

REPUBLIQUE DE GUINÉE
Travail-justice-solidarité



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

**PROGRAMME DE RENFORCEMENT DES SYSTÈMES RÉGIONAUX DE
SURVEILLANCE DE MALADIE (PRSRM)**

**STRATEGIE NATIONALE DE GESTION DES
DECHETS BIOMEDIACAUX**

RAPPORT FINAL

Avril 2016

SIGLE ET ABREVIATION

BAD	Banque Africaine pour le Développement
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CICR	Comité International de la Croix Rouge
CMC	Centre Médical de Commune
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CR	Commune Rurale
CDT	Centre De Transit
CTE	Centre de Traitement Ebola
CTS	Centre de Traitement des Soignants
DBM	Déchets Bio Médicaux
DNACV	Direction Nationale de l'Assainissement et du Cadre de Vie
DNEHS	Direction Nationale des Établissements Hospitaliers et de Soins
DNHP	Direction Nationale de l'Hygiène Publique
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EIBEP	Enquête Intégrée de Base pour l'Évaluation de la Pauvreté
GDBM	Gestion des Déchets Biomédicaux
MVE	Maladie à Virus Ebola
MSF	Médecin Sans Frontière
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PEV/SSPIME	Programme Élargi de Vaccination, Soins de Santé Primaire, Médicament
PME	Petite et Moyenne Entreprise
PNDS	Plan National du Développement Sanitaire
PNHP	Politique Nationale de l'Hygiène Publique
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'Environnement
PRUVEG	Projet de Riposte d'Urgence au Virus Ebola en Guinée
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence Américaine pour le Développement International

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Institutions impliquées dans la gestion des déchets biomédicaux	20
Tableau 2: Instances de coordination et organes consultatifs	22
Tableau 3 : Situation des structures formelles	23
Tableau 4: Rôles des différents acteurs	35
Tableau 5: Plan de gestion des déchets biomédicaux	42

LISTE DES CARTES

Carte 1: <i>Les régions naturelles de la Guinée</i>	11
Carte 2: <i>Carte des sols de la Guinée</i>	12
Carte 3: <i>Carte hydrographique de la Guinée</i>	13
Carte 4: <i>Carte des zones agro-climatiques de la Guinée</i>	15

Table des matières

RESUME.....	7
1. CONTEXTE BIOPHYSIQUE ET SOCIOÉCONOMIQUE	11
1.1 Contexte biophysique.....	11
1.2 Contexte socio-économique.....	16
2. CADRE POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL.....	17
2.1 Cadre politique	17
2.2 Cadre institutionnel	19
3. PORTRAIT DE LA SITUATION SANITAIRE ET DE LA GESTION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX.....	21
3.1 Système de Soins.....	21
3.1.1 Cadre structurel	21
3.1.2 Infrastructures sanitaires.....	22
3.1.3 Produits pharmaceutiques.....	25
3.1.4. Financement du secteur	25
3.2 Situation de la gestion des déchets biomédicaux	25
3.2.1 Approche de diagnostic	25
3.2.2 État des lieux de la gestion des déchets.....	26
3.2.3 Risque pour l'environnemental et la santé humaine	28
4. STRATEGIE NATIONALE DE GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX	28
4.1 Contexte et justification.....	28
4.2 Fondement et objectif général de la stratégie.....	29
4.3 Orientations stratégiques	29
4.3.1 Renforcement des capacités des structures de soins	30
4.3.2 Promotion des bonnes pratiques en matière de gestion des déchets biomédicaux	33
4.3.3 Renforcement du cadre institutionnel et règlementaire	35
5. PLAN NATIONAL DE GESTION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX	38
5.1. Gestion des déchets biomédicaux	39

5.1.1.	Opérations pilotes	39
5.1.2.	Etudes sectorielles de planification	40
5.2	Opérationnalisation de la stratégie sur tout le territoire national	41
6.	MISE EN ŒUVRE ET SUIVI-ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE	47
7.	CONCLUSION	50

RESUME

La présente étude porte sur la stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux élaboré dans le cadre du Programme de Renforcement des Systèmes Régionaux de Surveillance de Maladie (PRSRSM).

L'objectif du PRSRSM est de renforcer la capacité intersectorielle nationale pour la surveillance collaborative des épidémies en Guinée et dans la sous-région ouest africaine. Il s'attaquera aux faiblesses systémiques au sein des systèmes de santé animale et humaine qui entravent la surveillance efficace des maladies et des actions de riposte.

