



Problématique de la gestion des déchets hospitaliers solides dans la ville de Kinshasa, « cas du Centre Hospitalier Pilote de Masina (CHPM)

Problem of solid hospital waste management, « case of the Masina pilot hospital center

Joël-André OPEY AMBUR¹ (*), Michel MBAMBU BAMBUTA¹, MAYEMBA KISAKA¹, Irene TSHIBOLA MUABI¹, Jérémie KUNSASUKA¹, Blaise KALUNGA¹, Cédrick KAYEMBE SHAMBA

¹Centre de Recherches Géologiques et Minières (CRGM), 44 Av. De la Démocratie, Gombe, B.P. : 898, Kinshasa I, Ministère de la Recherche Scientifique et Innovation Technologique, R.D.Congo République Démocratique du Congo.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.17641648>

Résumé: La gestion des déchets hospitaliers solides dans les établissements de santé est un problème majeur dans la mesure où ces déchets sont susceptibles d'engendrer des problèmes sanitaires et environnementaux. Le présent travail a pour but de faire un état de lieu de la gestion des déchets hospitaliers dans le Centre Hospitalier Pilote de Masina, dans la ville de Kinshasa, en vue d'éventuelles améliorations. Durant notre étude, nous nous sommes penchés sur une enquête socioprofessionnelle menée auprès du personnel soignant, les malades et garde-malades. Un échantillon de sept individus par service a été sélectionné pour un total de septante enquêtés qui ont été questionnés, principalement sur l'organisation politique et institutionnelle de la gestion des déchets solides hospitaliers au sein de l'établissement sous étude. Les résultats ont montré que l'établissement ne dispose pas d'un document de référence de la politique de gestion des déchets hospitaliers, alors que 80% de déchets produits sont de natures. En ressources matérielles, 90% des services disposent des poubelles dont seulement 50% sont évacués chaque jour. En outre, pratiquement 80% des déchets produits sont évacués dans de fosses non appropriés ou incinérés. Par conséquent, 53% des enquêtés proposent une formation de capacitation des acteurs en présence pour remédier à la situation. Par ailleurs, la mise en place d'une structure professionnelle de gestion des déchets s'avère indispensable afin de mettre en œuvre un plan opérationnel prenant en compte les directives nationales et internationales en la matière.

Mots clés: déchets hospitaliers; risque; gestion; santé; soins médicaux; Masina.

Abstract: The management of solid hospital waste in healthcare facilities is a major problem as this waste is likely to cause health and environmental problems. The aim of this work is to take stock of the management of hospital waste in the Masina Pilot Hospital Center, in the city of Kinshasa, with a view to possible improvements. During our study, we focused on a socio-professional survey conducted among healthcare staff, patients and nurses. A sample of seven individuals per department was selected for a total of seventy respondents who were questioned, mainly on the political and institutional organization of hospital solid waste management within the establishment under study. The results showed that the establishment does not have a reference document for hospital waste management policy, while 80% of the waste produced is of a natural nature. In terms of material resources, 90% of services have garbage bins, of which only 50% are removed daily. Furthermore, almost 80% of the waste produced is disposed of in unsuitable pits or incinerated. Consequently, 53% of respondents propose training to empower stakeholders to remedy the situation. Furthermore, the establishment of a professional waste management structure is essential in order to implement an operational plan that takes into account national and international directives in this area.

Keywords: hospital waste; risk; management; health; medical care; masina.

