

INTRODUCTION

p. 1

PREMIERE PARTIE : CONDITIONS ET METHODE D'ELABORATION

I) DIAGNOSTIC DE LA SITUATION

p. 1

1.1) Les déchets pris en compte

1.2) Historique de la situation

I.2.1) Déchets des établissements de soins

1991 Un constat par enquête

1992 Evaluation du gisement et des coûts

Inventaire des installations d'élimination

1993 Les solutions envisagées par les établissements et les propositions de regroupement

1994 Un développement prodigieux des regroupements

Une quasi-disparition des incinérateurs hospitaliers

I.2.2) Déchets diffus

1991 Un constat national

1993 Evaluation du gisement et premières réflexions sur des solutions de collecte

1.3) La situation dans les régions limitrophes

1.3) Conclusion

II) LES CONTRAINTES, LES OPPORTUNITES

p. 9

11.1) Les contraintes

II.1.1) Financières

II.1.2) Réglementaires

II.1.3) D'augmentation de volume

II.1.4) De dispersion

11.2) Les opportunités

II.2.1) Un élan vers des solutions collectives

II.2.2) Une capacité d'élimination suffisante

II.2.3) Une valorisation énergétique

11.3) Conclusion

.../...

L'article 10 de la loi n° 75-633 du 15 juillet 1975 modifiée a prescrit l'établissement, sous l'autorité du préfet de région, d'un plan d'élimination des déchets d'activités de soins.

Ce document a pour objet d'établir un diagnostic de la situation existante et d'élaborer, en fonction des contraintes et des opportunités, des prescriptions d'organisation en vue d'assurer les objectifs retenus. Il constitue un cadre d'action prioritaire pour la mise en oeuvre de la réglementation et un instrument d'orientation pour l'élaboration de stratégies d'élimination.

Après une procédure d'approbation (avis du Conseil Régional de Lorraine, des Conseils Régionaux limitrophes et des Conseils Départementaux d'Hygiène, mise à disposition du public), les décisions prises dans ce domaine, par les personnes morales de droit public et leurs concessionnaires, devront être compatibles avec ce plan.

En ce qui concerne les installations existantes, les prescriptions qui leur sont applicables devront être rendues compatibles, avec ce plan, dans un délai de trois ans.

Il est précisé que la compatibilité d'une opération ou d'une décision, avec une orientation donnée, suppose que cette dernière ne l'interdise pas ou du moins qu'il n'y ait pas de contradiction entre elles.

PREMIERE PARTIE : CONDITIONS ET METHODE D'ELABORATION

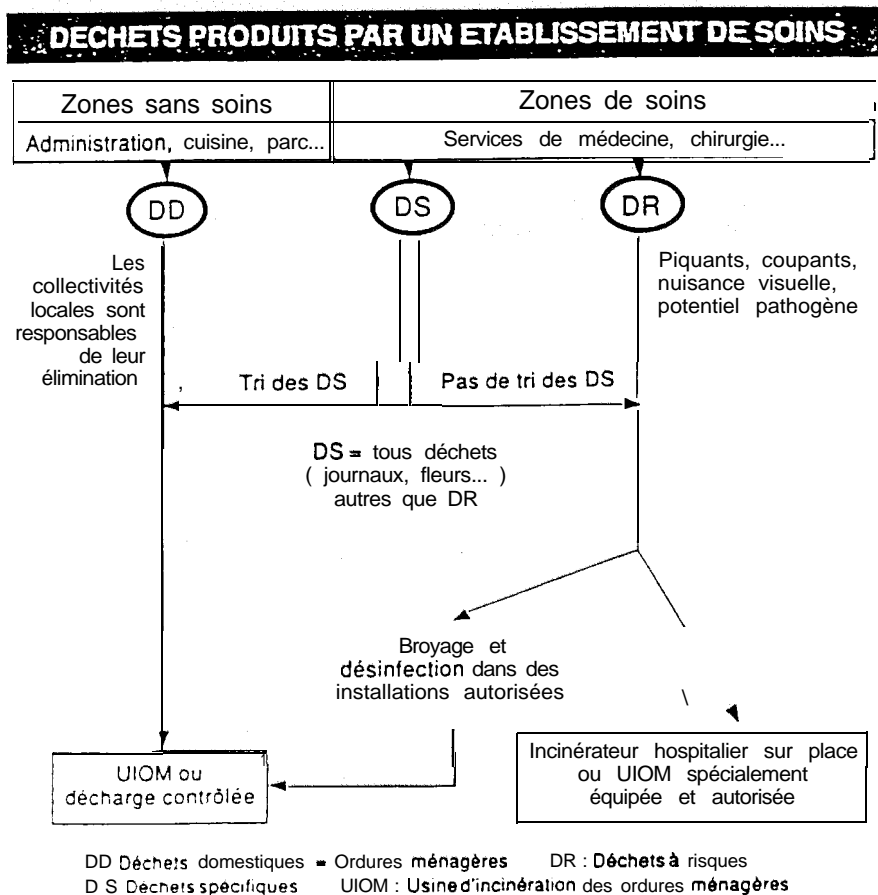
D) DIAGNOSTIC DE LA SITUATION

1.1) Les déchets pris en compte (pages 1 à 3)

