

Enquête auprès des infirmiers
libéraux de la Haute-Garonne sur
l'élimination des
Déchets d'**A**ctivités de **S**oins à
Risques **I**nfectieux



JUIN 2006

SOMMAIRE

	PAGES
PREAMBULE -----	1
GLOSSAIRE -----	2
INTRODUCTION -----	3
I - CADRE REGLEMENTAIRE -----	4
1.1 - Définition et typologie des déchets -----	4
1.2 - Textes-----	4
1.3 - Obligations -----	5
II - METHODOLOGIE ENQUETE -----	8
2.1 - Sources et ressources -----	8
2.1.1 - Sources -----	8
2.1.2 - Ressources -----	8
2.2 - Panel - échantillonnage -----	8
2.3 - Audit externe de procédure -----	10
2.3.1 - Elaboration de l'instrument de mesure -----	10
2.3.2 - Audit téléphonique et présentiel -----	10
III - RESULTATS -----	11
3.1 -Seul(e) ou associé(e) ? -----	11
3.2 -Age ?-----	11
3.3 -Nombre d'années d'exercice en libéral ? -----	12
3.4 -Lieu d'activité ? -----	12
3.5 -Tri des déchets -----	13
3.6 - Récupération des déchets des médecins ?-----	18
3.7 - Collecte des déchets -----	18
3.8 - Opinion des IDEL -----	19
3.9 - Rythme ?-----	20
3.10 - Quantité approximative ?-----	20
3.11 - Connaissance de la réglementation ? Par quel moyen ? -----	21
3.12 - Cette responsabilité incombe-t-elle aux IDEL ? » -----	21
3.13 - Les IDEL sensibilisent-ils les patients en auto traitement ? -----	22
IV - COMMUNICATION ET INFORMATION -----	23
CONCLUSION -----	24

ANNEXES

PREAMBULE

La présente étude a pour objet un thème au cœur des préoccupations actuellement très fortes dans tous les secteurs d'activité, le tri et l'élimination des déchets. Celui des professionnels de santé en exercice libéral, en l'occurrence les infirmiers libéraux, est particulièrement concerné par les déchets de soins à risques infectieux.

SIDERAL SANTE (Structure Interdisciplinaire et Regroupement d'Acteurs Libéraux de Santé) a été sollicitée pour mener une enquête auprès de cette catégorie de profession de santé.

Créée en 2003, SIDERAL SANTE regroupe à ce jour 16 associations de professionnels libéraux sur Toulouse et sa périphérie dont une dans le secteur Est du Gers. Elle est composée de 650 adhérents de différentes origines :

- Principalement des infirmières libérales.
- Des pharmaciens d'officine de ville.
- Des podologues et médecins.

L'objectif de cette structure est de favoriser et promouvoir le maintien des personnes soignées à domicile, dans un souci d'efficacité.

En 2005, SIDERAL SANTE a obtenu un financement FAQSV (1) pour une partie de ses actions (cf.annexe 1).

SIDERAL santé a toujours montré sa volonté de participer aux projets de santé publique, elle est aujourd'hui partie prenante dans cette démarche d'amélioration des pratiques infirmières dans le tri des déchets de soins.

(1) FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, créé au sein de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs salariés, il a vocation de financer toute action participant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale de la santé du patient, mise en œuvre par les professionnels de santé libéraux ou les centres de santé qui interviennent dans tous les secteurs y concourant.

GLOSSAIRE

AFNOR : Association Française de Normalisation

CERFA : Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DAS : Déchets d'Activités de Soins

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

FASQV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral

IFSI : Institut de Formation de Soins Infirmiers

INTRODUCTION

Le circuit d'élimination des déchets de soins à risques infectieux (DASRI) pour les établissements de santé est bien institutionnalisé. Pour le secteur diffus (les professionnels de santé et les particuliers en auto traitement), il se met progressivement en place ; il existe des prestataires de service pour les professionnels et les particuliers ont à leur disposition des déchetteries communales dans certains secteurs.

Un rapport de la DDASS 31 établi en 2003 sur la gestion des DASRI a montré que peu d'infirmiers libéraux en Haute-Garonne avaient une convention avec les sociétés de collectes (21%).

Dans le cadre de l'Action 44 du Plan Régional Santé Environnement (PRSE), étude financée par la DRASS, Monsieur CREMOUX, Ingénieur à la DDASS, établit en janvier 2006 une convention avec Sideral Santé qui désigne un groupe de travail dont les objectifs sont :

- de mesurer l'observance de l'application des bonnes pratiques sur l'élimination des DASRI auprès des infirmiers libéraux de la Haute-Garonne,
- de les informer quant à la législation en vigueur.

Après un rappel des principaux textes de loi relatifs au tri de ces déchets, ce rapport expose l'enquête réalisée auprès d'un échantillon, la méthodologie et les résultats obtenus. La dernière partie aborde les moyens de communication, d'information, et propose des axes d'amélioration à envisager.

I - CADRE REGLEMENTAIRE

1.1. Définition et typologie des Déchets

Plusieurs catégories de déchets sont répertoriées ; celles concernant notre secteur d'activité sont les suivantes :

→ Déchets d'Activités de Soins (DAS)

Les DAS sont définis par l'article R 1335-1 du Code de la Santé publique. (cf. annexe 2).

« Ce sont les déchets des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire. Ils doivent selon la nature du risque, être séparés dès leur production ».

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

Il s'agit des déchets suivants :

- matériels piquants, coupants et tranchants qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique ;
- tout dispositif de soins et tout objet souillé par (ou contenant) du sang ou un autre liquide biologique : compresses, pansements, ... ;
- tout petit matériel pouvant avoir un impact psycho émotionnel : seringues, sondes, tubulures, gants, ... ;
- déchets anatomiques non aisément identifiables : grains de beauté, kystes, morceaux de peau ... ;
- certains déchets de laboratoire : milieux de culture, prélèvements.

Les autres DASRI sont les produits chimiques, toxiques (ex : médicaments anti-cancéreux) ou radioactifs.

1.2 Textes

En France plusieurs textes réglementent la gestion de ces déchets dont principalement :

↳ la loi n°75-633 du 15 juillet 1975 modifiée par la loi du 13 juillet 1992, qui définit le terme « déchet » et instaure le principe suivant « tout producteur de déchets est responsable de leur élimination » ;

↳ le décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 qui applique ce principe aux Déchets d'Activité de Soins (DAS) et crée des dispositions spécifiques pour le conditionnement, la collecte, le transport et l'élimination des DASRI ;

↪ deux arrêtés d'application publiés le 7 septembre 1999, l'un précisant les modalités d'entreposage des DASRI, le second précisant les filières d'élimination de ces mêmes déchets ;

↪ l'arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des DASRI qui précise que les mentions figurant sur l'emballage doivent stipuler que ce sont des déchets dangereux, modifié par l'arrêté du 6 janvier 2006.

↪ la circulaire n°DHOS/E4/DGS/DRT/CT2/2005/34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés.

1.3 Obligations

Au même titre que les établissements de santé publics et privés, **les professionnels de santé en exercice libéral sont responsables de l'élimination des déchets générés par leurs activités jusqu'à l'incinération de ceux-ci.**

Les textes de loi ci-dessus cités rendent obligatoires les mesures suivantes :

→ **Tri dès la production (au cabinet comme à domicile)**

Du fait de l'existence de filières d'élimination spécifiques, **les déchets doivent être triés dès leur production :**

- ordures ménagères (papier, emballages)
- déchets à risque chimique ou toxiques (piles, médicaments non utilisés)
- DASRI (déchets mous, piquants ou tranchants, déchets cytotoxiques, produits sanguins)

→ **Conditionnement et emballages spécifiques**

Les déchets piquants, coupants ou tranchants à usage unique doivent être placés systématiquement et immédiatement après usage dans des emballages spécifiques.

Les déchets mous contaminés de type compresses souillées, poches, tubulures de sang, doivent être collectés dans des emballages rigides et étanches à usage unique ou dans des sacs étanches placés dans des conteneurs réservés à leur collecte.

Les caractéristiques techniques auxquelles doivent satisfaire les emballages pour DASRI sont précisées dans deux normes AFNOR : **sacs pour déchets mous et boîtes pour piquants, coupants, tranchants.** La couleur retenue pour ces emballages est jaune (correspondant au signallement européen du risque biologique).

→ Stockage

Pour une production de DASRI inférieure ou égale à 5kg/mois en un même lieu, les déchets doivent être entreposés à l'écart des sources de chaleur, dans des emballages étanches munis de dispositifs de fermeture provisoire et définitive.

Pour une production supérieure à 5 kg/mois, un local identifié doit être réservé à l'entreposage des déchets préalablement emballés. Il doit permettre une protection des déchets contre les intempéries, la chaleur, les animaux. Le sol et les parois doivent être lavables et doivent faire l'objet d'un nettoyage régulier.

La durée maximale de stockage autorisée, entre la production et le moment où les déchets sont traités, est fonction de la quantité produite :

- si la quantité produite est **inférieure ou égale à 5 kg par mois**, le délai entre la production effective et leur enlèvement ne doit pas excéder **3 mois** ;
- si la quantité produite est comprise **entre 5 kg par mois et 100 kg par semaine**, le délai entre la production effective et l'incinération (ou prétraitement par désinfection) ne doit pas excéder **7 jours** ;
- si la quantité produite est **supérieure à 100 kg par semaine**, le délai est de **3 jours** de stockage maximum.