1. INTRODUCTION

La gestion des déchets municipaux dans les grandes agglomérations ou les métropoles des pays en voie de développement reste l'une des préoccupations majeures des Administrations Urbaines (Kambau et al., 1999). La problématique de la gestion des déchets solides a longtemps été appréhendée, en termes de gestion des déchets solides municipaux provenant des ménages, des institutions et des marchés. Durant ces dernières décennies, nous assistons à la prolifération d'autres types de déchets issus des divers établissements qui du fait de leurs spécificités, présentent des risques graves pour la santé de l'homme et pour l'environnement dont notamment les structures sanitaires tant publiques que privées (Ndie et al. 2016). Aujourd'hui les structures médicales et sanitaires cherchent de plus en plus à être en conformité avec les objectifs environnementaux dans leur politique interne cherchant à maîtriser les impacts de leurs activités, produits et services sur l'environnement. Cette quête est liée au fait que la gestion écologiquement rationnelle des déchets est l'un des problèmes écologiques les plus importants pour la préservation de la qualité de l'environnement terrestre et, surtout, pour un développement durable dans tous les pays (Nations Unies, 1989). Ainsi, la montée en puissance des problèmes environnementaux et la place centrale des formations médicales comme actrices de la santé publique, et qui devraient montrer l'exemple en matière d'hygiène et de prévention des risques pour l'homme et son environnement, ont poussé le gouvernement congolais à prendre des mesures en faveur de la protection de l'environnement dont le principal outil est le Plan Stratégique National de la Santé qui vise notamment de renforcer la prévention et la gestion des problèmes prioritaires de santé, d'hygiène et de l'assainissement (RDC/Ministère de la Santé, 2023). L'un des résultats attendus de cette réglementation est la réduction de la charge des infections associées aux soins (IAS) dans ces établissements et à tous les niveaux, par des actions comme la formation des comités d'hygiène sur les normes et directives relatives aux services de base, la gestion des déchets biomédicaux et la prévention et contrôle de l'infection dans les établissements de soins de santé dont la prévalence est encore de 11% à ce jour (RDC/Ministère de la Santé, 2023). Il se révèle donc que la prise en compte de la gestion des déchets biomédicaux dont les déchets hospitaliers ainsi que la prévention et contrôle de l'infection dans les établissements des soins de santé constituent un axe stratégique dans la politique nationale de santé publique en RDC. Cela devrait ainsi faire l'objet d'une gestion de flux et d'un suivi jusqu'à leur destruction à travers une filière bien identifiée « filière de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques (DMP) » (**figure 1**) qui est une suite d'étapes : le tri, le conditionnement, le stockage, la collecte, le traitement et l'élimination de ces déchets comme c'est le cas au Maroc (MAROC/Ministère de la Santé, 2004).

Les déchets hospitaliers sont des substances solides, liquides ou gazeuses issues de l'activité de soins, de diagnostic ou non, produites au niveau des structures sanitaires. Ils présentent des risques d'infection ou non, de contamination ou d'intoxication et de pollution de l'environnement (Manga, 2009). Les déchets hospitaliers englobent également les activités de diagnostics aussi bien que ceux de traitement préventifs, curatifs et palliatifs dans le domaine de la médecine humaine et vétérinaire ; tant des institutions médicales publiques que privées, des établissements de recherche ou des laboratoires (OMS, 2004). En regard à ce qui précède, il est clair que la gestion des déchets hospitaliers doit être pluridisciplinaire et inscrite au centre des préoccupations non seulement des politiques des collectivités mais également des formations sanitaires qui les produisent (Mouankie et al., 2025). Tous les établissements médicaux produisent des déchets qui sont généralement classés en déchets infectieux et déchets médicaux (Kasuku, et al., 2016). Selon leur dangerosité les déchets produits par les activités de soins et de diagnostic sont regroupés en 2 grandes catégories où d'une part il y a la catégorie constituée de 75 à 90% des déchets considérés sans danger particulier, par conséquent, cette catégorie peut suivre la même filière de recyclage : de ramassage et de traitement que les déchets ménagers urbains et, d'autre part, celle constituée de 10 à 25% de déchets hospitaliers dangereux ou déchets spéciaux qui représentent des risques pour la santé (USAID/Projet deliver, 2014).

Ces déchets peuvent être fortement infectieux, particulièrement lorsque du sang contaminé ou autres fluides corporels résultent des activités de soins de santé. Ainsi la préoccupation publique au-dessus de la disposition de déchets médicaux et du risque de transmettre de virus et de graves maladies infectieuses (hépatites B et C, VIH, etc.) ou d'autres agents a nettement augmenté au cours des dernières années (Saini et al., 2004). Le risque biologique est représenté par les microorganismes contenus dans les déchets solides qui renfermeraient des germes pathogènes pour l'homme et qui sont d'importantes sources d'infections (Rushbrook et al., 2005). Les personnes le plus exposées sont notamment le personnel médical et paramédical, les malades, le personnel d'entretien, les gestionnaires des déchets, les travailleurs de blanchisserie et autres (USAID/Projet Deliver, 2014). Ce risque d'infection est 6 fois plus élevé chez les personnes qui manipulent les déchets hospitaliers par rapport à la population (Comité International de la Croix Rouge, 2011). Toute blessure ou simplement une blessure provoquée par des objets tranchants (seringues, matériel de collecte et de transfusion de sang et les lancettes de prélèvement) constitue une voie de pénétration pour la plupart des agents

biologiques pathogènes. Certaines bactéries pathogènes pour l'homme étant capables de se multiplier dans l'environnement (Bonnard, 2001).