La stratégie à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs sera articulée autour des points suivants : (i) appuyer l'amélioration des systèmes de surveillance et de production de rapports au sein du système de santé en Guinée. Ceci en appuyant les efforts du pays dans la surveillance des maladies émergentes, ré-émergentes et endémiques en vue de déclarer en temps opportun des urgences de santé publique humaine et animale ; (ii) mettre en place des réseaux efficaces, de haute qualité, de santé publique humaine et animale accessibles et des laboratoires privés pour le diagnostic des maladies infectieuses, et d'établir une plateforme de réseaux régionaux pour améliorer la collaboration entre les laboratoires de recherche ; (iii) appuyer les efforts nationaux et régionaux visant à améliorer les maladies infectieuses préparation aux épidémies et la capacité d'intervention ; (iv) améliorer la gestion des ressources humaines pour la surveillance efficace des épidémies et des ripostes et (v) renforcer les capacités institutionnelle liés à la gestion du projet sur les aspects fiduciaires, de production de connaissances, de communication, de suivi et évaluation des mesures de sauvegarde d'atténuation des impacts environnementaux et sociaux.

Les composantes et sous composantes du projet sont consignés dans le tableau suivant:

Composantes	Sous composantes
1. Surveillance et systèmes d'information	1.1. Appui aux systèmes coordonnés de surveillance de la santé animale et humaine à l'échelle communautaire
	1.2. Développement de capacités opérationnelles intersectorielles et de système de suivi.
	1.3. Mise en place d'un système d'alerte précoce pour la prévision des tendances de maladies infectieuses.
2. Renforcement des capacités de laboratoire	2.1. Examen, mise en place et le renforcement d'un réseau de laboratoire.
	2.2. Amélioration de la gestion des échantillons et des données de laboratoire
	2.3. Amélioration des fonctions régionales de mise en réseau des laboratoires de référence.
3. Préparation et intervention en cas d'urgence	3.1. Amélioration de la coordination intersectorielle et la collaboration en matière de préparation et de riposte.
	3.2. Renforcement de capacités pour les interventions d'urgence
	3.3. Intervention d'urgence.

4. Gestion des ressources humaines pour la surveillance efficace des épidémies et des ripostes	4.1. planification, recrutement et cartographie des effectifs du personnel de santé
	4.2.Perfectionnement, motivation et rétention du personnel de santé.
5. Renforcement des capacités institutionnelles pour la gestion et la coordination du projet	5.1. Coordination du projet, gestion fiduciaire, suivi et évaluation, production de données et gestion des connaissances.
	5.2.Appui institutionnel, renforcement des capacités, sensibilisation et communication

Dans la perspective de la mise en œuvre du PRSRSM, la prise en compte de la problématique de gestion des déchets biomédicaux est crucial pour réduire les risques de recrudescence des maladies infectieuses dans le processus de renforcement du système national de surveillance des maladies. La détérioration du cadre de vie par les déchets biomédicaux peut contribuer à la gravité des épidémies de maladies. Il s'avère donc pertinent de disposer d'une stratégie opérationnelle de gestion des déchets biomédicaux en tant qu'une composante de renforcement du système national de santé.

Les déchets biomédicaux de par leur composition représentent sans nul doute, une sérieuse menace pour l'environnement et la santé humaine. Cette menace est d'autant plus importante qu'elle constitue un facteur non négligeable de la transmission des infections nosocomiales, de la Maladie à Virus Ebola et du VIH Sida aux agents de santé, aux malades et à une grande partie de la population tant dans les structures de soin publiques que privées.

A cet effet, la Politique Nationale de l'Hygiène Publique (PNHP) élaborée en 2010, accorde une place importante à l'amélioration de la gestion des déchets biomédicaux.

Suite à l'élaboration de cette politique, une stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux a été élaborée pour la période 2011-2015.

Malgré cette volonté politique, force est de reconnaître qu'il existe encore des problèmes majeurs dans la gestion desdits déchets dans les structures de santé, toutes catégories confondues. Parmi ces problèmes, on peut citer : le tri à la source inadéquat, l'utilisation des contenants inappropriés, la faible application des règles de bonne pratique pour le stockage et le transport, le recours à des modes de traitement inadéquats, etc. Ces pratiques constituent aujourd'hui le véritable goulot d'étranglement pour la gestion des déchets biomédicaux dans les structures de soins.

Dans la perspective du renforcement du système national de surveillance des maladies infectieuses , il s'est avéré important d'actualiser cette stratégie en vue de prendre en compte la gestion des déchets biomédicaux dans les mesures de renforcement des capacités de prévention des situations futures épidémiques.

Bien que la législation en matière d'environnement et d'hygiène publique ait édicté des dispositions générales y relatives, l'absence d'une réglementation spécifique sur la gestion des déchets biomédicaux ne permet pas de déterminer de façon claire et précise les rôles et les responsabilités de chaque acteur concerné et donc de garantir une gestion efficace.