→ Transport et élimination

Le transport des DASRI est soumis aux dispositions réglementaires internationales relatives au transport des marchandises dangereuses (arrêté du 1^{er} juin 2001 modifiant l'arrêté du 5 décembre 1996 dit « arrêté ADR »).

Toutefois, un infirmier libéral peut transporter ses déchets dans son véhicule personnel dans la mesure où la masse transportée demeure inférieure à 15 kg.

Au delà il faut un véhicule spécifiquement aménagé et un chauffeur formé.

Des entreprises privées proposent un ramassage et fournissent les emballages réglementaires.

Lorsque l'élimination des DASRI est confiée à un prestataire de service, une convention écrite est obligatoirement établie. Cette convention précise les différentes étapes de la prestation : la fourniture de l'emballage, l'identification de l'emballage, le suivi de la collecte jusqu'à l'élimination, le transport et le respect des délais réglementaires.

→ Traçabilité

Si la production est inférieure ou égale à 5 kg/mois elle doit être assurée par des bons de prise en charge à remplir lors de tout enlèvement. Ces bons accompagnent les déchets jusqu'à leur destruction finale. Le prestataire de collecte est tenu d'assurer une rétro information du producteur sous forme d'un récapitulatif annuel de tous les enlèvements auxquels il s'est livré.

Si la production est inférieure à 5 kg/mois, un bon de prise en charge doit être dûment rempli et signé (annexe 3).

Si la production est supérieure à 5 kg/mois l'éliminateur doit utiliser des bordereaux CERFA et renvoyer un exemplaire dûment rempli et signé après la destruction de chaque lot de déchets collectés (annexe 4).

Les récapitulatifs annuels ou les bordereaux CERFA sont à conserver trois années par le producteur et font office d'attestation en cas de contrôle par l'administration. De même, la convention ainsi que les documents de suivi doivent être tenus à disposition des agents de contrôle de la DDASS.

II - METHODOLOGIE ENQUETE

2.1. Sources et ressources

2.1.1. Sources

Cette étude est effectuée à partir :

- Du fichier national des professionnels de la santé recensant les IDEL (Infirmiers Diplômés d'Etat Libéraux) de la Haute Garonne, en décembre 2005, transmis par la CPAM de Toulouse.
- Des fichiers communiqués par les associations affiliées à Sidéral Santé.
- Du découpage administratif de la Haute-Garonne.

2.1.2. Ressources

- Humaines

Groupe de travail constitué de trois infirmières libérales (Yvonne LEON, Nathalie WOZNY et Véronique DELETAIN), d'une intervenante extérieure, Chargée de Mission (Nathalie HERAULT), avec l'aide de 3 infirmières libérales de l'Association AILES 31 pour la réalisation de l'audit téléphonique.

- Financières

Un budget a été alloué par la DRASS pour la réalisation de cette enquête.

2.2. Panel - échantillonnage

Pour cette étude, nous avons réalisé un sondage aléatoire stratifié avec un échantillonnage de 10 % :

- 1^{ère} strate : ensemble des IDEL de la HG (soit 1486)
10% = 148.6 arrondis à 150
- 2^{ème} strate : distinction entre les IDEL adhérents à une association des autres afin d'établir un comparatif des pratiques.

Sidéral Santé comprenant 292 infirmiers adhérents en Haute-Garonne, nous avons établi l'échantillonnage de la manière suivante :

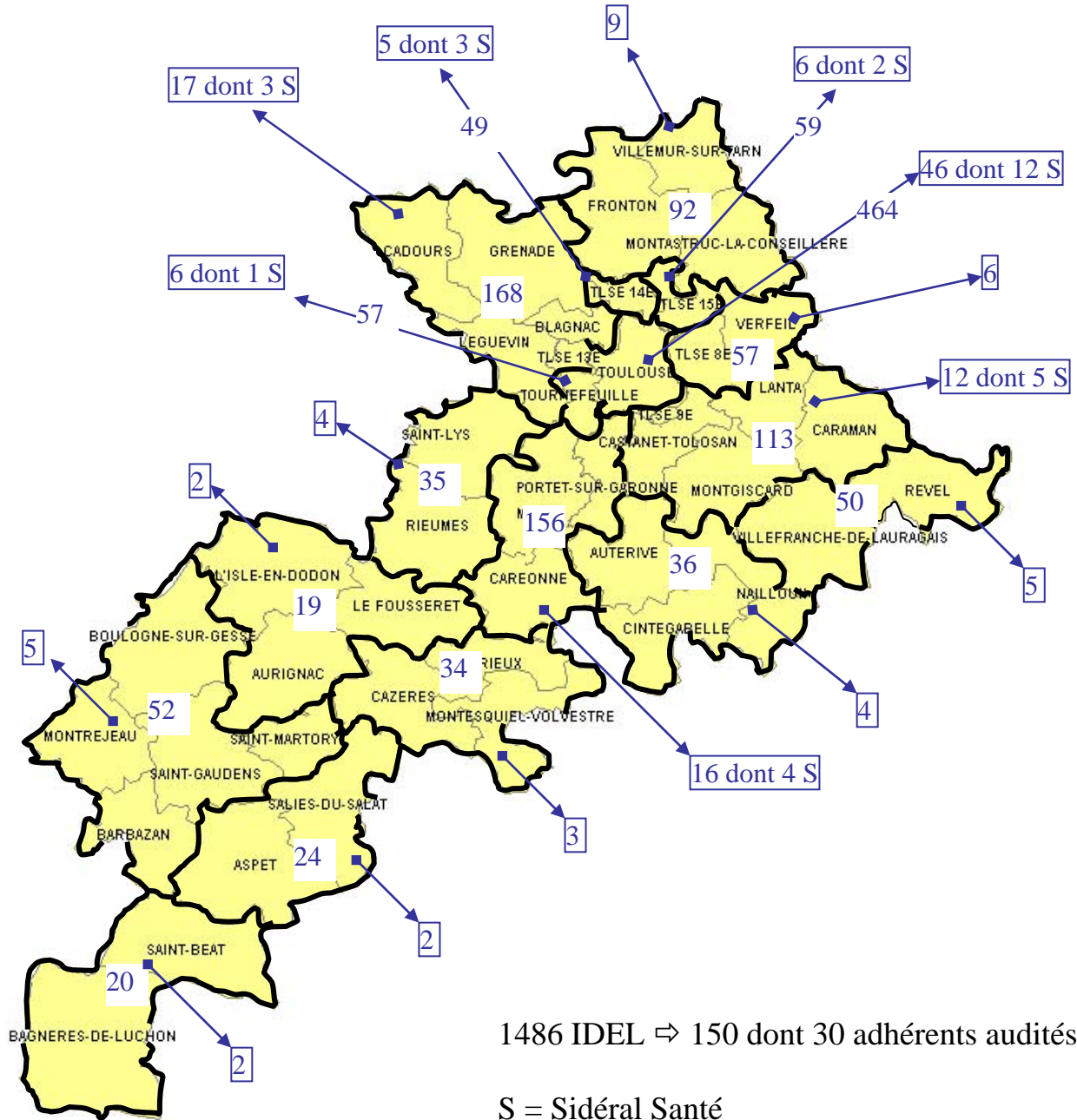
Nombre IDEL en Haute-Garonne	1486	10%	Echantillonnage retenu
Nombre IDEL Sidéral Santé	292	29	30
Nombre IDEL hors Sidéral Santé	1190	119	120
Total IDEL questionnés			150

- 3^{ème} strate : répartition de la zone géographique

La Haute-Garonne se découpe en 53 cantons. Nous avons recherché les communes rattachées à chaque canton, puis à l'aide du listing des IDEL de la Haute-Garonne avons ainsi établi le nombre en activité par canton.

Nous avons fait un regroupement géographique aléatoire des cantons en 17 zones. Pour chacune d'entre elles, nous avons recensé le nombre d'IDEL adhérents et/ou non adhérents puis prélevé 10% correspondant au nombre d'IDEL à auditer (cf. carte page suivante et annexe 4).

Répartition géographique des IDEL audités en Haute-Garonne



2.3. Audit interne de procédure

2.3.1. Elaboration de l'instrument de mesure

Nous avons élaboré un questionnaire pour recueillir les pratiques actuelles en terme de tri, de respect ou non de la réglementation et mieux appréhender les comportements en la matière. (cf. annexe 5)

Pour faciliter l'adhésion des personnes auditées et les inviter à répondre en toute transparence, l'audit est rendu anonyme.

Les quatre premières questions sont destinées à faire une présentation de la population auditée. Les six suivantes portent sur le tri des déchets et les trois dernières concernent la réglementation et la responsabilité vis-à-vis des DASRI.

2.3.2. Audit téléphonique et présentiel

Nous avons procédé à deux types d'audit :

- téléphonique pour les IDEL n'adhérant pas à une association,
- en présentiel pour les autres.

En effet, l'occasion donnée de se rendre au sein des différentes associations pour transmettre l'information sur les DASRI a permis de relever les questionnaires remplis par tous les membres présents. Les questionnaires requis pour l'étude ont été pris au hasard parmi ceux collectés.