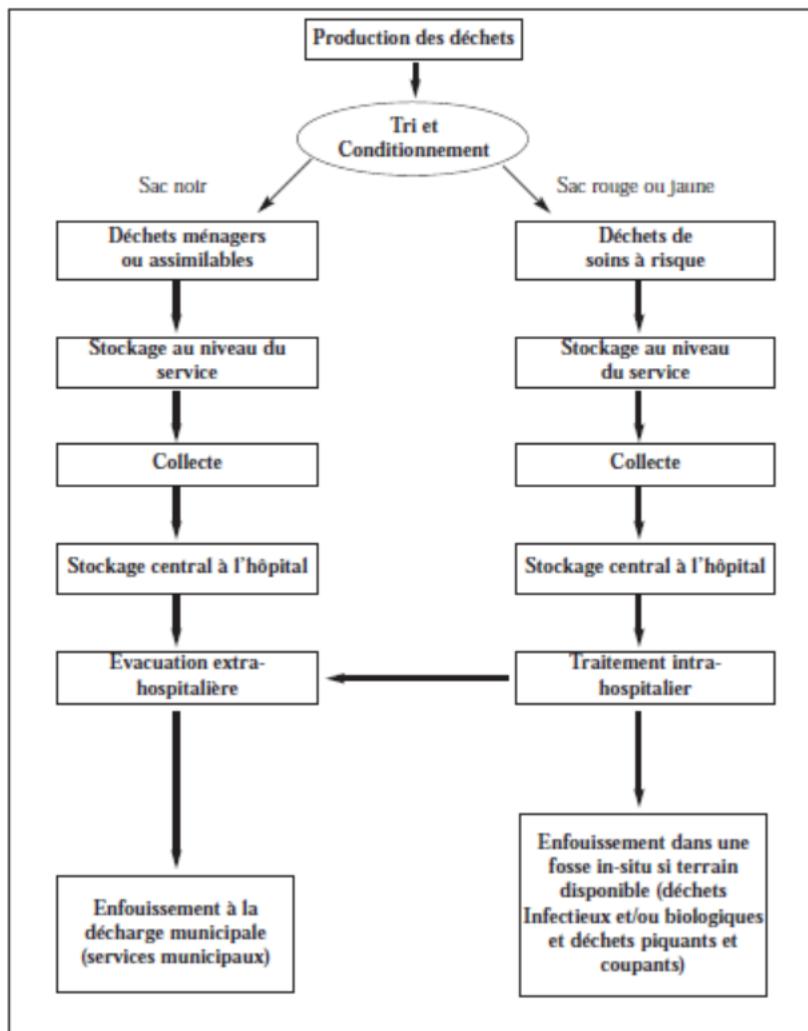


Figure 1. Filière de gestion des déchets des établissements des soins

La croissance démographique (22.532 habitant/km²) et la montée de l'occupation de l'espace dans la municipalité de Masina à l'image de la ville de Kinshasa durant ces dernières décennies ont engendré une augmentation continue du volume des déchets produits dans le centre de santé sous étude (Shomba et al., 2015). Malheureusement cette évolution n'a pas été accompagnée des mesures adéquates pour l'amélioration de la gestion de ces déchets, entraînant ainsi une multiplicité et une intensification des risques des effets négatifs sur la santé de l'homme et l'environnement (RDC/Ministère de la Santé, 2016). La perception et les comportements de la population en rapport avec la gestion des déchets ont été étudiés à plusieurs reprises et il se dégage notamment de ces études que les établissements médicaux (centre de santé, centre hospitalier, ...) de la place ne recourraient pas à l'expertise d'un service public ou privé spécialisé dans la gestion des déchets. Et pourtant, il se révèle que sur 88 dispensaires enquêtés possédant des bac poubelle, 46% jettent leurs ordures brutes dans une décharge du type sauvage, 40,4% procèdent à l'enfouissement dans le sol, 4,5% font de l'incinération et 9% produisent le terreau (Kambau et al., 1999). Alors que conformément aux Objectifs du Développement Durable (ODD), en particulier les objectifs 3, sur la santé, 6 sur l'eau et l'assainissement ainsi que 12 sur la consommation et la production durable dans les établissements de santé : plan d'action mondial ; visent à garantir que tous les établissements de santé disposent de service WASH de base d'ici à 2030 (OMS et UNICEF, 2015). Cependant, à travers le monde, nombreuses sont les structures de soin de santé où les déchets d'activités de soins ne sont pas correctement gérés. Identifier les causes de ces problèmes et offrir le soutien nécessaire à l'amélioration du système sont des actions importantes que les directeurs des services de santé sont appelés à développer (Rushbrook et al., 2005). Nos observations et enquêtes montrent notamment que les déchets hospitaliers sont gérés sans tenir compte des directives de l'OMS en la matière. Par conséquent, ils présentent des risques et deviennent sources d'autres problèmes sanitaires (infection, contamination, ...) et environnementaux (pollution...). Il est donc impérieux de réduire ces risques pour protéger toutes les personnes concernées : patients hospitalisés, garde-malades, personnel

soignants, agents d'entretien ; sans oublier l'environnement direct qui expose le grand public (France/ddass, 2007). C'est dans ce registre que s'inscrit cette recherche dont le but est de contribuer à l'assainissement du milieu hospitalier à travers une meilleure gestion des déchets hospitaliers au Centre Hospitalier pilote de Masina (CHPM).