Les déchets solides produits par un établissement de soins proviennent :

- de zones sans soins (secteurs administratifs, cuisines, jardins . . .) ; ce sont des déchets domestiques, et les collectivités locales sont responsables de leur élimination ;
- des unités de soins où ils se subdivisent en deux catégories :
 - * les déchets à risques (D.R.) pour lesquels il n'existe pas de nomenclature précise, mais qui sont caractérisés par un potentiel de contamination, de coupure, de piqûre ou par un impact psychologique (nuisance visuelle)
 - * les déchets spécifiques (D.S.), qui ne présentent pas de caractéristiques différentes des déchets domestiques (composition chimique et contamination bactériologique équivalentes) ; c'est le cas des journaux, des fleurs . . . Cette catégorie peut être gérée de deux façons :
 - . soit avec les déchets à risques
 - . soit avec les déchets domestiques, après accord des collectivités locales concernées qui, dans ce cas, sont tenues d'exiger une redevance spéciale

En l'absence d'une nomenclature, le tri des D.R. est laissé à l'appréciation des producteurs. L'interdiction de mélanger aux déchets ménagers les déchets anatomiques et infectieux, rend ce tri obligatoire.



Le schéma, ci-contre, illustre l'origine et les modes d'élimination des déchets solides produits dans les établissements de soins.

Compte tenu :

- de l'élaboration de plans départementaux d'élimination des déchets ménagers et assimilés
- de l'élaboration d'un plan régional d'élimination des déchets industriels incluant les déchets chimiques (sous forme solide ou liquide) émis en faible quantité
- de la collecte des déchets radioactifs par l'A.N.D.R.A.

le présent projet de plan ne prend en compte que les D.R.

En corollaire à une élimination correcte de ces déchets, il informe sur les possibilités et les obligations en matière de récupération de déchets non contaminés.

L'élimination des déchets non domestiques incombe aux producteurs ; tout responsable d'un établissement de soins, tout praticien libéral est tenu de s'assurer que les déchets qu'il produit sont collectés et traités conformément à la réglementation.

1.2) Historique de la situation

Nota : Jusqu'en 1993, les travaux ont été réalisés dans le cadre de l'élaboration d'un schéma régional prescrit par une circulaire en date du 21 septembre 1990.

A partir de 1993, ils ont été poursuivis dans le cadre de l'élaboration du plan d'élimination des déchets autres que les déchets ménagers et assimilés (composition de la Commission à l'annexe n° 11).

1.2.1) Déchets des établissements de soins

1991 Un constat par enquête (pages 3 à 7 t annexes 1 à 4)

Une enquête effectuée de l'automne 1990 au printemps 1991 a permis d'établir une photographie des conditions de collecte et d'élimination des déchets hospitaliers lorrains.

Les renseignements exploitables recueillis ont montré que :

- le tri entre déchets contaminés et déchets non contaminés était largement institué, mais que les règles devaient être plus clairement établies au sein des services ;
- l'identification des conditionnements était satisfaisante, mais leur conformité restait à vérifier ;
- les locaux de stockage ne posaient pas de problèmes majeurs, contrairement aux durées ;
- la récupération méritait d'être accrue ;
- la coopération entre établissements était peu développée ;
- le nombre d'incinérateurs "in situ" était élevé (72 établissements étaient dotés d'un tel ouvrage) ;
- l'élimination de D.R. vers des unités de destruction, non autorisées à cet effet, se pratiquait.

1992 Evaluation du gisement et des coûts. Inventaire des installations d'élimination

A) Evaluation du gisement (pages 7 à 9 + annexes 5 et 6)

Pour une comparaison avec l'offre en matière d'élimination, le gisement maximum (constitué par D.R. t D.S.) présentait plus d'intérêt que la seule évaluation du gisement minimum (constitué par les D.R. stricts).

Sur ce principe, l'approche retenue a consisté :

- à effectuer des campagnes de pesées (D.R. + D.S.), par discipline (médecine, chirurgie . ..) dans des établissements de tailles différentes et à établir des ratios en **kg/jour/lit** occupé ;
- à appliquer ces ratios aux données (nombre de lits et taux d'occupation) relatives à chaque établissement et à faire valider les résultats par chacun d'eux.

.../...

Selon cette démarche, le gisement maximum (**D.R.** + **D.S.**) susceptible d'être produit par les établissements lorrains, s'élève à 11 300 **t/an**.