III - RESULTATS

Le temps moyen de réponse au questionnaire a été de 5 à 10 mn, temps tout à fait raisonnable et dans le respect de notre objectif de ne pas trop empiéter sur le temps des IDEL et de ne pas lasser les interlocuteurs.

Nous avons toutefois eu des refus, beaucoup d'indisponibilité et de répondants téléphoniques, ce qui a induit des rappels à gérer. De plus, quelques IDEL n'étaient plus en activité, des numéros de téléphone étaient erronés...

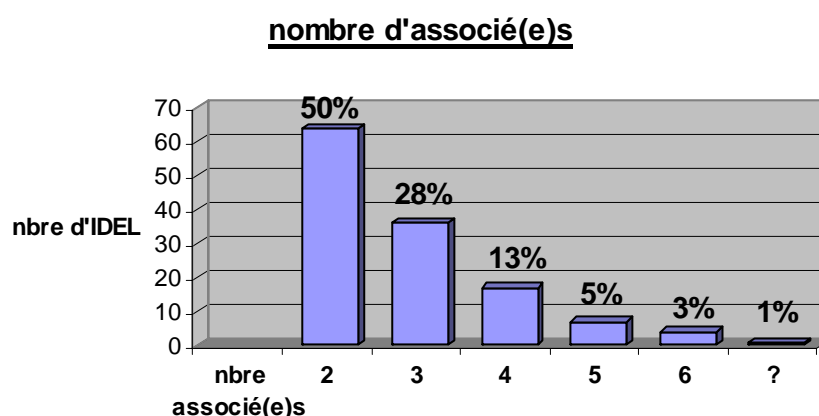
L'audit téléphonique s'est déroulé sur une durée d'environ deux mois à l'aide de six personnes enquêtrices.

A l'issue de celui-ci, les résultats permettent d'établir les constats suivants pour chacune des questions posées :

3.1. Seul(e) ou associé(e) ?

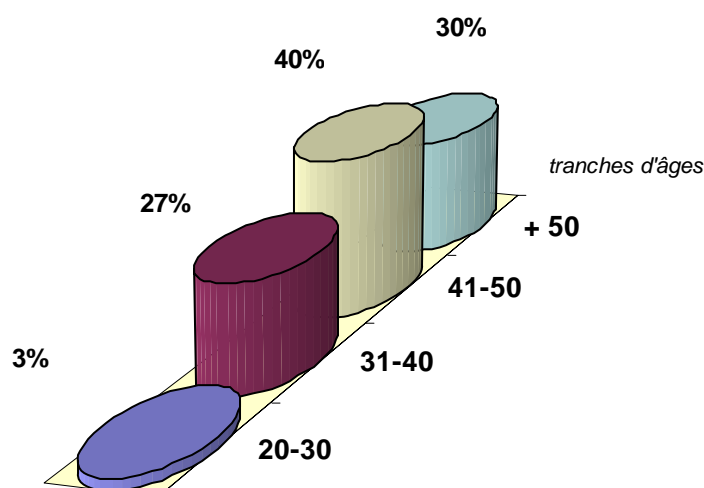
Les réponses apportées à cette question montrent que 85% des IDEL travaillent en association.

Le nombre d'associés varie entre 2 (pour la moitié d'entre eux) et 6 maximum.



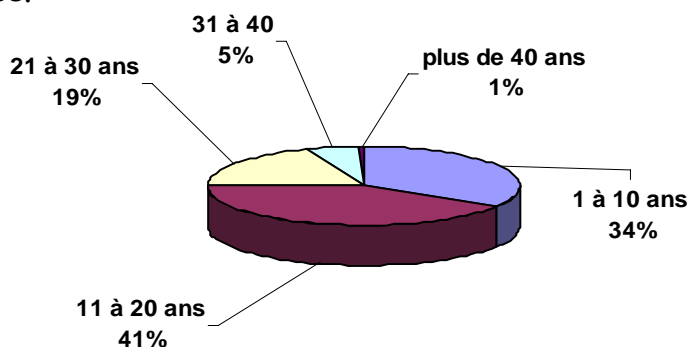
3.2. Age ?

Les chiffres font apparaître que la tranche d'âge 41-50 est la plus forte, suivie des plus de 50 ans ; 70 % des IDEL ont majoritairement plus de 41 ans (40% + 30%).



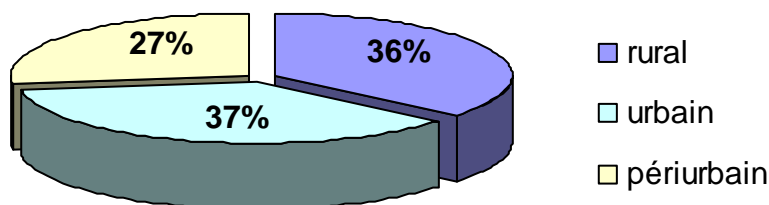
3.3. Nombre d'années d'exercice en libéral ?

Le nombre d'années de pratique en libéral se situe principalement dans la tranche « 11 à 20 ans » d'expérience.



3.4. Lieu d'activité ?

On note que la majorité (64%) exerce en milieu urbain (37%) et périurbain (27%) ce qui est en corrélation avec la répartition de la population de la Haute-Garonne dont les pôles urbains rassemblent 60% de la population. Notre panel est donc bien représentatif.



A partir de ces résultats, nous pouvons établir le profil de l'IDEL en Haute-Garonne de la manière suivante :

C'est une femme* de plus de 40 ans travaillant en cabinet avec un(e) associé(e), en secteur urbain, et qui a plus de onze années d'activité en libéral.

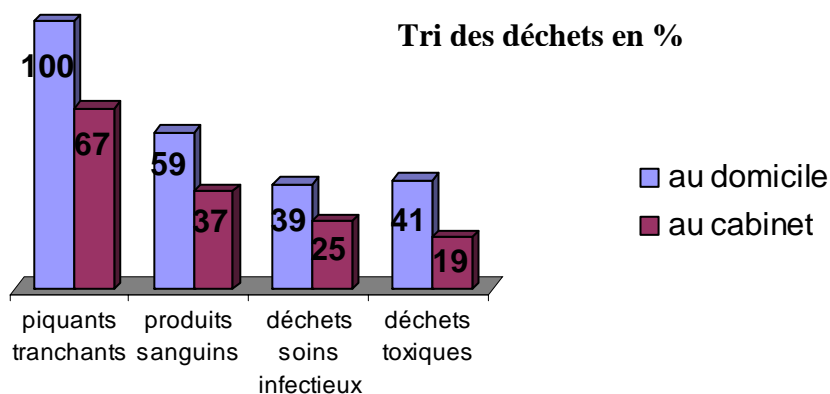
* nota bene : cette conclusion est issue du fichier transmis par la CPAM qui permet de comptabiliser 1292 femmes sur 1486 professionnels, soit 87 %.

3.5. Tri des déchets

Nous avons défini quatre catégories de déchets :

- les piquants tranchants
- les produits sanguins
- les déchets de soins infectieux
- les déchets toxiques

Le graphique ci-dessous représente le nombre d'IDEL effectuant le tri pour chacune des catégories et indique la répartition pour les soins à domicile et ceux en cabinet.



Les chiffres font naturellement apparaître un écart entre les déchets triés à domicile et ceux en cabinet puisque les activités de soins sont principalement dispensées à domicile alors que le cabinet est un lieu servant essentiellement à l'administratif, la stérilisation, le stockage.

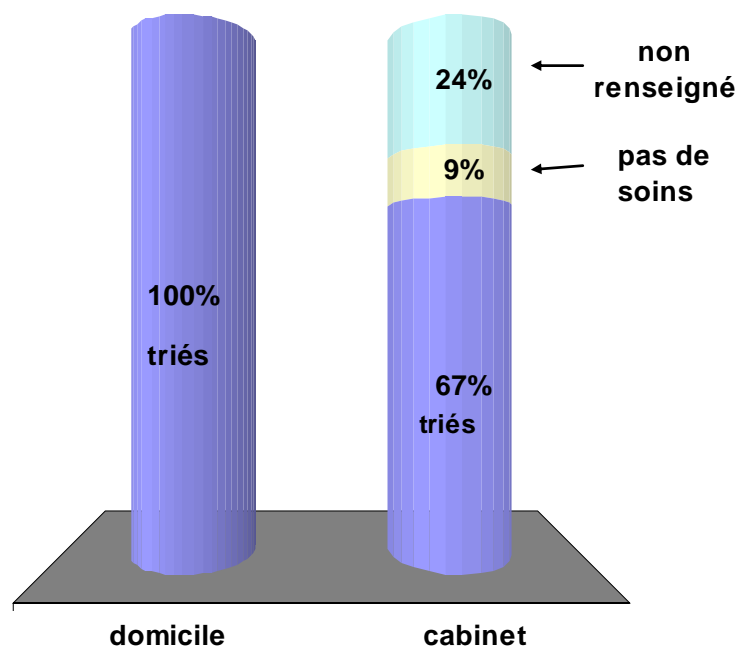
A la question ouverte « si non pourquoi ? », on déplore un grand nombre de non réponses qui ne permet pas d'en faire une étude significative.

Les réponses apportées permettent cependant de mettre en avant les trois raisons principales :

- "pas ce type de soins"
- "problème de transport, hygiène et stockage"
- "retour des déchets toxiques en institution".