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Milieu d'étude

La présente étude a été réalisée entre octobre 2022 et juin 2024 dans la zone de santé de Masina 2 (**Figure 2**), plus particulièrement au niveau du centre hospitalier pilote de Masina. La commune Masina est l'une des 24 municipalités de la ville de Kinshasa, située dans sa partie est entre 4° 23' 17'' S et 15° 23' 37'' E. Elle compte une population de près de 1,5 millions d'habitants qui occupent un territoire grand de 69,7 km² (Kidiambuta et al., 2022), (Shomba et al., 2015). Le centre hospitalier pilote de Masina est l'une des formations médicales du niveau opérationnel du système de santé de la RDC, situé dans la municipalité de Masina. Il dispose d'un personnel de 130 agents (médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire, nutritionnistes, kinésithérapeutes, radiologue, administratifs). C'est un centre hospitalier de type horizontale composés d'un bâtiment principal et plusieurs bâtiments annexes, organisés en 5 pavillons, avec une capacité d'accueil de 150 lits. Le centre hospitalier a été construit pour fonctionner dans le cadre général de la politique des soins de santé primaire comme hôpital de référence et assurer les soins curatifs, préventifs et promotionnels. Il organise ainsi 10 services en son sein : Maternité, Chirurgie Laboratoire, Gynécologie, Médecine interne, Soins intensif, Kinésithérapie, Pédiatrie, Pharmacie, Nutrition.

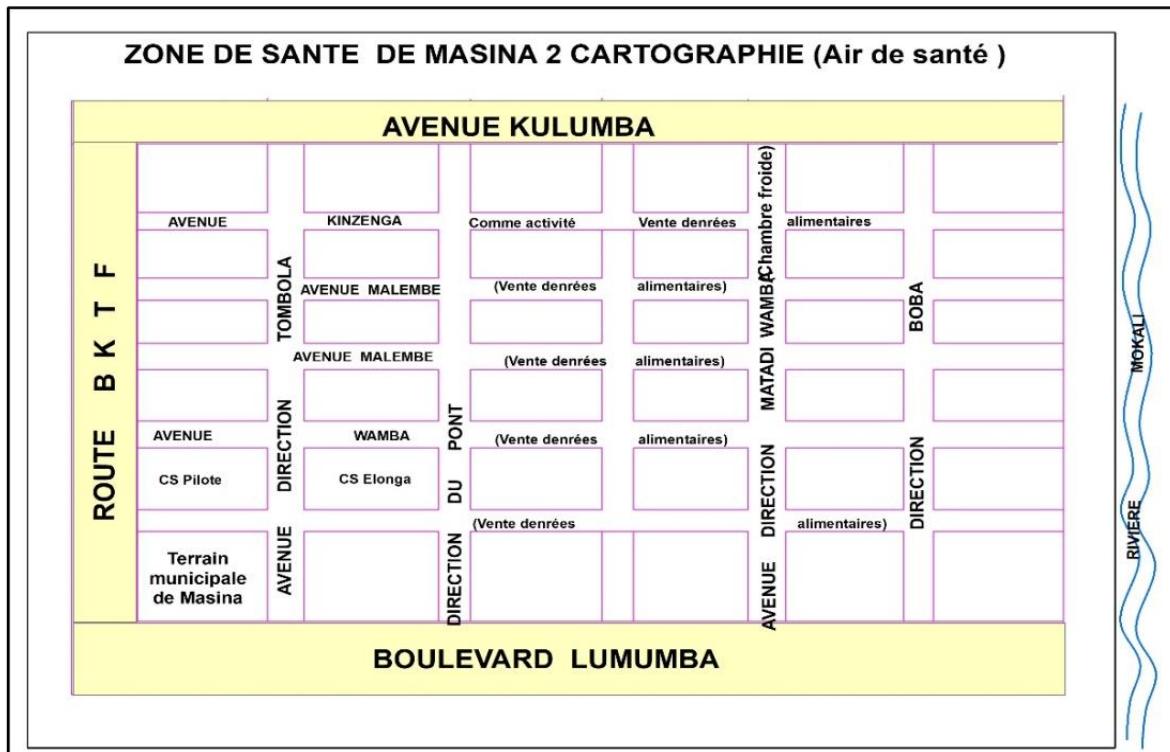


Figure 2. Plan de la zone de santé de Masina 2

2.2. Matériels et Méthodes

Nous avons mené une étude transversale descriptive dans 10 services du centre hospitalier pilote de Masina avec le concours des différents chefs de services ainsi que les infirmiers, malades et garde-malades. La collecte des données s'est faite à l'aide du questionnaire utilisé comme outil de recherche qui évaluait l'organisation de la gestion des déchets hospitaliers depuis la production jusqu'à la destruction ou la valorisation. Les photographies ont été prises avec une caméra numérique Samsung. Les données ont été traitées et analysées par ordinateur à l'aide des logiciels : Microsoft Word, Excel, et SPSS.