Par ailleurs, n'existe aucune société privée dans la gestion des déchets biomédicaux, et les structures médicales ne possèdent pas de compétence en la matière. La faiblesse des ressources financières constituent un handicap majeur pour la professionnalisation du secteur.

Ainsi, la gestion des déchets biomédicaux issus de la Maladie à Virus Ébola (MVE) s'inscrit dans un contexte de faiblesse du système global de gestion des déchets biomédicaux ce qui rend le risque plus élevé.

Aussi, dans le contexte actuel du dérèglement du climat, les catastrophes naturelles et les changements climatiques deviennent de plus en plus des menaces pour la santé des populations africaines. La détérioration du cadre de vie associée aux risques climatiques et à la mauvaise gestion des déchets représente un risque majeur de santé publique particulièrement pour les couches les plus pauvres et les plus vulnérables, notamment les enfants, les femmes et les populations rurales pauvres.

Cet état de fait a suscité ces dernières années un éveil de conscience des autorités au plus niveau, avec l'appui des partenaires au développement en l'occurrence l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Banque Mondiale et le Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE), pour l'amélioration de la santé des populations africaines. En 2008, les Ministres en charge de la Santé et de l'Environnement se sont rencontrés à Libreville au Gabon et ont signé la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique. Puis en 2010, la deuxième conférence s'est tenue à Luanda en Angola et a connu la signature, par les États africains, de l'Engagement dit de Luanda. La Déclaration de Libreville établit 11 actions prioritaires sur lesquelles 52 pays africains se sont accordés pour protéger la santé en préservant les écosystèmes. L'Engagement de Luanda vise à traduire la Déclaration de Libreville en actions concrètes avec notamment les 10 questions prioritaires à traiter. Ces questions prioritaires ont porté essentiellement sur l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement du milieu, le changement climatique, la santé en milieu de travail.

En vue d'accélérer la mise en œuvre des activités liées au respect de ces engagements, les États ont bénéficié de l'appui technique de l'OMS et du PNUE en collaboration avec d'autres partenaires comme la BAD qui se sont engagés à financer les projets liés au changement climatique et la santé. Dans le cadre de l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola 2014-2015 qui a affecté la sous-région ouest africaine notamment la Guinée, la Libéria et la Sierra Léone, la communauté internationale s'est engagée à appuyer le renforcement des capacités de préparation et d'intervention de la sous région ouest

africaine dans les futures épidémies à travers un Programme de Renforcement des Systèmes Régionaux de Surveillance de Maladies (PRSRSM).

L'élaboration de cette stratégie de gestion des déchets biomédicaux a été conduite comme un processus continu d'implication des acteurs de manière élargie et mobilisatrice.

De l'analyse de la situation de la gestion des déchets biomédicaux et dans la perspective PRSRSM, la présente stratégie nationale est basée sur deux dimensions essentielles : le renouvellement des principes d'intervention et le plan d'action qui les met en application.

Les principes d'intervention concernent : une dimension technique visant des objectifs de réalisme opérationnel et de durabilité environnementale ; une dimension financière visant des objectifs de réalisme social et de durabilité économique à long terme ; une dimension institutionnelle visant des objectifs de mobilisation de tous les acteurs, de coordination, de contrôle et d'assistance publiques.

Les principes d'intervention proposés dans cette stratégie sont pertinents pour gérer adéquatement des déchets biomédicaux dans les établissements sanitaires publics et privés. Leur mise en œuvre pourrait nécessiter le montage d'opérations pilotes. Des études environnementales spécifiques pourraient être réalisées dans le processus de mise en œuvre du PRSRSM pour la portion des investissements visant à améliorer la gestion des déchets biomédicaux.

La stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux sera mise en œuvre à travers:

- ❖ la définition d'une structure clairement individualisée ;
- ❖ l'implication des pouvoirs publics, des établissements sanitaires publics et privés, les communautés ;
- ❖ le montage de programmes sectoriels d'investissement bien précis dans le cadre du PRSRSM

