



Université de Rennes 1

Faculté de Droit et de Science politique

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Master 2 Droit de la santé

Parcours droit et éthique des professions et des institutions de santé

**La gestion des déchets hospitaliers par les
établissements de santé :
un triptyque entre enjeux environnementaux,
de santé humaine et économiques**

Par Mathilde LOAEC

Année Universitaire 2018/2019

Jury :

Directeur de mémoire : M. Benoît APOLLIS, Maître de conférences à l'Université de Rennes 1
Suffragant : M. Michel LOUAZEL, Professeur de l'EHESP

La faculté de droit et l'école de santé n'entendant donner ni aucune approbation ni aucune improbation aux propos qui restent la propriété de leur auteur.

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon directeur de mémoire, M. Benoît APOLLIS pour avoir accepté de m'accompagner dans ce sujet et d'avoir pris le temps de répondre à mes interrogations durant cette année universitaire.

Je remercie également le Centre Eugène Marquis et particulièrement Mme Sandrine PELISSIER, hygiéniste, M. Philippe BRIOIS, directeur des services techniques ainsi que M. Pascal BRIOT, directeur général adjoint du Centre et tuteur de stage, pour m'avoir apporté une vision pratique à ce sujet et pour avoir répondu à toutes mes questions pendant mes huit mois de stage.

Je tiens à remercier mes parents pour leur soutien inconditionnel durant mes cinq années de droit et d'avoir accepté de relire mon mémoire pour y apporter un œil extérieur.

Enfin, je remercie infiniment Rose-Marie BOYER pour sa présence et ses encouragements tout au long de cette dernière année.

Sommaire

Partie 1 – L’européanisation de la qualification et la réglementation française sur la gestion des déchets hospitaliers par les établissements de santé, des mesures indispensables au regard des risques environnementaux et sanitaires existants

Chapitre 1 : La détermination de la qualification et la réglementation française en matière de gestion des déchets hospitaliers par les établissements de santé à la lumière du droit de l’Union européenne

Chapitre 2 : La mise en place de régimes de responsabilités européens et nationaux, le résultat de risques inhérents à une mauvaise élimination des déchets hospitaliers par les établissements de santé

Partie 2 – Des enjeux financiers guidant la gestion à des déchets dans le respect de la sécurité des professionnels de santé et des patients et de l’environnement, une sécurité renforcée dans le cadre des déchets de soins radioactifs

Chapitre 1 : L’essor des méthodes alternatives de traitements des déchets hospitaliers, des objectifs autant écologiques qu’économiques subordonnés à une bonne estimation de leur quantité

Chapitre 2 : Des enjeux renforcés dans la gestion des déchets hospitaliers à risques radioactifs au regard de leur spécificité

Liste des sigles et abréviations

AAI	Autorité Administrative Indépendante
ADEME	Agence De l'Environnement et de la Maitrise de l'Energie
AIPP	Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique
AJDA	Actualité Juridique Droit Administratif
al.	Alinéa
Andra	Agence Nationale pour la gestion des Déchets Radioactifs
ARS	Agence Régionale de Santé
art.	Article
AUE	Acte Unique Européen
ASN	Autorité de Sûreté Nucléaire
CAA	Cour Administrative d'Appel
Cass.	Cour de Cassation
CE	Conseil d'Etat
CEE	Communauté Economique Européenne
CJCE	Cour de Justice des Communautés Européennes
CJUE	Cour de Justice de l'Union Européenne
CNA	Conseil National de l'Alimentation
COGETRAD	Compagnie de Gestion et de Traitement des Déchets Industriels
cons.	Considérant
CSP	Code de la Santé Publique
DAOM	Déchets Assimilés aux Ordures Ménagères
DAS	Déchets d'Activités de Soins
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DEA	Déchets d'Activité Economique
dir.	Directeurs
éd.	Edition
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPIC	Etablissement Public Industriel et Commercial
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GIE	Groupement d'Intérêt Economique

GIP	Groupement d'Intérêt Public
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patients, Santé et Territoires
<i>Ibid</i>	<i>Ibidem</i>
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRSN	Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire
JOCE	Journal Officiel des Communautés européennes
JORF	Journal Officiel de la République Française
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LGDJ	Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence
LTECV	Loi de Transition Energétique pour une Croissance Verte
NCI	<i>National Cancer Institute</i> (Institut national du cancer américain)
NIEHS	<i>National Institute of Environmental Health Sciences</i> (Institut national des sciences de l'environnement et de la santé)
NIH	<i>National Institutes of Health</i> (Institut national de la santé)
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
ONIAM	Office National de l'Indemnisation des Accidents Médicaux
ONU	Organisation des Nations Unies
<i>op. cit.</i>	<i>Opere Citatum</i>
p.	Page
PIB	Produit Intérieur Brut
PNGMDR	Plan National de Gestion des Matières et Déchets Radioactifs
PUF	Presses Universitaires de France
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
RFFP	Revue Française de Finances Publiques
RTDEur	Revue Trimestrielle de Droit Européen
SCSIN	Service Central de Sûreté des Installations Nucléaires
SIEG	Service d'Intérêt Economique Général
SIG	Service d'Intérêt Général
T. confl.	Tribunal des Conflits
TFUE	Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne

TEP-TDM	Tomographie par Emission de Positons
UE	Union Européenne
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i> (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
UniHA	Union des Hôpitaux pour les Achats
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
vol.	Volume
WHO	<i>World Health Organization</i> (OMS)

Introduction

« La santé environnementale est-elle l'avenir de la santé publique ? »¹. Cette question, qui ne se posait pas il y a encore quelques décennies, prend tout son sens au regard du contexte actuel. En effet, un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) révèle qu'en 2012, l'environnement a été responsable de 12,6 millions de morts par an, soit 23% de la mortalité mondiale². Ce chiffre est un véritable lanceur d'alerte sur les questions de préservation de notre environnement afin d'enrayer cette fatalité qui n'en est pas une. Conscients de la nécessité d'agir face à une aggravation inquiétante de la pollution mondiale, les Etats vont progressivement orienter leurs politiques afin de réduire l'impact environnemental de leurs activités, parmi lesquelles se place l'élimination des déchets. Au sein de ces déchets se trouve une catégorie qui va être particulièrement concernée au regard de sa dangerosité, il s'agit des déchets hospitaliers dont la gestion va devoir se faire au regard des intérêts de santé humaine, environnementaux mais également économiques, notions qu'il va être nécessaire d'explicitier.

La définition de la santé humaine va pouvoir se faire à la lumière de la vision de l'OMS qui consiste à dire que la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »³. Si cette notion n'a pas subi une grande évolution, ce n'est pas le cas de l'environnement qui va voir sa définition s'élargir jusqu'à aboutir à une définition on ne peut plus large. En effet, actuellement, l'environnement n'est plus seulement vu comme la pollution des milieux mais « elle englobe tous les agents physiques, chimiques et biologiques "externes" à l'individu, c'est à dire auxquels il est "exposé" »⁴. Cette définition a été explicitée en qualifiant d'externes, les facteurs tels que le tabagisme, les bactéries, la nutrition, les traitements médicaux et surtout les substances chimiques qui peuvent être présents dans l'air. *A contrario*, les facteurs internes incluent les prédispositions génétiques ainsi que l'état hormonal et

¹ J. LE MOAEL, D. EILSTEIN, G. SALINES, « La santé environnementale est-elle l'avenir de la santé publique ? », *Santé Publique*, vol. 22, n°3, 2010

² Rapport R.BOS, C CORVALÁ, M. NEIRA, A PRÜSS-USTÜN, J. WOLF, « Preventing disease through healthy environments, a global assessment of the burden of disease from environmental risks », WHO, 2016, p. 12

³ Préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la santé, 22 juill. 1946, p. 1

⁴ J. LE MOAEL, D. EILSTEIN, G. SALINES, *Op. cit.*, note n°1, p. 284

immunitaire⁵. Enfin, l'économie qui va représenter le dernier enjeu est entendu comme la réduction des dépenses dans la gestion⁶ des activités.

C'est face à ce triptyque que les établissements de santé tels qu'ils sont entendus depuis la loi Evin⁷ vont devoir établir la gestion de leurs déchets. En effet, considérés comme « l'innovation majeure de la loi de 1991 »⁸, ces établissements vont réunir dans une catégorie juridique unique à la fois les hôpitaux publics et les cliniques privées sans oublier les établissements privés à but non lucratif. L'ensemble des établissements de santé vont de fait être concernés par la gestion de leur déchets, c'est à dire des actions ou manières de gérer, d'administrer, de diriger ou encore d'organiser les déchets⁹ de leur production à leur élimination voire, lorsque cela est possible, à leur recyclage, réutilisation ou valorisation.

Si la préoccupation des déchets n'est pas nouvelle, la consécration de la notion de déchet est, en revanche, le résultat récent d'une évolution des textes européens et de la jurisprudence. En ce sens, « le principe de précaution a conduit le juge à adopter une définition large de la notion de déchet qui vise à assurer un régime protecteur »¹⁰. Le principe de précaution est apparu au début des années 1970 dans le but d'ériger l'environnement au cœur des politiques publiques¹¹. Ce principe « traduit la prise en compte par le droit de l'incertitude scientifique. La précaution consiste à prendre des mesures de protection au-delà de ce que la probabilité rend nécessaire et à l'encontre de risques qui ne sont pas nécessairement probabilisables »¹². Définir la notion de déchets à la lumière du principe de précaution témoigne d'une réelle volonté de protéger non seulement l'environnement mais également la santé humaine. C'est donc pour se prémunir des risques liés aux déchets qu'une définition large des déchets hospitaliers va être retenue.

Ainsi, dans la directive européenne du 15 juillet 1975, le déchet peut être assimilé à « toute substance ou tout objet qui relève des catégories figurant à l'annexe I, dont le

⁵ NIH, NCI, NIEHS, « Cancer and the environment », NIH publications, 2003, p. 1-2

⁶ Dictionnaire Larousse, 2010, p. 348

⁷ Loi n° 91-32 du 10 janv. 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, JORF n°10 du 12 janv. 1991

⁸ D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, 9^e éd., Les mémentos Dalloz, Dalloz, 2016, p. 156

⁹ *Op. cit.*, note n° 6, p. 466

¹⁰ M. CLEMENT, *Droit européen de l'environnement*, 2^{ème} édition, Larcier, 2012, p. 440

¹¹ F. EWALD, C. GOLLIER, N. de SADELEER, « Introduction », in : François Ewald éd., *Le principe de précaution*, PUF, « Que sais-je ? », 2008, pp. 3-5

¹² A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, 3^{ème} éd., PUF, 2012, p. 594

détenteur se défait ou dont il a l'intention ou l'obligation de se défaire »¹³. La Cour de Justice de l'Union européenne (CJUE) a rendu un arrêt dans lequel elle retient une définition large de la notion de déchet. Cet arrêt rendu le 7 septembre 2004¹⁴ indique que « des hydrocarbures déversés de façon non intentionnelle et à l'origine d'une pollution des terres et des eaux souterraines sont des déchets » au sens de la directive précitée. De fait, la Cour estime que la qualification de déchet est avant tout le résultat d'un comportement de la part du détenteur, à savoir « le producteur des déchets ou la personne physique ou morale qui a les déchets en sa possession »¹⁵ lorsqu'il se défait du produit. Cette vision extensive s'explique par le fait que « toute réglementation en matière d'élimination des déchets doit avoir comme objectif essentiel la protection de la santé de l'homme et de l'environnement contre les effets préjudiciables causés par le ramassage, le transport, le traitement, le stockage et le dépôts des déchets »¹⁶.

Dans cette volonté perpétuelle de mettre en place une vision élargie de la notion de déchets afin de « garantir un niveau de protection élevé »¹⁷ dans le domaine de l'environnement, les établissements de santé vont devoir adapter leurs filières de gestion, recyclage et valorisation des déchets à ces principes. L'étude de ce sujet va se cantonner à la pratique des établissements de santé dans la mesure où c'est dans ces entités que l'on va voir apparaître la notion de déchets hospitaliers, s'expliquant par la nature des missions diverses qu'ils exercent et de la quantité de déchets qui en résulte. Ainsi, ces déchets hospitaliers sont divisés en trois catégories. Tout d'abord, les déchets assimilés aux ordures ménagères (DAOM) qui sont des déchets non contaminés. Il va par exemple s'agir des cartons, biodéchets ou encore des lingettes d'entretien dès lors que ces derniers n'ont pas été souillés. Ensuite, sont inclus dans des déchets hospitaliers les déchets d'activité économique (DAE), c'est à dire ceux issus des entreprises ou du secteur public dont les établissements de santé, publics comme privés, peuvent en faire partie et dont la collecte sera identique à celle des DAOM¹⁸. Enfin, on trouve les déchets d'activités de soins (DAS) qui peuvent être définis comme des « déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif,

¹³ Directive 75/442/CEE du Conseil du 15 juillet 1975 relative aux déchets, art. 1^{er}

¹⁴ CJCE, 7 sept. 2004, *Paul Van de Walle e.a.*, aff. C-1/03

¹⁵ Directive 91/156/CEE du Conseil du 18 mars 1991 modifiant la directive 75/442/CEE relative aux déchets, art. 1^{er}, c)

¹⁶ *Op. cit.*, note n°13, cons. 3

¹⁷ Traité de Maastricht, art. 130, 2., 1992

¹⁸ ADEME, « Déchets des entreprises : quels choix et quel rôle pour la collectivité ?, En savoir plus sur les déchets des activités économiques, dits assimilés », 8 mars 2019

curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire »¹⁹. En adéquation avec la vision extensive de la notion de déchets posée par l'Union européenne (UE), les DAS peuvent également être étendus aux « *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, des activités de chirurgie esthétique, des activités de tatouage par effraction cutanée et des essais cliniques ou non cliniques conduits sur les produits cosmétiques et les produits de tatouage* »²⁰. Dans ces déchets de soins, nous retrouvons également plusieurs catégories liées à la dangerosité des produits tels que les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI), lesquels seront vus par la suite dans la mesure où leur dangerosité entraîne une classification. Cette notion extrêmement large des déchets hospitaliers a pour avantage de faire entrer l'ensemble de ces produits dans la réglementation propre à la gestion des déchets plutôt que de laisser les établissements de santé entièrement libres quant à leur gestion. Cela permet d'harmoniser les pratiques des établissements de santé avec ces produits en fin de cycle et ainsi, limiter les éventuels risques environnementaux ou sanitaires pouvant découler des déchets.

Après avoir défini les termes principaux de notre sujet d'étude, il convient de remonter aux prémices du droit de l'environnement afin de comprendre tous les enjeux de la gestion des déchets hospitaliers couplés avec des intérêts de santé humaine et économique, piliers des politiques hospitalières au XXI^e siècle.

Ainsi, s'il existe un réel engouement pour la protection de l'environnement de la part de la population européenne comme en témoignent les 75 sièges dont disposent les partis écologistes au sein du Parlement européen à l'issue des dernières élections européennes qui se sont tenues du 23 au 26 mai 2019, on ne peut pas dire que les politiques environnementales soient mises au premier plan notamment au niveau mondial. Pour autant, il arrive que certains domaines en lien avec l'environnement, dans la mesure où ils sont directement liés à la santé humaine et à des questions économiques, fassent l'objet d'une plus grande attention vis-à-vis des législateurs ; c'est le cas des déchets et plus particulièrement des déchets hospitaliers. Si c'est le cas en France, il suffit de prendre un peu de hauteur pour s'apercevoir que d'un point de vue mondial, tous les pays n'ont pas la même vision de la protection de l'environnement ni

¹⁹ CSP, art. R. 1335-1

²⁰ Décret n° 2016-1590 du 24 nov. 2016 modifiant le code de la santé publique et relatif aux déchets assimilés à des déchets d'activités de soins à risques infectieux et aux appareils de prétraitement par désinfection, JORF n° 0275 du 26 nov. 2016, art. 1er (codifié à l'art. L. 1335-1 du CSP)

même le même impact sur la pollution. En effet, le continent africain qui représente selon l'Organisation des Nations Unies (ONU) 16,8% de la population mondiale, produit moins de 20% des pollutions mondiales. Pour autant, 90% des décès consécutifs à une pollution de l'air se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire²¹. Ces chiffres alarmants ont conduit à une politique globale d'amélioration des conditions de vie dans ces pays par l'UNICEF dénommée WASH, *Water, Sanitation and Hygiene* axée sur le développement de l'eau potable, de l'assainissement de base et de bonnes habitudes en matière d'hygiène dans plus de 100 pays²². Ces prémices en matière de protection de l'écologie couplés avec la santé humaine sont le témoignage d'un renforcement progressif du droit de l'environnement dans les politiques internationales et internes.

Initialement seulement branche du droit international, le droit de l'environnement a progressivement pris son indépendance de la fin des années 1960 au début des années 1970. En ce sens, la Convention nordique sur la protection de l'environnement énumère dans son article premier les « activités nuisibles à l'environnement » sans faire mention d'une protection à la santé humaine²³. S'en suivront de nombreuses conventions protectrices de la faune, de la flore et des espaces naturels²⁴ et sur la biodiversité²⁵ où il ne sera pas question directement de la santé humaine. Cependant, certains domaines ne souffrent pas de cette séparation à l'image de la pollution marine, la protection de l'air ou encore les déchets en raison de la connexion évidente entre ces deux domaines. En revanche, il est nécessaire de préciser que les deux notions, protection de l'environnement et de la santé humaine, « ne jouissent toutefois pas du même niveau de protection »²⁶. En effet, « alors qu'une mise en danger ou un risque suffisent pour justifier la prise de mesures étatiques dans le domaine de la protection de la santé humaine, il faut une nuisance ou un dommage effectif pour déclencher de telles mesures dans le domaine de l'environnement ». Exemple type de la jonction entre le droit de l'environnement et la protection de la santé humaine, la gestion des déchets va faire

²¹ Organisation mondiale de la Santé, *Neuf personnes sur 10 respirent un air pollué dans le monde*, 2 mai 2018

²² UNICEF, *Water, Sanitation and Hygiene*, Annual Report 2013

²³ Convention nordique sur l'environnement, Stockholm, 19 févr. 1974, art. 1^{er}

²⁴ voir par exemple : Convention sur les espèces migratrices, Bonn, 23 juin 1979 ou Convention sur la conservation de la faune et la flore marines de l'Antarctique, Canberra, 20 mai 1980

²⁵ Convention sur la biodiversité, Rio, 5 juin 1992

²⁶ J. SOHNLE, « Les relations entre environnement et santé en droit international : Coexistence problématique ou cohabitation symbiotique ? » in : P. Billet, M. Duroseau, G. Martin, I. Trinquelle (dir.), *Droit de l'environnement et protection de la santé*, L'Harmattan (Collection Logiques juridiques), Paris, France 2009, p. 157

l'objet de nombreuses réglementations. Il faudra attendre dix ans pour qu'une connexion entre ce droit et la protection de la santé humaine s'élargisse à l'ensemble des domaines.

Nous ne pouvons pas affirmer que la préoccupation quant à la gestion des déchets soit récente bien que, paradoxalement, les législations en la matière ne sont pas historiques. En effet, depuis la Préhistoire, période de l'apparition des premiers humains il y a environ trois à cinq millions d'années, les détritrus existaient mais bien moins nombreux et diversifiés, n'étant alors que le reflet de leur mode de vie sommaire²⁷. Ce n'est véritablement qu'au Moyen-Age que la population a du faire face à un essor des déchets sans précédents, conséquence de l'accroissement du commerce et des villes entraînant inexorablement des problèmes sanitaires importants. De ce manque d'hygiène découle la propagation d'épidémies à l'image de la peste noire et de la coqueluche. Afin de faire face à ces épidémies, dont le lien avec l'insalubrité qui régnait n'avait pas échappé à tous, le prévôt de Paris a pour la première fois rédigé une ordonnance en date du 7 février 1348 imposant à tous les parisiens de transporter leurs ordures à la voirie. Cette première mesure montre déjà l'essor d'un lien unissant les questions de salubrité, d'écologie et de développement des maladies, d'où la nécessité de mettre en place des réglementations propres. Outre les déchets engendrés par les foyers domestiques, s'ajoutent à ces derniers des déchets provenant des activités industrielles et artisanales qui se développent fortement dès le XVIIIe siècle. C'est ainsi que nous voyons apparaître pour la première fois les déchets en provenance des hôpitaux. Ce début de réglementation relative aux déchets ne va représenter que les prémices d'une réglementation plus riche qui s'annonce.

Par ailleurs, si le sujet porte sur la gestion des déchets hospitaliers par les établissements de santé, il ne faut pas oublier les déchets hospitaliers issus de l'activité effectuée par les médecins généralistes qui représentent à eux seuls une partie de l'activité de soins non négligeable en France. Ainsi, une étude²⁸ a mis en lumière les pratiques des médecins généralistes quant à la gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux, pratiques qui restent à parfaire. Tout d'abord, cette étude, qui est le résultat d'une enquête auprès de 426 médecins généralistes du département de l'Ain avec un taux de réponse de 44% soit 187 médecins, permet de dresser une estimation de la quantité de déchets produits par les

²⁷ M. BEGUIN, « L'histoire des ordures : de la préhistoire à la fin du dix-neuvième siècle », *Vertigo La revue électronique en sciences de l'environnement*, Vol. 13, n° 3, Déc. 2013

²⁸ J.-C. CETRE, V. MIGLIORE, D. PEYRAMOND, S. ROUX, « L'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) par les médecins généralistes du département de l'Ain », *Médecine et maladies infectieuses*, 2009

médecins généralistes dans la mesure où 18% des praticiens ayant répondu à l'enquête indiquent produire plus de cinq kilogrammes de DASRI par mois. Parmi ces praticiens, aucun n'est en conformité avec les normes des locaux. Cette étude démontre un relatif désintérêt des praticiens libéraux pour la gestion des déchets. *A contrario*, les établissements de santé vont être particulièrement vigilants sur la gestion de leurs déchets notamment au regard de leur pluralité du fait des missions diverses et variées qu'ils exercent. Il est également évident que les mécanismes de responsabilités envers ces derniers en cas de carence dans la gestion de leurs déchets hospitaliers est une raison de l'intérêt fort qu'ils leur portent.

Cette construction progressive du droit de l'environnement à la lumière de la santé humaine va transparaître dans la gestion des déchets hospitaliers qui va être faite par les établissements de santé. A ces enjeux, il va être question d'ajouter les intérêts économiques de ces derniers. En effet, le XXI^e siècle étant l'ère de l'explosion de la dette sociale, les établissements de santé vont devoir prendre en considération les politiques sociales visant à maîtriser et réguler les dépenses.

Ainsi, il va être question de voir comment la législation et les établissements de santé vont-ils garantir la protection de l'environnement, de la santé humaine et des intérêts économiques dans la gestion de leurs déchets, dont certains relèvent d'une particulièrement dangereosité. De plus, nous pouvons nous poser la question de savoir si cette protection va être suffisante et égale à toutes les catégories de déchets.

En ce sens, nous allons voir que la protection environnementale et de la santé va être assurée par la législation française qui s'est construite à la lumière du droit européen (Partie 1). Parallèlement à ces mesures, il a été question d'un changement d'orientation des politiques visant à diminuer le recours à l'élimination des déchets, préférant des méthodes alternatives tels que le recyclage ou la valorisation dans des intérêts à la fois environnementaux et économiques sans pour autant pouvoir être étendues à tous types de déchets, notamment les déchets radioactifs qui se placent en marge des déchets hospitaliers tout en y étant intégrés (Partie 2).

Partie 1 – L’européanisation de la qualification et de la réglementation française sur la gestion des déchets de soins par les établissements de santé, des mesures indispensables au regard des risques environnementaux et sanitaires existants

Lorsqu’il s’agit de la réglementation propre à la gestion de déchets et plus particulièrement aux déchets provenant d’établissements de santé, l’aspect environnemental y trouve éminemment sa place. C’est pourquoi, le 11 novembre 1991, le Conseil des ministres de la santé a rédigé une résolution²⁹ dans laquelle il indique que « la santé et le bien-être est largement déterminée par l’état de santé, [qu’ils] sont conditionnés par de nombreux facteurs, dont la qualité de l’environnement » et que « les questions de santé liées à l’environnement et l’interdépendance des pays dans la recherche de solutions présentent un caractère transfrontalier ». Cette résolution fait donc apparaître un véritable lien unissant la santé et l’environnement.

A l’image des déchets nucléaires qui posent aujourd’hui d’importantes questions au regard de la pollution qu’ils génèrent, les déchets de manière générale constituent « un des plus graves problèmes de la civilisation actuelle touchant à l’environnement »³⁰. C’est pourquoi, la législation française relative à la gestion des déchets s’est largement inspirée des dispositions européennes (Chapitre 1) desquelles ont découlé des régimes de responsabilités pour les établissements de santé en cas de manquement à ces obligations entraînant des risques pour la santé et l’environnement (Chapitre 2).