Pour réaliser cette étude, nous avons fait recours à l'observation adaptée à l'objectif recherché. L'observation directe et indirecte ont permis de se rendre compte de mode de gestion de déchets hospitaliers, de leur traitement, de leur impact sur l'environnement et la santé des populations de manière générale, et plus particulièrement sur les malades et l'ensemble du personnel intervenant au niveau du centre hospitalier, ainsi que leur attitude. L'échantillon a été tiré de

l'effectif total de services, soit 10. L'unité de l'enquête était le service, l'unité de sondage le poste : 1 chef de service, c'est-à-dire, Médecin, Kinésithérapeute, Pharmacien, Nutritionniste selon le cas ou autre selon le cas était interrogé, auquel s'ajoutent 2 infirmiers, 2 malades et 2 garde-malades, pour un effectif de 7 individus par service, pour un total de 70 enquêtés pour l'ensemble de tous les 10 services. Cette étude traite uniquement des déchets solides, sont ainsi exclus les déchets radioactifs, les déchets liquides admissibles dans le réseau d'assainissement, les déchets inertes et les grandes pièces anatomiques. La typologie des déchets est étudiée à travers l'observation sur le terrain à la recherche des différents types de déchets hospitaliers ainsi que leur séparation suivant la catégorisation selon qu'ils sont à risques ou infectieux ou simplement ménagers.

3. RÉSULTATS ET DISCUSSION

Les résultats obtenus ont été présenté sous forme des tableaux suivants :

Tableau 1. Répartition de enquêtés selon le sexe le sexe

Sexe	Effectif	%
Masculin	28	40
Féminin	42	60
Total	70	100

Source : enquête de terrain, 2022

Il ressort du tableau 1 que 60% de nos enquêtés sont de sexe féminin contre 40% de sexe masculin. Cette situation s'explique notamment par le fait que les femmes furent plus disposées à participer à nos enquêtes et à répondre à notre questionnaire que les hommes.

Tableau 2. Sortes et natures des déchets produits dans les différents services.

Service	Type des déchets	Nature des déchets
Maternité	<ul style="list-style-type: none"> • Infectieux • Ménagers 	Décomposables Biodégradable
Chirurgie	Infectieux	Non décomposables
Laboratoire	Infectieux	Non décomposables
Gynécologie	Infectieux	Non décomposables
Médecine interne	Infectieux	Non décomposables
Soins intensifs	Infectieux	Non décomposables
Kinésithérapie	Infectieux	Non décomposables
Pédiatrie	Infectieux	Non décomposables
Pharmacie	Infectieux	Non décomposables
Nutrition	Agricole et Ménagers	Décomposables

Source : enquête de terrain, 2023

Le tableau 2 révèle que le centre hospitalier pilote de Masina produit quatre types de déchets. Il s'agit des déchets infectieux, industriels, ménagers et agricoles que nous avons regroupés en deux catégories selon leur nature, c'est-à-dire, décomposables (dégradables) et non décomposables (non dégradables). Les déchets non dégradables sont essentiellement les déchets industriels, tandis que les déchets dégradables comprennent des déchets agricoles et des déchets ménagers. La quasi-totalité des services interrogés, soit 80% produisent uniquement les déchets infectieux, un seul d'entre eux ou 10% produit en même temps les déchets infectieux et ménagers, un autre encore ou 10% génère essentiellement les déchets agricoles et ménagers. Cet état de choses montre combien il est important d'assurer la gestion correcte des déchets hospitaliers générés par les activités du centre hospitalier sous étude, car ils sont à 90% de types infectieux et par conséquent de nature non décomposables à 80% ; mais aussi dangereux (USAID/Projet deliver, 2014), (Saini et al., 2004).