A partir de ce chiffre relativement précis et selon les données de la bibliographie (environ 50 % de déchets domestiques, 45 % de **D.S.** et 5 % de **D.R.**) il est possible d'estimer approximativement le gisement minimum (**D.R.** stricts) à moins de 2 000 **t/an**.

B) Inventaire des installations d'élimination (pages 9 et 10)

Les seules techniques légales sont :

- l'incinération dans des ouvrages internes aux hôpitaux ou dans des usines extérieures spécialement équipées et autorisées pour éliminer les **D.R.** ;
- la désinfection, en tant que prétraitement, par des procédés validés sur le plan national.

Nota : ces différentes techniques sont décrites au § IV.

Aucune installation de désinfection n'est implantée en Lorraine.

Sur les 72 incinérateurs hospitaliers recensés, seuls deux étaient régulièrement autorisés. Cette situation résultait d'une imprécision réglementaire. Une circulaire, en date du 21 septembre 1990, ayant précisé que ces installations devaient être classées, au même titre que les incinérateurs de résidus urbains, une procédure de régularisation administrative a été lancée. Elle avait, notamment, pour objectif de provoquer l'abandon des ouvrages ne pouvant respecter les normes de fonctionnement.

En ce qui concerne l'incinération extérieure, la Lorraine est dotée de deux **U.I.O.M.** autorisées à incinérer les déchets médicaux :

- l'**U.I.O.M.** de NANCY (53) d'une capacité de 11 000 **t/an** pour les **D.R.**
- l'**U.I.O.M.** de TRONVILLE-ES-BARROIS (55) d'une capacité de 3 500 **t/an** pour les **D.R.**

C) Les coûts des différentes filières (pages 10 à 16)

Dans la mesure où peu d'établissements connaissaient le coût réel de fonctionnement de leur installation, l'étude n'a porté que sur l'incinération extérieure et les procédés de désinfection.

L'incinération extérieure, filière largement préconisée en raison de sa fiabilité, se révèle d'un coût élevé (de l'ordre de 5 000 F la tonne), notamment à cause du transport.

Les procédés de désinfection apparaissent, a priori, un peu moins chers et ce, d'autant que le tonnage traité augmente et que les distances de transport sont réduites. Cependant, ils nécessitent une maintenance sérieuse et un tri préalable rigoureux.

Ces constatations ont montré que seules des solutions collectives, par augmentation des tonnages transportés ou traités, pouvaient induire des coûts acceptables. Une incitation à une coordination des initiatives a donc été effectuée.

1993 Les solutions envisagées par les établissements et les propositions de regroupement

A) Les solutions envisagées et leur individualisme (pages 17 et 18 + annexes n° 7 et 8)

L'intérêt des solutions collectives a été clairement annoncé aux établissements qui ont été invités à faire connaître, pour le court et moyen terme, la filière d'élimination qu'ils envisageaient.

Les réponses obtenues, conjuguées au poids de déchets par établissement (calculé à l'annexe n° 5) ont permis d'établir la quantification approximative résumée dans le tableau de la page 17.

Ces résultats ont montré que la sensibilisation effectuée avait produit des effets bénéfiques par :

- l'accroissement du nombre d'établissements ayant opté pour l'incinération extérieure ; ce mode d'élimination concernait un peu plus de la moitié du gisement lorrain ;
- l'abandon d'une trentaine d'incinérateurs hospitaliers.

Cependant, le nombre encore élevé d'incinérateurs "in situ" non autorisés, de solutions à l'étude, d'absence de réponses et le peu de solutions collectives traduisaient un certain "désarroi" des petits établissements et un manque d'initiatives de regroupement.

B) Une sensibilisation et des propositions de regroupement (pages 18 à 20 + annexes 9 et 10)

Les résultats précédents ont provoqué l'adoption d'une démarche plus fédératrice, précédée d'une action d'information.

Cette dernière a pris la forme d'une journée à laquelle plus de 200 personnes ont participé.

Quant à la démarche, elle a consisté à proposer, en fonction de l'implantation géographique des établissements et de la nature du réseau routier, 17 secteurs de regroupement. Pour chacun de ces secteurs, une consultation locale a été organisée. Ces dernières ont fait naître de nombreuses volontés de collaboration qui restaient à concrétiser par des mesures incitatives.

1994 développement prodigieux des regroupements Une quasi-disparition des incinérateurs hospitaliers

Tous les établissements de soins ont été invités à fournir les preuves (conventions, contrats ...) d'une solution légale, si possible collective.

Parallèlement, ils ont été informés des conditions d'aides financières retenues pour 1994.

A) Une incitation financière aux solutions collectives (pages 20 et 21)

Les seules aides financières mobilisables, dans le domaine des déchets hospitaliers, sont les allocations de ressources de l'enveloppe régionale ; il s'agit de crédits de l'assurance maladie dont l'attribution relève de la compétence du Préfet de Région ; cette enveloppe ne concerne pas les établissements privés à but lucratif, ni le secteur libéral.