²⁹ Résolution 91/C 304/06, concernant la santé et l’environnement, JOCE C 304 du 23 nov. 1991, p. 6

³⁰ A. MAKAROUNI, *L’hôpital public français et le droit communautaire*, Centre d’Etudes et de Recherches Internationales et Communautaire, Université d’Aix-Marseille III, Economica, 1997, p. 117

Chapitre 1 : La détermination de la qualification et la réglementation française en matière de gestion des déchets hospitaliers par les établissements de santé à la lumière du droit de l'Union européenne

La charte de l'environnement adoptée en 2004 et intégrée au bloc de constitutionnalité l'année suivante³¹ reconnaît une exigence forte à savoir que « *chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé* »³². Jusqu'à l'adoption du traité de Maastricht en 1992, la communauté européenne n'avait pas pour ambition d'intégrer la santé dans les politiques sociales, laissant ainsi le soin aux Etats membres la liberté de légiférer dans ce domaine. Il était néanmoins possible que « la Communauté [intervienne] dans des domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, tels la santé publique, que si et dans la mesure où, en raison de leurs dimensions ou de leurs effets, les objectifs de l'action envisagée peuvent être mieux réalisés au niveau communautaire »³³, c'est ce qu'on appelle le principe de subsidiarité. Il faudra attendre 1997, lors de l'adoption du traité d'Amsterdam, pour que l'Union européenne se voit attribuer des compétences élargies en matière de santé en confiant un véritable pouvoir de décision tout en ne se substituant pas aux mesures nationales. Ainsi, « *l'action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé* »³⁴.

Ainsi, si la qualification française de la gestion des déchets va considérablement s'émanciper de la vision européenne (Section 1), les deux conceptions vont néanmoins finir par se retrouver sur sa réglementation (Section 2).

³¹ Loi constitutionnelle n° 2005-205 du 1er mars 2005 relative à la Charte de l'environnement, JORF n° 0051 du 2 mars 2005, p. 3697

³² Charte de l'environnement de 2004, art. 1

³³ Revue hospitalière de France, « L'hôpital public et l'union européenne », 19 sept. 2002

³⁴ Traité d'Amsterdam, art. 152

Section 1 : L'émancipation de la qualification française de la gestion des déchets hospitaliers par rapport à la conception européenne

« L'Union européenne s'arrête-t-elle à la porte de nos hôpitaux ? »³⁵. La question est légitime car pendant de nombreuses années le droit communautaire s'est désintéressé du domaine de la santé publique, laissant le soin aux Etats membres de légiférer par eux-mêmes. Progressivement, le droit communautaire s'est immiscé au sein des Etats membres en puisant sa légitimité dans les libertés constituant les principes cardinaux du marché intérieur à savoir la libre circulation des personnes, produits, services, capitaux et libre concurrence mais l'hôpital semble toujours être resté à la marge. Pour autant, l'UE a peu à peu opéré une qualification des missions des établissements de santé dont la gestion des déchets hospitaliers peut être rattachée (§1), qualification qui n'a pas été suivie dans la législation interne, préférant une vision purement française des missions de gestion des déchets hospitaliers (§2).

§1 – La gestion des déchets hospitaliers qualifiés de services d'intérêt économique général au sens de l'Union européenne permettant d'échapper aux règles du marché et de la concurrence

La qualification de la gestion des déchets par les établissements de santé par le droit européen ne peut s'étudier qu'en aval d'un retour sur la genèse des services d'intérêt économique général (A) afin d'arriver au constat que la mission de gestion des déchets par les établissements de santé, véritables entreprises à la lumière de l'Union européenne, peuvent être qualifiés ainsi (B).

A) La genèse des services d'intérêt économique général, une volonté de concilier le marché européen et l'intérêt général

Si dès 1957, le traité de Rome a institué la notion de service d'intérêt économique général (SIEG)³⁶, il faudra attendre les années 80, et particulièrement l'Acte Unique Européen (AUE) pour que la notion de service d'intérêt général (SIG) apparaisse dont une définition va

³⁵ L. DUBOUIS, « L'hôpital et le droit communautaire », Les Tribunes de la santé, vol. n°3, n° 2, 2004, p. 37

³⁶ Traité instituant la Communauté Economique Européenne du 25 mars 1957, art. 90 stipule que « les entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général ou présentant le caractère d'un monopole fiscal sont soumises aux règles du présent traité »

être donnée par la Commission européenne dans une communication du 26 septembre 1996³⁷. Par la même occasion, la Commission européenne va définir les SIEG comme étant « les activités de service marchand remplissant des missions d'intérêt général, et soumise de ce fait par les Etats membre à des obligations spécifiques de services public ». Bien que cette définition inclut le terme "service public", elle est aujourd'hui à nuancer car nous verrons que par choix, l'UE a exclu ce terme de son vocabulaire par crainte de confusion avec les autres notions. Néanmoins, cette définition a pour mérite de poser les bases des SIEG. Loin de se contenter d'uniquement définir les termes, la communication de la Commission européenne va également faire des SIEG une jonction entre la réalisation du marché intérieur et la préservation de l'intérêt général. En effet, si la Commission européenne rappelle que « les forces du marché permettent une meilleure allocation des ressources ainsi qu'une efficacité accrue dans la fourniture des services, au bénéfice notamment du consommateur qui en retire une meilleure qualité à un meilleur prix », il n'est pas impossible qu'un coût trop élevé de ces fournitures aboutissent à l'exclusion d'une partie de la population, obligeant l'autorité publique à « veiller à la prise en compte de l'intérêt général ». C'est pourquoi l'article 106§2 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) va poser une limite à la soumission des SIEG aux règles de concurrence, à savoir qu'il ne faut pas que l'application de ces règles ne fasse « *échec à l'accomplissement en droit ou en fait de la mission particulière qui leur a été impartie* », de fait « *le développement des échanges ne doit pas être affecté dans une mesure contraire à l'intérêt de l'Union* ». Ainsi, l'intérêt général, qui est l'essence même des SIEG permet une dérogation aux règles de marché et de la concurrence dans un but d'accessibilité et d'égalité dans l'accès à ces services. C'est ici que nous pouvons faire le lien avec les activités des établissements de santé qui doivent, en France, respecter des obligations énumérées à l'article L. 6112-2 du CSP dont celle de prévoir « *l'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité* »³⁸. *De facto*, rattacher la gestion des déchets hospitaliers à un SIEG va représenter un réel intérêt afin d'échapper aux règles de la concurrence et du marché. Pour se faire, il va falloir remplir les critères inhérents à la qualification des SIEG.

Si la qualification de la gestion des déchets hospitaliers n'est pas une évidence, c'est que parallèlement aux SIEG les SIG sont également composés de services non économiques d'intérêt général (police, justice,...) et de services sociaux d'intérêt général ayant pour but de

³⁷ Communication de la Commission européenne sur les service d'intérêt général en Europe, 26 sept. 1996 qui va définir les SIG comme « les activités de service, marchands ou non, considérées d'intérêt général par les autorités publiques et soumises pour cette raison à des obligations spécifiques de service public »

³⁸ CSP, art. L. 6112-2, I. 3°

répondre aux besoins des citoyens vulnérables. Cependant, ces derniers ne vont pas bénéficier, au même titre que les SIEG, d'une dérogation aux règles du marché et de la concurrence, d'où l'intérêt d'une telle qualification.

B) La qualification de la gestion des déchets hospitaliers au sens de l'UE

Nous nous attarderons sur les éléments qualificatifs du SIEG, qui sont au nombre de trois, afin de pouvoir ou non, qualifier la gestion des déchets hospitaliers par les établissements de santé de services d'intérêt économique général. Le premier critère renvoie à la notion d'entreprise de l'entité qui opère cette gestion. La jurisprudence de la Cour de justice indique dans son arrêt *Höfner* que « la notion d'entreprise comprend toute entité exerçant une activité économique, indépendamment du statut juridique de cette entité et de son mode de financement »³⁹. Cette définition jurisprudentielle va être cruciale dans la qualification des déchets au sein des hôpitaux. Une définition de l'activité économique a été donnée par la jurisprudence en tant qu'activité consistant « à offrir des biens et des services sur un marché donné »⁴⁰. Définie par le droit communautaire, la notion d'entreprise a été transposée en droit français comme étant « les organismes qui exercent des activités de production, ou de commercialisation de biens ou de services marchands »⁴¹. De fait, s'il ne semble pas possible de qualifier les établissements de santé d'entreprises, tout du moins publics, à la lumière du droit français, il en va différemment pour leur qualification au sens du droit européen. En effet, puisqu'il semble que ce qui emporte la notion d'entreprise c'est la nature même de l'activité, à savoir offrir des biens et des services sur un marché donné, il n'est pas inconcevable, bien au contraire, que la gestion des déchets entre dans cette définition. Il est donc nécessaire de vérifier si la gestion des déchets peut être de nature économique, ce qui est le cas dans la mesure où la collecte des déchets n'est pas sans coûts pour les établissements de santé notamment lorsqu'elle est prise en charge par une entreprise extérieure. Au sens de l'arrêt *Höfner*, le fait d'être qualifiée d'entreprise soumet cette dernière aux « règles communautaires de la concurrence », ce à quoi les établissements de santé peuvent déroger au regard de l'article 106§2 du TFUE si l'intérêt général d'une telle gestion va être démontré, d'où l'intérêt d'observer les autres critères.

³⁹ CJCE, 23 avr. 1991, *Höfner et Elser*, aff. C-41/90, point 21

⁴⁰ CJCE, 16 juin 1987, *Commission/Italie*, aff. 118/85, point 7

⁴¹ Ordonnance n° 2004-503 du 7 juin 1994 portant transposition de la directive 80/723/CEE

Parallèlement à cette condition invariable de l'entreprise, la Cour a dégagé deux éléments constitutifs d'un SIEG, l'un tenant à l'existence d'un acte de puissance publique, le second à la délimitation d'une mission d'intérêt économique générale. La première condition indique que « l'entreprise concernée doit être légalement chargée de la poursuite d'une mission particulière » qui peut revêtir plusieurs formes à savoir « un acte de puissance publique, un acte unilatéral ou une concession de service public »⁴². Cela implique un lien étroit entre l'établissement de santé, qualifié d'entreprise, et l'autorité publique interne. Le second élément qualificatif porte quant à lui sur le caractère particulier des besoins auxquels les opérateurs économiques répondent⁴³ afin d'être considérés comme une entreprise exerçant « une prestation différente et indépendante, qui se distingue par ses caractéristiques, ses qualités et son coût »⁴⁴. Au regard de ces éléments, il y a fort à parier que la gestion des déchets hospitaliers va appartenir aux SIEG dans la mesure où une telle activité va poursuivre une mission particulière quant à leur bonne gestion aboutissant à la protection de l'environnement et de la santé humaine, laquelle peut justifier des prestations différentes par leurs caractéristiques.

Ainsi, c'est le livre vert sur les services d'intérêt général qui va lever tous les doutes sur la qualification de la gestion des déchets en l'incluant dans les services d'intérêt économique général⁴⁵. Nous pouvons ici affirmer que la stratégie d'inclure la gestion des déchets, et notamment des déchets hospitaliers gérés par les établissements de santé en qualifiant ces derniers d'entreprises est judicieuse car elle permet de les exonérer des règles du marché et de la concurrence qui sont des piliers du droit européen. En mettant l'accent sur l'intérêt général de cette activité, cela permet de préserver une égalité d'accès et de ne pas être dans l'obligation de respecter les règles afférentes aux marchés et à la concurrence.

La Communauté européenne a fait le choix d'opter pour une qualification de la gestion des déchets comme étant rattachée aux SIEG sans retenir une mission de service public. Ce

⁴² C. BOUTAYEB, *Droit matériel de l'Union européenne*, 4^e éd., LGDJ, 2017, p. 497

⁴³ CJCE, 19 mai 1993, *Corbeau*, aff. C-320/91 qui va exiger « certaines prestations supplémentaires que le service postal traditionnel n'offre pas, telles que la collecte à domicile, une plus grande rapidité ou fiabilité dans la distribution ou encore la possibilité de modifier la destination en cours d'acheminement, et dans la mesure où ces services, de par leur nature et les conditions dans lesquelles ils sont offerts, telles que le secteur géographique dans lequel ils interviennent, ne mettent pas en cause l'équilibre économique du service d'intérêt économique général assumé par le titulaire du droit exclusif »

⁴⁴ CJCE, 17 mai 2001, *Traco*, aff. C-340/99

⁴⁵ Commission des Communautés européennes, Livre vert sur les services d'intérêt général, COM(2003) 270 final, 21 mai 2003, p. 11

choix est assumé par l'institution européenne dans la mesure où « les termes "service d'intérêt général" et "service d'intérêt économique général" ne doivent pas être confondus avec l'expression "service public", qui est moins précise »⁴⁶. La France quant à elle, loin de ces considérations, a uniquement retenu la notion de service public qui n'est pas sans craintes, sans contraintes et sans limites.

§2 – La qualification française en matière de déchets hospitaliers, entre mission de service public et activités communes aux établissements de santé

Si le traité de Rome de 1957 a reconnu l'existence de la notion de service public à l'article 77 CEE, aujourd'hui article 73 du traité CE relatif aux transports, cette notion est abordée de manière restrictive dans la mesure où elle n'est évoquée uniquement concernant les servitudes inhérentes au domaine des transports⁴⁷. Aujourd'hui, cette notion n'existe plus en tant que telle dans le droit de l'Union européenne qui préfère la notion de service d'intérêt général voire de service universel. Ainsi, bien que la France n'ait pas réussi à imposer sa vision du service public au niveau européen, c'est néanmoins à elle que va être rattachée la gestion d'une partie des déchets hospitaliers (A), ne réussissant pas à les intégrer au service public hospitalier en raison de leur nature commune à l'ensemble des établissements de santé (B).

A) La gestion des déchets, une mission de service public partielle se différenciant de la vision européenne

La notion de service public à la française est une conception unique en Europe et profondément différente de toute ce qui se fait dans les autres Etats membres. Ce choix de s'affranchir de la conception européenne n'a pas été sans craintes⁴⁸. Cette originalité peut s'expliquer par la complexité de cette notion qui a du mal à y trouver une définition et des

⁴⁶ Communication de la Commission au parlement européen, au Conseil, Comité économique et social européen et au Comité des régions, Livre blanc sur les service d'intérêt général, COM/2004/0374 final, 12 mai 2003

⁴⁷ *Op. cit.*, note n° 36, art. 77

⁴⁸ Discours de G. LARCHER, congrès des maires de Haute-Marne, 12 oct. 2002 expliquant que « ce qui gêne la France, c'est que la conception européenne du service public préfère à la conception organique à la française une conception fonctionnelle axée sur le service rendu aux usagers. Or le service public ne se résume pas à une prestation de service mais participe d'objectifs collectifs plus larges. La France raisonne à partir de la puissance publique, garante des solidarités et des libertés fondamentales. L'Union européenne, elle, aborde des services d'intérêt général comme des dérogations par rapport à la liberté de circulation des personnes, des biens et des services »

contours nets. Née à la fin du XIXe siècle dans le célèbre arrêt Blanco prévoyant « la responsabilité de l'Etat par les personnes qu'ils emploient dans le service public »⁴⁹, cette notion va tâtonner au travers de la jurisprudence⁵⁰ et des conceptions variables des auteurs ayant pour but la clarification de son contenu. En ce sens, deux écoles opposées dans leur conception vont voir le jour. La première étant l'école dite du service public représentée par L. DUGUIT et G. JEZE qui consiste à dire « que le critère matériel de définition du service public réside dans l'interdépendance social », faisant ainsi « du service public la notion centrale du droit administratif et plus largement du droit public »⁵¹. Ainsi, la définition du service public⁵² conduit à considérer que le service public « ne se crée pas, il se constate »⁵³. S'oppose à cette école celle de M. HAURIOU dite de la puissance publique qu'il va définir comme des droits « qui donnent aux personnes administratives des prérogatives exorbitantes du droit commun, et qui, par conséquence, peuvent entraîner des obligations pour les personnes et les charges pour la propriété également exorbitantes »⁵⁴. Ces différentes théories sur le service public vont participer à l'évolution et à la simplification de la notion qui peut être saluée car elle va permettre l'inclusion de la gestion des certains déchets. L'ensemble de ces éléments historiques vont être importants afin de comprendre sur quelles bases la notion de service public s'est fondée et permet ainsi de mieux appréhender sa conception actuelle.

Il faut désormais noter deux tournants dans la notion de service public, la première étant la possibilité pour les personnes privées de se voir confier certaines activités de services publics⁵⁵ en contrepartie d'un contrôle de l'Etat sur l'exercice de ces activités. La seconde avancée majeure va être de nature jurisprudentielle et va permettre de fonder les bases du service public en posant trois critères. Ainsi, en 1963 dans son arrêt *Sieur Narcy*, le Conseil

⁴⁹ T. confl., 8 févr. 1873, *Blanco*, n° 00012

⁵⁰ voir en exemple : T. confl., 29 févr. 1908, *Feutry*, n° 00624 qui va qualifier de service public un asile départemental d'aliénés étant « à la charge du département et d'intérêt public »

⁵¹ D. GUINARD, « Réflexions actuelles sur la notion de service public », *Regard croisés sur l'économie*, n°2, 2007

⁵² L. DUGUIT, *Traité de droit constitutionnel*, 3^e éd., 1928, t. 2, p. 61 dans lequel il définit le service public comme « toute activité dont l'accomplissement doit être assuré, réglé et contrôlé par les gouvernants, parce que l'accomplissement de cette activité est indispensable à la réalisation et au développement de l'interdépendance sociale, et qu'elle est de telle nature qu'elle ne peut être réalisée complètement que par l'intervention de la force gouvernementale »

⁵³ P. ESPLUGAS-LABATUT, *Le service public*, 4^e édition, Dalloz, 2018, p. 14

⁵⁴ M. HAURIOU, *Précis de droit administratif : contenant le droit public et le droit administratif*, 2^e éd., Larose et Forcel, 1893, p. 419

⁵⁵ CE Ass., 13 mai 1938, *Caisse primaire aide et protection*, n° 57302

d'Etat⁵⁶ va indiquer que le service public est une activité d'intérêt général, pris en charge par une personne publique, disposant de prérogatives de puissances publiques. C'est ainsi que R. CHAPUS a tenté de résumer cette notion en qualifiant de mission de service public une activité d'intérêt général assurée ou assumée par une personne publique⁵⁷. On voit ici la disparition de la notion de prérogatives de puissance publique, disparition qui a été consacrée par la jurisprudence pour les personnes privées exerçant une mission de service public en 2007⁵⁸ au profit d'un contrôle étroit de l'administration sur ces dernières.

L'intérêt général est une notion propre à chacun, de fait, elle ne va pas être aisée à définir. L'intérêt général va pouvoir s'établir par deux moyens. Dans un premier temps, la notion de service public va s'apprécier dans une approche subjective en étant « le résultat d'un choix effectué par les pouvoirs publics ; par la Constitution elle-même dans certains cas »⁵⁹. Si cette reconnaissance n'est pas possible, on va avoir une approche objective qui consiste à dire que « le caractère essentiellement désintéressé de l'activité, lié à la garantie d'une prise en compte d'objectifs à long terme profitables à la collectivité, constitue le critère de reconnaissance d'une telle mission »⁶⁰. Bien que l'intérêt général est indispensable à la qualification du service public, il ne faut pas omettre la nécessité de la prise en charge par une personne publique, qu'elle soit directe ou indirecte dès lors que cette dernière opère un contrôle étroit de l'activité exercée par délégation du service public à un organisme privé. En matière de déchets, l'intérêt général va facilement pouvoir être démontré par la nécessité d'une telle activité dans la vie quotidienne. C'est pour l'intérêt général que le Code général des collectivités territoriales (CGCT) va prévoir que « *les communes ou les établissements publics de coopération intercommunale assurent, éventuellement en liaison avec les départements et les régions, la collecte et le traitement des déchets des ménagers* »⁶¹. S'il s'agit ici des déchets des ménages, entrent également dans le champ de compétences des collectivités, « *la collecte et le traitement des autres déchets définis par décret, qu'elles peuvent, eu égard à leurs caractéristiques et aux quantités produites, collecter et traiter sans sujétions techniques particulières* »⁶² auxquels les déchets produits par les services de la

⁵⁶ CE Sect., 28 juin 1963, *Sieur Narcy*, n° 43834

⁵⁷ R. CHAPUS, « Le service public et la puissance publique », *Revue du droit public et de la science politique en France et à l'étranger*, tome 84, 74^e année, 1968

⁵⁸ CE Sect., 22 févr. 2007, *Association du personnel relevant des établissements pour inadaptés (A.P.R.E.I.)*, n° 264541

⁵⁹ P.-L. FRIER, J. PETIT, *Précis de droit administratif*, 12^e éd., Lextenso, 2018, p. 244

⁶⁰ *Ibid*

⁶¹ CGCT, art. L. 2224-13, al. 1

⁶² *Ibid*, art. L. 2222-14

collectivité peuvent faire partie au même titre que les déchets hospitaliers assimilables à des ordures ménagères produits par les hôpitaux publics. Par ces textes, le législateur met à la charge des communes l'organisation et la réalisation du service public d'élimination des déchets ménagers ou assimilables qui va se faire soit en régie, soit par une entreprise privée choisie au travers d'un marché ou d'une délégation de service public après une mise en concurrence dans les règles du Code des marchés publics ou du CGCT, remplissant ainsi le second critère du service public visant à faire assurer ce dernier par une personne publique.

Néanmoins, cette qualification de service public de collecte des déchets va être critiquable sur deux points concernant la gestion des déchets hospitaliers. Tout d'abord, ces missions ne vont concerner uniquement les déchets hospitaliers assimilés aux ordures ménagères. Bien que ces derniers représentent la majorité de la production de déchets par les établissements hospitaliers, le service public de collecte des déchets tel qu'il est conçu aujourd'hui par les collectivités ne permet pas d'y intégrer les déchets à risques qui sont une des spécificités des déchets produits par les établissements de santé. De plus, contrairement à ce qui se fait en droit européen, le service public ne va pas prévoir une exonération quant aux règles du marché et de la concurrence. En effet, en France, la notion d'entreprise n'est pas nécessaire à l'application du droit de la concurrence. En ce sens, le droit de la concurrence est soumis aux « activités de production, de distribution et de services »⁶³, à savoir des activités économiques⁶⁴. Les établissements de santé ne vont donc pas devoir être qualifiés d'entreprises pour se voir contraints de respecter les règles de la concurrence.

Si l'extension infinie du service public a souffert de nombreuses critiques non seulement sur le plan philosophique mais également sur le plan économique, elle a néanmoins l'intérêt d'avoir créé, non sans mal, un service public hospitalier dans lequel la gestion des déchets hospitaliers ne va pas y trouver sa place, considérée comme une activité commune aux établissements de santé.

⁶³ Code de commerce, art. L. 410-1

⁶⁴ E. BERNARD, « L'"activité économique", un critère d'applicabilité du droit de la concurrence rebelle à la conceptualisation », *Revue internationale de droit économique*, voc. T. XXIII, 3, n° 3, 2009, p. 355

B) L'exclusion de la gestion de l'ensemble des déchets hospitaliers par les établissements de santé dans le service public hospitalier

« Le contexte l'y invitait, le contexte l'y obligeait »⁶⁵. C'est dans ce climat qu'est né le service public hospitalier, près d'un siècle après la création du service public en 1873. En effet, au lendemain de la révolution sociale de 1968 pendant laquelle la population française réclamait plus d'égalité dans de nombreux domaines, dont celui de la santé, le législateur n'a pas eu d'autre choix que de créer un service public hospitalier qui a pris naissance dans la loi Boulin du 31 décembre 1970⁶⁶ portant réforme hospitalière. L'objectif de ce service public était d'aboutir à une meilleure répartition de l'offre sanitaire sur l'ensemble du territoire, d'opérer un rapprochement entre l'hôpital et la ville ainsi que d'améliorer de la prise en charge des patients. Dès sa mise en place, le service public hospitalier va concerner aussi bien les établissements publics que privés. S'en est suivi près de 40 ans sans changements majeurs avant la loi de 2009⁶⁷ dite HPST qui va s'avérer radicale en la matière en dressant quatorze missions rattachées au service public hospitalier⁶⁸. Cette vision a été très critiquée, certains allant jusqu'à considérer que cette réforme a supprimé le service public hospitalier. Il ne faudra pas attendre longtemps pour qu'elle soit réformée car dès la loi Touraine de 2016⁶⁹, il a été question de retourner aux principes initiaux dans lesquels ce service public est assuré par bloc⁷⁰. Ainsi, au sens de la loi MNSS et tel que codifié à l'article L. 6112-2 du CSP, « *le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre 1^{er} du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définie à l'article L. 6112-2* ».