Les réponses apportées pour chaque catégorie DASRI sont précisément les suivantes :

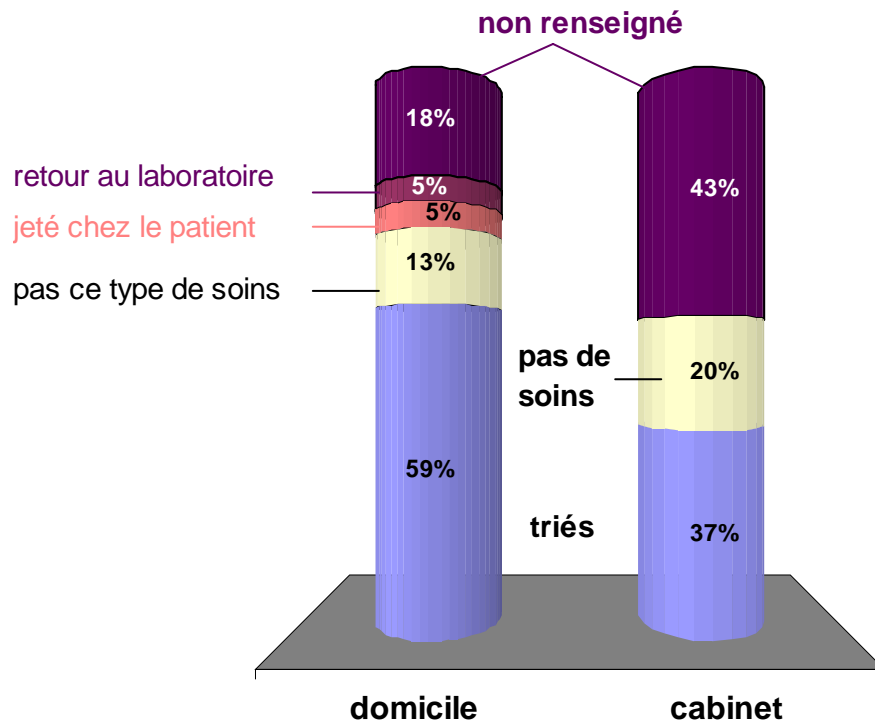
piquants tranchants



100 % des piquants tranchants sont collectés à domicile, ce qui démontre que ce geste est complètement intégré dans les pratiques professionnelles.

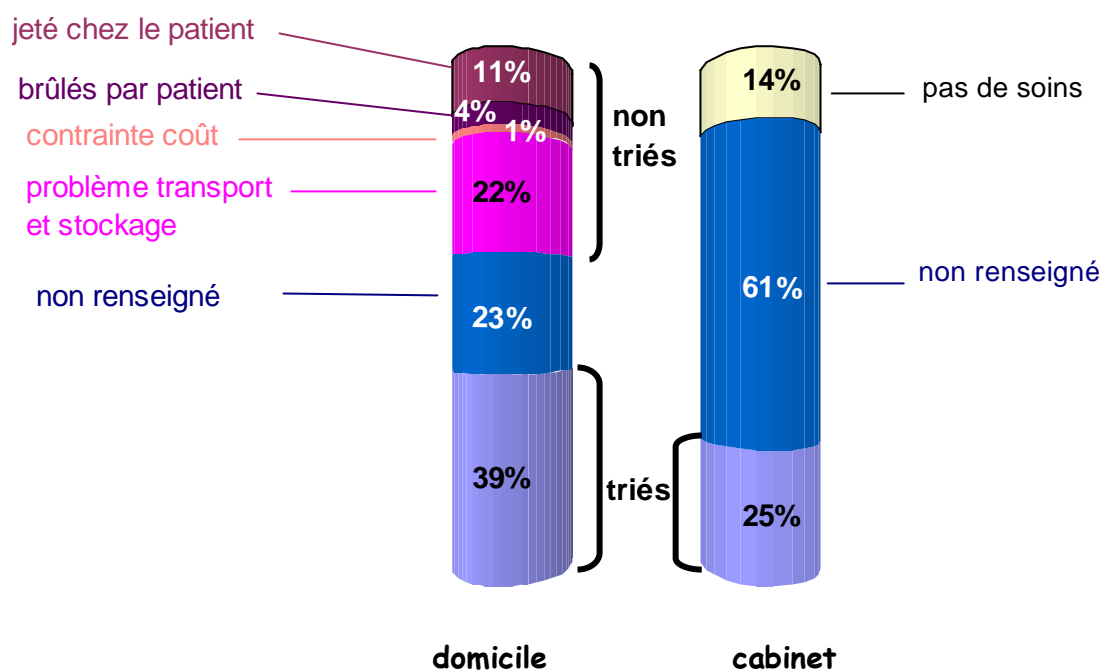
Concernant les soins en cabinet, on peut supposer, de fait, que les réponses manquantes (24%) sous-entendent « pas de soins ».

produits sanguins



A domicile, plus de la moitié des infirmiers libéraux trie les produits sanguins ; aucun argument n'a été mis en avant pour justifier le « non tri » en dehors des 10% justifiant «jeté dans la poubelle du patient » et «laissé au laboratoire ».

produits infectieux



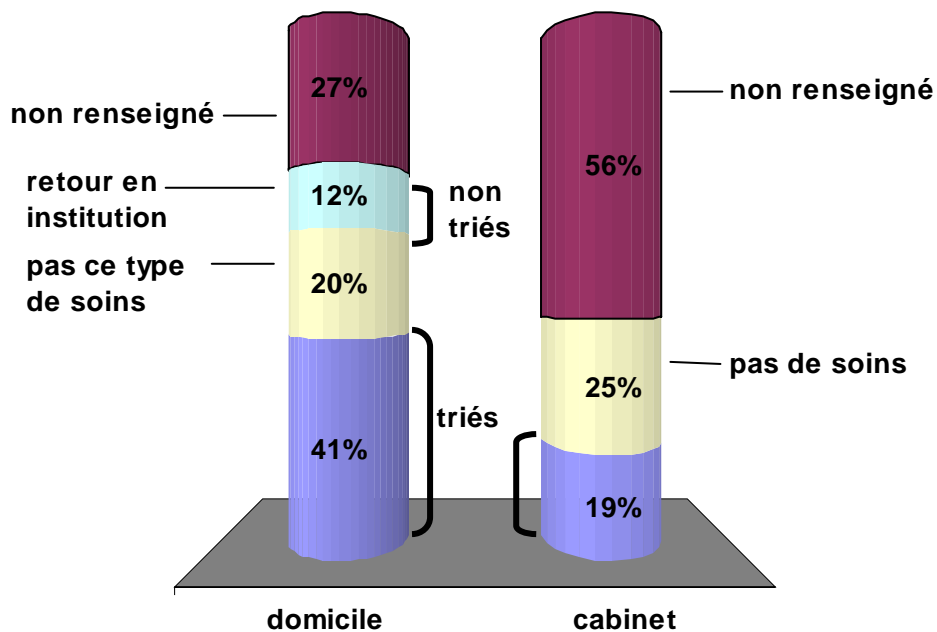
Autant l'absence de soins justifie en majorité les déchets non triés en cabinet, autant le non tri des déchets à domicile s'explique essentiellement (pour 22%) par le problème du transport, de l'hygiène et du stockage.

C'est en effet le véhicule personnel qui sert de moyen de transport et d'autre part, certains IDE exerçant en ville (notamment à Toulouse) se déplacent à pied ou en deux roues.

Ces déchets volumineux soulèvent la question du stockage.

Au vu du faible résultat des « triés », nous pouvons considérer que l'élimination des déchets mous reste problématique pour la grande majorité des IDEL.

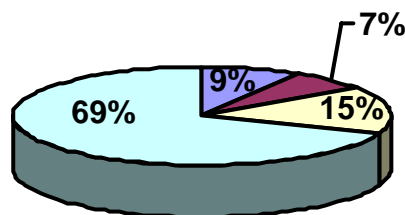
déchets toxiques



Sur les 150 audités, 20% ne font pas ce type de soins et 12% disent laisser ces déchets chez les patients car ils sont ensuite retournés aux institutions les ayant délivrés (clinique, ...).

En l'absence de tout autre argument, le peu de triés révèle que les pratiques professionnelles sont moyennement bonnes car il est de la responsabilité de l'infirmier de récupérer ces déchets.

3.6. Récupération des déchets des médecins ?

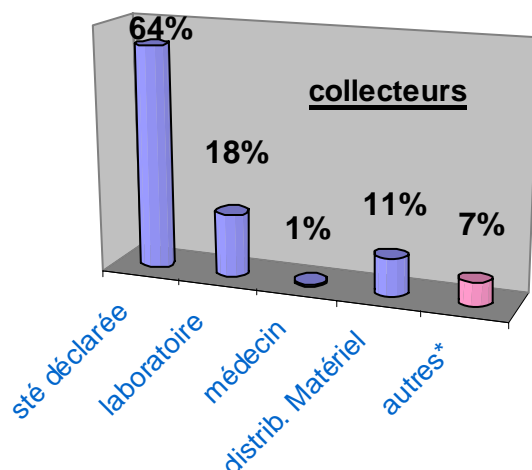


■ souvent ■ de temps en temps ■ rarement ■ jamais

Un tiers des IDEL dit collecter les déchets des médecins.