Pour 1994, un crédit de 1 MF a été réservé, pour les déchets hospitaliers, et les établissements ont été informés que seuls les groupements juridiquement constitués et dotés d'une solution légale d'élimination pourraient bénéficier d'une subvention.

B) Un développement prodigieux des regroupements (pages 21 à 28 + annexes 14 et 1.5)

A la mi-93, les documents fournis par les établissements ont fait apparaître le bilan suivant :

- 3 groupements effectifs ;
- 9 groupements en cours de constitution ;
- 39 solutions individuelles ;
- environ 80 non-réponses exprimant probablement l'absence d'une solution légale d'élimination (~ 40 cliniques et ~ 40 maisons de retraite).

Les regroupements projetés traduisaient un vaste élan inachevé qu'il a paru souhaitable de concrétiser rapidement.

L'octroi d'un délai de réponse supplémentaire et la décision de n'accorder des aides qu'à 3 ou 4 groupements (afin d'éviter un saupoudrage des crédits) ont conduit à une évolution très positive, résumée dans le premier tableau de la page 28.

La politique de regroupement conseillée en 1997, initiée en 1993 et incitée en 1994 s'est développée de façon très satisfaisante.

Les solutions collectives réelles (au nombre de 9) et potentielles (au nombre de 2) représentaient environ 80 % du gisement des établissements de soins.

Les solutions individuelles étaient peu nombreuses (34 établissements totalisant 8,5 % du gisement).

Par contre, 63 établissements, constitués presque exclusivement de cliniques et de maisons de retraite mais ne représentant que 10,8% du gisement, n'avaient toujours pas justifié leur solution d'élimination. Ces derniers devront faire l'objet d'une attention particulière et prioritaire dans les opérations de contrôle sanitaire.

C) Bilan de la procédure de régularisation administrative des incinérateurs hospitaliers

La procédure engagée en 1992 a provoqué un abandon massif des ouvrages dont la plupart auraient nécessité une coûteuse mise aux normes.

Seuls quelques incinérateurs hospitaliers subsisteront parmi :

- deux installations autorisées : hôpital de BAR-LE-DUC, hôpital de VERDUN (celle de l'hôpital de Brabois est autorisée, mais le C.H.R. de NANCY a prévu de l'abandonner) ;
- dix installations dont la demande d'autorisation est en cours d'instruction (3 en Meurthe-et-Moselle et 7 en Moselle).

1.2.2) Déchets diffus

1991 Un constat national (pages 29 à 31)

Les professionnels de santé en exercice libéral produisent également des D.R.

Une enquête, pour connaître les modalités d'élimination adoptées, a été réalisée, par le Ministère de la Santé, auprès d'un échantillon de praticiens (médecins, dentistes, infirmières).

Malgré la représentativité imparfaite de l'échantillon, cette enquête, compte tenu de la convergence des données recueillies, a fourni une bonne photographie du contexte actuel.

Globalement, les déchets contaminés, générés par les activités de soins des professionnels de santé en exercice libéral, sont éliminés avec les ordures ménagères (pratique interdite par la réglementation).

1992 Evaluation du gisement et premières réflexions sur des solutions de collecte

A) L'évaluation du gisement (pages 31 et 32)

La même démarche que pour les établissements a été adoptée, à savoir : campagnes de pesées chez quelques professionnels, établissement de ratios, calcul des poids moyens journaliers par profession.

Le gisement annuel total est de l'ordre de 1 000 tonnes.

B) Réflexion sur des solutions de collecte (pages 32 et 33 + annexes 16 à 19)

En France, quelques solutions sont opérationnelles ou en projet, d'autres sont menées à titre expérimental. Elles sont, la plupart du temps, initiées par des collectivités locales, bien que ces dernières n'aient aucune obligation en la matière ; les coûts sont répartis dans des proportions variables selon les cas.

Ces solutions, aussi intéressantes soient-elles, présentent l'inconvénient d'être ni uniformes, ni systématiquement généralisables.

En Lorraine, la réflexion s'était orientée vers un système basé sur les officines (en tant que dépôts très transitoires, de l'ordre de quelques heures) et sur les répartiteurs (réseau de transport calqué sur le réseau de distribution des produits pharmaceutiques). Les répartiteurs avaient donné un accord de principe sous certaines conditions. Les investigations auprès des pharmaciens d'officines devaient être entreprises lorsque les représentants des professions libérales, au groupe de travail, ont réfuté deux principes :

- celui de pollueur-payeur
- celui de producteur de déchets

Ces difficultés ont conduit à l'abandon de la réflexion engagée.

1.3) La situation dans les régions limitrophes (pages 33 à 36)

Le tableau des pages 34 et 35 résume la situation. Seules la Lorraine et l'Alsace disposent d'une capacité d'élimination suffisante et même excédentaire pour leurs propres besoins.