Néanmoins, il est impératif de différencier ces missions avec celles communes aux établissements de santé qui ne relèvent pas du service public hospitalier. Ces missions, définies à l'article L. 6111-1 du CSP, impliquent que les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés « *participent à la mise en œuvre de la politique de santé et*

⁶⁵ M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit hospitalier*, 5^e éd., LGDJ, 2018, p. 83

⁶⁶ Loi n° 70-1318 du 31 déc. 1970 portant réforme hospitalière, JORF du 3 janv. 1971

⁶⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juill. 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n° 0167 du 22 juill. 2009

⁶⁸ par exemple : la permanence des soins, de la recherche, de l'aide médicale d'urgence, de la lutte contre l'exclusion sociale ou encore de la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

⁶⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janv. 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n° 0022 du 27 janv. 2016

⁷⁰ D. STINGRE, « Service public et offre de santé territorialisée », *Le service public hospitalier*, PUF, 2016, pp. 29-56.

des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ». De plus, l’alinéa 5 de cet article dispose que ces établissements « *mènent, en leur sein, une réflexion sur l’éthique liée à l’accueil et la prise en charge médicale* ». Alors que rien n’indique que la gestion des déchets hospitaliers ne puisse entrer dans le champ des missions du service public hospitalier tel que définit par le CSP, nous pouvons naturellement déduire qu’elle va relever des missions communes des établissements de santé. Aussi étonnant que ce choix puisse paraître au regard de la qualification de la gestion des déchets ménagers en tant que service public, il n’est pas sans conséquences dans la mesure où la soumission aux principes de fonctionnement du service public hospitalier va engendrer des obligations de fonctionnement et des contraintes particulières qui sont de quatre ordres à savoir « *un accueil adapté [...], la permanence de l’accueil et de la prise en charge [...], l’égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité [...], l’absence de facturation de dépassement des tarifs fixés par l’autorité administrative et des tarifs des honoraires* »⁷¹. Le rattachement de la gestion des déchets hospitaliers aux missions habituelles des établissements de santé n’exclut évidemment pas les établissements de santé participant au service public hospitalier de méconnaître les obligations en la matière, bien au contraire. *A contrario*, faire entrer ces missions dans le cadre des missions de service public hospitalier aurait probablement posé un problème aux établissements de santé privés à but lucratifs, lesquels ne participant pas systématiquement à ces missions. Ainsi, ne pas inclure ces missions dans le service public hospitalier est un choix judicieux dans la mesure où, au regard de l’importance de ces dernières, il est primordial que l’ensemble des établissements, y compris ceux n’exerçant pas des missions de service public hospitalier soient concernés par cette activité de gestion des déchets. C’est ainsi que l’ensemble des établissements de santé vont être soumis à la réglementation, tout d’abord européenne puis française en la matière.

Section 2 : Une réglementation française des déchets hospitaliers dans le courant de la législation européenne poursuivant une volonté de protection de l’environnement et de la santé humaine

Si la France a eu pour volonté de s’émanciper de la vision européenne concernant la qualification des déchets hospitaliers en ne retenant pas le service d’intérêt économique général, il en va différemment concernant la réglementation. Nous ne pouvons pas dire que

⁷¹ CSP, art. L. 6112-2

l'élaboration de la réglementation européenne en matière de gestion de déchets ait été ancienne mais elle a pour mérite d'avoir été progressive et respectueuse des enjeux environnementaux et de santé humaine (§1). Moins téméraire qu'à l'idée d'une innovation dans la qualification, la réglementation française a suivi le pas de la législation française en allant jusqu'à reprendre une classification des déchets hospitaliers au regard de leur dangerosité, classification initiée par le droit communautaire (§2).

§1 – Une réglementation européenne tardive et progressive de gestion des déchets hospitaliers

Depuis le milieu des années 70 (A) jusqu'à aujourd'hui (B) une véritable réglementation européenne s'est mise en place dans un objectif continu de préservation de l'environnement face aux dangers que représentent les déchets hospitaliers.

A) Une réglementation progressive de 1975 à 2008 en adéquation avec la qualification opérée de la gestion des déchets hospitaliers par les établissements de santé

A la création de la Communauté économique européenne (CEE) par le traité de Rome daté du 25 mars 1957, les questions relatives à la gestion des déchets n'étaient pas encore posées. En effet, ce n'est qu'à partir de 1975 que la Communauté européenne a pris conscience de la nécessité de légiférer sur la gestion des déchets au regard des risques qu'ils représentent notamment dans les établissements de santé, producteurs importants de déchets hospitaliers dont nous verrons qu'une partie se révèle être dangereuse à la fois pour l'environnement et pour la santé. C'est ainsi qu'après avoir qualifiée la gestion des déchets hospitaliers comme étant des SIEG, la Communauté européenne a adopté dans un premier temps la directive-cadre relative aux déchets en 1975⁷². Cette directive, aujourd'hui abrogée depuis le 5 avril 2006⁷³, est apparue nécessaire afin d'uniformiser les dispositions propres aux différents Etats membres qui souffraient d'une certaine disparité. De plus, cette directive a eu pour effet de poser des principes fondamentaux en donnant une définition des déchets⁷⁴. Néanmoins, elle ne prévoit pas de mentions particulières aux déchets produits à l'occasion de l'activité dans les établissements de santé. Cette position tenue par l'UE peut paraître

⁷² *Op. cit.*, note °13

⁷³ Directive 2006/12/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 avr. 2006 relative aux déchets , art. 20

⁷⁴ *Op. cit.*, note n° 13, art. 1

étonnante dans la mesure où elle n'a pas hésité à rédiger des directives spécifiques à certains types de produits à l'instar des véhicules hors d'usage⁷⁵, des batteries⁷⁶ ou encore sur les déchets électriques et électroniques⁷⁷. Tout laisse à penser que cette absence initiale d'une législation propre aux déchets issus d'établissements de santé dans la réglementation résulte du refus de l'UE de s'immiscer sur les politiques de santé publique des Etats membres. Cette absence va partiellement se résorber à la création de l'UE qui va pousser la Communauté européenne à prendre des initiatives dans le domaine de la santé sans pour autant aboutir à une directive spécialement adaptée à ce type de déchets. Parallèlement à ces directives, depuis 1972 l'UE a développé sept programmes d'action en matière d'environnement (PAE), dont le dernier en date a été adopté par le Parlement et le Conseil de l'Union européenne en novembre 2013 et s'étend jusqu'en 2020⁷⁸. Ce programme énumère neuf objectifs parmi lesquels la gestion des déchets y trouve sa place, à la fois en appuyant sur une volonté de valoriser les déchets afin de produire des ressources mais également de poursuivre une politique de recyclage des déchets.

Nous pouvons indiquer que la pluralité des sources est positive car elle démontre d'un intérêt croissant de la Communauté européenne sur la protection de l'environnement et de la santé humaine via la gestion des déchets. A cela s'ajoute la directive-cadre de 2008 qui va inscrire de nouvelles prérogatives dans la gestion des déchets hospitalier.

B) La directive de 2008 en matière de déchets, une véritable avancée en matière de déchets sans pour autant aboutir à une législation propre aux déchets hospitaliers

La directive européenne du 19 novembre 2008⁷⁹ relative aux déchets et abrogeant certaines directives est très complète sur la question des déchets et a pour intérêt d'appréhender la gestion des déchets sous un autre regard. En effet, cette directive ne va pas se contenter de définir des déchets, mais elle va par la même occasion préciser toutes les

⁷⁵ Directive 2000/53/CE du Parlement européen et du Conseil du 18 sept. 2000 relative aux véhicules hors d'usage – Déclaration de la commission

⁷⁶ Directive 2006/66/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 sept. 2006 relative aux piles et accumulateurs ainsi qu'aux déchets de piles et d'accumulateurs et abrogeant la directive 91/157/CEE

⁷⁷ Directive 2002/95/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 janv. 2003 relative à la limitation de l'utilisation de certaines substances dangereuses dans les équipements électriques et électroniques

⁷⁸ Commission européenne, « Bien vivre, dans les limites de notre planète », 7^{ème} programme d'action pour l'environnement (PAE) 2013-2020, nov. 2013

⁷⁹ Directive 2008/98/CE du Parlement européen et du Conseil du 19 nov. 2008 relative aux déchets et abrogeant certaines directives

autres notions propres au vocabulaire des déchets, faisant d'elle une véritable référence en la matière. Le Parlement européen et le Conseil vont mettre en avant la prévention et le recyclage des déchets, c'est ainsi qu'ils vont hiérarchiser les déchets « *par ordre de priorité dans la législation et la politique en matière de prévention et de gestion des déchets* »⁸⁰ en commençant de la prévention jusqu'à l'élimination. La directive va également établir des principes et objectifs pour les Etats membres ainsi que rappeler la responsabilité du producteur de déchets⁸¹ et du droit à l'information du public. Dès son article premier, le texte affirme sa volonté de prendre des mesures visant à « *protéger l'environnement et la santé humaine par la prévention ou la réduction des effets nocifs de la production et de la gestion des déchets* ». Si la directive va prévoir les exclusions de son champ d'application⁸² à l'image des explosifs déclassés ou des déchets radioactifs qui, pour ces derniers qui vont faire l'objet d'une réglementation spéciale que nous aurons l'occasion de développer, ce n'est pas le cas des déchets hospitaliers qui vont directement être soumis au respect de cette directive-cadre.

Bien que cette directive soit toujours en vigueur et n'a pas été abrogée depuis sa création en 2008, elle a été modifiée par plusieurs autres directive jusqu'à la dernière en 2018.⁸³ Une critique peut néanmoins être d'ores et déjà faite dans la mesure où aucune législation ne va être propre aux déchets hospitaliers. Bien que ces derniers se retrouvent inclus dans des politiques qui vont être relativement exhaustives et protectrices des intérêts environnementaux et de santé humaine, nous pouvons néanmoins déplorer l'absence de prise en compte particulières de ces déchets par la Communauté européenne. Ce manquement va être partiellement comblé par la législation française qui va inclure dans le CSP des dispositions particulières aux déchets hospitaliers et opérer une classification en fonction de leur dangerosité, classification qui a trouver naissance dans le droit européen.

§2 – La réglementation française à l'aune du droit européen aboutissant à une classification des déchets de soins au regard de leur dangerosité

Bien que l'UE ait élaboré une réglementation riche en matière de déchets, la législation française ne s'est pas contentée de reprendre cette dernière mais a véritablement

⁸⁰ *Op. cit.*, note n° 79, art. 4

⁸¹ *Ibid.*, art. 8 bis

⁸² *Ibid.*, art. 1

⁸³ Directive 2018/851 du Parlement européen et du Conseil 30 mai 2018 modifiant la directive 2008/98/CE relative aux déchets

mis en place une réglementation propre (A) avec notamment la création d'une classification des déchets hospitaliers en raison de leur dangerosité (B).

A) La réglementation française démontrant d'une influence incontestable du droit de l'Union européenne en la matière

De manière générale, nous constatons une réelle «européanisation du droit français» dans la mesure où «l'Union européenne est un véritable ordre juridique, qui secrète son propre système de sources juridiques, lesquelles, en raison de l'intégration de l'Union européenne au sein de l'ordre juridique de chaque Etat membre, s'immiscent au cœur même du droit français et deviennent [...] la source de règles de droit applicables aux autorisations administratives françaises»⁸⁴. Cela n'échappe pas aux déchets dont la législation française va grandement être influencée par le droit européen. En effet, à l'instar de ce qui se fait au niveau européen, le législateur français a progressivement élaboré sa propre législation en droit interne. Bien que droit de l'UE s'applique toujours conformément au principe de subsidiarité, nous pouvons néanmoins souligner la création de mesures particulières concernant les déchets et notamment les déchets inhérents aux établissements de santé. Néanmoins, conformément au droit administratif, pour qu'une directive européenne soit applicable, il faut que l'Etat français procède à sa transposition, dans les délais fixés par la directive tout en restant libre quant à la forme et aux moyens à mettre en œuvre afin d'atteindre les objectifs fixés⁸⁵. Ainsi, la directive de l'Union européenne de 2008, transposée en droit interne en 2010⁸⁶, va véritablement constituer une européanisation du droit français en la matière. Cette période a marqué le début de l'intérêt du droit interne quant aux déchets en suivant toutefois les orientations initiées par l'UE. C'est ainsi qu'apparaît une volonté progressive de ne plus seulement veiller à une bonne élimination des déchets mais d'optimiser au mieux le recyclage et la valorisation des déchets, toujours dans une optique de préservation de l'environnement. Dans cette idée, le titre IV de la loi de transition énergétique pour une croissance verte (LTECV) adoptée en 2015⁸⁷ portant sur la lutte contre les gaspillages et la promotion de l'économie circulaire de la conception des produits à leur recyclage « vise à dépasser le modèle économique linéaire consistant à –produire, consommer, jeter- et affirme

⁸⁴ B. PLESSIX, *Droit administratif général*, 2^{ème} édition, LexisNexis, août 2018, p. 102

⁸⁵ *Ibid*, p. 104

⁸⁶ Ordonnance n° 2010-1579 du 17 déc. 2010 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine des déchets

⁸⁷ Loi n° 2015-992 du 19 août 2015 relative à la transition énergétique pour une croissance verte, JORF n° 0189 du 18 août 2015

le rôle essentiel de la politique nationale de prévention et de gestion des déchets pour y parvenir »⁸⁸. Il est également question d'une volonté de plus en plus forte de valoriser les déchets afin de réduire l'impact environnemental de ces derniers. Tous ces principes n'échappent évidemment pas aux établissements de santé qui se doivent à la fois d'opérer une bonne élimination de leurs déchets hospitalier mais également de tenter de mettre en place des circuits de traitements alternatifs des déchets. S'agissant de la valorisation de déchets, nous verrons par la suite qu'il s'agit d'une volonté récente qui a un impact conséquent autant environnemental que financier pour les établissements de santé. Bien que la prise en compte de l'utilité de mettre en place une législation relative aux déchets ait été tardive en France, il n'en demeure pas moins qu'elle est aujourd'hui d'une grande richesse avec un bon nombre de dispositions que l'on peut retrouver dans le Code de l'environnement. La codification a permis de rassembler et d'organiser de façon cohérente les différentes mesures en consacrant exclusivement le titre IV du livre V aux déchets. Si ces dispositions ne concernent pas spécifiquement les déchets hospitaliers, il ne faut pas omettre le Code de la santé publique qui, au sein de son livre troisième dédié à la protection de la santé et environnement, consacre une section aux déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés aux articles L. 1335-1 et suivants, venant ainsi en supplément des politiques européennes qui ne prévoyait pas de dispositions particulières à ces déchets. Ces différentes codifications témoignent de l'intérêt grandissant de la politique française vis-à-vis de la nécessité de fixer une réglementation des déchets hospitaliers compte tenu des risques qui y sont associés. Outre l'influence du droit européen dans la réglementation française, elle va également être manifeste quant à la classification des déchets hospitaliers.

B) La classification des déchets de soins en raison de la pluralité des missions exercées par les établissements de santé prenant source dans le droit européen

Dans la mesure où les déchets de soins appartenant aux déchets hospitaliers, tels que définis par le Code de la santé, sont très larges, on y trouve des déchets dont les risques varient. Ainsi, il convient de les classer en fonction de leur dangerosité. Cette volonté n'est pas récente car elle date de 1967⁸⁹, reprise par la suite par un règlement européen de 2008⁹⁰.

⁸⁸ ADEME, « Réglementation française des déchets », 22 oct. 2018

⁸⁹ Directive 67/548/CEE du 27 juin 1967 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives à la classification, l'emballage et l'étiquetage des matières dangereuses

Ce dernier a pour ambition de dresser une liste des produits dangereux qui, une fois arrivés à leur fin de vie, deviendront des déchets qui seront eux-mêmes potentiellement dangereux quand viendra le temps de leur élimination. *De facto*, la France a affirmé sa volonté de mettre en place une classification des déchets que l'on trouve dans un guide pratique publié par le Ministère de la santé et des sports⁹¹, volonté qui est le témoignage d'une prise en compte grandissante des risques inhérents à cette catégorie de déchets.

La classification des déchets de soins en trois catégories repose sur la présence ou l'absence de risques. Il y a tout d'abord des déchets non dangereux parmi lesquels on trouve à la fois les déchets inertes, les déchets non inertes, les gravats, les déchets alimentaires et les déchets d'activités de soins sans risques infectieux. Ces déchets peuvent d'ailleurs être comparés à des DAOM. Parallèlement à ces déchets, il existe des déchets de soins de santé à risques. Plus communément appelés DASRI, il s'agit ici des déchets présentant un risque ou des caractéristiques visuelles nécessitant de les distinguer des ordures ménagères. On retrouve les déchets contenant « des micro-organismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants »⁹². Il peut également s'agir « *de matériels piquants ou coupants destinés à l'abandon [...], de produits sanguins à usage thérapeutique, et « des déchets anatomiques humains »* »⁹³. Enfin, on retrouve en dernier lieu dans les déchets de soins, les déchets à risques chimiques, radioactifs ou toxiques dont les médicaments, les produits chimiques et les poches cytotoxiques vont faire partie.

S'il est estimé qu'un établissement sanitaire ou médico-social peut générer plus de 1 000 kg de déchets par lit et place par an⁹⁴, les déchets de soins à risques n'en représentent que 15%. Cela signifie que 85% des déchets liés aux soins peuvent être comparables aux ordures ménagères et dont il ne résulte pas de dangerosité particulière⁹⁵. Ce chiffre peut paraître surprenant car « quand on pense "établissement de santé", on pense "maladie,

⁹⁰ Règlement (CE) 1272/2008 du Parlement européen et du Conseil du 16 déc. 2008 relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges

⁹¹ Guide technique publié par le Ministère de la santé et des sports, « Déchets d'activité de soins à risques, comment les éliminer ? », 3^{ème} éd., 2009, Annexe 1

⁹² CSP, art. R 1335-1, al. 2, 1^o

⁹³ *Ibid*, 2^o

⁹⁴ Groupe de travail sur la réduction des déchets, « La réduction des déchets hospitaliers en pratique », Réseau développement durable santé, édition 2013

⁹⁵ Organisation Mondiale de la Santé, « Les déchets liés aux soins de santé », 2018

infection", donc micro-organismes dangereux »⁹⁶. De fait, les déchets issus des établissements de santé paraissent naturellement comme dangereux alors qu'ils ne le sont pas pour la majorité. Cependant, il est indéniable que la pluralité des missions des établissements de santé fait naître une difficulté dans la classification des déchets et amène à des « zones grises » concernant la classification de certains déchets⁹⁷. C'est notamment le cas des résidus alimentaires qui, bien que normalement assimilables à des ordures ménagères, peuvent constituer des déchets contaminés s'ils sont entrés en contact avec un patient infectieux. La spécificité des activités des établissements de santé implique une vigilance accrue quant au tri et à la gestion des déchets, sans laquelle les risques sanitaires et environnementaux seraient décuplés comme nous le verrons par la suite. Cette spécificité implique de nuancer l'efficacité d'une telle classification car elle ne peut pas anticiper ces zones grises.

Néanmoins, nous pouvons saluer cette classification qui a pour objectif de mettre en place une gestion rationnelle de ces derniers et ainsi permettre d'organiser des filières d'élimination propres aux déchets de soins à risques afin de les traiter au mieux et prendre en compte leurs spécificités afin de réduire les risques autant pour l'environnement que pour la santé que peuvent entraîner une mauvaise élimination. La mise en place de cette classification, bien que non exhaustive, et de définitions précises quant aux déchets a permis de lever les confusions qui subsistaient dans les filières d'élimination, pouvant aboutir à ne pas séparer les déchets sans risques avec ceux en comportant.

⁹⁶ A. MAKAROUNI, *op. cit.*, note n°30, p. 120

⁹⁷ *Ibid*

Chapitre 2 : La mise en place de régimes de responsabilités
européens et nationaux, le résultat de risques inhérents à une
mauvaise élimination des déchets par les établissements de santé

58%, c'est le pourcentage d'établissements de santé disposant de systèmes adaptés pour permettre l'élimination des déchets liés aux soins en toute sécurité. Cette enquête⁹⁸, réalisée conjointement par l'OMS et l'UNICEF en 2015 qui s'est basée sur 24 pays à revenu faible ou intermédiaire, nous montre la marge d'amélioration possible dans la gestion des déchets hospitaliers par les établissements de santé. Cette enquête reste cependant à nuancer dans l'intérêt que nous pouvons lui porter dans la mesure où les 24 pays interrogés se situent sur le continent américain, en Afrique en Asie du sud-est. L'absence de prise en compte de la situation des établissements de santé européens dans cette enquête laisse supposer un pourcentage plus élevé d'établissements de santé compétents à une bonne élimination des déchets hospitaliers à l'échelle mondiale. Effectivement, nous ne pouvons nier l'existence d'une réelle différence entre les pays développés et en voie de développement quant à la gestion des déchets et plus particulièrement quant aux risques qui en ressortent. Bien que la quantité moyenne de déchets dangereux par lit d'hospitalisation par jour soit moins élevée dans les pays à revenu faible (0,2 kg) par rapport aux pays à revenu élevé (0,5 kg), il n'est pas rare que les établissements de santé des pays à revenu faible ne procèdent pas à une séparation des déchets dangereux et non dangereux, entraînant inévitablement des risques pour la santé et pour l'environnement⁹⁹.

Si les pays à revenu faible doivent faire face à davantage de risques que les pays développés, ces derniers ne sont pas immunisés des risques inhérents à une mauvaise élimination des déchets autant sanitaires qu'environnementaux. Il va de soit que ces risques entourant une mauvaise élimination des déchets par les établissements de santé (Section 1) nécessitent la mise en place de régimes de responsabilités particuliers autant par l'UE qu'en droit interne (Section 2).

⁹⁸ World Health Organization, « *Water, sanitation and hygiene in health care facilities: status in low and middle income countries and way forward* », 2015, p. 9

⁹⁹ *Op. cit.*, note n° 95

Section 1 : Les risques environnementaux et sanitaires engendrés par une mauvaise élimination des déchets hospitaliers, des risques évitables

Dans la hiérarchie des déchets dressée à l'article 4 de la directive du 19 novembre 2008 relative aux déchets précitée et codifiée dans le Code de l'environnement¹⁰⁰, on retrouve l'élimination en dernière place. Néanmoins, même s'il sera question par la suite de voir que les politiques encouragent la prévention, le réemploi, le recyclage ou encore la valorisation, l'élimination des déchets hospitaliers reste inévitable pour certains d'entre eux. Compte tenu de la pluralité des déchets produits par les établissements de santé existants dont certains ne sont pas dénués de tout risque, il est inévitable que leur élimination entraîne une augmentation des risques à la fois pour l'environnement et la santé humaine (§1). Cependant, l'ensemble de ces risques, ne sont pas totalement inévitables (§2).

§1 – Les établissements de santé devant faire face à des risques environnementaux et sanitaires résultant d'une mauvaise élimination de leurs déchets

Dans la mesure où la principale source de déchets hospitaliers sont les établissements de santé, il va de soit qu'une mauvaise élimination de ces déchets par ces entités peut se révéler néfaste autant pour l'environnement (A) que pour la santé humaine (B).

A) La pollution du fait des rejets résultant de l'incinération des déchets de soins à risques, principale source de risques environnementaux

Les risques environnementaux découlant d'une mauvaise gestion des déchets par les établissements de santé ne sont pas négligeables notamment au regard de la pollution que leur élimination génère. Se dit de l'élimination des déchets « *toute opération qui n'est pas de la valorisation même lorsque ladite opération a comme conséquence secondaire la récupération de substances, matières ou produits ou d'énergie* »¹⁰¹. Cette élimination des déchets « *comporte les opérations de collecte, transport, stockage, tri et traitement* »¹⁰², écartant

¹⁰⁰ Code de l'environnement, art. L. 541-1, II., 2°

¹⁰¹ *Ibid*, art. L. 541-1-1

¹⁰² Code de l'environnement, art. L. 541-2

toutes possibilités de réutilisation, de recyclage et de valorisation des déchets qui s'avèrent particulièrement respectueuses de l'environnement, de la santé humaine et avantageuses économiques, ce que nous aurons l'occasion d'étudier dans une seconde partie.

S'agissant des risques pour l'environnement, l'OMS recense de nombreux impacts négatifs. En France, « *les déchets de soins et assimilés sont soit incinérés, soit prétraités par des appareils de prétraitement par désinfection de telle manière qu'ils puissent ensuite être collectés et traités par les communes et groupements de communes* »¹⁰³. Tout d'abord, l'incinération est la méthode contenant le plus de risques dans la mesure où, telle que le prévoit l'OMS, une incinération imparfaite ou inadaptée peut entraîner le rejet de polluants et de résidus de cendres dans l'atmosphère, nocifs à la fois pour l'environnement mais qui vont également avoir des répercussions sur la santé. Effectivement, une certaine quantité de métaux toxiques peut être rejetée dans l'environnement lors de l'incinération de métaux lourds ou de matériaux contenant une grande quantité de métal parmi lesquels peuvent se retrouver des déchets hospitaliers. S'agissant de la banalisation des déchets, les risques sont moindres dans la mesure où elle produit des résidus désinfectés qui peuvent être assimilés à des ordures ménagères et traités comme tels par la suite. Force est de constater que la banalisation va être la solution la plus respectueuse quant à l'élimination des déchets de soins mais nous pouvons déplorer qu'elle reste encore trop peu utilisée par les établissements de santé qui préfèrent généralement l'incinération car moins onéreuse.

Parallèlement à ces risques, nous pouvons également évoquer celui qui découle de l'entreposage des déchets par les établissements de santé dans un local dédié. Ces risques sont réels dans la mesure où un mauvais ou trop long entreposage peut entraîner des risques environnementaux. C'est pourquoi il a été nécessaire de réglementer les délais d'élimination des DASRI entre la production et le traitement afin de limiter les risques¹⁰⁴. Ainsi, nous verrons que la législation va tenir compte de délais variables en fonction de la quantité de déchets produits, participant ainsi à la réduction des risques liés à l'entreposage de ces produits. Enfin, un dernier risque va résulter du transport des déchets dès lors qu'ils sont pris en charge pour y être traités en dehors de l'établissement. Ainsi, pendant cette phase de transports, les risques sont décuplés, pouvant entraîner de graves conséquences sur

¹⁰³ CSP, art. R. 1335-8

¹⁰⁴ Arrêté du 7 sept. 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques

l'environnement en cas d'accident. Toute cette pollution environnementale n'est pas sans conséquences sur la santé humaine qui, en plus d'être impactée par le rejet de certains agents pathogènes va devoir faire face à des risques plus indirects.