3.7. Collecte des déchets

Presque deux tiers (64 %) éliminent les DASRI via une société déclarée, et ont une convention. Les autres IDEL déposent principalement leurs déchets dans les laboratoires (18 %) et distributeurs de matériel médical (11%) lesquels proposent ce service gratuitement, sans convention.



* les autres collecteurs évoqués sont : maison de retraite, clinique, pharmacie, commune, collègue.

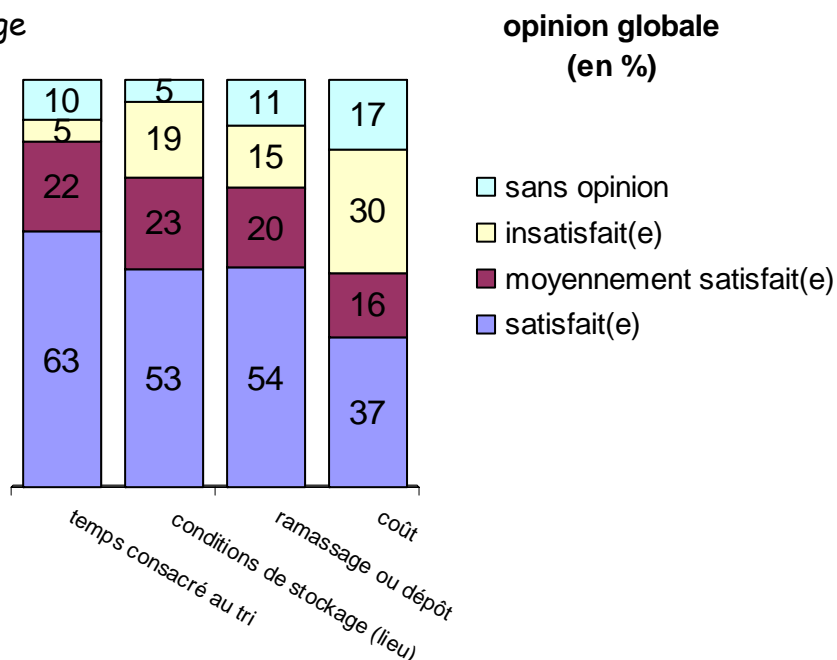
La majorité (64%) des IDEL élimine bien les DASRI dans le respect du cadre réglementaire. On peut considérer que les autres ne le font pas par méconnaissance de la réglementation, habitudes de travail avec les laboratoires par exemple, gratuité du service et facilité.

D'autre part, il convient de noter que certains IDEL tels que les remplaçants et les collaborateurs profitent du service existant au cabinet sans pour autant avoir signé de convention. Les pratiques sont donc généralement bonnes quand bien même non totalement conformes à la réglementation.

3.8. Opinion des IDEL

Nous avons recueilli le degré de satisfaction des IDEL sur quatre points :

- le temps consacré au tri
- le ramassage ou dépôt
- les conditions de stockage
- le coût.

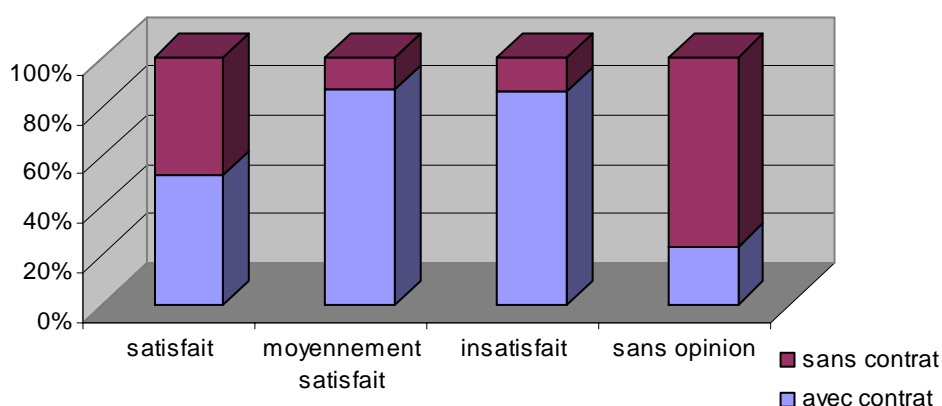


Ces résultats révèlent un taux de satisfaction global de plus de 50 % sauf en ce qui concerne le coût (37%).

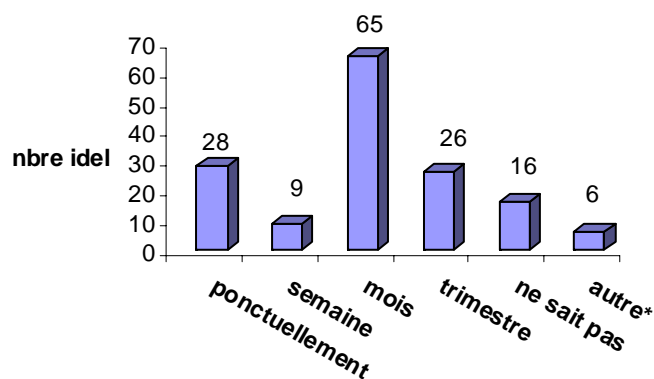
Nous nous sommes donc davantage attachés à cette question et avons constaté que le plus grand nombre d'insatisfaits (39) correspond aux IDEL ayant recours à un collecteur*, ce qui a un impact financier. Quant aux autres, le fort taux de satisfaction ainsi que celui des « sans opinion » correspondent à 46 avis, soit en pourcentage 85% des réponses. Nous pouvons considérer, grâce aux commentaires émis sur ce sujet, que cela s'explique par la gratuité.

*Nous avons dénombré 96 IDEL avec convention sur les 150 interrogés.

IDEL	DEGRE DE SATISFACTION SUR LE COUT				TOTAL
	satisfait	moyennement satisfait	insatisfait	sans opinion	
avec convention	29	21	39	6	96
sans convention	26	3	6	20	54
					150



3.9. Rythme ?



C'est manifestement le rythme mensuel le plus pratiqué suivi de collectes ponctuelles.

3.10. Quantité approximative ?

Les réponses apportées ne peuvent être significatives que si elles sont rattachées au rythme.

A cet effet, nous avons croisé les deux questions, et le tableau ci-dessous permet d'avoir une idée sur le respect de la fréquence réglementaire pour l'élimination.

Quantité et fréquence d'élimination des DASRI par IDEL

(base = 96 car 7 réponses sont inexploitables et 47 réponses (*) non prises en compte)

	-5 l	5-10 l	10-20 l	20-30 l	30-40 l	+50 l	Ne sait pas*
Ponctuellement	10	3	2	1		1	12
Semaine	2	3				1	2
Mois	8	7	6	11	5	14	11
Trimestre		2	3	8	2	7	6
Ne sait pas *	3	1	3		1	1	7

* ces réponses ne sont pas intégrées

La majorité des IDEL élimine plus de 20l par mois.

Nous constatons que 56 infirmiers, plus de la moitié, éliminent moins fréquemment que les textes réglementaires ne le prévoient car les producteurs de plus de 5 kg par mois doivent faire enlever leurs déchets au moins une fois par semaine.

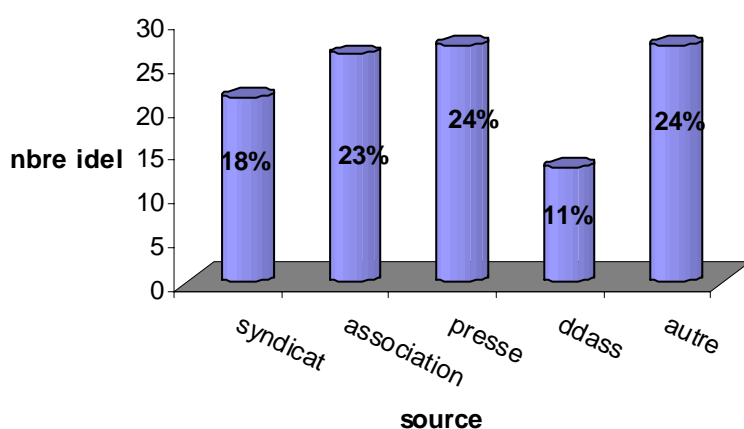
Par ailleurs, une élimination ponctuelle inférieure à 5 kg (13) pourrait correspondre aux récupérateurs d'aiguilles laissés aux laboratoires et distributeurs de matériel médical.

Il convient de noter que les textes réglementaires expriment une notion de poids (en kilos) alors que les conteneurs et emballages indiquent un volume (en litres). Selon une société de collecte, un conteneur de 10 litres équivaut à 5 kg.

3.11. Connaissance de la réglementation ? par quel moyen ?

Selon les résultats 61% des personnes interrogées déclarent connaître la réglementation, la presse et l'association semblant être les principaux vecteurs d'information (notons toutefois que les IDEL membres d'association ne représentent que 10% de la population auditée).