Cette situation a conduit Messieurs les Préfets de Franche-Comté et de Bourgogne à solliciter, au moins temporairement, le recours aux U.I.O.M. lorraines.

Quant aux déchets étrangers, la Commission du plan avait initialement souhaité rendre impossible toute autorisation d'importation ; cependant, il s'est avéré que la réglementation européenne ne permet pas une telle interdiction lorsque les installations d'élimination pratiquent une valorisation.

1.3) Conclusion

Le gisement de déchets lorrains est compris entre environ 3 000 et 12 500 tonnes par an, selon le tri plus ou moins poussé entre les D.R. et les D.S., effectué par les producteurs.

La capacité d'incinération, implantée en Lorraine (14 500 tonnes sans tenir compte des quelques incinérateurs hospitaliers qui seront maintenus), est largement suffisante pour éliminer le gisement maximal de cette région.

De nombreux établissements de soins disposent d'une solution légale d'élimination et ont entrepris un gigantesque élan de coopération génératrice d'économie. La plupart des incinérateurs hospitaliers trop vétustes et polluants ont été abandonnés.

Cependant, ce bilan encourageant ne masque pas le mode d'élimination non conforme ou douteux de producteurs généralement modestes : des cliniques, des maisons de retraite et la plupart des praticiens libéraux.

II) LES CONTRAINTES, LES OPPORTUNITES

II.1) Les contraintes

II.1.1) Financières (page 37)

Le coût élevé d'élimination des D.R. oblige :

- les établissements de soins au redéploiement interne de crédits, ce qui signifie des économies forcées sur d'autres postes de dépenses ;
- les praticiens libéraux à ponctionner sur le montant de leurs honoraires fixés par voie réglementaire.

II.1.2) Réglementaires (pages 37 à 39)

Outre le tri entre D.R. et D.S., la réglementation relative aux procédés d'incinération et de désinfection impose des tris supplémentaires, consécutifs à l'interdiction d'admettre dans ces installations des produits chimiques, radioactifs ainsi que les grandes pièces anatomiques.

Le conditionnement doit être effectué sous double enveloppe : dans des récipients étanches, eux-mêmes placés dans des conteneurs, pour leur transport sur la voie publique.

La durée de stockage, limitée à 48 heures, est inadaptée pour les petits producteurs (elle exige 3 collectes par semaine).

Le transport sur la voie publique nécessite le respect de règles concernant le matériel.

Un bordereau de suivi est obligatoire pour tous les déchets destinés à une U.I.O.M.

Les installations de (pré)traitement doivent être peu polluantes ; leurs conditions de fonctionnement et les limites de leurs rejets sont fixées dans des arrêtés préfectoraux d'autorisation.

Certaines de ces obligations sont difficiles à mettre en oeuvre, d'autres sont spécifiques à un mode d'élimination ou ne couvrent pas toutes les phases d'une filière. Afin d'adapter la réglementation, un décret est actuellement en préparation ; ce texte devrait rappeler ou fixer :

- la responsabilité des professionnels de santé en matière de déchets ;
- les conditions de stockage, notamment de durée en fonction des quantités produites ;
- la normalisation des récipients et conteneurs ;
- les modalités de transport.

II.1.3) D'augmentation de volume (page 39)

Le renforcement de la lutte contre les infections nosocomiales induit une utilisation toujours plus massive de l'usage unique et la demande de soins ne cesse de croître.

.../...

II.1.4) De dispersion (page 40)

L'extrême répartition du gisement rend difficile et onéreuse la collecte de faibles quantités.

II.2) Les opportunités

II.2.1) Un élan vers des solutions collectives (page 40)

La répartition géographique des groupements qui se sont constitués, leurs économies d'échelle, leur force de négociation vis-à-vis des prestataires de services, doivent inciter, les producteurs à la recherche d'une solution, à profiter de cette dynamique d'union.

II.2.2) Une capacité d'élimination suffisante (page 40)

Cette situation très favorable (peu de régions françaises sont dans ce cas) constitue un atout en limitant les coûts de transport. Des investissements nouveaux, dans ce domaine, ne pourraient représenter qu'un intérêt concurrentiel.

II.2.3) Une valorisation énergétique (page 41)

Les D.R., dont le pouvoir calorifique est supérieur à celui des ordures ménagères, constituent un combustible intéressant pour les deux U.I.O.M. lorraines qui procèdent à une récupération d'énergie ; cette dernière permet de limiter les coûts d'incinération.

Cependant, elle représente également une contrainte, dans la mesure où elle ne permet pas d'interdire toute importation.

II.3) Conclusion (page 41)

Malgré les contraintes, de nombreux établissements de soins ont entrepris les efforts nécessaires.