Tableau 3. Existence ou non des poubelles de services

Existence	Effectif	%
Oui	63	90
Non	7	10
Total	70	100

Source : enquête de terrain, 2024

Les résultats du tableau 3 montrent que 90% des services enquêtés disposent d'une poubelle, contre 10% qui n'en disposent pas. Les services placent les déchets dans un bac poubelle avant de les évacuer vers les lieux où ils sont collectés, malheureusement ces poubelles ne disposent pas des sachets de différentes couleurs pour les différentes catégories de déchets afin de faciliter notamment le tri (Comité International de la Croix Rouge, 2011) (**Figure 9a-9b**). Le centre hospitalier pilote de Masina ne dispose non plus à ce jour d'un service de collecte des déchets service par service, ni d'un système de tri des déchets normalisé à trois bacs pour séparer les déchets généraux des déchets infectieux et autres (tranchants, non tranchants et non infectieux) (OMS, 2017), (USAID/Projet deliver, 2014), moins encore d'une décharge contrôlée pour la gestion transitoire de ces déchets avant leur destruction ou évacuation. Il dispose néanmoins d'un incinérateur, mais dans ce cas encore (OMS, 2005), explique que les déchets sont brûlés en plein air ou dans un incinérateur dont les émissions ne sont pas contrôlées (**Figure 9d**), il peut y avoir émission dans l'air de dioxydes, de furanes et d'autres polluants toxiques, qui peuvent être à l'origine de maladies graves chez les personnes exposées.

Tableau 4. Moyen et durée de l'évacuation des déchets dans les services

Durée	Effectif	%
1 jour	35	50
Plus de 1 jour	35	50
Total	70	100

Source : enquête de terrain, 2023

Selon le tableau 4, au centre hospitalier pilote de Masina les personnels chargés de l'évacuation des déchets utilisent leurs mains pour acheminer les déchets au lieu de traitement (incinérateur) ou encore au lieu d'enfouissement. Pour ce qui est de la durée des déchets dans les services avant leur évacuation, 50% des enquêtés parlent de 1 jour et les 50% restant parlent d'une durée de plus d'un jour pour évacuer les déchets. Pour ce 2^e cas, cette situation favorise la multiplication des bactéries fermentaires capables de proliférer et de générer notamment de mauvaises odeurs qui exposent les personnes concernées aux diverses maladies. En ce qui concerne le moyen d'évacuation, le transport des déchets se fait sans tenir compte des principes ni de l'OMS, ni de l'hygiène, toutes les catégories des déchets sont transportées de la même manière et sans protection particulière.

Tableau 5. Lieu de gestion ou d'évacuation des résidus

Lieu de gestion ou d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Fosse appropriée	13	18,2
Fosse non appropriée	57	79,8
Total	70	100

Source : enquête de terrain, 2024

Il ressort des résultats du tableau 5 que seulement 18,2% des personnes enquêtées pensent que le lieu d'évacuation des déchets est approprié, alors que les 79,8% autres ont donné un avis contraire. Cet état de choses montre combien la politique institutionnelle interne de gestion des déchets hospitaliers au sein du centre sous étude ne respecte pas la loi « R » (récupérer, réduire, réutiliser, réemployer) (Ademe, 2001) (**Figure 9c-9d**). L'enfouissement se fait sans tenir compte des normes requises en la matière et l'incinération n'utilise pas les méthodes préalables de conservation de l'environnement (sol, air, ...) (Thonart et al., 2005). Et pourtant, il est important pour les gestionnaires des centres hospitaliers de connaître la législation et la réglementation en la matière afin de prévenir et de protéger aussi bien l'homme que l'environnement contre les effets néfastes des déchets hospitaliers. Ce qui sous-entend la mise en place

d'un système structuré de gestion de ces déchets y compris d'un incinérateur approprié pour arriver à gérer les déchets hospitaliers à 100% selon (OMS, 2004).

Tableau 6. Faisabilité de tri de déchets par les services enquêtés

Tri à la source	Effectif	%
OUI	61	87,1
NON	09	12,9
Total	70	100

Source: enquête de terrain, 2024

Concernant la faisabilité de tri des déchets hospitaliers solides par les enquêtés du Centre Hospitalier Pilote de Masina, il y a lieu de retenir que 87,1% des enquêtés procèdent à cette opération à travers notamment les bacs poubelles des différentes dont disposent les service et/ou les chambres pour les malades et garde-malades. Les 12,9% autres ne s'adonnent pas à cette opération, simplement par ignorance et par manque de culture de tri des déchets, ou encore par manque d'information de la part des professionnels de la santé qui reçoivent les malades sans pour autant les sensibilisés sur cette tâche. Par ailleurs, ce tri se limite à la séparation des déchets en deux groupes suivant l'orientation à donner à ces déchets : les déchets à incinérer (seringues, matériels de collecte, lancettes, matériels de transfusion, fœtus, carton et papiers divers, textiles et fibres divers, déchets plastiques, ...) et les déchets à enfouir dans le sol (épluchures des fruits, restes de nourritures et aliments divers, verrerie, ...) (**Figure 9c-9d**). Néanmoins, il respecte le principe de responsabilité du tri de déchets par le producteur primaire ou à la source (OMS, 2004).