B) Des risques indirects sur la santé en France mais pas moins pernicieux

Quand il est question d'évoquer les risques consécutifs à une mauvaise élimination des déchets sur la santé, il est nécessaire de préciser que ces risques ne concernent pas uniquement les patients des établissements de santé mais également les visiteurs, les professionnels de santé ainsi que le grand public en général. Nous venons de voir le rejet d'agents pathogènes dans l'atmosphère constitue un risque pour la santé mais il en existe d'autres.

Pour faire un état de la situation mondiale, le principal risque entourant l'élimination des déchets hospitaliers est une contamination *via* des déchets pointus ou tranchants, qui relèvent de la catégorie des DASRI. Ces risques touchent principalement les pays à revenu faible ou intermédiaire dans la mesure où il est possible que du matériel d'injection soit réutilisé. De fait, en 2010, une enquête de l'OMS estime à 33 800 nouvelles infections au VIH causées par des injections pratiquées de mauvaises conditions de sécurité. Ce chiffre monte à 31 500 concernant l'hépatite C et jusqu'à 1,7 millions de personnes concernées pour l'hépatite B¹⁰⁵. Il faut néanmoins indiquer que selon l'OMS, ces risques ont considérablement baissés grâce aux efforts déployés afin de réduire la réutilisation de matériel d'injection. Il faut néanmoins préciser que ces risques sont extrêmement rares en France dans la mesure où la réglementation relative aux objets pointus ou tranchants est très rigoureuse.

De fait, en France, les risques sanitaires du fait d'une mauvaise élimination des déchets de soins sont tout autres et plus indirects. Outre les risques cancérogènes qui proviennent d'une incinération de matériaux contenant du chlore, il est également possible de contracter des infections nosocomiales du fait d'une mauvaise gestion des déchets de soins au sein des établissements de santé. Les infections nosocomiales peuvent être définies comme

¹⁰⁵ *Op. cit.* note n° 95. Cela s'explique par le risque plus élevé qu'à une personne blessée par une aiguille déjà utilisée sur un patient infecté par le virus de l'hépatite B (30% de risques) par rapport à l'hépatite C (1,8% de risques) et le VIH (0,3% de risque), virus qui comportent moins de probabilité pour une victime d'être infectée.

étant « *les infections associées aux soins contractées dans un établissement de santé* »¹⁰⁶. Ces infections touchent en moyenne 5% des patients hospitalisés, représentant environ 75 000 infections par ans et 4 000 décès directs en France¹⁰⁷. Ces infections sont majoritairement endogènes, c'est à dire que le patient se contamine lui même par ses propres germes. Cependant, les infections peuvent également être exogènes si elles sont causées par le personnel médical ou par l'environnement. Ce sont ces dernières qui peuvent découler d'une mauvaise gestion des déchets de soins dans les établissements de santé, créant ainsi un environnement propice au développement de bactéries, pouvant entraîner de telles infections. Malheureusement, bien que ce constat soit une certitude, il s'avère quasiment impossible d'opérer une estimation du nombre d'infections causés par les déchets hospitaliers. Néanmoins, qu'ils s'agissent des risques environnementaux ou sanitaires, ils relèvent en grande partie des DASRI, déchets qui ne sont pas les plus nombreux. Nous pouvons donc être optimistes quant à une réduction des risques dans la mesure où les politiques pourront se concentrer sur ces déchets particulièrement. Cela n'empêche néanmoins pas les politiques internes des établissements de santé d'œuvrer afin de rendre ces risques évitables et ainsi réduire les conséquences dommageables que nous venons d'évoquer.

§2 – Des risques majoritairement évitables en ciblant leur cause

Si la majorité de ces risques engendrent de graves conséquences à la fois pour l'environnement et pour la santé, ils ne sont néanmoins pas inévitables. En effet, dans la mesure où les effets indésirables découlent souvent d'une mauvaise élimination des déchets de soins par les établissements de santé (A), il est néanmoins possible d'améliorer la situation qui n'est pas inévitable (B).

A) La détermination des raisons d'une mauvaise élimination des déchets hospitaliers

Si la volonté est d'agir afin de réduire les risques liés à une mauvaise élimination des déchets hospitaliers par les établissements de santé, il est nécessaire dans un premier temps de cibler les causes de survenu de ces risques qui sont diverses. Ainsi, nous pouvons estimer que la principale est due à la complexité et la pluralité auxquelles les établissements de santé sont

¹⁰⁶ CSP, art. R. 6111-6

¹⁰⁷ Résultats de l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, Santé publique France, mai-juin 2017

confrontés concernant les déchets hospitaliers. Comme nous avons pu le voir précédemment, les déchets hospitaliers sont différenciés en fonction de leur dangerosité. Si une classification a permis d'identifier dans les grandes lignes les déchets à risques, il se peut que certains déchets ne soient pas dépourvus de dangerosité alors même qu'ils ne sont pas catégorisés ainsi. En effet, les missions exercées dans les établissements de santé, voire les patients eux-mêmes, peuvent infecter des déchets qui ne le sont pas initialement. Cette complexité peut amener à un mauvais tri des déchets, allant de paire avec une augmentation des risques à la fois environnementaux s'ils ne sont pas éliminés correctement au regard de leur dangerosité, ou pour la santé s'ils ne font pas l'objet d'une vigilance particulière de la part des professionnels de santé.

Outre la complexité à l'égard de ces déchets, l'OMS met en lumière plusieurs autres raisons de cet échec quant à la bonne élimination des déchets¹⁰⁸. Ainsi, il est fait état qu'une certaine méconnaissance des dangers sanitaires de la part des professionnels de santé peut être le résultat d'une formation insuffisante portant sur la gestion des déchets. L'OMS va également remettre en cause une insuffisance quant aux ressources à la fois financières et humaines. Enfin, l'OMS déplore le peu d'importance accordée à ce sujet dans les établissements de santé. Dans la mesure où les principales missions sont notamment le diagnostic, le traitement et la prise en charge des patients, il est inévitable que les déchets ne constituent pas une priorité dans la politique des établissements, quant bien même elle est essentielle à la sécurité sanitaires de ces derniers. Si ces risques sont encore d'actualité, nous pouvons néanmoins préciser qu'ils ont tendance à diminuer grâce aux actions mises en place notamment par la législation française aboutissant à une meilleure prise en compte des déchets au sein des établissements.

B) L'amélioration perpétuelle des moyens mis en œuvre pour l'élimination des déchets hospitaliers

L'amélioration dans l'élimination des déchets afin d'aboutir à la meilleure sécurité sanitaire possible se fait à plusieurs échelles. Tout d'abord, l'OMS a proposé des possibilités d'amélioration en préconisant une meilleure sensibilisation des acteurs impliqués dans l'élimination des déchets au sein des établissements de santé sur les pratiques à adopter

¹⁰⁸ *Op. cit.*, note n° 95

permettant de garantir leur sécurité et d'atténuer les risques existants¹⁰⁹. Le droit européen va également énoncer que, non seulement le principe de précaution s'applique en matière de gestion des déchets hospitaliers mais également le principe de proximité. « Selon ce principe, les déchets doivent être éliminés le plus près possible du lieu où ils ont été produits »¹¹⁰. Cela permet d'éviter les risques liés au transports des déchets notamment lorsqu'ils sont à risque.

Parallèlement aux recommandations de l'OMS, le ministère de la santé et des sports a également œuvré pour une réduction des risques en prévoyant la mise en place d'une information et d'une formation de tous les acteurs de l'établissement producteur, le port d'une tenue spécifique et un comportement adapté aux circonstances d'exposition, une gestion rigoureuse de l'élimination des DASRI et enfin une maîtrise de l'hygiène et de la sécurité pour l'ensemble des étapes de la filière d'élimination¹¹¹. S'ajoutant aux recommandations émises au niveau mondial par l'OMS et national par des guides techniques, le Code de la santé publique va activement participer à la réduction des risques inhérents à l'élimination des déchets dans la mesure où il prévoit que « *les déchets d'activités de soins et assimilés [...] doivent être, dès leur production, séparés des autres déchets* »¹¹². Pour se faire, la classification des déchets de soins à risques, telle que précédemment vue, est une grande avancée dans la réduction des risques dans la mesure où elle met l'accent sur les produits qui peuvent être dangereux lors de leur élimination et de fait permet aux agents en charge de cette élimination d'être particulièrement vigilants. Cette mesure prend forme dans les établissements de santé avec la distinction de poubelles prévues pour les déchets sans risques avec un sac noir, des poubelles de couleur jaune exclusivement réservées au recueil des DASRI. Cette différenciation visuelle a pour avantage de réduire les erreurs par le personnel médical. La réglementation française va également établir des règles propres à l'élimination des DASRI en prévoyant la durée maximum entre la production des déchets et leur élimination¹¹³. Ainsi, « *la durée entre la production effective des déchets et leur incinération ou prétraitement par désinfection* » varie entre 72 heures et 3 mois en fonction de la quantité de déchets produits¹¹⁴. Cela permet ainsi de limiter les risques compte tenu de la dangerosité de ces déchets. En matière de DASRI, le législateur ne s'est pas arrêté à leur entreposage mais

¹⁰⁹ *Ibid*

¹¹⁰ Commission des communautés européennes, Livre vert sur les services d'intérêt général, 21 mai 2003, p. 11

¹¹¹ *Op. cit.*, note n° 91, p. 8

¹¹² CSP, art. R. 1335-5

¹¹³ Arrêté du 7 sept. 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques

¹¹⁴ *Ibid*, Titre Ier, Art. 2

s'est également intéressé à leur l'incinération en fixant les conditions dans lesquels ces derniers doivent être éliminés¹¹⁵. De plus, s'ajoute à cela le fait qu'il est incontestable que les méthodes actuelles sont de plus en plus innovantes afin de limiter la pollution notamment lors de l'incinération avec des incinérateurs modernes pouvant atteindre des températures suffisamment élevées afin de réduire au maximum les risques liées à cette pratique. Le CSP prend en outre des mesures de contrôles pouvant obliger les établissements de santé à veiller à une bonne gestion des déchets. C'est ainsi que les personnes en charge de l'élimination des déchets, en l'occurrence les établissements de santé, « *doivent, à chaque étape de l'élimination des déchets, établir les documents qui permettent le suivi des opérations d'élimination* »¹¹⁶. Ces documents ont l'avantage de discipliner les établissements quant à la gestion des déchets dans la mesure où l'élimination sera tracée. Ils permettent également de procéder à un contrôle et, le cas échéant, d'engager la responsabilité des établissements en cas de manquement à leur obligation de sécurité.

Section 2 : La mise en place de régime de responsabilités pour les établissements de santé du fait des déchets hospitaliers, des dispositifs européens et français ne poursuivant par la même protection mais complémentaires l'un de l'autre

Dans la mesure où les politiques européennes et françaises relatives à la gestion des déchets sont orientées de manière à « traiter les déchets d'une manière qui ne soit pas nocive pour l'environnement et la santé humaine »¹¹⁷, on a progressivement vu apparaître des mécanismes engageant la responsabilité des acteurs afin d'aboutir à une meilleure gestion des déchets qui soit. Ces mécanismes de responsabilités, différents et plus ou moins efficaces, ne poursuivent pas la même protection. En effet, si la protection de l'environnement a été de prime abord prévue par le droit international ou européen avant d'être transposée en droit interne (§1), ce dernier va quant à lui s'attarder sur la protection de la personne humaine en prévoyant des mécanismes de responsabilités des établissements de santé qui se détachent de la législation européenne sans pour autant aboutir à une jurisprudence qui soit riche en la matière (§2).

¹¹⁵ Arrêté du 20 sept. 2002 relatif aux installations d'incinération et de co-incinération de déchets non dangereux et aux installations incinérant des déchets d'activités de soins à risques infectieux

¹¹⁶ CSP, art. R. 1335-4

¹¹⁷ *Op. cit.*, note n° 79, (2)

§1 – Les dispositions issues du droit international et de l’Union européenne, des mesures de protection de l’environnement efficaces mais améliorables

A l’instar de la réglementation française quant à la gestion des déchets qui est le fait de mesures européennes, il en est de même quant à certains mécanismes de responsabilité tels que le principe du pollueur-payeur (A) ou de la responsabilité élargie du producteur (B) qui comportent tous deux des limites concernant les déchets hospitaliers à différents égards mais ont pour but la protection de l’environnement.

A) Le principe du pollueur-payeur, un garant limité du respect de l’environnement

Lorsqu’il est question de la gestion des déchets à la lumière du droit environnemental, il est impératif d’évoquer le principe du pollueur-payeur. Défini pour la première fois par l’OCDE en 1972¹¹⁸, cette notion vise à « l’imputation des coûts des mesures de prévention et de lutte contre la pollution »¹¹⁹ sur le pollueur. Le pollueur, défini en 1975 au niveau communautaire, est « celui qui dégrade directement ou indirectement l’environnement ou crée des conditions aboutissant à sa dégradation »¹²⁰. Particulièrement utilisé en matière de déchets, ce principe s’impose également au producteur du déchet, alors même que ce dernier aurait remis ses déchets à une tierce personne. Si la Communauté européenne a donné une définition du pollueur en 1975, il a néanmoins fallu attendre l’AUE en 1986 pour que ce principe soit officiellement reconnu¹²¹.

Ce n’est qu’en 1995 par la loi Barnier que ce principe a été reconnu en France¹²² avant d’être codifié dans le Code rural¹²³ devenant ainsi un des quatre principes généraux du droit de l’environnement en France aux côtés des principes de précaution, d’action prévention et de correction et de participation. En France, on peut rattacher ce principe au fait que « *tout fait quelconque de l’homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui la faute duquel il est*

¹¹⁸ Recommandation du Conseil sur les principes relatifs aux aspects économiques et politiques de l’environnement sur le plan international, 26 mai 1972

¹¹⁹ Analyse et Recommandations de l’OCDE, OCDE/GD (92) 81, *Le principe pollueur-payeur*, 1992, p. 5

¹²⁰ 75/436/Euratom, CECA, CEE, Recommandation du Conseil du 3 mars 1975 relative à l’imputation des coûts et à l’intervention des pouvoirs publics en matière d’environnement

¹²¹ AUE, n° L 169/6, Titre VII, art. 130 R, 29 juin 1987

¹²² Loi n° 95-101 du 2 févr. 1995 relative au renforcement de la protection de l’environnement, JORF n° 29 du 3 févr. 1995, art. 1^{er} qui dispose que « *le principe pollueur-payeur, selon lequel les frais résultant des mesures de prévention, de réduction de la pollution et de lutte contre celle-ci doivent être supportés par le pollueur* »

¹²³ Code rural, art. L. 200-1

arrivé à le réparer »¹²⁴. Cependant, ce principe ne s'arrête pas à cette conception, sans quoi cela « reviendrait à refuser à ce principe un contenu propre »¹²⁵ et soit ainsi assimilable en tout point au principe de responsabilité pour faute.

Pour en revenir aux déchets, il est indiqué que « *les coûts de la gestion des déchets, y compris ceux liés aux infrastructures nécessaires et à leur fonctionnement, sont supportés par le producteur initial de déchets ou par le détenteur actuel ou antérieur des déchets* »¹²⁶. Ainsi, concernant les déchets hospitaliers, ce principe peut s'appliquer à la fois aux établissements de santé en tant que producteurs de déchets, mais il est également possible de confier cette élimination par une convention à une autre personne dans la mesure où elle est en mesure de procéder à ces opérations¹²⁷.

Cependant, nous pouvons indiquer que ce principe n'est pas sans limites. Tout d'abord, il est difficile d'évaluer correctement l'impact économique des dégradations environnementales causées par la pollution. Il peut également être complexe d'identifier les responsables d'une telle pollution. Bien qu'en matière de déchets hospitaliers, nous avons vu que la réglementation est assez stricte quant au suivi des déchets, il faudra néanmoins déterminer si on impute la faute au producteur des déchets, à savoir l'établissement de santé, ou un tiers si les déchets ont été confiés à une société en vue de leur élimination. Enfin, une dernière limite tient au fait que cela n'empêche pas un impact environnemental en tant que tel. En effet, sous condition de payer, nous pouvons imaginer que certains établissements peuvent se contenter de verser l'indemnisation plutôt que de prendre les mesures en amont afin d'éviter la pollution. En revanche, s'agissant des établissements de santé, il y a fort à parier que rares sont ceux animés par cette volonté dans la mesure où leur budget est si important et contrôlé qu'ils ont tout intérêt à prendre des mesures en amont afin d'éviter de telles sanctions. De ce principe qui reste perfectible à bien des égards a été créé le principe de la responsabilité élargie du producteur, plus large que le principe du pollueur-payeur mais qui comporte également certaines limites quant aux déchets d'activités hospitaliers.

¹²⁴ Code civil, art. 1240

¹²⁵ P.-M. DUPUY, J. E. VIÑUALES, *Introduction au droit international de l'environnement*, Bruylant, juin 2015, p. 106

¹²⁶ *Op. cit.*, note n° 83, art. 14

¹²⁷ CSP, art. R. 1335-3

- B) Le principe de la responsabilité élargie du producteur en tant qu'application du principe pollueur-payeur, un pas du droit communautaire dans le droit français quant à la gestion des déchets au sein des établissements de santé

La responsabilité élargie du producteur (REP) a été posée par la directive du 10 juillet 1975, aujourd'hui remplacée par la directive cadre du 19 novembre 2008 toutes deux précitées, prévoyant que « *conformément au principe du pollueur-payeur, le coût de l'élimination des déchets [...] doit être supporté par le détenteur qui remet des déchets à un ramasseur ou à une entreprise [...], les détenteurs antérieurs ou le producteurs du produit générateur de déchets* »¹²⁸. Cette REP est donc une application du principe pollueur-payeur tout en étant plus large dans la mesure où le pollueur n'est pas uniquement le consommateur lorsqu'il se débarrasse de ses déchets après usage mais également le producteur dans la mesure où il a pensé et conceptualisé le produit. Ce dernier conserve alors une part de responsabilité jusqu'à la fin de vie du produit. Ce principe a pour but d'inciter les producteurs à réduire les incidences environnementales dès la conception des produits en l'adaptant¹²⁹ aux exigences environnementales. Outre cet objectif, la REP a également un aspect économique pour les collectivités locales en souhaitant transférer la charge des déchets de ces dernières vers les producteurs.

La responsabilité élargie du producteur a été codifiée à l'article L. 541-10 du Code de l'environnement qui dispose qu'il « *peut être fait obligation aux producteurs, importateurs et aux distributeurs de ces produits ou des éléments et matériaux entrant dans leur fabrication de pourvoir ou de contribuer à la prévention et à la gestion des déchets qui en proviennent* ». Bien qu'apparue dès 1975 dans la législation, il faudra néanmoins attendre 1992 pour que la première filière nationale et règlementée de REP soit mise en place concernant la collecte des emballages ménagers¹³⁰. A ce jour, il existe une vingtaine de filières REP dont une filière propre aux DASRI concernant les patients en auto-traitement instauré en 2009¹³¹. Bien que la filière REP propre aux DASRI soit la plus petite en terme de tonnage parmi l'ensemble des filières REP en France avec 770 tonnes par an, sa mise en place permet de répondre aux

¹²⁸ *Op. cit.*, note n° 79, cons. 1

¹²⁹ « La responsabilité élargie du producteur et la concurrence », RTDEur., strada lex Europe, 2014/1, p. 73

¹³⁰ ADEME « Les filières à responsabilité élargie du producteur, panorama », 2017

¹³¹ Loi n° 2008-1425 du 27 décembre 2008 de finances pour 2009, JORF n° 0302 du 28 décembre 2008, p. 20224, texte n°1

risques liés à ces déchets qui touchent principalement les personnels gérant ces derniers¹³². En 2017, le Ministère de la Transition écologique et solidaire a estimé à plus de 2 millions le nombre de personnes qui utilisent à domicile des produits médicaux contenant un perforant. Ce chiffre explique la nécessité de mettre en place un système de collecte auprès de 13 500 officines de pharmacie volontaires et 1 000 déchèteries. Cette REP va être limitée dans les établissements de santé dans la mesure où les principaux concernés vont être les patients eux mêmes. Ils ne seront toutefois pas oubliés dans la mesure où les pharmacies à usage interne (PUI) peuvent se porter volontaire à la collecte des DASRI. Les établissements peuvent également jouer un rôle dans l'information des patients afin de les éduquer et les inviter à trier leurs DASRI et de limiter ainsi grandement les risques.

Ces deux mécanismes tirés du droit européen, bien qu'ils se révèlent favorables au regard de la protection de l'environnement et de la réduction des risques en matière de santé, s'avèrent néanmoins limités en ce qu'ils ne peuvent pas nécessairement s'appliquer aux établissements de santé. Néanmoins, nous pouvons espérer une évolution favorable aux déchets hospitaliers avec par exemple la mise en place future d'un REP propre aux établissements de santé afin de les encourager dans leur politique environnementale. Parallèlement à ces mesures de responsabilité propres à la protection de l'environnement prises en droit international et européen qui vont par la suite être intégrées en droit interne, la législation française a élaboré des régimes de responsabilité basés sur la protection de la personne humaine qui vont pouvoir faire effet dans le cadre de la gestion des déchets hospitaliers.

§2 – La responsabilité des établissements de santé français face à une défaillance dans la gestion de leurs déchets complétant les dispositions européennes incomplètes

L'évolution de la responsabilité médicale s'est toujours faite en faveur des victimes, comme en témoigne l'adoption de lois de plus en plus clémentes envers les patients dont la loi Kouchner du 4 mars 2002 s'avère être le parfait exemple. Ainsi, afin de garantir le respect de la santé humaine, le législateur a mis en place des régimes de responsabilités propres aux établissements de santé qui vont pouvoir être engagés en cas de mauvaise gestion des déchets

¹³² ADEME, Activités de soins à risques infectieux des patients en autotraitement, 2014

hospitaliers entraînant des conséquences sanitaires (A). Pour autant, la jurisprudence relative aux déchets hospitaliers ne s'avère pas riche en la matière (B).

A) Une responsabilité pesant sur l'établissement de santé, un mécanisme législatif français

Le Code de la santé publique dispose que « *toute personne qui produit des déchets [...] est tenue de les éliminer* » et que « *cette obligation incombe à l'établissement de santé [...] lorsque ces déchets sont produits dans un tel établissement* »¹³³. Cela signifie qu'en cas de manquement à leur obligation d'élimination des déchets, les responsables peuvent voir engager leur responsabilité pénale dans un but répressif. Cette responsabilité pénale peut s'appliquer aux personnes physiques dès lors qu'il existe une infraction constituée de trois éléments : un élément légal¹³⁴, un élément matériel¹³⁵ et un élément moral¹³⁶, c'est à dire un élément qui soit intentionnel ou non intentionnel¹³⁷. Si les personnes physiques peuvent faire l'objet de sanctions pénales, il en va de même pour les établissements de santé qui peuvent être « *pénalement responsables des infractions commises, pour leur compte, par leurs organes ou leurs représentants* »¹³⁸, responsabilité qui peut éventuellement se cumuler avec celle de la personne physique¹³⁹. Cette responsabilité à visée répressive n'a pas vocation à indemniser les victimes qui devront engager d'autres mécanismes afin d'obtenir réparation de leurs préjudices.

De facto, les victimes peuvent engager la responsabilité judiciaire ou administrative en fonction du statut des établissements de santé concernés tel que la jurisprudence les ont départagé¹⁴⁰ afin de voir leurs préjudices, moraux ou physiques, indemnisés. Ainsi, un établissement public va pouvoir voir sa responsabilité engagée devant le juge administratif quand les établissements de santé privée, qu'ils soient à but lucratif ou d'intérêt collectif, vont être soumis aux juridictions judiciaires. Cette dualité se retrouve également en matière de responsabilité entre la responsabilité pour faute et sans faute dans les établissements de santé publics exclusivement.

¹³³ CSP, art. R. 1335-2

¹³⁴ Code pénal, art. 111-3

¹³⁵ *Ibid*, art. 121-1

¹³⁶ *Ibid*, art. 121-3 al. 1

¹³⁷ *Ibid*, al. 3 et 4

¹³⁸ *Ibid*, art. 121-2

¹³⁹ *Ibid*, al. 3

¹⁴⁰ T. confl., 25 mars 1957, *Chilloux et Isaad Slimane*

Tout d'abord, la responsabilité pour faute repose sur le principe selon lequel il existe une faute, un préjudice et un lien de causalité entre les deux¹⁴¹ permettant l'indemnisation de la victime. Ce principe vaut aussi bien pour les établissements de santé publics que pour les établissements de santé privés dans la mesure où un patient hospitalisé dans un établissement de santé privé peut parfaitement engager la responsabilité de ce dernier s'il apporte la preuve d'un préjudice résultant de son hospitalisation. Dans l'hypothèse où la victime se voit dans l'impossibilité de prouver la faute, le juge peut retenir la faute présumée ce qui a pour effet de renverser la charge de la preuve qui incombait initialement à la victime et qui va désormais peser sur l'hôpital devant apporter la preuve qu'il n'a pas commis de faute imputable au dommage¹⁴². Ce mécanisme, créé en 1958 pour faire face aux préjudices liés aux vaccinations obligatoires, a progressivement été étendu à d'autres pratiques dont les infections nosocomiales. Depuis la loi du 4 mars 2002, ces derniers ont trouvé un régime plus favorable au travers de la responsabilité sans faute.