Les exemples qu'ils représentent et les opportunités existantes constituent des éléments favorables qui doivent inciter tous les producteurs, encore à la recherche d'une solution, à prendre conscience que les efforts restant à accomplir ne sont pas insurmontables.

Afin de faciliter l'organisation de ces solutions, dans le respect des objectifs retenus, le plan édicte des règles et des recommandations.

III) LES OBJECTIFS

III.1) Produire moins en récupérant plus (pages 41 et 42 ; pages 55 à 59)

Seuls des déchets non à risques peuvent faire l'objet d'une récupération. Celle-ci se heurte à des obstacles : tris supplémentaires, problèmes de stockage, fluctuations des cours Malgré ces difficultés, cette action doit être privilégiée en vertu de la loi sur les déchets.

La récupération des déchets toxiques, même non rentable, est prioritaire en raison des dangers pour le personnel et l'environnement. Le plan d'élimination des déchets industriels fournit des indications à ce sujet.

Parmi les déchets banals, les emballages et le verre représentent des quantités importantes. Les détenteurs de déchets d'emballage, produisant un volume hebdomadaire supérieur à 1 100 l, sont tenus d'intégrer ceux-ci à des circuits de valorisation. Par ailleurs, le verre qui transite dans un four n'apporte que des inconvénients onéreux ; les exploitants des fours d'incinération sont donc invités à imaginer un système d'incitation à la récupération.

111.2) Faciliter l'organisation et la sécurité de la collecte (page 42)

Dans ce but, le plan édicte des règles et des recommandations concernant les différentes phases des filières d'élimination ainsi que le développement des solutions collectives.

III.3) Protection de l'environnement et respect du principe de proximité (pages 42 et 43 + annexe 21)

Les installations d'élimination individuelles ne doivent pas être favorisées en raison de leurs nuisances potentielles liées à leur faible capacité, leur fonctionnement discontinu, leurs frais de maintenance élevés, leur personnel d'exploitation rarement bien formé.

Par ailleurs, la mise aux normes des incinérateurs hospitaliers s'avère très coûteuse.

En conséquence et afin que l'organisation de l'élimination aboutisse à diriger les déchets sur des installations performantes, bien exploitées, suffisamment "alimentées" et facilement contrôlables, le plan édicte des règles relatives aux installations "in situ".

De plus, il hiérarchise l'origine des apports en garantissant une priorité d'élimination aux déchets lorrains.

111.3) Réduire les coûts (page 43)

Les tarifs élevés d'élimination ont induit un progrès dans le tri entre D.R. et D.S. ; cette pratique, malgré ses contraintes, est amenée à se développer sans autre forme d'incitation.

Par contre, la récupération du verre et l'adhésion à des solutions collectives, facteurs d'économies substantielles, font l'objet de recommandations ou de règles incitatives.

IV) LES TECHNIQUES DE TRAITEMENT DES D.R.

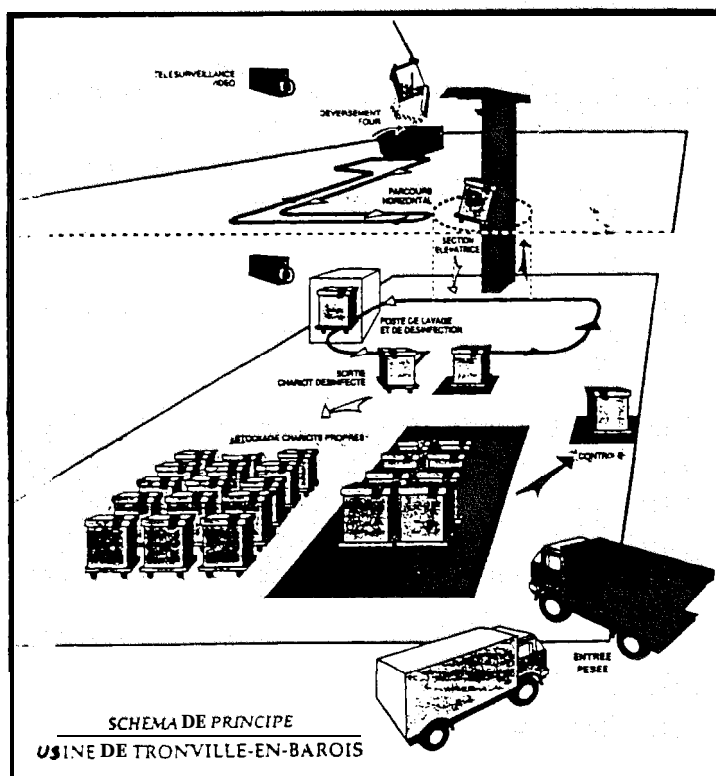
IV.1) L'incinération (pages 43 et 43 bis + annexes 20 et 21)

Qu'elles soient internes (au sein de l'établissement de soins) ou externes (usines **spécifiques**, usines d'incinération de déchets industriels, U.I.O.M. spécialement équipées), ces installations sont soumises à la réglementation des installations classées pour la protection de l'environnement. Elles doivent respecter des règles strictes concernant les conditions de combustion, les rejets atmosphériques et l'élimination des résidus. Le respect de ces règles nécessite des investissements importants et le recours à du personnel d'exploitation compétent.