Tableau 7. Connaissance des enquêtés sur le mode de traitement des déchets

Tri à la source	Effectif	%
OUI	26	37,1
NON	44	62,9
Total	70	100

Source: enquête de terrain, 2024

Le tableau 7 en rapport avec les connaissances des enquêtés sur les modes de traitement des déchets renseigne que 62,9% d'entre eux les ignorent contre seulement 37,1% qui en savent quelque chose (brûler, enfouir, jeter ou déposer dans une décharge publique, ...). Cette situation s'explique notamment par le fait que parmi les personnels soignants et même les administratifs, trop peu ont reçu une formation sur la gestion des déchets hospitaliers et aucun agent d'entretien n'a été formé (**Figure 9d**).

Tableau 8. Propositions émises pour palier au problème de la gestion des déchets hospitaliers au sein du centre hospitalier pilote de Masina

Réponses	Effectif	%
Formation	37	52,9
Equipements suffisants	21	30,0
Renforcer les services d'hygiène	7	10,0
Agents qualifiés	5	7,1
Total	70	100

Source: enquête de terrain, 2024

Concernant les propositions émises pour palier au problème de la gestion des déchets hospitaliers au centre hospitalier pilote de Masina, la tableau 6 révèle que les enquêtés ont optés à 52,9% pour la formation (renforcement des capacités) du personnel en matière de gestion des déchets hospitaliers, alors que 30% parmi eux ont préconisés les équipements suffisants comme solution, 10% ont pensés au renforcement du service d'hygiène du centre hospitalier et enfin 7,1% ont soutenus que le centre devrait disposer des agents qualifiés en la matière comme solution. La proposition liée à la main d'œuvre qualifiée (y compris celle liée à la formation) qui représente plus de 60% des enquêtés montre que le plus grand problème à résoudre est celui de l'ignorance de la part de toutes les parties prenantes, notamment sus les dangers que représentent les déchets hospitaliers tant pour l'homme que pour l'environnement.



Figure 2 : Gestion des déchets hospitaliers solides au Centre Hospitalier Pilote de Masina : (a) Bacs poubelles dans la salle d'accouchement du CHPM (Photo Joël OPEY, 2024) ; (b) Bacs poubelles au service de laboratoire pour les trois types de déchets à stocker, mais dépourvus de sachets poubelles et parfois non couverts, déchets non triés (Photo Joël OPEY, 2024) ; (c) Stockage extérieur des déchets avant l'enfouissement ou l'incinération, déchets non triés (Photo Joël OPEY, 2024) ; (d) Déchets non triés prêts à être incinérés (Photo Joël OPEY, 2024).

4. CONCLUSION

La gestion des déchets hospitaliers constitue u problème réel au Centre Hospitalier Pilote de Masina. De manière générale, l'absence globale de politique et de documents de référence, le manque de ressources et la faible organisation institutionnelle du système de gestion des déchets hospitaliers sont les facteurs déterminants de la faible qualité de gestion de déchets hospitalier dans la formation hospitalière sous étude.

Bien que les services enquêtés disposent des bacs poubelles où placer les déchets produits, on observe que les sachets poubelles ne sont pas utilisés tel qu'exigé par les normes en la matière ; aussi les déchets ménagers sont parfois mélangés aux déchets hospitaliers. Le transport et l'évacuation des déchets se font sans prendre toutes les précautions nécessaires. Les déchets plastiques et les autres déchets solides hospitaliers sont incinérés ensemble et sur place tandis que les déchets ménagers, particulièrement du type agricole sont enfouis dans le sol ou déposés dans une décharge sauvage en dehors de la parcelle du centre hospitalier.

Au terme de cette étude, nous recommandons la mise en place d'une structure professionnelle de gestion des déchets hospitaliers pour un meilleur contrôle et suivi, de la production à la destruction et/ou la valorisation de ces déchets, mais aussi et surtout afin de réduire les risques qu'ils représentent pour les personnes concernées dans le centre hospitalier. Il est également indispensable de former le personnel (renforcement des capacités des ressources humaines) tant administratif, ouvrier que soignant, sur la gestion des déchets hospitaliers, mais aussi d'équiper l'établissement (renforcement des capacités en ressources matérielles de collecte, de transport et de traitement des déchets hospitaliers) en matériels nécessaire pour cette fin. Pour la zone de santé, la mise en application des recommandations du plan stratégique national de la santé, particulièrement en ce qui concerne la gestion des déchets hospitalier mais aussi en assurer le suivi effectif. A la tutelle, de mettre à jour la politique nationale de la santé afin de l'adapter aux réalités et moyens de sa politique.