Le professionnel de santé quant à lui pourra également voir sa responsabilité engagée. Lorsque ce professionnel est agent dans un établissement public, il y a lieu de distinguer entre deux fautes. Tout d'abord la faute personnelle, c'est à dire « la faute qui révèle l'homme avec ses faiblesses, ses passions, ses imprudences »¹⁴³ qui pourra engager la responsabilité civile, disciplinaire voire pénale de l'agent en fonction de la gravité de la faute et de l'intention dolosive. Nous pouvons néanmoins affirmer que rares sont les cas où la faute personnelle de l'agent est retenue¹⁴⁴ et qu'en matière de gestion des déchets, il y a fort à parier que le législateur retiendra plus aisément la seconde option, la faute de service. Cette dernière est vue comme la faute qui n'est animée d'aucun intérêt personnel, pendant l'exercice des fonctions de l'agent et avec les moyens du service¹⁴⁵. Les professionnels de santé exerçant dans des établissements privés sont en revanche plus susceptibles de voir leur responsabilité engagée dans la mesure où leur lien les unissant avec l'établissement et les patients est de nature contractuelle¹⁴⁶. De fait, une erreur dans le tri des déchets notamment des déchets de

¹⁴¹ *Op. cit.*, note n° 124

¹⁴² M.-L. MOQUET ANGER, *Op. cit.*, note n° 65, p. 494

¹⁴³ T. confl., 5 mai 1877, *Laumonier-Carriol*, Lebon 437, concl. LAFERRIERE

¹⁴⁴ voir par exemple : CE 4 juill. 1990, *Société d'assurances « Le Sou Médical »*, n° 63930 dispose que dans la mesure où « le choix d'assurer la nuit le service de garde de chirurgie à domicile et non au sein de l'établissement ne constitue par une faute dans l'organisation du service public hospitalier ». En revanche, le refus de l'agent « de se rendre au chevet de la patiente et de pratiquer sur celle-ci les actes chirurgicaux qui lui incombent » constitue une faute personnelle

¹⁴⁵ T. confl., 19 oct. 1998, n° 03131

¹⁴⁶ Cass., civ., 20 mai 1936, *Dr. Nicolas c/ Mercier*, D. 1936.I.88

soins comportant un risque peut engager la responsabilité du responsable de l'établissement à partir du moment où la faute est détachée de la personne qui l'a commise. En revanche, si la preuve d'une telle faute ne peut pas être apportée par la victime, cette dernière pourra engager l'établissement pour faute présumée. Cette technique de la faute présumée, instaurée en 1958 concernant les vaccinations obligatoires, joue également en matière de maladies nosocomiales. Ces mécanismes fondés sur une faute va permettre aux victimes de se faire indemniser en cas de préjudice lié aux déchets hospitaliers. Cependant, nous pouvons imaginer que régulièrement les patients se retrouveront dans l'impossibilité d'établir une telle faute.

Si en principe, « la responsabilité reste [...] une responsabilité pour faute avérée »¹⁴⁷ voire présumée, le principe d'une responsabilité sans faute s'est progressivement imposée au sein des établissements de santé publics toujours dans un but de protection des victimes, leur permettant d'être indemnisées quand bien même aucune faute n'est révélée. Il va être question de voir que les établissements de santé vont pouvoir voir leur responsabilité engagée sur ce principe lorsqu'une défaillance dans l'élimination de leurs déchets entraîne une infection nosocomiale. « Habituellement fondée soit sur la théorie du risque, soit sur la rupture d'égalité devant les charges publiques, la responsabilité sans faute de l'administration a été retenue par le juge administratif pour engager la responsabilité des hôpitaux soit envers les usagers, soit envers les tiers »¹⁴⁸. Issue de la jurisprudence à la fin du 19^{ème} siècle¹⁴⁹, cette théorie s'est notamment imposée en matière d'infections nosocomiales et c'est par le biais de cette responsabilité que les victimes infectées par des maladies nosocomiales, vont pouvoir obtenir réparation. Par ailleurs, progressivement est apparu un véritable régime législatif d'indemnisation pour les maladies nosocomiales qui va venir pallier le manque de jurisprudence en matière de gestion des déchets hospitaliers.

¹⁴⁷ D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, Les mémentos, Dalloz, 9^e éd., Dalloz, 2016, p. 275

¹⁴⁸ M.-L. MOQUET-ANGER, *Op. cit.*, note n° 65, p. 497

¹⁴⁹ CE 21 juin 1895, *Cames*, n° 82490 qui indique que bien que « l'accident n'est imputable, ni à la négligence, ni à l'imprudence » de l'ouvrier victime, « le Ministre de la guerre n'est pas fondé à soutenir que l'Etat n'a encouru aucune responsabilité », créant ainsi le principe de la responsabilité sans faute

- B) Une jurisprudence pauvre en cas de manquement à des obligations de gestion des déchets hospitaliers pouvant être contrebalancée par un régime fort d'indemnisation des maladies nosocomiales

La jurisprudence française en matière de responsabilité des établissements du fait d'une carence dans la gestion de leurs déchets se révèle être très pauvre. Concernant les déchets hospitaliers, seule une affaire de contamination au virus VIH d'un employé d'un service de ramassage des ordures ménagères par une piqure d'aiguille de seringue déposée dans un sac poubelle est à recenser¹⁵⁰.

Nous pouvons expliquer ce vide jurisprudentiel par la richesse *a contrario* du régime d'indemnisation des maladies nosocomiales. Effectivement, comme nous l'avons vu précédemment, il se peut qu'une mauvaise gestion des déchets entraîne le développement d'une maladie nosocomiale chez un patient au cours d'une hospitalisation. C'est la loi Kouchner qui, en plus d'unifier certaines règles substantielles à l'instar de la prescription décennale, a extrait « une part importante du risque médical de la problématique classique de la responsabilité civile en reconnaissant aux victimes des aléas médicaux et nosocomiaux les plus lourds un droit à l'indemnisation financé par la solidarité nationale, cristallisée en un Fonds public, l'Office national de l'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) »¹⁵¹. L'indemnisation va être possible pour les victimes d'une infection nosocomiale à compter du 5 septembre 2001. Le dispositif tel qu'il a été édicté dans la loi de 2002 prévoyait que la victime disposait d'un régime de présomption de faute dans la mesure où « pour s'exonérer de sa responsabilité en cas de survenue d'une infection nosocomiale, il incombe à l'hôpital de rapporter la preuve d'une cause étrangère »¹⁵². S'agissant de la responsabilité du professionnel de santé, il appartenait à la victime elle-même d'apporter la preuve de la faute de ce dernier, ce qui était dans les faits compliqué. C'est pourquoi, le 30 décembre 2002, le législateur a revu les mécanismes d'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales en distinguant par seuil de gravité¹⁵³.

¹⁵⁰ Cass., 2^e civ., 2 juin 2005, *Société La médicale de France et a. c/ Syndicat des copropriétaires du 50, avenue de Saxe à Paris 15^e et autres*, n° 03-20.011 dans lequel la Cour de cassation dispose que « l'accident ne se serait pas produit si les ordures ménagères de l'immeuble avaient été laissées dans le bac prévu à cet effet pour être enlevées dans des conditions excluant toute manipulation autre que celle du bac lui-même »

¹⁵¹ P. PIERRE, « La responsabilité médicale à l'aune de la loi Kouchner, esquisse d'un bilan d'étape », *Lamy Droit civil*, 1^{er} févr. 2007, supplément au n° 35, p. 14

¹⁵² CAA Lyon, 26 mai 2009, n° 06LY00696, AJDA 2009 n° 36, p. 2987, Infection nosocomiale : le caractère endogène des germes n'est pas une cause étrangère

¹⁵³ Loi N° 2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale

Ainsi, dès lors que le préjudice survenu correspond à un taux d'AIPP supérieur à 25% ou que la victime est décédée, l'indemnisation sera prise en charge par l'ONIAM. *A contrario*, si ce taux n'est pas rempli, l'indemnisation sera prise en charge par les assureurs des établissements de santé. Ainsi, les déchets hospitaliers pouvant être la cause d'infections nosocomiales au sein des établissements de santé ont pour conséquence d'engager la responsabilité de ces derniers de plein droit, qu'ils soient fautifs ou non fautifs. Ce régime, très favorable aux victimes, contrebalance l'absence d'une véritable jurisprudence en matière de déchets hospitaliers dont on imagine la difficulté d'apporter la preuve d'une mauvaise gestion de ces derniers. De fait, nous pouvons affirmer que ces régimes protecteurs des victimes qui vont permettre leur indemnisation systématique s'accordent parfaitement avec la difficulté initiale d'une indemnisation pour de tels dommages.

Pour conclure, ces nombreuses actions mises en place à la fois par les législations européennes et françaises et par les établissements de santé eux-mêmes démontrent d'un intérêt vis-à-vis de ce sujet qui ne peut être que salué. Profitables à l'environnement et à la santé humaine car conscients des risques, les législations sont néanmoins perfectibles notamment les régimes de responsabilités issus de l'UE qui ont du mal à faire leur place au sein des établissements de santé sans pour autant totalement se détourner du domaine de la santé. Il y a donc fort à parier que dans le futur, les évolutions iront dans un sens favorable à la prise en compte des déchets hospitaliers dans la REP notamment. Nous pouvons être positifs quant à ces futures évolutions car depuis quelques années déjà, la politique globale va progressivement se détourner de l'élimination pour s'intéresser à la réutilisation, au recyclage et à la valorisation qui, en plus d'être respectueux de l'environnement et protecteur de la santé humaine, s'avèrent également moins coûteux pour les établissements de santé. Cependant, ces méthodes de gestion des déchets va trouver des limites pour certains déchets qui s'avèrent particulièrement dangereux et vont être classés en marge des déchets hospitaliers, les déchets radioactifs.

Partie 2 – Des enjeux financiers guidant la gestion à des déchets dans le respect de la sécurité des professionnels de santé et des patients et de l’environnement, une sécurité renforcée dans le cadre des déchets de soins radioactifs

Un rapport de la Cour des comptes révèle que pour la première fois depuis dix ans, la dette publique rapportée au PIB a cessé d’augmenter¹⁵⁴, sans pour autant que son montant ne cesse d’augmenter en France. A la fin du premier trimestre 2019, la dette publique au sens de Maastricht s’établit à 2 358,9 milliards d’euros, observant ainsi une hausse de 43,6 milliards d’euros par rapport au trimestre précédent¹⁵⁵. Dans cette dette s’inscrit celle des administrations de la Sécurité Sociale qui s’élève à 225 milliards d’euros en 2016. La soutenabilité de la dette publique devenant de plus en plus difficile, la régulation des dépenses notamment dans le secteur hospitalier s’est imposée ces dernières années. En effet, dans la mesure où les dépenses sociales représentent près de 50% de l’emprunt des administrations publiques, il est apparu nécessaire de réguler les dépenses afin d’éviter tout dérapage budgétaire. C’est ainsi que la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) a été créée par la révision de la Constitution du 22 février 1996 afin de porter un regard sur l’équilibre financier de la Sécurité sociale et de maîtriser les dépenses sociales et de santé. C’est dans ces LFSS que nous allons retrouver l’ONDAM, principal outil destiné à la maîtrise des dépenses de l’assurance maladie. Si jusqu’en 2010 l’ONDAM était systématiquement dépassé, la crise de 2008 a eu pour effet de faire revenir la dette au centre du débat ce qui a eu pour mérite de mettre en place des mesures permettant un respect systématique de l’objectif depuis maintenant neuf ans¹⁵⁶.

Dans la mesure où la gestion des déchets représente 600 millions d’euros pour l’ensemble des établissements de santé¹⁵⁷, il apparaît indispensable de mettre en avant la

¹⁵⁴ Rapport de la Cour des comptes, « La situation et les perspectives des finances publiques », juin 2019, p. 11 indique qu’en 2018, le déficit public s’est élevé à 2,5 points du PIB

¹⁵⁵ INSEE, « A la fin du premier trimestre 2019, la dette publique s’établit à 2 358,9 Md€ », *Information Rapides*, n° 2019-168, 28 juin 2019

¹⁵⁶ E. DOUAT, « La valeur juridique de l’Ondam, apparence et réalité », in : R. Pellet (dir.), *Finances publiques et Santé*, Dalloz, 2011, p. 494

¹⁵⁷ Guide pratique du Ministère des affaires sociales et de la santé, Pour une bonne gestion des déchets produits par les établissements de santé et médico-sociaux, Environnement et santé, mars 2016, p. 12

nécessité de prendre toutes les mesures qui soient les plus respectueuses des budgets alloués en procédant notamment à une bonne estimation de la quantité des déchets et en mettant en place des filières qui soient moins onéreuses afin de ne pas venir alourdir les budgets des établissements de santé (Chapitre 1). En revanche, tous les déchets ne se prêtent pas à cette politique, certains étant, du fait de leur dangerosité, particulièrement onéreux (Chapitre 2).

Chapitre 1 : L'essor des méthodes alternatives de traitements des déchets hospitaliers, des objectifs autant écologiques qu'économiques subordonnés à une bonne estimation de leur quantité

L'élimination des déchets hospitaliers, bien qu'elle soit inévitable et nécessaire, ne pose pas uniquement des problèmes environnementaux et sanitaires mais engendre également des préoccupations financières pour les établissements de santé ; c'est pourquoi la directive-cadre du 19 novembre 2008 l'a placée en dernier dans la hiérarchisation des déchets. Pour se faire, il va être nécessaire d'opérer une étude correcte de la quantité de déchets produits car de cette estimation découlera de nombreuses conséquences financières dans la mesure où le prix d'élimination des déchets sera bien plus élevé si ces derniers s'avèrent à risque (Section 1). Ainsi, il va apparaître nécessaire de limiter l'élimination de ces déchets et d'y préférer leur recyclage ou leur valorisation quand cela est possible (Section 2).

Section 1 : Une volonté continue de diminuer la quantité de déchets hospitaliers, des enjeux économiques et environnementaux

Le Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie a mis en place un programme national de prévention de déchets 2014-2020 visant « à réduire la quantité ou la nocivité des déchets produits »¹⁵⁸. Préalablement, tout laisse à penser que la réduction de la quantité des déchets passe avant tout par une bonne estimation de ces derniers grâce notamment au rôle de l'hygiéniste (§1) aboutissant à mettre en place, lorsque cela est possible, des filières plus respectueuses de l'environnement, de l'économie et de la santé, à l'image de la réutilisation ou le réemploi des déchets (§2).

¹⁵⁸ Programme national de prévention des déchets 2014-2020, Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, 2014

§1 – La nécessité d’une bonne estimation dans la quantité de déchets produits

Au regard des coûts non négligeables entraînés par la gestion des déchets hospitaliers, il paraît nécessaire de procéder à une bonne estimation de la quantité de déchets produits afin d’anticiper au mieux les dépenses et de les maîtriser (A). Cette bonne estimation met en lumière le rôle de l’hygiéniste au sein des établissements de santé qui ne se contente pas uniquement de prévoir à l’avance la quantité de déchets mais veille à la mise en place d’une filière de déchets qui soit la plus économique, écologique et sécuritaire qui soit (B).

A) Une bonne estimation permettant une réduction des coûts pour l’élimination des déchets hospitaliers

« La sincérité a à faire avec la recherche de la vérité, de la transparence »¹⁵⁹. Il semble bon de rappeler les principes budgétaires auxquels les établissements de santé, notamment publics, sont soumis, à l’image du principe de sincérité. Effectivement, « pour donner une image fidèle de l’entité et garantir la qualité et la compréhension de l’information, la comptabilité implique le respect de principes dont le principe de régularité et de sincérité »¹⁶⁰. Ainsi, pour que le budget alloué à l’élimination des déchets soit le plus sincère possible, il faut en amont procéder à une estimation de leur quantité dans la mesure où le prix va être fixé en fonction du résultat de cette estimation. Il est nécessaire d’indiquer que tous les déchets n’ont pas le même coût quant à leur élimination. Ainsi, une tonne de déchets ménagers et assimilés va avoir un coût complet, c’est à dire qu’il comprend l’ensemble des charges (structure, collecte, transports, etc...), qui varie entre 180 et 350 euros pour une moyenne de 242 euros par tonne¹⁶¹. Concernant les DASRI, leurs coûts varient entre 500 et 1 000 euros¹⁶² soit 2 à 3 fois plus. Cet écart significatif entre les deux montre l’importance d’une estimation correcte de la quantité de déchets afin de prévoir au mieux le budget à consacrer à l’élimination de ces derniers. Du fait de la différence de coût, l’idée va être de réduire au maximum la dangerosité des déchets en banalisant les DASRI notamment.

¹⁵⁹ M. BOUVIER, « La sincérité budgétaire et comptable : un principe paradoxal ? », *RFFP*, n° 111, sept. 2010, p. 169

¹⁶⁰ C.-A. DOUSSOT-LAYNAUD, « La qualité des comptes des hôpitaux, condition sine qua non à la performance des outils de gestion et à une évolution managériale majeure », *in* : R. Pellet (dir.), *Finances publiques et Santé*, Dalloz, 2011, p. 239

¹⁶¹ ADEME, *Référentiel national des coûts du service public de prévention et de gestion des déchets*, édition 2017, p. 5

¹⁶² Réussir votre politique DASRI, ARS Ile de France,

Afin de procéder à une estimation qui soit la plus juste possible, les établissements de santé font un suivi régulier de la quantité des déchets *via* une fiche de suivi qui va permettre de déceler une augmentation ou une réduction de la quantité de déchets à éliminer faisant ainsi varier les coûts. Il va être question de voir que, dans cette estimation, l'hygiéniste a un rôle important à jouer. Ce dernier sera aussi en charge de faire diminuer les déchets devant être éliminés en appuyant notamment sur le recyclage, réemploi ou encore la valorisation des déchets faisant ainsi baisser les dépenses dans la mesure où nous allons voir que ces pratiques sont moins coûteuses que ne l'est l'élimination.

B) Le rôle de l'hygiéniste mettant en place la politique de gestion des déchets au sein de l'établissement

La qualité de la prise en charge des patients et l'hygiène des locaux ou des matériels utilisés étant particulièrement importante au sein des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, il est apparu nécessaire de prévoir un spécialiste dans ces entités : l'hygiéniste. Spécialiste de l'hygiène, il est en charge d'organiser, de coordonner et de mettre en œuvre toutes les actions visant à garantir la sécurité et l'hygiène au sein des établissements de santé. S'ajoute à ces missions un volet de prévention du risque infectieux et de la lutte contre les infections nosocomiales qui ne sont pas sans liens avec les déchets. Ainsi, au regard des intérêts autant économiques, environnementaux que sanitaires qu'entraînent la gestion des déchets au sein d'un établissement de santé, il est inévitable que la personne en charge de l'hygiène se doit de s'intéresser à ces questions voire de mettre en place des mesures d'amélioration. De fait, une des missions importantes de l'hygiéniste au sein de ces établissements en matière de déchets hospitaliers va passer par une prévention et une information la plus exhaustive qui soit. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, le Ministère de la santé et des sports a préconisé « une information et une formation de tous les acteurs de l'établissement producteur »¹⁶³ afin de réduire les risques inhérents aux déchets. Ainsi, inviter le personnel à s'impliquer dans le tri des déchets, le recyclage et les inviter à adopter les bons gestes va aboutir à opérer un tri qui soit le plus complet possible. Cette sensibilisation vis-à-vis du tri va pouvoir se faire par de multiples moyens tels que l'affichage ou la signalétique. C'est ici que la classification prend tout son sens, permettant de faciliter les pratiques.

¹⁶³ *Op. cit.*, note n° 91

Par ailleurs, les établissements peuvent mettre en place un comité de développement durable afin d'échanger sur les questions environnementales de l'établissement et mettre en place une véritable filière de tri de déchets aidant à favoriser le recyclage par la suite. La politique propre au développement durable n'étant pas une obligation de la part des établissements de santé, il faut souligner qu'une gestion respectueuse de l'environnement va entièrement dépendre de l'implication et de la volonté de l'établissement en la matière. Le bon déroulement de ces missions va nécessiter un travail en étroite collaboration avec les personnels des établissements de santé, qu'ils soient administratifs ou médicaux. En effet, la gestion des déchets a pour particularité d'être transversale dans la mesure où une politique efficace en la matière n'est possible que si l'ensemble des acteurs y trouvent leur place. Outre la bonne estimation des déchets permettant de réduire les coûts liés à ces derniers, l'élimination reste coûteuse. C'est pourquoi les établissements de santé ont progressivement opté pour de nouvelles politiques, parfois sociales.

§2 – La prévention et le réemploi, des techniques efficaces pour limiter la production de déchets hospitaliers limitant ainsi les impacts environnementaux, économiques et sanitaires

La semaine européenne du développement durable qui s'est tenue du 30 mai au 5 juin 2019 a été l'occasion pour les établissements de développer et de s'intéresser aux questions environnementales. Non sans liens avec l'objectif de diminution de la quantité de déchets à éliminer autant pour des raisons environnementales qu'économiques, les établissements de santé se doivent de faire du personnel hospitalier, des patients et des visiteurs des acteurs dans la diminution de ces déchets (A). Il va également être question de voir que certains établissements adoptent une politique sociale concernant le gaspillage alimentaire (B).

A) La prévention auprès du personnel, des patients et des visiteurs, acteurs majeurs dans la politique de réduction des déchets au sein des établissements de santé

La prévention, placée en première ligne de la hiérarchie des déchets dans l'ordre de priorité dans la législation montre son importance dans la diminution de la quantité de déchets qui doit être réalisée. Ainsi, elle est définie comme étant toutes « *les mesures prises avant qu'une substance, une matière ou un produit ne devienne un déchet* » permettant ainsi de

réduire « *la quantité de déchets* », « *les effets nocifs des déchets produits sur l'environnement et la santé humaine* » et « *la teneur en substance dangereuses des matières et produits* »¹⁶⁴. La prévention est donc un préalable à toute action de recyclage, réemploi ou plus globalement valorisation future des déchets.

S'il semble évident que le personnel hospitalier joue un rôle important dans cette prévention afin de limiter la quantité de déchets produits, il ne faut pas omettre la place non négligeable des patients et des visiteurs dans cette filière. En effet, nous avons vu qu'un tri efficace des déchets hospitaliers permet la réduction des risques sanitaires et environnementaux pour les déchets catégorisés comme étant dangereux ainsi qu'une réduction des coûts. Cela passe impérativement par le respect des règles de tri et de recyclage fixées dans l'établissement par l'hygiéniste. L'établissement peut également prendre des mesures afin de limiter les déchets qui vont s'appliquer à l'ensemble des acteurs afin d'être les plus efficaces qui soient. Ainsi, le réemploi, définit comme étant « *toute opération par laquelle des produits ou des composants qui ne sont pas des déchets sont utilisés de nouveaux pour un usage identique à celui pour lequel ils avaient été conçus* »¹⁶⁵ est le parfait exemple d'une tentative de réduction des déchets car il redonne à ce dernier une utilité et dès lors, ne peut plus être considéré comme un déchet à proprement parler car le détenteur n'a plus l'intention de s'en débarrasser. C'est ainsi que certains établissements optent pour une réduction des déchets en luttant contre l'usage unique des certains produits et dispositifs¹⁶⁶. Il s'agit notamment de limiter la consommation de gobelets à usage unique dont l'utilisation au sein des établissements de santé est particulièrement importante. Pour se faire, ces derniers peuvent procéder de différentes manières en proposant de substituer les gobelets à usage unique par des verres ou des tasses. Si cela pose des difficultés notamment pour les patients et les visiteurs qui ne disposent pas nécessairement de cette vaisselle avec eux, il peut également être proposé de conserver le même gobelet en y annotant son nom dessus. C'est ainsi qu'afin de réduire la quantité de gobelets jetés, certains établissements à l'image de la Clinique et la Maison du Parc (95) ont décidé de mettre à disposition des gobelets réutilisables dans les salles de réunion afin d'enrayer la consommation excessive de gobelets en plastique estimée à pas moins de 225 000 unités par an. Une autre action a été menée dans au Centre RFS

¹⁶⁴ *Op. cit.*, note n° 79, art. 4

¹⁶⁵ *Ibid.*, art. 3, 13)

¹⁶⁶ *Op. cit.*, note n° 94

Gustav Zander (73) consistant à proposer d'utiliser une tasse ou de réutiliser un gobelet plastique dans les machines à café via une touche « stop gobelet ».

Outre le réemploi, la réduction des déchets peut passer par le changement de matériaux ou dispositifs utilisés. C'est ainsi qu'afin de diminuer les bouteilles en plastiques distribuées, certains établissements ont opté pour la mise à disposition des carafes. De mêmes, certaines entités ont fait le choix de limiter la production de déchets de textiles sanitaires notamment en réduisant la taille et le poids des serviettes en papier ou encore en préférant des textiles lavables plutôt que jetables ou à usage unique. C'est ainsi que l'on retrouve dans les blocs opératoires de la Clinique St. Jean de Dieu (75) des tapis en silicone réutilisables faisant office de champs opératoires à usage unique.