En Lorraine, seuls quelques incinérateurs hospitaliers, deux U.I.O.M. et peut-être une usine d'incinération de déchets industriels seront, à court terme, en mesure de répondre à ces critères.

Le coût d'incinération en U.I.O.M., plus élevé pour les D.R. que pour les O.M., alors que la combustion est effectuée dans le même four, s'explique par les investissements spécifiques imposés par la réglementation (introduction directe dans le four par une chaîne automatique, sans transiter par la fosse des O.M.).

Le schéma de principe, ci-contre, représente le circuit des D.R. dans une U.I.O.M.



IV.2) Les procédés de désinfection = prétraitements (pages 44 à 50 + annexes 24 à 30)

Ces procédés sont apparus depuis 1991. Leur principe est double :

- broyer les déchets afin de modifier leur apparence, supprimer les risques de blessure, permettre une pénétration efficace de l'agent désinfectant ;
- réduire la contamination microbienne à un niveau inférieur ou égal à celui des O.M.

L'utilisation de tels procédés nécessite une validation au plan national et une dérogation préfectorale à l'obligation d'incinérer.

En raison des conditions d'élimination finales (celles des O.M., à l'exception du compostage), ces procédés ne sont que des prétraitements pour lesquels l'admission de certains déchets est interdite.

Actuellement, six appareils ont été validés au plan national. Leurs caractéristiques sont résumées dans le tableau suivant :

Procédés	Noms	Principes	Capacité
Thermiques	STHEMOS	Micro-ondes	250 kg/h
	GABLER GDA 130 S	Vapeur d'eau	250 kg/h
	LAJTOS TDS 1 000	Vapeur d'eau	100 kg/h
	ECOSTERYL	Micro-ondes	250 kg/h
	STERIL'MAX 100	Vapeur d'eau	100 kg/h
Chimiques	VIRHOPLAN	Produit désinfectant	250 kg/h

Remarque : les déchets autoclavés ne sont pas assimilables à des O.M. (absence de broyage et de validation au plan national).

V) REGLES ET RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION

Afin de faciliter l'élimination correcte des D.R., tout en tenant compte des objectifs retenus, le plan édicte des recommandations et des règles destinées à compléter quelques aspects réglementaires, à minimiser certaines contraintes et à tirer profit des opportunités.

Les recommandations mettent l'accent, sans les rendre opposables, sur des orientations que le plan souhaite promouvoir.

Les règles constituent des prescriptions qui s'imposent aux décisions prises par les personnes morales de droit public et à leurs concessionnaires.

Certaines règles sont qualifiées de provisoires ; elles sont en conformité avec le projet de décret en préparation ; elles deviendront caduques dès l'application de ce texte ; il a paru utile de les prescrire, par anticipation, afin que l'élan engagé en Lorraine ne soit pas contraint par des mesures inadaptées, ni poursuivi avec une sécurité insuffisante.

Le tri de déchets à excluir des D.R. fait l'objet :

- d'une règle destinée à rendre possible le contrôle de l'élimination des déchets indésirables en incinération ou en désinfection ;
- d'une recommandation destinée à inciter à la récupération du verre non contaminé qui n'apporte que des inconvénients dans les fours et coûte en élimination.

Le conditionnement fait l'objet de trois règles provisoires :

- la première concerne les récipients qui doivent être à usage unique, compatibles avec les procédés de traitement, résistants aux perforations pour les instruments piquants, coupants, tranchants ;
- la seconde impose que les conteneurs soient compatibles avec les modalités d'entreposage, de transport et de traitement ; de plus, quel que soit le procédé de traitement, ils doivent être rigides, clos et à fond étanche ;
- la troisième permet, selon les caractéristiques des récipients et des véhicules de transport, d'éviter l'utilisation de conteneurs.

Le stockage fait l'objet de trois règles provisoires :

- la première module les durées de stockage avant le départ vers une installation de (pré)traitement ;
- la seconde limite, à 23 heures, la durée de stockage sur tout site de (pré)traitement ;
- la troisième fixe des caractéristiques pour les locaux de stockage importants (établissements de soins et sites de regroupement).

Le transport fait l'objet de cinq règles provisoires destinées à préciser certaines modalités et à permettre le contrôle du circuit des D.R.