RÉFÉRENCES

- [1] KAMBAU S, et al., La gestion des déchets infectieux à Kinshasa, Faculté de Médecine, Landboww. Univ.Gent. 64/1 (1999)
- [2] NDIE Justin et NGUENDO Yongsi Blaise, Etude de la gestion de déchets hospitaliers dans les structures sanitaires de référence de la région du nord Cameroun. European Scientific Journal, 12 (2016).
- [3] NATIONS UNIES, Assemblée générale du programme environnement pour le développement : Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (44e session), Zurick (1989).
- [4] MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE, HYGIENE ET PREVENTION/RDC, Plan Stratégique National de la Santé 2023 – 2027, mai 2023, Kinshasa.
- [5] MINISTÈRE DE LA SANTE/MAROC, Guide de gestion des déchets des établissements des soins. Rabat, Royaume du Maroc : s.n, (2004).
- [6] MANGA B., L., Etude sur les systèmes appropriés de traitement des déchets médicaux dans le cadre du développement participatif. Rapport du programme de développement participatif, Yaounde, Cameroun, (2009).
- [7] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), Principes fondamentaux de la gestion des déchets médicaux, dans : Plan National de gestion des déchets des soins médicaux, Manuel guide, OMS et PNUE/SCB (2004).
- [8] MOUANKIE J.B et al., Gestion des déchets biomédicaux à Brazzaville capitale du Congo, European Scientific Journal 11 (2025).
- [9] KASUKU W., et al., Etude de l'impact sanitaire et environnemental des déchets hospitalier dans 4 établissements hospitaliers de Kinshasa en RDC. Déchets sciences et techniques, 71 (2016) 25 – 33.
- [10] USAID/PROJET DELIVER, Guide de gestion des déchets de soins médicaux à l'attention des travailleurs communautaires, Arlington USA (2014) (www.deliver.jst.com)
- [11] SAINI Savita et al., The study of bacterial flora of different types in hospital waste : evaluation of waste treatment at AIIMS hospital, New Delhi. Department of Pediatrics, Department of Microbiology, Department of Hospital Administration. India New Delhi. Medical sciences 35 (2004).
- [12] RUSHBROOK Philip et ZGHONDJI Ridha, Santé et environnement dans les zones urbaines – Une meilleure gestion des déchets d'activités des soins : une composition intégrale de l'investissement dans la santé. OMS-Bureau régional de ma Méditerranée orientale – Centre régional pour les activités d'hygiène de l'environnement (CEHA), (2005)
- [13] COMITÉ INTERNATIONAL DE LA CROIX ROUGE, Manuel de gestion des déchets médicaux, Genève/Suisse (2011) www.cicr.org
- [14] BONNARD Roseline, Le risque biologique et la méthode d'évaluation du risque. Unité évaluation des risques sanitaires, Direction des risques chroniques : Institut National de l'Environnement Industriel et des Risques. Rabat : Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement. DRC-01-25419 (2001)
- [15] SHOMBA Kinyambi et al., Monographie de la ville de Kinshasa. ICREDÉS, Kinshasa – Montréal – Washington, (2015)
- [16] MINISTÈRE DE LA SANTE/RDC, Stratégie de Renforcement du Système de Santé, (juin 2016), Kinshasa/RDC (www.minisstanterdc.cd)
- [17] OMS et UNICEF, L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissement de soins de santé : état de lieux et perspectives dans les pays à revenus faible ou intermédiaire, Genève/SUISSE (2015)
- [18] DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (DDASS), Les déchets d'activités de soins à risques, des professionnels libéraux de santé, DDASS de Lorraine, France, (2007)

- [19] KIDIAMBUTA Mikondo Ardy et al., Système de gestion des déchets ménagers solides dans la commune de Masina à Kinshasa, RD Congo: états des lieux et perspectives. International Journal of Innovation and Scientific Research, 64 (2022) www.ijisr.issr-journals.org
- [20] OMS, La gestion sécurisée des déchets médicaux (déchets d'activités des soins): Résumé, 2017. <http://apps.who.int/iris>
- [21] OMS, Gestion des déchets solides d'activités des soins dans les centres de soins de santé primaires : Guide d'aide à la décision, 2005.
- [22] ADEME, La valorisation des emballages en France, Collection données et références, Angers, 2001.
- [23] THONART Philipe et DIABATE Sory Ibrahim: Guide pratique sur la gestion des déchets ménagers et des sites d'enfouissement technique dans les pays du Sud, collection points repère 7, publication de l'IEPF/OIF, 2005.