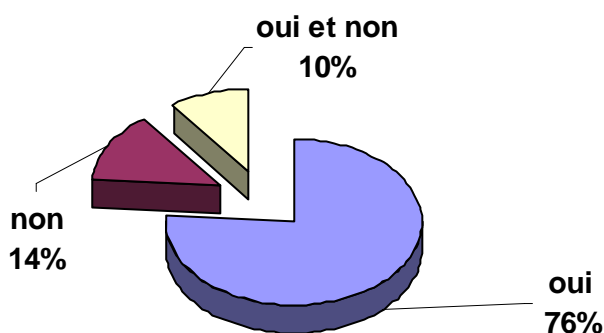
Les autres sources d'information citées sont très diverses et le plus grand nombre provient de la formation. Nous ne pouvons savoir s'il s'agit de formations annexes ou de la formation initiale des IDEL sachant que depuis 1993 un module d'hygiène a été intégré à la formation de l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers).



Intéressé(e) pour recevoir la réglementation ?

Nous constatons que 84% des IDEL ont répondu par l'affirmative à cette question.

3.12. La responsabilité de l'élimination des DASRI incombe-t-elle aux IDEL ?



responsabilité propre

« Si non pourquoi ? »

Voici les réponses récurrentes apportées à cette question :

- « IDEL = maillon d'une chaîne, la responsabilité devrait être partagée » (avec les patients, les médecins, les communes, l'autorité publique, ...)
- « coût élevé (par rapport aux actes de soins peu rémunérés) »
- « problème relevant plutôt de la santé publique »
- « responsabilité des patients ».

et une suggestion : « mettre en place des containers » (comme ceux récupérant le verre, papier, ...).

3.13. Les IDEL sensibilisent-ils les patients en auto traitement ?

La réponse à cette question montre qu'une très forte majorité (95%) informe ces patients sur la démarche à suivre pour l'élimination des DASRI (essentiellement piquants tranchants).

Dans l'ensemble, l'IDEL porte un intérêt à la réglementation et se sent responsable du tri des déchets.

Toutefois, 36% des infirmiers libéraux n'ont pas de convention et ne disposent pas de traçabilité concernant l'élimination des DASRI. Le dépôt au sein de laboratoires et de distributeurs de matériel médical (pratiqué par 29% des infirmiers) n'est légal que si ces établissements déclarés auprès de la Préfecture en tant qu'installations de regroupement, établissent une convention avec les IDEL et assurent une traçabilité des DASRI.

La comparaison entre les réponses des adhérents de Sideral Santé et les autres indique des similitudes si ce n'est un taux plus élevé de conventions signées pour Sideral (73% pour 62%) et une nette insatisfaction quant aux coûts et conditions de stockages.

De façon générale, face aux contraintes financières et matérielles, certains infirmiers aimeraient que cette responsabilité soit partagée avec les autres acteurs.

Notons que plus d'un tiers des IDEL n'a pas connaissance de la réglementation d'où l'intérêt de communiquer à ce sujet, d'autant que la majorité semble favorable à la recevoir.

IV - COMMUNICATION ET INFORMATION

Nous pouvons constater d'après cette étude que les professionnels de santé ne connaissent pas tous la réglementation en vigueur mais qu'ils ont la volonté d'améliorer leurs pratiques.

Alors que les piquants tranchants sont bien collectés -il faut admettre que les contraintes sont moindres (containers plus petits, élimination et transport plus aisés)- nous retrouvons un taux de collecte insuffisant pour les autres DASRI (déchets mous, produits sanguins, toxiques). Le transport et le stockage sont les raisons essentielles au non tri.

Avoir une convention avec une société collectrice n'est pas toujours garant d'une bonne pratique car il semblerait que les quantités de stockage ne soient pas toujours conformes à la législation ; les conditions de ramassage ou de dépôt devraient alors être mieux définies avec la société. Les emballages devraient être renseignés en kilo et non en litres afin de correspondre aux textes réglementaires.

Nous remarquons également quelques mauvaises pratiques telles que les déchets laissés chez les patients (brûlés ou jetés dans les poubelles ménagères).

Il apparaît utile d'informer sur les risques que présentent les DASRI et de rappeler les responsabilités à cet égard. Nous envoyons à chaque IDEL de Haute Garonne, une synthèse des résultats de l'audit (cf. annexe 7), une plaquette d'informations (annexe 8) rappelant les obligations en la matière.

En ce qui concerne les adhérents infirmiers de Sideral Santé, nous avons déjà effectué une information au sein de chaque association.

Nous notons par ailleurs que les IDEL sont eux-mêmes acteurs de la communication sur ce sujet, puisque 95% sensibilisent les patients en auto traitement.

Afin d'apporter notre contribution à l'amélioration du taux de collecte, nous proposons de :

- constituer un groupe de travail pluridisciplinaire pour mener une réflexion sur les difficultés rencontrées et proposer des solutions ;
- mettre en ligne ce rapport ainsi que la liste de toutes les sociétés de collectes spécialisées sur le site de Sideral Santé (<http://sideral.sante.free.fr>), lequel présente déjà une large documentation (référentiels, « Le guide des bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé » établi par le Ministère de la Santé en 2004, ...).

CONCLUSION

La majorité (64 %) des infirmiers libéraux interrogés a une filière d'élimination dans le cadre réglementaire et dispose d'une convention alors que le rapport de 2003 n'en comptait que 21 %.

Nous pouvons supposer qu'en 2003 ce chiffre était sous évalué, compte tenu qu'il s'appuie sur un nombre de 2040 IDEL, (issu du fichier « Adeli » de la DDASS) alors que le fichier actualisé par la CPAM en compte 1486 en décembre 2005.

D'autre part, les sociétés collectrices ne tiennent pas compte des noms des IDE faisant partie d'un même cabinet, sans oublier que les noms des remplaçants et collaborateurs n'apparaissent pas sur les conventions.

Il résulte de l'enquête un constat relativement positif, qui laisse présager encore de meilleurs résultats dans la mesure où l'information va être largement diffusée.

Le tri des déchets ménagers avec l'apparition de différents containers mis en place par les communes pour leur recyclage implique que chaque citoyen change ses habitudes. Il en est de même pour les infirmiers face aux DASRI : les habitudes de travail évoluent.

Nous notons seulement deux personnes réfractaires sur 150 ne connaissant pas la réglementation et ne désirant pas la recevoir.

Le transport des déchets dans le véhicule personnel ainsi que le coût du service des sociétés déclarées sont les principales difficultés évoquées.

Si des solutions sont apportées, et dans la mesure où la majorité des infirmiers estime que cela relève de leur responsabilité, nous pouvons penser qu'à long terme tous les déchets de soins à risques infectieux pourraient être triés aussi naturellement que les piquants tranchants.

Enfin, il serait intéressant de mesurer l'impact de notre travail et l'évolution des pratiques en réalisant un nouvel audit dans deux ans.

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 : présentation des actions de Sideral Santé

Annexe 2 : articles R1335 (1 à 8) du Code de la Santé Publique

Annexe 3 : bon de prise en charge DASRI

Annexe 4 : imprimé CERFA

Annexe 5 : nombre d'IDEL par cantons regroupés

Annexe 6 : questionnaire

**Annexe 7 : synthèse de l'enquête adressée aux infirmiers
libéraux de la Haute-Garonne**

Annexe 8 : copie de la plaquette d'information de la DDASS

Annexe 1 : PRESENTATION DES ACTIONS DE SIDERAL SANTE

Les actions de l'association :

- La formation des adhérents par tous les moyens disponibles, à commencer par ceux que nous mettons en place.
- Le développement de la coordination (Téléphone à numéro unique).
- L'utilisation d'un dossier de soin infirmier DSP (Dossier de Soins Patient).
- Le développement d'actions éducatives et préventives.
- Proposition de convention avec les acteurs sociaux.
- La mise à disposition d'un site Internet possédant bon nombre de rubrique, dont une littéraire très étoffée.
- Le développement d'IDE référent (Diplôme Universitaire), celui-ci fait le lien avec les réseaux, organise les formations et établit des protocoles, il est susceptible d'intervenir auprès des patients, sur demande de l'équipe soignante pour du conseil.

Sideral Santé est en attente d'autres financement, en l'occurrence par le FNPEIS (1) sur l'évaluation du risque de chutes de la personne âgée au domicile et le développement de la consultation infirmière dans le domaine de la plaie.

(1) FNPEIS : Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information sanitaires, créé par la loi du 5 janvier 1988 et géré par l'Assurance Maladie, il est destiné à améliorer l'état de santé général de la population.

Annexe 2 : ARTICLE R1335 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

J

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Réglementaire)

Section 1 : Déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés

Article R1335-1

(Décret n° 2006-676 du 8 juin 2006 art. 2 Journal Officiel du 10 juin 2006)

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.

Parmi ces déchets, sont soumis aux dispositions de la présente section ceux qui :

1° Soit présentent un risque infectieux, du fait qu'ils contiennent 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 ;

2° Soit, même en l'absence de risque 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 humains, correspondant à des fragments humains non aisément identifiables.

Sont assimilés aux déchets d'activités de soins, pour l'application des dispositions de la présente section, les déchets issus des activités d'enseignement, de recherche et de production industrielle dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire, ainsi que ceux issus des activités de thanatopraxie, lorsqu'ils présentent les caractéristiques mentionnées aux 1° ou 2° ci-dessus.