Tous ces éléments donnent la possibilité aux établissements de santé de réduire au maximum les déchets qu'ils produisent. Aussi efficaces que ces méthodes puissent paraître, nous devons être lucides quant à la condition des établissements de santé et notamment d'un manque de personnel. Ces modes de fonctionnement peuvent demander une implication supplémentaire des personnels de santé qui ne disposent pas forcément du temps nécessaire. Néanmoins, nous pouvons rester positifs au regard des actions déjà menées dans certains établissements qui vont peut-être en inspirer de nouveaux. En revanche, certains déchets sont inévitables, c'est le cas des restes alimentaires, mais ils peuvent être limités voire faire l'objet d'une politique sociale de la part de certains établissements.

B) La possibilité de mettre en place une filière de dons ou de réemploi des déchets, une politique sociale et environnementale des établissements de santé

« C'est la restauration collective en établissement de santé et médico-sociaux qui enregistre le plus gros volume de gaspillage, avec une moyenne de 264 ± 149 g/repas »¹⁶⁷. En effet, les établissements de santé sont particulièrement touchés par le gaspillage alimentaire et ce, pour plusieurs raisons identifiées par le Conseil National de l'Alimentation (CNA). Tout d'abord, nous pouvons noter que les conditions entourant le repas à l'hôpital ont une influence qui n'est pas des moindres sur la consommation par le patient. Ainsi, les interruptions liées aux soins, l'aide fournie aux patients par les soignants pendant le repas ou

¹⁶⁷ Alimentation en milieu hospitalier, avis n° 78, CNA, 4 juill. 2017, p. 7

encore les difficultés de certains emballages lors de l'ouverture des produits sont autant de raisons faisant augmenter le gaspillage alimentaire. De plus, il n'est pas rare que la dénutrition se développe au cours d'une maladie entraînant inexorablement une perte d'appétit allant de paire avec une perte de produits alimentaires. Ainsi, il a été révélé qu'en moyenne, uniquement 60% du repas est consommé par le patient, engendrant ainsi 40% de restes¹⁶⁸.

Au regard de la quantité importante de restes produits, certains établissements ont fait le choix d'opter pour une politique sociale. Effectivement, plutôt que de jeter les restes alimentaires, le CH du Mans dont la structure représente 1 710 lits et compte près de 4 000 personnels a fait le choix de redistribuer 7 000 repas. La structure qui fabrique autour des 4 200 repas par jour se retrouvait à jeter 4,2 tonnes d'aliments par an. En plus de cela, l'hôpital donne entre 25 et 30 repas à un hôtel accueillant des personnes en situations d'urgence. Ainsi, en plus d'avoir un impact financier dans la mesure où cela permet de ne pas considérer comme déchets des produits encore propres à la consommation, l'aspect social autour de ce projet est intéressant et pourra inciter d'autres établissements à procéder de la même manière.

Outre ces mesures limitant le gaspillage alimentaire, nous pouvons préciser que de manière plus globale, l'alimentation est au cœur des préoccupations des établissements de santé. Si « l'objectif de l'offre alimentaire d'un établissement de santé est d'assurer la couverture des besoins nutritionnels de chacun des patients »¹⁶⁹, il faut souligner l'effort de ces derniers afin de prendre davantage en compte les besoins et les goûts des patients dans le choix des produits. En revanche, une enquête basée sur un indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés (i-satis) menée en 2014 par la Haute Autorité de la Santé (HAS) ayant interrogée 887 établissements pour un total de 59 900 patients ne s'est pas révélée positive. En effet, elle fait état d'un score de 54,3/100 pour la restauration hospitalière contre 65,6/100 3 ans auparavant. Cette étude datant de 2014, nous pouvons préciser que depuis, les politiques sanitaires ainsi que les établissements de santé s'intéressent de plus en plus à une amélioration de l'alimentation profitant à la fois aux patients mais également à ces entités en réduisant les coûts inhérents à l'élimination des déchets. Ainsi, le gouvernement a rédigé un recueil relatif à l'amélioration de l'alimentation dans les EHPAD¹⁷⁰. Parallèlement aux actions gouvernementales, le 13 juin dernier a été organisée la 5^{ème} journée nationale de

¹⁶⁸ *Ibid*, p. 7 - 8

¹⁶⁹ *Op. cit.*, note n° 167, p. 5

¹⁷⁰ Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissement hébergeant des personnes âgées, Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt et Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017

l'alimentation en établissement de santé par l'Union des Hôpitaux pour les Achats (UniHA). Cette action démontre un intérêt croissant de l'alimentation dans les établissements de santé qui peut progressivement amener à réduire les déchets. Cependant, il existe des cas dans lesquels la production de déchets va être inévitable. Ainsi, plutôt que de procéder à leur éliminations, les établissements de santé vont parfois pouvoir opter pour la valorisation des déchets hospitaliers.

Section 2 : La valorisation des déchets, entre nécessité écologique et économique

La valorisation est définie comme étant « *toute opération dont le résultat principal est que des déchets servent à des fins utiles en substitution à d'autres substances, matières ou produits qui auraient été utilisés à une fin particulière, ou que des déchets soient préparés pour être utilisés cette fin, y compris par le producteur de déchets* »¹⁷¹. Cette volonté de donner une place de plus en plus importante à la valorisation des déchets va dans le sens d'une réduction globale des déchets. Initialement davantage portés sur l'élimination de leurs déchets, les établissements de santé ont progressivement mis l'accent sur la valorisation des déchets qui comporte non seulement des enjeux financiers mais également environnementaux. C'est pourquoi les déchets pouvant faire l'objet de valorisation sont nombreux (§1), de même que les techniques qui ont tendance à être de plus en plus innovantes, obligeant parfois les établissements à coopérer entre eux pour pouvoir mettre en place une telle politique (§2) en raison de leurs coûts élevés.

§1 – L'étendue de la valorisation des déchets

Indéniablement, la politique menée en matière de déchets dans les établissements de santé ont mis l'accent sur la valorisation ces dernières années. Cette dernière présente à la fois des avantages économiques et environnementaux (A) et concerne une pluralité de déchets (B).

¹⁷¹ Code de l'environnement, art. L. 541-1-1

A) L'objectif de la valorisation des déchets

Apparue dans la loi du 13 juillet 1992, la valorisation vise « *le réemploi, recyclage ou toute autre action visant à obtenir à partir des déchets des matériaux réutilisables ou de l'énergie* »¹⁷². Valoriser un déchet consiste donc à lui donner de la valeur, s'opposant ainsi à l'idée d'élimination à laquelle on ne peut pas en retirer une quelconque valeur. De fait, la valorisation des déchets va permettre de faire des économies dans la mesure où il va être possible d'en tirer de nouvelles ressources et par la même occasion réduire la quantité de déchets hospitaliers produits. Au delà de l'ambition de l'Etat de mettre en place et favoriser la valorisation des déchets, l'UE n'est pas en reste en adoptant un programme d'action général de l'Union pour l'environnement à l'horizon 2020¹⁷³ dans lequel figure au point 2 la volonté de mettre « l'accent sur la transformation des déchets pour produire des ressources » S'agissant des ressources pouvant résulter de la valorisation, elles sont de trois ordres. La valorisation matière, pouvant être assimilée au recyclage ou au réemploi, consiste à utiliser une partie voire la totalité de la matière dans un nouveau processus de production. Ensuite, peuvent découler de la valorisation des ressources organiques qui vont résulter du compostage et de la méthanisation servant à la régénération des sols et à la création du méthane. Enfin, il y a la valorisation énergétique qui est le résultat de l'incinération des déchets dont la chaleur créée va permettre l'alimentation des systèmes d'électricité et de chauffage. De fait, récupérer cette énergie va permettre de faire des économies de combustibles. Il a été estimé que cette valorisation permet de diminuer de 70% la masse des déchets¹⁷⁴. Les trois types de valorisation vont pouvoir être mis en place dans les établissements de santé au regard de la pluralité des déchets tels que nous l'avons vu précédemment.

B) Une prise en compte de la spécificité des services dans la possible valorisation des déchets

Nous avons vu que les déchets hospitaliers sont composés de trois catégories : les DAOM, les DAS, dans lesquels on trouve les DASRI et enfin les DAE. Si ces trois catégories peuvent faire l'objet de valorisation, elles ne font pas toutes l'objet d'un traitement

¹⁷² Loi n° 92-646 du 13 juill. 1992 relative à l'élimination des déchets ainsi qu'aux installations classées pour la protection de l'environnement, art. 1^{er}

¹⁷³ *Op. cit.*, note n° 78

¹⁷⁴ Comprendre la valorisation des déchets, Compagnie de Gestion et de Traitement des Déchets industriels (COGETRAD), 7 avr. 2016

similaire. Tout d'abord, les DAOM représentent le plus gros de volume de déchets au sein des établissements de santé, il apparaît donc nécessaire de s'attarder sur l'importance de leur valorisation. Nous avons vu précédemment que les déchets alimentaires, c'est à dire « *toutes les denrées alimentaires [...] qui sont devenues des déchets* »¹⁷⁵ sont particulièrement importants dans les établissements de santé. Ces déchets font partie d'un ensemble plus large, les biodéchets, définis comme étant « *les déchets biodégradables de jardin ou de parc, les déchets alimentaires ou de cuisine provenant des ménages, des bureaux, des restaurants, du commerce de gros, des cantines, des traiteurs ou des magasins de vente au détail, ainsi que les déchets comparables provenant des usines de transformation des denrées alimentaires* »¹⁷⁶. De fait, il est important que ces derniers soient valorisés de façon à produire du compost qui peut par la suite être utilisé pour les espaces verts des établissements. De même que les biodéchets, les papiers et cartons vont, dès lors qu'ils ne relèvent pas de la filière des produits dangereux s'ils ont été souillés, pouvoir faire l'objet d'une valorisation par le recyclage. Cette valorisation va être directement liée au comportement du personnel mais également des patients dans la mesure où un tri à la source des déchets est essentiel. Les déchets d'activité économique vont, de la même façon que les DAOM, pouvoir faire l'objet d'une valorisation par rapport à la nature même du produit. Enfin, la question de la valorisation est plus délicate s'agissant des déchets de soins. Il faut préciser que, dès lors que les déchets ne sont pas sans risques, ils ne peuvent faire l'objet d'aucune valorisation dans la mesure où ils devront être soit incinérés, soit banalisés. En revanche, les déchets de soins sans risques ou banalisés vont pouvoir quant à eux faire l'objet d'une valorisation car ils peuvent être assimilés à des déchets ménagers comme nous l'avons vu lors de leur classification, d'où l'importance de la banalisation des déchets. A une moindre échelle, l'incinération va également pouvoir produire de l'énergie mais bien souvent effectuée par une entreprise tierce, l'établissement de santé ne va malheureusement pas en tirer des conséquences bénéfiques.

Ainsi, si la valorisation présente des avantages autant écologiques qu'économiques, le fait que les DASRI ne puissent pas faire l'objet d'une telle gestion est problématique financièrement quand on sait que ce sont les déchets qui coûtent le plus cher aux établissements de santé. Si pour des raisons économiques, ce choix semble contestable, il faut néanmoins raisonner en faveur de la santé humaine car tout laisse à penser qu'une telle gestion des déchets contaminés ou présentant un risque pourrait engendrer des conséquences

¹⁷⁵ *Op. cit.*, note n° 79, art. 3, 4) bis

¹⁷⁶ *Ibid.*, art. 3, 4)

sanitaires importantes pour le personnel en charge de leur valorisation. Nous pouvons donc conclure que, si à ce jour aucune innovation en matière de DASRI n'a été mise en place en vue de leur valorisation, il en va différemment pour d'autres types de déchets.

§2 – Les innovations coûteuses dans la valorisation des déchets hospitaliers amenant une coopération entre les établissements de santé

Afin d'encourager les politiques des établissements en faveur de la valorisation, des techniques de plus en plus innovantes ont vu le jour (A) mais qui nécessitent parfois une coopération entre les établissements de santé pour pouvoir être mises en place (B).

A) Des techniques de plus en plus innovantes en faveur de la valorisation

Nous avons vu que les déchets alimentaires sont les déchets les plus susceptibles de faire l'objet d'une valorisation. En ce sens, depuis le 1^{er} janvier 2012, les gros producteurs de biodéchets, c'est à dire ceux dont la production dépassent 120 tonnes/an de biodéchets, « *sont tenus de mettre en place un tri à la source et une valorisation biologique ou, lorsqu'elle n'est pas effectuée par un tiers, une collecte sélective de ces déchets pour en permettre la valorisation de la matière de manière à limiter les émissions de gaz à effet de serre et à favoriser le retour au sol* »¹⁷⁷. Si la limite des 120 tonnes/an était difficilement atteignable pour les établissements de santé, depuis le 1^{er} janvier 2016 ce seuil est passé à 10 tonnes/an¹⁷⁸ ce qui peut faire entrer cette obligation pour les établissements de santé dans leur champ de compétences car cela correspond à plus de 150 repas par jour. Il y a néanmoins une condition qui tient à ce que l'établissement ne confie pas la restauration collective, principale source des biodéchets, à une prestataire auquel cas c'est à ce dernier que reviendra la charge de mettre en place le circuit de valorisation. Si ces déchets peuvent faire l'objet d'un simple compostage faisant office de valorisation, on a vu apparaitre ces dernières années des procédés plus avancés quant à la valorisation des biodéchets. C'est le cas du déshydrateur thermique qui a pour objectif de transformer les déchets alimentaires en engrais organiques sous forme de granulés. Les premiers à avoir expérimenté cette technique sont le Centre hospitalier Paul-Guiraud situé à Villejuif (94) et le Centre hospitalier de Beauvais (60). Ce dernier, dont la

¹⁷⁷ Code de l'environnement, art. L. 541-21-1, al. 1

¹⁷⁸ Arrêté du 12 juill. 2011 fixant les seuils définis à l'art. R. 543-228 du Code de l'environnement, art. 1^{er}

production annuelle de déchets alimentaires représentait 177 tonnes¹⁷⁹, a fait le choix d'investir dans un déshydrateur thermique qui va avoir pour objectif de réduire jusqu'à 90% du poids des déchets organiques alimentaires en séparant le l'eau de la matière solide. Cette valorisation présente donc l'avantage de réduire la quantité de déchets qu'il faudra pas la suite éliminer et donc ainsi fait baisser les coûts et à la fois d'en tirer une ressource nouvelle. En revanche, cette nouvelle technique innovante a un prix car le déshydrateur thermique a coûté 70 000 euros à l'achat dans l'objectif de réaliser une économie annuelle de 15 000 euros. Il devrait donc entre rentabilisé en cinq ans. Cette dépense, bien qu'elle a pour but d'être amortie, ne peut pas être effectuée par tous les établissements de santé ou alors ces derniers peuvent ne pas avoir une production suffisante de déchets pour que cela soit rentable. Dans ce cas, ils vont pouvoir recourir à une coopération avec d'autres entités afin de rendre la valorisation possible.

B) Une possible coopération entre les établissements de santé dans un but d'acquérir les outils favorables à la valorisation des déchets hospitaliers

Si la valorisation des déchets semble une nécessité à la fois pour l'aspect environnemental et économique, ce dernier point est néanmoins à nuancer s'agissant des établissements de santé n'ayant pas une grande production de déchets ou n'ayant pas les ressources nécessaires à l'achat d'une machine spéciale. En effet, il faut noter que les techniques de valorisation ont un coût que certains ne peuvent pas se permettre. Pour faire face à ce problème et plutôt que d'opter pour l'élimination des déchets, il va être possible pour certains établissements de coopérer afin de mutualiser les outils qui, de fait, traiteront une quantité plus importante de déchets. En plus d'avoir un intérêt économique pour les établissements, la coopération entre les établissements permet aussi de limiter l'impact environnemental en ne multipliant pas les machines. La coopération hospitalière n'a pas fait l'objet d'une définition dans les texte. A ce titre, elle peut être entendue comme « une modalité de rapprochement entre, d'une part, des entités juridiques autonomes, en l'espèce des établissements de santé confrontés à des difficultés qu'ils ne peuvent pas gérer seuls, concrétisée par un projet et une gouvernance partagés d'autre part, et enfin traduite par des instruments juridiques appropriés »¹⁸⁰. Il convient de rappeler qu'il existe deux distinctions

¹⁷⁹ « Beauvais : les déchets alimentaires de l'hôpital transformés en compost », *Le Parisien*, 16 juin 2015

¹⁸⁰ C. KELLER, M.-L. MOQUET-ANGER, P. VILLENEUVE, *L'épreuve de droit hospitalier*, Presses de l'EHESP, juin 2017, p. 93

juridiques : les coopérations organiques et les coopérations fonctionnelles entre les établissements de santé qui vont, pour les premières donner lieu à la création d'une personne juridique tierce uniquement dédiée à la coopération.

Au sein de la coopération dite organique ou institutionnelle, nous allons retrouver le groupement d'intérêt public (GIP). Le GIP a été créé par l'article 21 de la loi du 15 juillet 1982¹⁸¹ pour le domaine de la recherche avant d'être étendu au secteur sanitaire et social en 1987¹⁸². Le GIP est forcément constitué d'une personne morale de droit public mais il peut inclure des personnes de droit privé. Les GIP sont principalement créés « pour la réalisation d'activités communes, en l'occurrence dans le domaine de la santé, ainsi que pour créer ou gérer ensemble des équipements ou des services d'intérêt commun nécessaires à ces activités »¹⁸³. La mutualisation pour la valorisation des déchets peut passer par ce type de coopération mais il faut néanmoins préciser qu'elle comporte des contraintes à l'image de sa constitution qui doit être validée en amont par l'ARS et d'un contrôle de l'Etat par un commissaire du gouvernement dès lors que l'Etat est partie au groupement. Ce formalisme peut donc rebuter les établissements de santé qui vont pouvoir se tourner vers un groupement d'intérêt économique.

Ainsi, le groupement d'intérêt économique (GIE) a pour but de « *faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité* »¹⁸⁴. Très peu formalisé dans sa création, ce type de coopération peut parfaitement s'établir dans le cadre d'une mutualisation en vue de la valorisation des déchets hospitaliers dans la mesure où la raison économique peut être avancée pour cette pratique. De plus, dans la pratique il n'est pas rare que les établissements de santé publics et privés se constituent en GIE dans le but d'acquérir des matériels lourds à l'image du GIE rennais entre le Centre Eugène Marquis et le Centre d'exploration isotopique de Saint-Grégoire pour le partage d'une caméra TEP-TDM. Ainsi, il est tout à fait envisageable d'imaginer la création d'un GIE pour la mutualisation afin d'acquérir une machine permettant de valoriser les déchets et il apparaît comme étant la forme la moins formalisée et donc idéale pour les établissements.

¹⁸¹ Loi n° 82-610 du 15 juill. 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France

¹⁸² Loi n° 87-571 du 23 juill. 1987 sur le développement du mécénat

¹⁸³ M.-L. MOQUET-ANGER, *Op. cit.*, note n° 63, p. 140

¹⁸⁴ Code de commerce, art. L. 251-1

Enfin, le groupement de coopération sanitaire (GCS) est, comme son nom l'indique, une coopération qui va entraîner la création d'une personnalité juridique. Il existe deux types de GCS, le GCS de moyen et le GCS établissement de santé que nous pouvons d'ores et déjà écarter dans la mesure où il entraîne la création à part entière d'un établissement de santé et ce n'est pas le but de la mutualisation en vue de valorisation des déchets. Ainsi, le GCS a été créé par une ordonnance du 24 avril 1996¹⁸⁵ dans le but de « *faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres* »¹⁸⁶. Ce groupe, à but non lucratif¹⁸⁷ poursuit différents objectifs mentionnés dont la réalisation ou la gestion d'équipements d'intérêt commun tels que peut l'être une machine innovante visant à la valorisation des déchets hospitaliers. Le GCS, qui doit comprendre au minimum un établissement de santé, public ou privé, semble être une solution convenable aux établissements n'ayant pas les moyens de disposer seuls d'un déshydrateur thermique par exemple comme nous venons de le voir. Néanmoins, cette coopération reste plus formalisée autant dans sa création, dont la convention constitutive doit être validée par le directeur général de l'ARS, que dans son fonctionnement avec l'élection d'un administrateur par rapport au GIE qui reste idéal pour ce type de mutualisation.

La dernière coopération que nous pouvons citer a été créée par la loi Bachelot du 21 juillet 2009¹⁸⁸ puis modifiée par la loi Santé du 26 janvier 2016¹⁸⁹. C'est une coopération dite fonctionnelle car elle ne va pas être dotée de la personnalité juridique. Il s'agit du groupement hospitalier de territoire (GHT) mis en place afin de « *mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* »¹⁹⁰. Au regard de l'objectif de ces GHT et du fait qu'elle ne concerne en priorité que les établissements de santé public, nous pouvons dire que ce n'est pas le type de coopération adéquate pour mettre en place une valorisation des déchets entre les établissements de santé. Si dans l'ensemble les déchets hospitaliers peuvent faire l'objet d'une valorisation ou d'un recyclage afin de limiter au plus leur élimination et tous les risques que cela engendre, il existe une catégorie de déchets hospitaliers particuliers par leur dangerosité et qui nécessite un traitement à part, il s'agit des déchets radioactifs.

¹⁸⁵ Ordonnance n° 96-346 du 24 avr. 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n° 98 du 25 avr. 1996, p. 6324

¹⁸⁶ CSP, art. L. 6133-1

¹⁸⁷ *Ibid*, al. 3

¹⁸⁸ *Op. cit.*, note n° 67

¹⁸⁹ *Op. cit.*, note n° 69

¹⁹⁰ *Ibid*, art. 107

Chapitre 2 : La réglementation spécifique de la gestion des déchets issus de la médecine nucléaire du fait de la dangerosité des produits

Le 26 avril 1986, l'explosion du réacteur 4 de la centrale nucléaire de Tchernobyl en Ukraine et tous les débats qui ont suivi cette catastrophe relatifs au futur de l'énergie nucléaire ont mis en lumière les risques existants aussi bien s'agissant des matériaux radioactifs que des déchets qui en découlent¹⁹¹. Bien que le nucléaire reste associé aux centrales nucléaires permettant la production d'énergie, il ne faut pas éluder toute son utilité pour la médecine. En France, la Société Française de Médecine Nucléaire et imagerie moléculaire recense 219 services de médecins nucléaires dont 8 se trouvent en Bretagne. Ces services, qui exposent le personnel ainsi que les patients à des rayonnements ionisants et entraînent un risque de contamination radioactive, sont soumis à des obligations du fait de la dangerosité qu'une telle pratique peut engendrer. L'article L. 1333-2 du CSP prévoit que les activités nucléaires doivent répondre aux principes de justification¹⁹², d'optimisation¹⁹³ et de limitation¹⁹⁴. Cette vigilance, qui s'explique par les risques associés à de telles pratiques se retrouve également dans la gestion des déchets issus de ces activités qui ont été progressivement réglementées et encadrées par l'Etat (Section 1). Toutes ces mesures ont abouti à une politique d'amélioration continue dans la sécurité de la gestion de tels déchets en mettant notamment en place des filières de tri, de stockage ou encore une filière propre aux effluents qui représentent une catégories de déchets radioactifs à part entière (Section 2).

Section 1 : Une réglementation particulière du fait de la dangerosité des déchets radioactifs amenant une véritable politique d'information

La gestion des déchets radioactifs par les établissements de santé concernés va obéir à plusieurs principes tels que la protection de l'environnement et la santé humaine. Pour autant, la dangerosité de ces déchets du fait de leur radioactivité va exiger une réglementation particulière afin de limiter tout risques de contamination autant pour l'environnement que

¹⁹¹ U. BEYERLIN, T. MARAUHN, *International Environmental law*, Hart-CH Beck-Nomos, 2011, p. 212

¹⁹² le principe de justification implique qu'une telle activité « ne peut être entreprise ou exercée que si elle est justifiée par les avantages qu'elle procure sur le plan individuel ou collectif »

¹⁹³ le principe d'optimisation induit que « la probabilité de la survenue de l'exposition à des rayonnements ionisants et le nombre de personne exposées doivent être maintenus au niveau le plus faible qu'il est raisonnablement possible d'atteindre »

¹⁹⁴ « selon lequel l'exposition d'une personne aux rayonnements ionisants résultant d'une de ces activités ne peut porter la somme des doses reçues au-delà des limites fixées par voie réglementaire »

pour la santé humaine (§1). Afin de limiter ces risques de contaminations, il appartient aux établissements de santé de prévoir une politique propre à la gestion des déchets radioactifs qui va passer aussi bien par l'adaptation des locaux à une telle mission ainsi qu'une information large auprès de l'ensemble des acteurs concernés (§2).

§1 – La réglementation spécifiques des déchets nucléaires au regard des risques particulièrement importants

Pareillement à ce qui se fait en matière de déchets hospitaliers conventionnels, les déchets hospitaliers radioactifs vont faire l'objet d'une réglementation propre (A) du fait de leur particulière dangerosité (B).