- la première impose un bordereau de suivi (et en définit le circuit) pour tout transport sur la voie publique et quel que soit le procédé de (pré)traitement choisi ;
- la seconde demande la tenue d'un registre par les responsables des installations de (pré)traitement et des sites de regroupement ;
- la troisième fixe des caractéristiques élémentaires pour les véhicules de transport ;
- la quatrième autorise, sous certaines conditions, les petits producteurs (praticiens libéraux essentiellement) à effectuer, eux-mêmes, le transport dans le coffre de leur véhicule ;

- la cinquième exige que le transport final vers une installation de (pré)traitement (soit depuis un site de production, soit depuis un site de regroupement) s'effectue le jour même de l'enlèvement, sans stockage intermédiaire.

Le personnel fait l'objet de deux règles et d'une recommandation :

- la première règle demande que le personnel, appelé à manipuler les D.R., soit formé et suffisamment équipé ;
- la seconde règle demande que le personnel d'exploitation des installations de (pré)traitement soit compétent et formé aux techniques utilisées ;
- la recommandation vise les organismes qui dispensent une formation (initiale ou continue) à des professionnels de soins ; ces organismes sont invités à inscrire à leurs programmes le thème de l'élimination des déchets.

Les installations de (pré)traitement font l'objet de quatre règles :

- la première demande que chaque installation lorraine prévoie :
 - . les dispositions à prendre en cas d'impossibilité de fonctionnement de ses propres ouvrages ; chaque producteur de D.R. devra être informé des conséquences résultant de ces dispositions
 - . la possibilité éventuelle d'être site de secours après autorisation préfectorale
- la seconde a pour but d'éviter la prolifération de petits ouvrages à usage individuel ;
- la troisième hiérarchise l'origine des apports dans les installations lorraines en dormant la priorité aux déchets lorrains et en réservant les surcapacités aux D.R. des régions françaises, préférentiellement limitrophes (dans la mesure permise par l'autorisation préfectorale relative à chaque installation) ;
- la quatrième limite les possibilités d'importation en se basant sur le principe de proximité et sur une surcapacité résiduelle éventuelle.

Les solutions collectives sont incitées par une règle qui leur attribue, à l'avenir et dans la mesure où des crédits de l'enveloppe régionale seraient réservés à cet effet, la totalité des subventions.

Les déchets des praticiens libéraux font l'objet de deux recommandations :

- l'une s'adresse aux établissements de soins qui sont invités à faire profiter les praticiens libéraux de leur circuit d'élimination, au strict coût du service rendu ;
- la seconde invite les collectivités locales à mettre en place, si elles le souhaitent, des systèmes de collecte.

V.2) Les possibilités de récupération (pages 5.5 à 59 + annexe 33)

Ce paragraphe ne fixe pas de règles, ni de recommandations ; il fournit :

- des indications sur une démarche de récupération : nommer un responsable, communiquer, connaître l'existant, réduire à la source, organiser le tri et la collecte, restituer l'information au personnel ;
- des exemples d'organisation en distinguant les déchets banals et les déchets toxiques ;
- des indications sur les interlocuteurs potentiels.

V.3) Le suivi de l'application du plan (page 60 t annexes 34 et 35)

Un suivi est nécessaire à l'information de la Commission du plan et à l'établissement du rapport annuel que cette dernière est tenue de produire.

Ce rapport sera établi à partir des informations fournies par les D.D.A.S.S. (chargées du contrôle sanitaire) et par les services chargés du contrôle des installations classées.

Les contrôles opérés par ces services devront prendre en compte, au minimum et par année civile, une série d'indicateurs mentionnés dans la règle libellée à la page 60 (comme suggéré précédemment, les contrôles d'établissements devront concerner, en priorité, ceux n'ayant pas justifié de solution d'élimination).

APPENDICE

Le plan est un système dynamique qui va se modifier au fur et à mesure de l'évolution des comportements et des techniques.

Selon l'ampleur des modifications futures (remise en cause ou non de l'économie générale du plan), l'autorité administrative compétente pourra approuver les modifications (après avis du Conseil Régional) ou procéder à la révision.

L'autorité administrative compétente est susceptible de changer ; en effet, la loi du 2 février 1995 (relative au renforcement de la protection de l'environnement) donne la possibilité aux Conseils Régionaux d'assurer, à partir du 4 février 1996, l'élaboration des plans régionaux (ou **interrégionaux**).

TABLE DES ABREVIATIONS

A.D.E.M.E. : Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie

C.H. : Centre Hospitalier

C.H.G. : Centre Hospitalier Général

D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

D.R.A.S.S. : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

D.R.I.R.E. : Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement

D.C. : déchets contaminés

D.R. : déchets à risques

D.S. : déchets spécifiques

E.H.P. : statistiques relatives aux établissements d'hospitalisation privés

H 80 : statistiques relatives aux établissements d'hospitalisation publics

N.S. : non spécifié

O.M. : ordures ménagères

R.S.D. : règlement sanitaire départemental

U.I.O.M. : usine d'incinération d'ordures ménagères