Article R1335-2

(Décret n° 2006-676 du 8 juin 2006 art. 2 Journal Officiel du 10 juin 2006)

Toute personne qui produit des déchets définis à l'article R. 1335-1 est tenue de les éliminer. Cette obligation incombe :

1° A l'établissement de santé, l'établissement d'enseignement, l'établissement de recherche ou l'établissement industriel, lorsque ces déchets sont produits dans un tel établissement ;

2° A la personne morale pour le compte de laquelle un professionnel de santé exerce son activité productrice de déchets ;

3° Dans les autres cas, à la personne physique qui exerce l'activité productrice de déchets.

Article R1335-3

(Décret n° 2006-676 du 8 juin 2006 art. 2 Journal Officiel du 10 juin 2006)

Les personnes mentionnées à l'article R. 1335-2 peuvent, par une convention qui doit être écrite, confier l'élimination de leurs déchets d'activités de soins et assimilés à une autre personne qui est en mesure d'effectuer ces opérations. Un arrêté des ministres chargés de l'environnement et de la santé fixe les stipulations que doivent obligatoirement comporter ces conventions.

Article R1335-4

(Décret n° 2006-676 du 8 juin 2006 art. 2 Journal Officiel du 10 juin 2006)

Les personnes mentionnées à l'article R. 1335-2 doivent, à chaque étape de l'élimination des déchets, établir les documents qui permettent le suivi des opérations d'élimination. Ces documents sont définis par un arrêté des ministres chargés de l'environnement et de la santé et après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Article R1335-5

(Décret n° 2006-676 du 8 juin 2006 art. 2 Journal Officiel du 10 juin 2006)

Les déchets d'activités de soins et assimilés définis à l'article R. 1335-1 doivent être, dès leur production, séparés des autres déchets.

Article R1335-6

(Décret n° 2006-676 du 8 juin 2006 art. 2 Journal Officiel du 10 juin 2006)

Les déchets d'activités de soins et assimilés sont collectés dans des emballages à usage unique. Ces emballages doivent pouvoir être fermés temporairement et ils doivent être fermés définitivement avant leur enlèvement. Les emballages sont obligatoirement placés dans des grands récipients pour vrac, sauf dans les cas définis par arrêté des ministres chargés de l'environnement et de la santé.

Le conditionnement, le marquage, l'étiquetage et le transport des déchets d'activités de soins et assimilés sont soumis aux dispositions réglementaires prises pour l'application de la loi n° 42-263 du 5 février 1942 relative au transport des matières dangereuses et de l'article L. 543-8 du code de l'environnement, auxquelles peuvent s'ajouter des prescriptions complémentaires définies par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, de l'environnement et de la santé, et après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Article R1335-7

(Décret n° 2006-676 du 8 juin 2006 art. 2 Journal Officiel du 10 juin 2006)

Les modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins et assimilés, notamment la durée d'entreposage ainsi que les caractéristiques et les conditions d'entretien des locaux d'entreposage, sont définies par arrêté des ministres chargés de l'environnement et de la santé, pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Article R1335-8

(Décret n° 2006-676 du 8 juin 2006 art. 2 Journal Officiel du 10 juin 2006)

Les déchets d'activités de soins et assimilés doivent être soit incinérés, soit pré-traités par des appareils 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. Les résidus issus du pré-traitement ne peuvent cependant être compostés.

Les appareils de désinfection mentionnés à l'alinéa précédent sont agréés par arrêté des ministres chargés de l'environnement, du travail et de la santé. Les modalités de l'agrément et les conditions de mise en oeuvre des appareils de désinfection sont fixées par arrêté des ministres chargés de l'environnement, de l'industrie, du travail et de la santé, après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Annexe 3 : BON DE PRISE EN CHARGE DE DASRI

La maîtrise des risques liés aux Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux

Modèle type

N°

Bon de prise en charge de DASRI

(arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI)

date de dépôt ou d'enlèvement :

volume remis :

Collecteur :

Coordonnées :

Code professionnel :

Dénomination producteur :

Coordonnées :

Code professionnel :

Dénomination de l'installation de traitement ou de regroupement :

Coordonnées :

Code professionnel :

Signature producteur

Signature collecteur

Annexe 5 : NOMBRE D'IDEL PAR CANTONS REGROUPES

Nombre
d'IDE

Aspet et Salies-du-Salat

5	ASPET
1	ENCAUSSE LES THERMES
2	SOUEICH
2	MAZERES SUR SALAT
1	ROUEDE
4	ROQUEFORT SUR GARONNE
9	SALIES DU SALAT

24

Bagnères-de-Luchon et St Bât

7	BAGNERES DE LUCHON
13	ST BEAT

20

Saint-Gaudens, Montrejeau et Boulogne-sur-Gesse

3	BEAUCHALOT
5	BOULOGNE SUR GESSE
8	GOURDAN POLIGNAN
3	LABARTHE DE RIVIERE
3	LE CASTERA
6	MONTREJEAU
1	POINTIS INARD
16	ST GAUDENS
3	ST MARTORY
2	ST PLANCARD
2	VILLENEUVE DE RIVIERE

52

L'Isle-en-Dodon, Le Fousseret et Aurignac

5	AURIGNAC
1	LAFFITTE VIGORDANE
4	LE FOUSSERET
4	L'ISLE EN DODON
3	LUSSAN ADEILHAC
2	POUY DE TOUGES

19

Cazères, Montesquieu-Volvestre et Rieux

1	BOUSSENS
11	CAZERES
4	MARTRES TOLOSANE
3	MONTESQUIEU VOLVESTRE
2	PALAMINY
7	RIEUX
6	ST JULIEN

34

Saint-Lys et Rieumes

9	FONSORBES
4	FONTENILLES
1	LAMASQUERE
5	RIEUMES
14	ST LYS
2	STE FOY DE PEYROLIERES

35

Tournefeuille

15	CUGNAUX
28	TOURNEFEUILLE
14	VILLENEUVE TOLOSANE

57 dont 12 adhérents APM du Touch

Muret, Carbonne et Portet-sur-Garonne

12	CARBONNE
6	EAUNES
1	FAUGA
6	FROUZINS
10	LABARTHE SUR LEZE
5	LABASTIDETTE
3	LAGARDELLE SUR LEZE
3	LAVERNOSE LACASSE
2	LHERM
3	LONGAGES
4	MARQUEFAVE
1	MONTGAZIN
45	MURET
4	NOE
6	PINS JUSTARET
3	PINSAGUEL
17	PORTET SUR GARONNE
7	ROQUES SUR GARONNE
4	ROQUETTES
3	SAUBENS
6	SEYSSES
1	ST CLAR DE RIVIERE
4	ST SULPICE SUR LEZE

156 dont 37 adhérents AILES 31

Auterive, Cintegabelle et Nailloux

12	AUTERIVE
2	BEAUMONT SUR LEZE
1	CAUJAC
2	CINTEGABELLE
7	GREPIAC
3	LE VERNET
1	MIREMONT
6	NAILLOUX
2	VENERQUE

36

Villefranche-de-Lauragais et Revel

2	AVIGNONET LAURAGAIS
2	GARDOUCH
3	LAGARDE
1	MAUREMONT
20	REVEL
1	RIEUMAJOU
2	SAINTE GERMIE
4	ST FELIX LAURAGAIS
16	VILLEFRANCHE

51

.../...

Castanet, Toulouse 9, Montgiscard, Caraman et Lanta

3	AIGREFEUILLE
2	AURIAC SUR VENDINELLE
1	AURIN
2	AUZEVILLE
2	AUZIELLE
6	AYGUESVIVES
4	BAZIEGE
3	BOURG SAINT BERNARD
5	CARAMAN
16	CASTANET TOLOSAN
1	CORRONSAC
10	ESCALQUENS
1	GOYRANS
2	ISSUS
1	LABASTIDE BEAUVOIR
5	LABEGE
4	LACROIX FALGARDE
1	LANTA
1	LAUZERVILLE
1	MASCARVILLE
2	MONTGISCARD
2	MONTLAUR
3	PECHABOU
2	PRESERVILLE
14	RAMONVILLE ST AGNE
10	ST ORENS DE GAMEVILLE
1	ST PIERRE DE LAGES
3	STE FOY D'AIGREFEUILLE
3	TARABEL
2	VIGOLET AUZIL

113 *dont 44 adhérents ASSETIL*

Montastruc-la-Conseillère, Fronton et Villemure sur Tarn

10	BESSIERES
3	BOULOC
3	BRUGUIERES
4	CASTELNAU D'ESTRETEFONDS
1	CEPET
6	FRONTON
1	GARIDECH
9	GRATENOUR
3	LABASTIDE ST SERNIN
3	LAPEYROUSE FOSSAT
3	LESPINASSE
9	MONTASTRUC LA CONSEILLERE
1	MONTJOIRE
1	PAULHAC
8	ST JORY
4	ST SAUVEUR
1	VILLARIES
5	VILLAUDRIC
16	VILLEMUR SUR TARN
1	VILLENEUVE LES BOULOC

92

Toulouse

464	TOULOUSE
-----	----------

dont 20 adhérents ACVIL, 40 ARGIL, 15 ABIL, 12 MAIL, 28 POMAD

Blagnac, Leguevin, Toulouse 13, Grenade et Cadours

5	AUSSONNE
7	BEAUZELLE
32	BLAGNAC
4	BRAX
3	CADOURS
38	COLOMIERS
4	CORNEBARRIEU
8	GRENADE
4	LA SALVETAT ST GILLES
3	LARRA
1	LE GRES
11	LEGUEVIN
3	LEVIGNAC
4	MERVILLE
6	MONDONVILLE
3	MONTAIGUT SUR SAVE
1	PELLEPORT
6	PIBRAC
21	PLAISANCE DU TOUCH
2	SEILH
1	ST PAUL SUR SAVE
1	THIL

