'élimination des déchets hospitaliers ;

Arrêté préfectoral en date du 9 octobre 1995 portant création de la commission régionale du plan d'élimination des "déchets d'activités de soins".