A) Une réglementation propre des déchets nucléaires, une réglementation additionnelle à celle existante déjà en matière de déchets hospitaliers

Le Code de l'environnement va définir les déchets radioactifs comme étant « *des substances radioactives pour lesquelles aucune utilisation ultérieure n'est prévue ou envisagée ou qui ont été requalifiées comme tels par l'autorité administrative* »¹⁹⁵. Au même titre que les déchets conventionnels, les déchets radioactifs vont être catégorisés en fonction de leur dangerosité. Ainsi, on distingue les déchets de haute activité dont la dangerosité va être maximale, les déchets de très faible activité et enfin les déchets de faible activité à vie longue. Si la production annuelle française de tous les déchets radioactifs confondus s'élève à environ 2 kg par habitant, les déchets hospitaliers radioactifs représentent quant à eux 1% du volume des déchets hospitaliers. Malgré la marginalité de ces déchets, il est néanmoins essentiel de les réglementer au regard des risques qu'ils représentent. Bien que les déchets radioactifs vont être encadrés par les articles L. 541-1 et suivants du Code de l'environnement au même titre que les déchets conventionnels, ils vont également faire l'objet de dispositions particulières dont la première va être une loi du 30 décembre 1991 dite loi Bataille¹⁹⁶. C'est à partir de cette date que la gestion des déchets radioactifs va être réglementée afin d'aboutir au « *respect de la protection de la nature, de l'environnement et de la santé, en prenant en considération les droits des générations futures* »¹⁹⁷. S'en est suivie la loi du 28 juin 2006¹⁹⁸

¹⁹⁵ Code de l'environnement, art. L. 542-1-1, al. 5

¹⁹⁶ Loi n° 91-1381 du 30 déc. 1991 relative aux recherches sur la gestion des déchets radioactifs

¹⁹⁷ *Ibid*, art. 1^{er}

qui est venue compléter la précédente en prévoyant notamment l'élaboration d'un plan national de gestion des matières et déchets radioactifs (PNGMDR) qui va être mis à jour tous les trois ans. A ce jour, le 5^{ème} PNGMDR qui est en charge de définir les actions à mener couvrant la période 2019-2021 est toujours en cours d'élaboration. S'ajoute à ce plan un inventaire des matières et déchets radioactifs présents en France. Ainsi, nous pouvons constater que les préoccupations sont les mêmes que les déchets soient radioactifs ou non mais qu'en cas de radioactivité, la vigilance va être renforcée tant les risques environnementaux et pour la santé humaine sont décuplés.

B) Les risques particulièrement importants pour la santé humaine et pour l'environnement

Il faut tout d'abord rappeler qu'à des doses naturelles, la radioactivité ne comporte pas de risques pour l'homme. En moyenne, l'institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) a estimé qu'un français reçoit une dose annuelle moyenne d'environ 4,5 millisievert due à une exposition à la radioactivité naturelle ou médicale¹⁹⁹. Du fait de la présence de nombreux de ces déchets dans les établissements de santé bénéficiant d'un service de médecine nucléaire, il faut être particulièrement vigilant s'agissant des risques qu'ils engendrent. Si nous avons précédemment vu que l'élimination des déchets hospitaliers n'est pas sans risques, ces derniers sont décuplés lorsqu'il s'agit de déchets radioactifs. Etant donné que les déchets radioactifs ont un degré de radioactivité qui n'existe pas dans les autres déchets, les risques émanent de cette concentration de radioactivité vont venir s'ajouter à ceux précédemment évoqués. Il existe ainsi une possibilité d'irradiation externe qui est le résultat d'une trop grande proximité avec les rayonnements émis par les substances contenues dans les déchets. Les risques dus à cette irradiation vont être proportionnels à l'intensité de l'exposition. Il est également possible pour les agents de santé manipulant ces déchets de subir une contamination interne en cas d'inhalation ou d'ingestion de substances radioactives que l'on peut retrouver dans l'air ou encore dans les aliments. Une fois ingérés, les radionucléides vont rester dans les tissus et organes pendant un certain temps durant lequel le corps va être exposé à des rayons ionisants²⁰⁰. De ces risques de contaminations vont découler

¹⁹⁸ Loi n° 2006-739 du 28 juin 2006 de programme relative à la gestion durable des matières et déchets radioactifs

¹⁹⁹ Exposition moyenne de la population aux rayonnements ionisants, Bilan IRSN, 2015

²⁰⁰ Les conséquences post-accidentelles à court terme : dépôts radioactifs et contamination de la chaîne alimentaire, IRSN, avril 2012

des conséquences sur la santé humaine telle que l'apparition de certains cancers. S'il s'agit ici de risques pour la santé humaine, on a vu apparaître plus tardivement des préoccupations concernant l'impact de ces déchets sur l'environnement qui ne sont pas moins importants bien au contraire comme l'histoire en témoigne avec des catastrophes telles que Tchernobly ou plus récemment Fukushima. Dans la mesure où l'objectif ultime vise à ce qu'aucune espèce ne soit menacée²⁰¹, l'approche radio-écologique va être indispensable dans la gestion des déchets radioactifs par les établissements de santé. Outre les risques environnementaux résultant évidemment de la radioactivité, les déchets radioactifs peuvent néanmoins présenter des risques chimiques ou toxiques qui peuvent avoir un double impact sur la santé humaine et sur l'environnement. Au regard de l'ensemble de ces éléments dont la dangerosité implique la gestion particulière de tels déchets, il semble indispensable de procéder à une information et sensibilisation des personnels et patients afin de limiter ces risques.

2§ – L'adaptation nécessaire des établissements de santé ayant un service de médecine nucléaire du point de vue des locaux, des équipements plus onéreux qu'en matière de déchets hospitaliers conventionnels qui vont impliquer une information et sensibilisation particulière

Nous venons de voir que la gestion des déchets radioactifs n'est pas sans risques et c'est pourquoi il va falloir que les établissements de santé soient particulièrement exigeants dans l'adaptation de leurs locaux afin de limiter les risques de contaminations aussi bien pour le personnel soignant que pour les patients en prévoyant une véritable politique d'information relative aux équipements d'élimination (A) et des zones de stockage pour la décroissance des déchets radioactifs (B) quitte à ce que ces mesures soient plus onéreuses.

A) La sensibilisation et l'information nécessaire des personnels et patients

De même qu'avec la politique de valorisation et de recyclage des déchets hospitaliers, le rôle de l'hygiéniste va trouver sa place dans la sensibilisation et l'information auprès des personnels et des patients qui vont, à des degrés différents, être exposés à un risque de contamination radioactive. La loi précitée de 2006 dans sa version consolidée du 9 août 2019 dispose que « toute personne a le droit d'obtenir [...] les informations détenues [...] sur les

²⁰¹ A. RANNOU, « La gestion des matières radioactives : les impacts sur la santé et l'environnement », IRSN

risques liés à l'exposition aux rayonnements ionisants [...] et sur les mesures de sûreté et de radioprotection prises pour prévenir ou réduire ces risques ou exposition »²⁰². Dans le but de permettre une gestion des déchets radioactifs qui soit la plus dénuée de risques possibles, il est nécessaire de mettre en place une véritable politique d'information et de sensibilisation non seulement du personnel hospitalier mais également auprès des patients. Une enquête menée en 2010²⁰³ indique que les infirmiers et sages-femmes salariés sont les plus exposés aux radiations et rayonnements (11,5%), suivis des médecins et assimilés (8,0%), des aides-soignants (7,1%) et enfin l'ensemble des familles professionnelles (3,3%). Les personnels qui sont davantage concernés par le tri des déchets participent à la réduction de contamination en évitant le contact des déchets radioactifs avec d'autres personnes afin de protéger leur santé. Les patients quant à eux vont être sensibilisés dès lors qu'ils se voient administrer un produit radioactifs. A partir de ce moment, ils vont eux-mêmes être radioactifs pendant toute la durée de vie du produit injecté ou ingéré. Dès lors, ils vont devoir être particulièrement vigilants notamment au sujet de leurs effluents que nous verrons par la suite. Dans cette hypothèse, le rôle de l'hygiéniste va prendre tout son sens en mettant notamment en place une information et une signalétique adaptée au grand public. Hormis le fait de réduire les risques environnementaux et sanitaires, une information conduisant à un tri efficace des déchets radioactifs conduit également à une réduction des coûts dans la mesure où ces derniers sont plus onéreux que les déchets hospitaliers non radioactifs autant dans leur élimination que dans leur prise en charge. Réduire la quantité de déchets radioactifs conduit à réduire les coûts. En revanche, certains seront inévitables, c'est le cas des installations et équipements qui vont être onéreux pour les établissements.

B) La prise en charge et le stockage des produits pendant la décroissance jusqu'à leur élimination

Les politiques ayant pris conscience des risques vont obliger les établissements de santé disposant d'un service de médecine nucléaire à mettre en œuvre « *des moyens et mesures permettant d'assurer la protection de la santé publique, de la salubrité et de la sécurité publiques, ainsi que de l'environnement, contre les risques ou inconvénients résultant des rayonnements ionisants liés à l'exercice de cette activité ou à des actes de*

²⁰² *Op. cit.*, note n° 198, art. 19, I.

²⁰³ Enquête surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer) s'est déroulée de janvier 2009 à avril 2010 en France métropolitaine et à La Réunion auprès de 47 983 salariés

malveillance, et ce dès la mise en place de l'activité à la phase postérieure à sa cessation »²⁰⁴. Pour se faire, la gestion des déchets va être primordiale afin d'assurer la protection de la santé et de l'environnement. La gestion des déchets radioactifs va être définie comme comprenant « *toutes les activités liées à la manipulation, au prétraitement, au traitement, au conditionnement, à l'entreposage et au stockage des déchets radioactifs, à l'exclusion du transport hors site* »²⁰⁵. C'est pourquoi les établissements de santé vont devoir être particulièrement vigilants aux locaux de stockage et d'entreposage qui peuvent faire l'objet de risques particulièrement importants. En amont de cela, les déchets vont faire l'objet d'une prise en charge par un équipement adapté pour la récolte des déchets radioactifs. C'est ainsi que les établissements de santé comprenant un service de médecine nucléaire vont mettre à disposition des boîtes plombées chargées de collecter les objets coupants et tranchants. Il va également être question de porter une attention toute particulière à tous les produits qui ont pu être en contact avec des produits radioactifs à l'image des compresses ou des emballages qui vont être collectés dans une poubelle plombée.

Outre les équipements adaptés, les établissements vont mettre en place des zones de déchets ayant pour but d'organiser l'espace en distinguant des endroits contenant des déchets susceptibles voire contaminés avec ceux qui sont conventionnels. C'est ainsi que les zones de stockage permettant la décroissance, c'est à dire le temps permettant au déchet radioactif de ne plus l'être, vont être mises en place dans les établissements de santé des locaux expressément prévus à ce titre dont l'accès va devoir impérativement être règlementé. Afin de faciliter la gestion, les conteneurs vont être marqués de la date et du produits radioactifs qu'ils contiennent afin de faciliter leur élimination et minimiser les risques. Toutes ces installations et équipements vont être onéreuses et justifient que les déchets radioactifs sont ceux ayant le coût le plus élevés. En effet, nous avons vu précédemment que les coûts liés à la gestion des déchets hospitaliers sont d'environ 600 millions d'euros pour l'ensemble des établissements de santé, les déchets radioactifs représentent 41% de cette somme soit 251 millions d'euros²⁰⁶. A titre d'exemple, la gestion des DASRI représente 40% des dépenses avec 238 millions d'euros et les DAOM coûtent 114 millions d'euros soit 19% des 600 millions d'euros. Cette étude montre l'évidence d'un lien entre la dangerosité des déchets et leur coût de gestion qui va être plus élevé. Ces politiques sont plus que nécessaires dans l'élimination des effluents

²⁰⁴ CSP, art. L. 1333-7

²⁰⁵ Code de l'environnement, art. L. 542-1-1 al. 7

²⁰⁶ *Op. cit.*, note n° 157

radioactifs qui peuvent causer d'importants risques environnementaux en cas de non respect des consignes, raison pour laquelle des contrôles vont être effectués par des agences.

Section 2 : Le rôle de l'Etat dans le contrôle de la gestion des déchets radioactifs, une surveillance accrue dans l'élimination des effluents radioactifs

Dans la réduction des risques, l'Etat va jouer un rôle en créant des autorités chargées de la surveillance et du contrôle quant à la radioactivité des déchets (§1) qui vont être efficaces dans la filière d'élimination des effluents radioactifs (§2).

§1 – Une double surveillance et contrôle étatique des établissements de santé dans le cadre de la gestion des déchets radioactifs

Si la dangerosité avérée des déchets radioactifs a poussé les politiques à mettre en place une législation propres aux déchets radioactifs à laquelle les établissements de santé vont devoir se plier, cette dernière n'est pas sans lien avec la surveillance étatique mise en place par le biais de l'Autorité de sûreté nucléaire et de l'Agence nationale pour la gestion des déchets radioactifs (A) qui vont toutes deux avoir des missions de surveillance voire de contrôle concernant les déchets radioactifs (B).

A) Les institutions étatiques propres aux déchets radioactifs, une innovation par rapport aux déchets hospitaliers conventionnels

Deux institutions ont été mises en place par l'Etat afin d'assurer une surveillance et un contrôle sur les établissements dont les missions entraînent la production de déchets radioactifs à l'image des établissements de santé ayant un service de médecine nucléaire. Tout d'abord, la première autorité à apparaître va être l'autorité de sûreté nucléaire (ASN)²⁰⁷ par une loi du 13 juin 2006²⁰⁸ grâce à laquelle elle obtient le statut d'autorité administrative indépendante (AAI). Elle va avoir pour mission de participer « *au contrôle de la sûreté*

²⁰⁷ L'ASN a remplacé le service central de sûreté des installations nucléaires (SCSIN) créé en 1973

²⁰⁸ Loi n° 2006-686 du 13 juin 2006 relative à la transparence et à la sécurité en matière nucléaire

nucléaire et de la radioprotection et à l'information du public dans ces domaines »²⁰⁹. Si la loi prévoit que l'ASN dispose de missions d'information et de réglementation, sa principale mission auprès des établissements de santé va être une mission de contrôle. Ainsi, l'ASN a pour objectif d'opérer un contrôle complet de la conception des installations nucléaires jusqu'à leur démantèlement ainsi que tous les déchets radioactifs issus de ces installations. C'est pourquoi les établissements de santé vont régulièrement faire l'objet de contrôles portant aussi bien sur les personnels afin de veiller à la bonne utilisation des rayonnements ionisants que sur tous les déchets radioactifs découlant du service.

Parallèlement à cette autorité, l'Etat va mettre en place l'agence nationale pour la gestion des déchets radioactifs (Andra). Cette dernière a été créée par un arrêté du 7 novembre 1979²¹⁰ et il faudra attendre douze ans pour que l'agence obtienne son indépendance en devenant un établissement public industriel et commercial (EPIC). Cette agence va être placée sous l'égide des ministres de l'industrie, de la recherche et de l'environnement. Ainsi, elle va avoir de multiples missions telles que la participation et la contribution « *aux programmes de recherche et de développement concernant la gestion à long termes des déchets radioactifs* », la définition « *des spécifications de conditionnement et de stockage des déchets radioactifs* », ou encore elle va être en charge « *de répertorier l'état et la localisation de tous les déchets radioactifs se trouvant sur le territoire national* »²¹¹. Ces deux institutions, propres à ces déchets vont procéder à une surveillance et des contrôles lors de l'élimination de ceux-ci.

B) Un contrôle conditionné à la bonne traçabilités des déchets radioactifs

Afin de permettre un contrôle efficace des déchets radioactifs, il va être impératif de rédiger en amont un plan interne de gestion propre à chaque établissement. Dans ce plan, il va être question d'indiquer les lieux et modes de production des déchets, leurs modalités de gestion et de contrôle, les informations quant à leur traitement, les dispositions de surveillance périodique du réseau voire ceux relatifs à une surveillance de l'environnement²¹².

²⁰⁹ *Ibid*, art. 4

²¹⁰ Arrêté du 7 nov. 1979, création au sein du commissariat à l'énergie atomique d'une agence nationale pour la gestion des déchets radioactifs, JORF du 10 nov. 1979, numéro complémentaire page 9063

²¹¹ Loi n° 91-1381 du 30 déc. 1991 relative aux recherches sur la gestion des déchets radioactifs, JORF n° 1 du 1^{er} janv. 1992 page 10, article 13

²¹² *Op. cit.*, note n° 157, p. 45

Les établissements peuvent eux-mêmes prendre des mesures de contrôles en mettant en place des portiques à la sortie de la zone de déchets afin de signaler toute trace de radioactivité avant que les déchets partent pour être traités. En amont de ce contrôle la traçabilité des déchets radioactifs va être essentielle afin de simplifier les contrôles. Ainsi, les établissements de santé peuvent mettre à disposition de l'ASN les bordereaux de suivi des déchets lorsqu'ils sont pris en charge par l'Andra et les attestations qui prouvent cette prise en charge. Les établissements de santé vont également tenir un registre de suivi des déchets qui va de leur production à leur élimination définitive. Enfin, ils vont transmettre l'inventaire et les bilans annuels transmis à l'Andra.

L'Andra et l'ASN vont avoir un rôle plus important dans le contrôle des effluents radioactifs en mettant en place de nombreux contrôles à différents moments de l'élimination.

§2 – La question des effluents, un risque accru de pollution environnementale

« Tout déversement d'eaux usées autres que domestiques dans le réseau public doit être préalablement autorisé dans le réseau public de collecte doit être préalablement autorisé par le maire ou [...] par le président de l'établissement public »²¹³. En matière de médecine nucléaire, la question de la gestion des effluents radioactifs va obliger les établissements de santé de mettre en place des points chauds afin de collecter ces effluents (A), lesquels pourront faire l'objet d'un contrôle afin de limiter les risques environnementaux (B).

A) La mise en place de points chauds et d'une information à destination des patients pour une bonne gestion des effluents radioactifs

Tout d'abord, les effluents sont définis par l'ASN comme étant des « gaz ou liquides contenant des substances radioactives, sous-produit d'un processus industriel ou de laboratoire, qui peut être recyclé, traité ou rejeté dans l'environnement après que son activité a été réduite par des dispositifs appropriés avant le rejet l'utilisation ». Bien qu'ils peuvent provenir du rinçage des éviers, il sera ici question d'étudier les effluents produits par les patients eux-mêmes, c'est à dire les urines et les selles. En effet, lors de la prise de produits radioactifs à objectif de diagnostic ou thérapeutique, l'élimination de la radioactivité se fait

²¹³ CSP, art. L. 1331-10

naturellement et doit, de fait, être séparée des rejets non radioactifs afin d'éviter une pollution environnementale. Pour se faire, les établissements de santé vont mettre à disposition des points chauds, c'est à dire des toilettes qui vont directement conduire les effluents à une cuve de décroissance afin de ne pas rejeter de radioactivité dans la nature. Bien que la question des effluents induit des question environnementale, elle va également mettre en lumière des enjeux financiers car les installations vont être plus onéreuses par rapport aux autres déchets hospitaliers. Ainsi, afin d'éviter des coûts trop élevés, l'installation de ces points chauds va être limitée dans les établissements de santé, ce à quoi l'information et une bonne signalétique doivent pallier afin de limiter au maximum le risque que les patients n'utilisent pas ces installations. Dans ces installations les toilettes sont directement reliées à des cuves d'entreposages qui doivent répondre à des caractéristiques afin de faciliter les contrôles en prévoyant notamment un détecteur de niveau de remplissage et un dispositif de prélèvement. Néanmoins, ces équipements ne sont pas sans coûts supplémentaires pour les établissements. L'ASN précise que la capacité des cuves « doit être suffisante pour entreposer la quantité d'effluents produits pendant la durée nécessaire à la décroissance radioactive de ces effluents ». Les établissements de santé vont donc devoir se munir de minimum deux cuves permettant de rediriger les effluents lorsque la première est pleine.

Ces dispositifs font l'objet de certaines critiques tenant au fait que ces effluents ne nécessitent pas forcément un entreposage dans ce système en raison de leur faible teneur en radioactivité. La seconde critique porte sur le volume des cuves qui n'est bien souvent pas adaptée au volume d'effluents produits dans les établissements de santé. Si ces critiques sont fondées, nous pouvons néanmoins expliquer ces mesures, peut-être excessives, par la nécessité de garantir une protection maximale de l'environnement. Ainsi, bien qu'une fosse toutes eaux serait peut-être suffisante pour la décroissance des effluents radioactifs, le choix effectué des établissements de santé d'installer des cuves se justifie au regard des risques existants face à la dangerosité de ces produits. De plus, nous pouvons indiquer qu'aucun contrôle ne s'effectue sur les effluents sortant de ces fosses²¹⁴ ce qui rend l'installation impossible compte tenu des risques que représentent de tels déchets. Enfin, la dernière mesure de protection vise à opérer de contrôles au moment de l'élimination des effluents.

²¹⁴ *Op. cit.*, note n° 157, p. 45

B) Les contrôles au moment de l'élimination des effluents radioactifs

Il faut tout d'abord commencer par préciser que les conditions d'élimination des effluents varient en fonction de la période de radioactivité qui va être soit très courte, soit courte ou longue²¹⁵. Concernant les effluents liquides ayant une période de radioactivité supérieure à 100 jours, soit une période courte ou longue, ils doivent faire l'objet de très peu de rejets. Pour ceux ayant une période de radioactivité très courte, ils peuvent être rejetés dans le réseau d'assainissement après avoir fait l'objet d'une décroissance radioactive²¹⁶. Cependant, ce rejet ne se fait pas sans contrôles. Les contrôles seront réalisés au niveau de l'évacuation des eaux usées de l'établissements vers le système d'assainissement collectif. Les établissements doivent indiquer la régularité de leurs contrôles au moment de leur demande d'autorisation de l'activité nucléaire à l'ASN sachant qu'ils doivent au minimum en faire un par an. Cependant ces contrôles ne vont pas uniquement se faire au moment de l'élimination définitive des déchets, notamment pour les déchets radioactifs liquides. Ces derniers peuvent faire l'objet d'un contrôle après leur traitement dans des cuves d'entreposage et ils ne vont pas devoir dépasser certaines valeurs de radioactivités²¹⁷. Les valeurs moyennes et maximales de l'activité volumique des effluents sont précisées par le PNGMDR. Lorsque les effluents dépassent les valeurs établies dans ce plan, l'ASN ainsi que les autorités compétentes à l'image de l'ARS ou de la police des eaux doivent en être avertis. Les établissements de santé doivent faire un rapport dans lequel ils doivent expliquer les raisons d'un tel dépassement ainsi que les actions apportées afin le corriger.

Une difficulté s'ajoute en matière d'effluents, il s'agit des traces de radioactivité qui se retrouvent dans les protection hygiéniques. En effet, il se peut que certaines protection ne soient pas convenablement triées et soient mélangées avec celles ne contenant pas de radioactivité. L'ultime contrôle des effluents va donc être les portiques installés à la fois à la sortie de la zone de déchets dans l'établissement de santé et à l'arrivée du gestionnaire des déchets qui va avoir pour charge de les éliminer. Ainsi, si les portique indique un taux de radioactivité supérieur à ce qui est prévu, l'établissement de santé devra récupérer le déchet et attendre sa décroissance.

²¹⁵ les effluents radioactifs sont classés en deux catégories : les effluents contaminés des radionucléides de période inférieure à 100 jours et les effluents contaminés des radionucléides de période supérieure à 100 jours

²¹⁶ *Elimination des effluents et des déchets contaminés par des radionucléides produits dans les installations autorisées au titre du Code de la santé publique*, ASN, guide technique, n° 28, 26 janv. 2012, p. 13

²¹⁷ l'activité volumique des déchets contenant de l'iode-131 ne doivent pas dépasser 100 Bq/L et 10 Bq/L pour les autres.

C'est à la lumière de ces contrôles particulièrement poussés en matière de déchets radioactifs que l'on peut critiquer l'absence d'un tel contrôle pour les autres déchets hospitaliers. En effet, bien que nous ayons vu les risques particulièrement importants du fait de la radioactivité de ces déchets, les déchets hospitaliers conventionnels ne sont pas dénués de risques.

En conclusion, les établissements de santé tentent au mieux de trouver un équilibre entre protection de l'environnement, de la santé humaine et de leurs intérêts financiers en mettant notamment l'accent sur le recyclage, la réutilisation ou la valorisation. En revanche, force est de constater qu'il y a certains déchets, qui par leur dangerosité, impliquent des coûts supplémentaires par rapport aux déchets hospitaliers conventionnels. C'est le cas des déchets radioactifs pour lesquels les équipements et installations nécessitent un investissement supérieur mais pour lesquels il est impossible de sacrifier la garantie d'une protection maximale de l'environnement et de la santé humaine au profit d'intérêts économiques.

Conclusion

Nous pouvons désormais affirmer que la gestion des déchets hospitaliers est une activité à part au sein des établissements de santé. En effet, si de nombreuses activités hospitalières ont des intérêts à la fois sanitaires et économiques, la gestion des déchets implique d'ajouter à ces intérêts la protection de l'environnement. L'enjeu d'une telle gestion est de concilier ses trois intérêts sans en négliger un. Ainsi, la protection de l'environnement ne doit pas se faire au détriment de la santé humaine et vice-versa tout en gardant les intérêts économiques des établissements de santé en ligne de mire. Nous avons vu que toute la complexité de ces déchets provient de leur pluralité, rendant le tri plus compliqué, ce à quoi les établissements peuvent pallier grâce à une politique de sensibilisation et d'information. La question du tri est importante car c'est d'elle dont dépend une réduction à la fois des risques environnementaux et sanitaires et des dépenses. Néanmoins, la réduction des dépenses va également passer par un renforcement du recyclage et de la valorisation des déchets qui, ces dernières années, ont pris un essor considérable. L'ensemble de ces mesures participent à mettre en lumière la prise en compte de l'environnement dans les politiques hospitalières. En effet, il ne fait plus de doutes en 2019 que la protection de la santé humaine va de paire avec la protection de l'environnement. En ce sens, l'étude des déterminants de santé ont révélé un véritable lien entre les conditions environnementales et la santé des personnes habitants ces régions.