168 *dont 30 adhérents IDE.DOM et 1 INFIMOUV*

Toulouse 14

13	AUCAMVILLE
11	CASTELGINEST
4	FENOUILLET
2	GAGNAC SUR GARONNE
10	LAUNAGUET
9	ST ALBAN

49 *dont 34 adhérents RESA*

Toulouse 15

5	CASTELMAUROU
24	L'UNION
4	MONTBERON
3	PECHBONNIEU
4	ROUFFIAC
3	ST GENIES BELLEVUE
10	ST JEAN
6	ST LOUP CAMMAS

59 *dont 19 adhérents APSAD*

Verfeil et Toulouse 8

1	GAURE
16	BALMA
4	BEAUPUY
3	DREMIL LAFAGE
3	FLOURENS
3	GRAGNAGUE
1	LAVALETTE
6	MONS
5	MONTRABE
12	QUINT FONSEGRIVES
1	ST MARCEL PAULEL
2	ST PIERRE

57

Annexe 6 : QUESTIONNAIRE

- 1. Travaillez-vous** seul(e) associé(e) nbre
- 2. Votre âge** 20-30 31-40 41-50 + 50
- 3. Nombre d'années en exercice libéral**
- 4. Zone d'activité** milieu rural milieu urbain péri-urbain

5. Procédez vous au tri des déchets suivants ?

	Aux domiciles	Au cabinet	Si non pourquoi ?
piquant tranchant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
produits sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
déchets de soins infectieux (pansements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
déchets toxiques (chimio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- si aucun tri pourquoi ? non informé(e)
non concerné(e)
contraignant stockage coût temps
autre ➔ **8.**

6. Vous arrive-t-il de récupérer les déchets des médecins laissés à domicile ?

- souvent
de temps en temps
rarement
jamais

7.1 Par qui faites-vous collecter vos déchets ?

	avec convention ?		Si sans convention, pourquoi ?
	oui	non	
société déclarée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
distributeur de matériel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre			

7.2 Quelle est votre opinion sur les points suivants ?

	satisfait(e)	moyennement satisfait(e)	insatisfait(e)	sans opinion
temps consacré au tri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
conditions de stockage (lieu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ramassage ou dépôt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
coût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.3 A quel rythme ?

- ponctuellement semaine mois trimestre ne sait pas

7.4 Quantité approximative ?

- 5 l 5 à 10 l 10 à 20 l 20 à 30 l
30 à 40 l +50 l ne sait pas

8. Connaissez-vous la réglementation en vigueur au sujet des déchets infectieux ?

- oui par quel biais ? syndicat association
non presse Ddass
autre

Seriez-vous intéressé(e) pour recevoir cette information ?

- oui non

9. Pensez-vous que cette responsabilité vous incombe ?

- oui
non pour quelle raison ?

10. Sensibilisez-vous les patients en auto traitement à l'élimination des déchets infectieux ?

- oui non

Annexe 7 :

**SYNTHESE DE L'ENQUETE ADRESSEE
AUX INFIRMIERS LIBERAUX
DE LA HAUTE-GARONNE**



Tri et élimination des Déchets de Soins à Risques Infectieux (DASRI)

A l'attention des Infirmiers Libéraux de la Haute-Garonne

Nous vous communiquons une synthèse des résultats de l'enquête menée en février-mars 2006 par des infirmières libérales adhérentes à l'association Sideral Santé. Cette enquête fait suite à une demande de la DDASS :

- *mesurer l'observance de l'application des bonnes pratiques sur l'élimination des DASRI,*
- *informer les infirmiers libéraux quant à la législation en vigueur.*

Cet audit anonyme a été pratiqué par téléphone auprès de 10% de la population infirmière, soit 150, répartis sur tout le département de la Haute-Garonne.

Nous remercions chaleureusement les professionnels qui ont pris le temps de nous répondre.

Cette enquête nous permet de définir le profil de l'infirmier libéral en Haute-Garonne : une femme de plus de 40 ans travaillant en cabinet avec un(e) associé(e), en secteur urbain, et qui a plus de onze années d'activité en libéral.

Dans l'ensemble, nous portons un intérêt à la réglementation et nous sentons responsables quant au tri des déchets.

Nos pratiques demandent cependant à être améliorées en ce qui concerne le tri des déchets mous et toxiques.

Face aux contraintes financières et matérielles (transport des déchets dans nos véhicules personnels), certains infirmiers aimeraient que cette responsabilité soit partagée avec les autres acteurs.

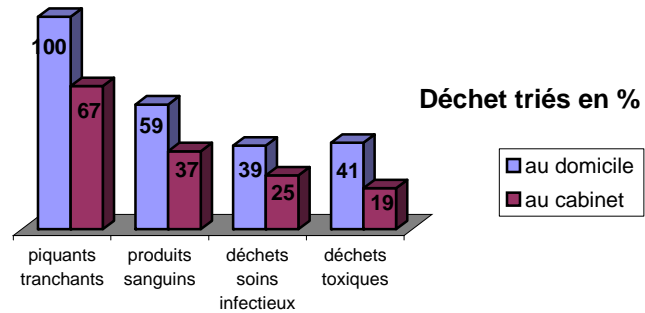
Le risque sanitaire et la réglementation liés aux DASRI font que nous sommes dans l'obligation de les collecter et que nous en sommes responsables jusqu'à leur élimination. Une convention doit être établie afin de justifier la traçabilité de l'élimination des DASRI. Le dépôt de ces déchets dans des laboratoires et distributeurs de matériel médical est uniquement possible si ces derniers, déclarés auprès de la Préfecture comme installations de regroupement, établissent une convention et assurent une traçabilité.

Nous joignons à ce document une plaquette de la DDASS reprenant la réglementation ainsi que nos obligations en la matière.

Le rapport intégral de cette enquête est consultable sur le site <http://sideral.sante.free.fr/> .../...

✗ TRI DES DECHETS

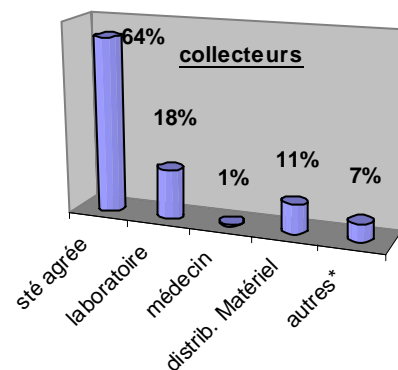
On note une disparité entre le domicile et le cabinet qui s'explique par notre activité essentiellement à l'extérieur.



- ↪ 100 % des piquants tranchants sont collectés à domicile, ce qui démontre que ce geste est complètement intégré dans les pratiques,
- ↪ seulement 39% des déchets mous sont collectés. Ces déchets volumineux soulèvent le problème d'hygiène, de transport et de stockage.
- ↪ 41% trient les déchets toxiques (issus des chimiothérapies) et 12% les laissent aux patients pour un retour dans les institutions.

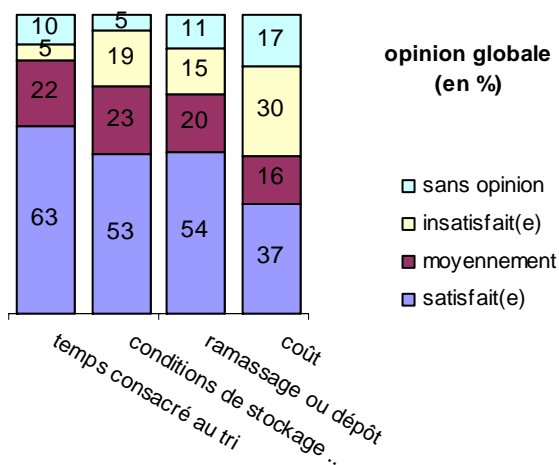
✗ COLLECTE

Presque deux tiers (64%) des infirmiers libéraux font collecter leur DASRI par un prestataire de service avec une convention. On peut considérer que les autres ne le font pas par méconnaissance de la réglementation, habitudes de travail avec les laboratoires par exemple, gratuité du service avec ces derniers et facilité.



Le rythme est plutôt mensuel pour une quantité supérieure à 20 l.

✗ DEGRE DE SATISFACTION



Nous avons recueilli le degré de satisfaction sur quatre points :

- le temps consacré au tri
- le ramassage ou dépôt
- les conditions de stockage
- le coût.

Ces résultats révèlent un taux de satisfaction globale de plus de 50 % sauf en ce qui concerne le coût (37%).

✗ CONNAISSANCE DE LA REGLEMENTATION

61% des personnes interrogées déclarent connaître la réglementation, la presse et l'association semblant être les principaux vecteurs d'information.

84% sont intéressés pour la recevoir.

✗ RESPONSABILITE

76% pensent que la responsabilité du tri et de l'élimination des DASRI nous incombe.

Annexe 8 :

**COPIE DE LA PLAQUETTE D'INFORMATION DE LA DDASS
ADRESSEE A TOUS LES INFIRMIERS LIBERAUX
DE LA HAUTE GARONNE**