Nous pouvons donc être confiants pour l'avenir au regard de la place que prend la protection de l'environnement dans les politiques actuelles et de la mobilisation de la jeunesse avec les nombreuses marches pour le climat organisées par les étudiants cette dernière année. En effet, l'année 2019 aura été une année riche pour la protection de l'environnement avec notamment la mise en lumière de Greta THUNBERG, une jeune militante suédoise pour la lutte contre le réchauffement climatique. Ces actions ont pour mérite d'amener la population mondiale à se poser des questions sur la manière d'aboutir à une protection de l'environnement la meilleure qui soit, car il en va de la santé humaine à l'échelle internationale. De fait, nous pouvons assurément donner une réponse positive à la question de savoir si « la santé environnementale est-elle l'avenir de la santé publique »²¹⁸.

²¹⁸ J. LE MOAL, D. EILSTEIN, G. SALINES, *Op. cit.*, note °1

Bibliographie

Ouvrages

U. BEYERLIN, T. MARAUHN, *International Environmental law*, Hart-CH Beck-Nomos, 2011, 484 p.

C. BOUTAYEB, *Droit matériel de l'Union européenne*, 4^e éd., LGDJ, 2017, 577 p.

M. CLEMENT, *Droit européen de l'environnement*, 2^e éd., Larcier, 2012, 619 p.

P.-M. DUPUY, J. E. VIÑUALES, *Introduction au droit international de l'environnement*, Bruylant, juin 2015, 506 p.

P. ESPLUGAS-LABATUT, *Le service public*, 4^e éd., Dalloz, 2018, 174 p.

P.-L. FRIER, J. PETIT, *Droit administratif*, 12^e éd., Lextenso, 2018, 733 p.

M. HAURIOU, *Précis de droit administratif: contenant le droit public et le droit administratif*, 2^e éd., Larose et Forcel, 1893, 759 p.

C. KELLER, M.-L. MOQUET-ANGER, P. VILLENEUVE, *L'épreuve de droit hospitalier*, Presses de l'EHESP, juin 2017, 187 p.

A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, 3^e éd., PUF, 2012, 728 p.

A. MAKAROUNI, *L'hôpital public français et le droit communautaire*, Centre d'Etudes et de Recherches Internationales et Communautaire, Université d'Aix-Marseille III, Economica, 1997, 424 p.

M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit hospitalier*, 5^e éd., LGDJ, 2018, 576 p.

B. PLESSIX, *Droit administratif général*, 2^e éd., LexisNexis, août 2018, 1648 p.

D. STINGRE, *Service public et offre de santé territorialisée*, PUF, 2016, 128 p.

D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, 9^e éd., Les mémentos Dalloz, Dalloz, 2016, 320 p.

Chapitres d'ouvrages

E. DOUAT, « La valeur juridique de l'Ondam, apparence et réalité », in : R. Pellet (dir.), *Finances publiques et Santé*, Dalloz, 2011, p. 493-495

C.-A. DOUSSOT-LAYNAUD, « La qualité des comptes des hôpitaux, condition *sine qua non* à la performance des outils de gestion et à une évolution managériale majeure », in : R. Pellet (dir.), *Finances publiques et Santé*, Dalloz, 2011, pp. 439-450

F. EWALD, C. GOLLIER, N. de SADELEER, « Introduction », in : François Ewald éd., *Le principe de précaution*, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2008, pp. 3-5.

J. SOHNLE, « Les relations entre environnement et santé en droit international : Coexistence problématique ou cohabitation symbiotique ? » in : P. Billet, M. Durousseau, G. Martin, I. Trinquelle (dir.), *Droit de l'environnement et protection de la santé*, L'Harmattan (Collection Logiques juridiques), Paris, France, 2009, pp. 145-169

Articles de revues et doctrine

M. BEGUIN, « L'histoire des ordures : de la préhistoire à la fin du dix-neuvième siècle », *Vertigo La revue électronique en sciences de l'environnement*, Vol. 13, n° 3, déc. 2013, 21 p.

E. BERNARD, « L'"activité économique", un critère d'applicabilité du droit de la concurrence rebelle à la conceptualisation », *Revue internationale de droit économique*, vol. T. XXIII, 3, n° 3, 2009, pp. 353-385

M. BOUVIER, « La sincérité budgétaire et comptable : un principe paradoxal ? », *RFFP*, n° 111, sept. 2010

J.-C. CETRE, V. MIGLIORE, D. PEYRAMOND, S. ROUX, « L'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) par les médecins généralistes du département de l'Ain », *Médecine et maladies infectieuses*, 2009

R. CHAPUS, « Le service public et la puissance publique », *Revue du droit public et de la science politique en France et à l'étranger*, tome 84, 74^e année, 1968

L. DUBOUIS, « L'hôpital et le droit communautaire », *Les Tribunes de la santé*, vol. n°3, no. 2, 2004 pp. 37-45

D. GUINARD, « Réflexions actuelles sur la notion de service public », *Regard croisés sur l'économie*, n°2, 2007

« La responsabilité élargie du producteur et de la concurrence », *RTDEur.*, 2014/1, p. 73

J. LE MOAEL, D. EILSTEIN, G. SALINES, « La santé environnementale est-elle l'avenir de la santé publique ? », *Santé Publique*, Vol. 22, n°3, 2010, pp. 281-289

P. PIERRE, « La responsabilité médicale à l'aune de la loi Kouchner, esquisse d'un bilan d'étape », *Lamy Droit civil*, 1^{er} févr. 2007, supplément au n°35

Documents électroniques

ADEME, « Activités de soins à risques infectieux des patients en auto-traitement », juin 2016, URL : https://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/8578_activites_soins_risques_infectieux_donnees2014_synthese.pdf

ADEME, « Déchets des entreprises : quels choix et quel rôle pour la collectivité ?, En savoir plus sur les déchets des activités économiques, dits assimilés », 8 mars 2019, URL : <https://www.ademe.fr/collectivites-secteur-public/integrer-lenvironnement-domaines-dintervention/dechets/dossier/dechets-entreprises-choix-role-collectivite/savoir-plus-dechets-activites-economiques-dits-assimiles>

ADEME, « Les filières à responsabilité élargie du producteur – Panorama édition 2017 », URL : https://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/rep-panorama-edition2017_8816.pdf

ADEME, « Référentiel national des coûts du service public de prévention et de gestion des déchets », éd. 2017, URL : https://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/referentiel-national-couts-prevention-et-gestion-dechets_010402.pdf

ADEME, « Règlementation française des déchets », 22 oct. 2018, URL : <https://www.ademe.fr/expertises/dechets/elements-contexte/politique-vigueur/dossier/cadre-reglementaire/reglementation-francaise-dechets>

Analyse et Recommandations de l'OCDE, OCDE/GD (92) 81, *Le principe pollueur-payeur*, 1992, URL : [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=OCDE/GD\(92\)81&docLanguage=Fr](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=OCDE/GD(92)81&docLanguage=Fr)

Article de l'IRSN, Les conséquences post-accidentelles à court terme : dépôts radioactifs et contamination de la chaîne alimentaire, avril 2012, URL : <https://www.irsn.fr/FR/connaissances/Environnement/expertises-incidents-accidents/consequences-environnementales-accident/Pages/2-contamination-chaine-alimentaire.aspx?dId=96728293-cb28-440d-8e78-829215dff978&dwId=b953ffd7-c02a-486c-9734-708ebf27572b#.XVjvqafM2u4>

Avis du Conseil National de l'Alimentation, *Alimentation en milieu hospitalier*, avis n° 78, 4 juillet 2017, URL : https://www.cna-alimentation.fr/v2/wp-content/uploads/2017/07/CNA_Avis78.pdf

Comprendre la valorisation des déchets, Compagnie de Gestion et de Traitement des Déchets industriels (COGETRAD), 7 avr. 2016, URL : <http://cogetrad.com/valorisation-des-dechets/>

Elimination des effluents et des déchets contaminés par des radionucléides produits dans les installations autorisées au titre du Code de la santé publique, ASN, guide technique, n° 28, 26 janv. 2012, 28 p., URL : <https://www.asn.fr/Informer/Actualites/Guide-de-l-ASN-n-18>

Etude publiée dans la Revue hospitalière de France, « L'hôpital public et l'Union Européenne », 19 sept. 2002, URL : <https://www.fhf.fr/Europe-International/Les-arrets-de-la->

[Cour-de-justice-europeenne/l-hopital-public-et-l-union-europeenne-etude-publiee-dans-la-revue-hospitaliere-de-france](#)

Groupe de travail sur la réduction des déchets, « La réduction des déchets hospitaliers en pratique », Réseau développement durable santé, éd. 2013, URL : [http://www.fondationleoniechaptal.fr/img/uploads/files/2013Fascicule%20REDUCTION%20DES%20DECHETS\(1\).pdf](http://www.fondationleoniechaptal.fr/img/uploads/files/2013Fascicule%20REDUCTION%20DES%20DECHETS(1).pdf)

Guide pratique publié par le Ministère des affaires sociales et de la santé, Pour une bonne gestion des déchets produits par les établissements de santé et médico-sociaux, Environnement et santé, mars 2016, 138 p., URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pour_une_bonne_gestion_des_dechets_produits_par_les_etablissements_de_sante_et_medico-sociaux.pdf

Guide technique publié par le Ministère de la santé et des sports, « Déchets d'activité de soins à risques, comment les éliminer ? », 3^{ème} éd., 2009, URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Dasri_BD.pdf

INSEE, « A la fin du premier trimestre 2019, la dette publique s'établit à 2 351,9 Md€ », *Information Rapides*, n° 2019-168, 28 juin 2019, URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4177916>

NIH, NCI, NIEHS, « Cancer and the environment », *NIH publications*, 2003, 42 p., URL : https://www.niehs.nih.gov/health/materials/cancer_and_the_environment_508.pdf

Organisation Mondiale de la Santé, « Les déchets liés aux soins de santé », 2018, URL : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste>

Organisation mondiale de la Santé, Neuf personnes sur 10 respirent un air pollué dans le monde, 2 mai 2018, URL : <https://www.who.int/fr/news-room/detail/02-05-2018-9-out-of-10-people-worldwide-breathe-polluted-air-but-more-countries-are-taking-action>

Organisation Mondiale de la Santé, « Water, sanitation and hygiene in health care facilities, Status in low- and middle-income countries and way forward », 2015, 40 p., URL : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154588/9789241508476_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rapport de l'OMS, R.BOS, C CORVALÁ, M. NEIRA, A PRÜSS-USTÜN, J. WOLF. « Preventing disease through healthy environments, a global assessment of the burden of disease from environmental risks », World Health Organization, 2016, 176 p., URL : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204585/9789241565196_eng.pdf?sequence=1

Rapport de la Cour des comptes, « La situation et les perspectives des finances publiques, juin 2019, 147 p., URL : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-07/20190625-rapport-RSPFP-2019-2.pdf>

Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissement hébergeant des personnes âgées, Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt et Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017, URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf

Résultats de l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, Santé Publique France, mai-juin 2017, URL : <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiyxcivtvjAhVOyYUKHT9iC8sQFjAAegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F143133%2F2123649&usg=AOvVaw2y2yTBdCBcTGmsF-fWZydx>

Textes institutionnels

1) Textes internationaux

Organisation Mondiale de la Santé

Préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 22 juill. 1946

2) Textes européens

Directives

Directive 67/548/CEE du Conseil du 27 juin 1967 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives à la classification, l'emballage et l'étiquetage des substances dangereuses

Directive 75/442/CEE du Conseil du 15 juill. 1974 relative aux déchets

Directive 91/156/CEE du Conseil du 18 mars 1991 modifiant la directive 75/442/CEE relative aux déchets

Directive 2000/53/CE du Parlement européen et du Conseil du 18 sept. 2000 relative aux véhicules hors d'usage – Déclaration de la commission

Directive 2002/95/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 janv. 2003 relative à la limitation de l'utilisation de certaines substances dangereuses dans les équipements électriques et électroniques

Directive 2006/12/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2006 relative aux déchets

Directive 2006/66/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 sept. 2006 relative aux piles et accumulateurs ainsi qu'aux déchets de piles et d'accumulateurs et abrogeant la directive 91/157/CEE

Directive 2008/98/CE du Parlement européen et du Conseil du 19 nov. 2008 relative aux déchets et abrogeant certaines directives

Directive 2018/851 du Parlement européen et du Conseil 30 mai 2018 modifiant la directive 2008/98/CE relative aux déchets

Règlement

Règlement (CE) 1272/2008 du Parlement européen et du Conseil du 16 déc. 2008 relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges

Résolution

Résolution n° 91/C 304/06 du Conseil et des Ministre de la santé, réunis au sein du Conseil du 11 nov. 1991 concernant la santé et l'environnement, JOCE C 3°4 du 23 nov. 1991

Divers

L'Acte Unique Européen du 26 juin 1987, JOCE n° L 169/1

Communication de la Commission européenne sur les service d'intérêt général en Europe, 26 sept. 1996

Communication de la Commission au parlement européen, au Conseil, Comité économique et social européen et au Comité des régions, Livre blanc sur les service d'intérêt général, COM/2004/0374 final, 12 mai 2003

Livre vert sur les services d'intérêt général, COM(2003) 270 final, 21 mai 2003

Programme d'action pour l'environnement 2013-2020, « Bien vivre, dans les limites de notre planète », 7ème programme, nov. 2013

Programme national de prévention des déchets 2014-2020, Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, 2014

Recommandation du Conseil 75/436/Euratom, CECA, CEE du 3 mars 1975 relative à l'imputation des coûts et à l'intervention des pouvoirs publics en matière d'environnement

3) Textes français

Arrêtés

Arrêté du 7 sept. 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques

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

Arrêté du 12 juill. 2011 fixant les seuils définis à l'article R. 543-228 du Code de l'environnement

Décret

Décret n° 2016-1590 du 24 nov. 2016 modifiant le code de la santé publique et relatif aux déchets assimilés à des déchets d'activités de soins à risques infectieux et aux appareils de prétraitement par désinfection, JORF n° 0275 du 26 nov. 2016

Lois

Loi n° 82-610 du 15 juill. 1982 d'orientation et de programme pour la recherche et le développement technologique de la France

Loi n° 87-571 du 23 juill. 1987 sur le développement du mécénat

Loi n° 91-32 du 10 janv. 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, JORF n°10 du 12 janv. 1991

Loi n° 92-646 du 13 juill. 1992 relative à l'élimination des déchets ainsi qu'aux installations classées pour la protection de l'environnement

Loi n° 95-101 du 2 févr. 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement, JORF n° 29 du 3 févr. 1995

Loi n° 2002-1577 du 30 déc. 2002 relative à la responsabilité civile médicale

Loi constitutionnelle n° 2005-205 du 1^{er} mars 2005 relative à la Charte de l'environnement, JORF, n° 0051 du 2 mars 2005

Loi n° 2008-1425 du 27 déc. 2008 de finances pour 2009, JORF n° 0302 du 28 déc. 2008

Loi n° 2009-879 du 21 juill. 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite HPST, JORF n° 0167 du 22 juill. 2009

Loi n° 2015-992 du 19 août 2015 relative à la transition énergétique pour une croissance verte, JORF n° 0189 du 18 août 2015

Loi n° 2016-41 du 26 janv. 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n° 0022 du 27 janv. 2016

Ordonnances

Ordonnance n° 96-346 du 24 avr. 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n° 98 du 25 avr. 1996

Ordonnance n° 2004-503 du 7 juin 1994 portant transposition de la directive 80/723/CEE relative à la transparence des relations financières entre les Etats membres et les entreprises publiques

Ordonnance n° 2010-1579 du 17 déc. 2010 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine des déchets

Arrêts, avis et conclusions

Cour de Justice des Communautés Européennes et Cour de Justice de l'Union Européenne

CJCE, 16 juin 1987, *Commission/Italie*, aff. 118/85

CJCE, 23 avr. 1991, *Höfner et Elser*, aff. C-41/90

CJCE, 19 mai 1993, *Corbeau*, aff. C-320/91

CJCE, 17 mai 2001, *Traco*, aff. C-340/99

CJCE, 7 sept. 2004, *Paul Van de Walle e.a.*, aff. C-1/03

Jurisprudences françaises

CAA Lyon, 26 mai 2009, n° 06LY00696, AJDA 2009 n°36, p. 2987, Infection nosocomiale : le caractère endogène des germes n'est pas une cause étrangère

Cass., civ., 20 mai 1936, *Dr. Nicolas c/ Mercier*, D. 1936.I.88

Cass., 2civ., 2 juin 2005, *Société La médicale de France et a. c/ Syndicat des copropriétaires du 50, avenue de Saxe à Paris 15^e et autres*, n°03-20.011

CE 21 juin 1895, *Cames*, n° 82490

CE Ass., 13 mai 1938, *Caisse primaire aide et protection*, n° 57302

CE Sect., 28 juin 1963, *Sieur Narcy*, n° 43834

CE Sect., 22 févr. 2007, *Association du personnel relevant des établissements pour inadaptés (A.P.R.E.I.)*, n° 264541

T. confl., 8 févr. 1873, *Blanco*, n° 00012

T. confl., 5 mai 1877, *Laumonier-Carriol*, Lebon 437, concl. LAFERRIERE

T. confl., 29 févr. 1908, *Feutry*, n° 00624

T. confl., 25 mars 1957, *Chilloux et Isaad Slimane*

Presse

« Beauvais : les déchets alimentaires de l'hôpital transformés en compost », *Le Parisien*, 16 juin 2015, <http://www.leparisien.fr/oise-60/beauvais-60000/beauvais-les-dechets-alimentaires-de-l-hopital-transformes-en-compost-16-06-2015-4867029.php>

Table des matières

Remerciements	IV
Sommaire	V
Liste des sigles et abréviations	VI
Introduction	1
Partie 1 – L’européanisation de la qualification et de la réglementation française sur la gestion des déchets de soins par les établissements de santé, des mesures indispensables au regard des risques environnementaux et sanitaires existants.....	8
Chapitre 1 : La détermination de la qualification et la réglementation française en matière de gestion des déchets hospitaliers par les établissements de santé à la lumière du droit de l’Union européenne	9
Section 1 : L’émancipation de la qualification française de la gestion des déchets hospitaliers par rapport à la conception européenne	10
§1 – La gestion des déchets hospitaliers qualifiés de services d’intérêt économique général au sens de l’Union européenne permettant d’échapper aux règles du marché et de la concurrence	10
A) La genèse des services d’intérêt économique général, une volonté de concilier le marché européen et l’intérêt général.....	10
B) La qualification de la gestion des déchets hospitaliers au sens de l’UE	12
§2 – La qualification française en matière de déchets hospitaliers, entre mission de service public et activités communes aux établissements de santé.....	14
A) La gestion des déchets, une mission de service public partielle se différenciant de la vision européenne	14
B) L’exclusion de la gestion de l’ensemble des déchets hospitaliers par les établissements de santé dans le service public hospitalier	18
Section 2 : Une réglementation française des déchets hospitaliers dans le courant de la législation européenne poursuivant une volonté de protection de l’environnement et de la santé humaine...	19
§1 – Une réglementation européenne tardive et progressive de gestion des déchets hospitaliers.....	20
A) Une réglementation progressive de 1975 à 2008 en adéquation avec la qualification opérée de la gestion des déchets hospitaliers par les établissements de santé.....	20
B) La directive de 2008 en matière de déchets, une véritable avancée en matière de déchets sans pour autant aboutir à une législation propre aux déchets hospitaliers	21
§2 – La réglementation française à l’aune du droit européen aboutissant à une classification des déchets de soins au regard de leur dangerosité	22
A) La réglementation française démontrant d’une influence incontestable du droit de l’Union européenne en la matière.....	23
B) La classification des déchets de soins en raison de la pluralité des missions exercées par les établissements de santé prenant source dans le droit européen	24

Chapitre 2 : La mise en place de régimes de responsabilités européens et nationaux, le résultat de risques inhérents à une mauvaise élimination des déchets par les établissements de santé.....	27
Section 1 : Les risques environnementaux et sanitaires engendrés par une mauvaise élimination des déchets hospitaliers, des risques évitables.....	28
§1 – Les établissements de santé devant faire face à des risques environnementaux et sanitaires résultant d’une mauvaise élimination de leurs déchets	28
A) La pollution du fait des rejets résultant de l’incinération des déchets de soins à risques, principale source de risques environnementaux	28
B) Des risques indirects sur la santé en France mais pas moins pernicieux	30
§2 – Des risques majoritairement évitables en ciblant leur cause	31
A) La détermination des raisons d’une mauvaise élimination des déchets hospitaliers.....	31
B) L’amélioration perpétuelle des moyens mis en œuvre pour l’élimination des déchets hospitaliers	32
Section 2 : La mise en place de régime de responsabilités pour les établissements de santé du fait des déchets hospitaliers, des dispositifs européens et français ne poursuivant par la même protection mais complémentaires l’un de l’autre.....	34
§1 – Les dispositions issues du droit international et de l’Union européenne, des mesures de protection de l’environnement efficaces mais améliorables.....	35
A) Le principe du pollueur-payeur, un garant limité du respect de l’environnement	35
B) Le principe de la responsabilité élargie du producteur en tant qu’application du principe pollueur-payeur, un pas du droit communautaire dans le droit français quant à la gestion des déchets au sein des établissements de santé.....	37
§2 – La responsabilité des établissements de santé français face à une défaillance dans la gestion de leurs déchets complétant les dispositions européennes incomplètes	38
A) Une responsabilité pesant sur l’établissement de santé, un mécanisme législatif français	39
B) Une jurisprudence pauvre en cas de manquement à des obligations de gestion des déchets hospitaliers pouvant être contrebalancée par un régime fort d’indemnisation des maladies nosocomiales.....	42

Partie 2 – Des enjeux financiers guidant la gestion à des déchets dans le respect de la sécurité des professionnels de santé et des patients et de l’environnement, une sécurité renforcée dans le cadre des déchets de soins radioactifs 44

Chapitre 1 : L’essor des méthodes alternatives de traitements des déchets hospitaliers, des objectifs autant écologiques qu’économiques subordonnés à une bonne estimation de leur quantité	45
Section 1 : Une volonté continue de diminuer la quantité de déchets hospitaliers, des enjeux économiques et environnementaux.....	45
§1 – La nécessité d’une bonne estimation dans la quantité de déchets produits	46
A) Une bonne estimation permettant une réduction des coûts pour l’élimination des déchets hospitaliers	46

B) Le rôle de l'hygiéniste mettant en place la politique de gestion des déchets au sein de l'établissement	47
§2 – La prévention et le réemploi, des techniques efficaces pour limiter la production de déchets hospitaliers limitant ainsi les impacts environnementaux, économiques et sanitaires	48
A) La prévention auprès du personnel, des patients et des visiteurs, acteurs majeurs dans la politique de réduction des déchets au sein des établissements de santé	48
B) La possibilité de mettre en place une filière de dons ou de réemploi des déchets, une politique sociale et environnementale des établissements de santé	50
Section 2 : La valorisation des déchets, entre nécessité écologique et économique	52
§1 – L'étendue de la valorisation des déchets	52
A) L'objectif de la valorisation des déchets	53
B) Une prise en compte de la spécificité des services dans la possible valorisation des déchets ...	53
§2 – Les innovations couteuses dans la valorisation des déchets hospitaliers amenant une coopération entre les établissements de santé.....	55
A) Des techniques de plus en plus innovantes en faveur de la valorisation.....	55
B) Une possible coopération entre les établissements de santé dans un but d'acquérir les outils favorables à la valorisation des déchets hospitaliers.....	56
Chapitre 2 : La réglementation spécifique de la gestion des déchets issus de la médecine nucléaire du fait de la dangerosité des produits.....	59
Section 1 : Une réglementation particulière du fait de la dangerosité des déchets radioactifs amenant une véritable politique d'information.....	59
§1 – La réglementation spécifiques des déchets nucléaires au regard des risques particulièrement importants	60
A) Une réglementation propre des déchets nucléaires, une réglementation additionnelle à celle existante déjà en matière de déchets hospitaliers.....	60
B) Les risques particulièrement importants pour la santé humaine et pour l'environnement.....	61
2§ – L'adaptation nécessaire des établissements de santé ayant un service de médecine nucléaire du point de vue des locaux, des équipements plus onéreux qu'en matière de déchets hospitaliers conventionnels qui vont impliquer une information et sensibilisation particulière.....	62
A) La sensibilisation et l'information nécessaire des personnels et patients	62
B) La prise en charge et le stockage des produits pendant la décroissance jusqu'à leur élimination	63
Section 2 : Le rôle de l'Etat dans le contrôle de la gestion des déchets radioactifs, une surveillance accrue dans l'élimination des effluents radioactifs	65
§1 – Une double surveillance et contrôle étatique des établissements de santé dans le cadre de la gestion des déchets radioactifs	65
A) Les institutions étatiques propres aux déchets radioactifs, une innovation par rapport aux déchets hospitaliers conventionnels	65
B) Un contrôle conditionné à la bonne traçabilité des déchets radioactifs.....	66

§2 – La question des effluents, un risque accru de pollution environnementale	67
A) La mise en place de points chauds et d’une information à destination des patients pour une bonne gestion des effluents radioactifs	67
B) Les contrôles au moment de l’élimination des effluents radioactifs	69
Conclusion.....	71
Bibliographie.....	72