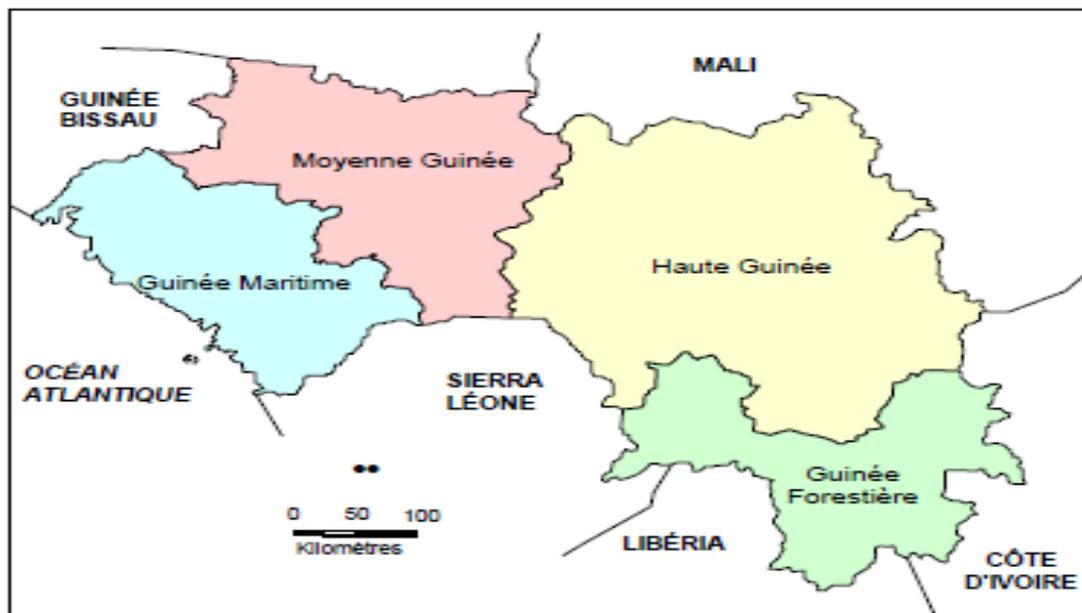
I. CONTEXTE BIOPHYSIQUE ET SOCIOÉCONOMIQUE

1.1 Contexte biophysique

La République de Guinée, d'une superficie totale de 245 860 km², est un pays de transition entre les régions subéquatoriales, domaine de la forêt dense humide, au sud et les régions soudaniennes et sahéliennes, domaine de la savane et de la steppe, au nord. C'est également un pays de transition entre la façade atlantique occidentale et l'intérieur de la sous-région ouest-africaine. Le pays est composé de quatre grandes régions naturelles qui se partagent les effets conjugués du relief, du climat, des sols et du peuplement. L'ensemble de ces facteurs modèle ces quatre unités de paysage : La Basse Guinée (ou Guinée Maritime), la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée Forestière.

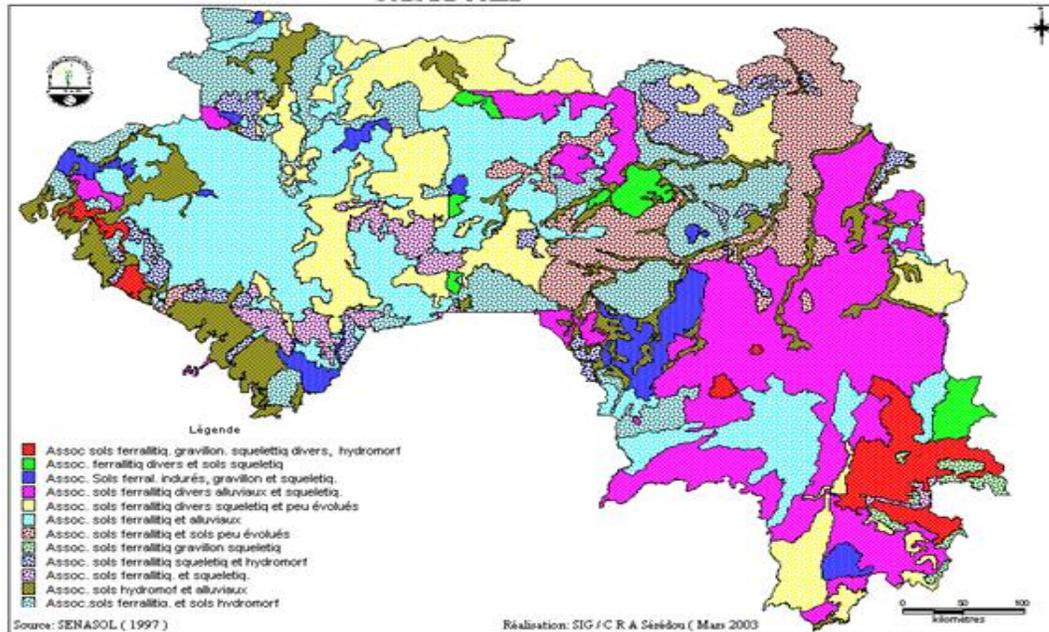
La Guinée maritime ou la basse Guinée est une région de mangrove qui s'étend sur 300 km sur l'océan atlantique. La moyenne Guinée est une région de montagne qui abrite les sources des principaux fleuves soudano sahélien. La haute Guinée est une zone de savane, c'est la zone la plus aride du pays. La Guinée forestière doit nom à la majeure partie du couvert végétal qui couvrait autre fois ce territoire. Cette régions connait actuellement un recul remarquable de son couvert végétal.

Cette carte présente les quatre régions naturelles de la Guinée.



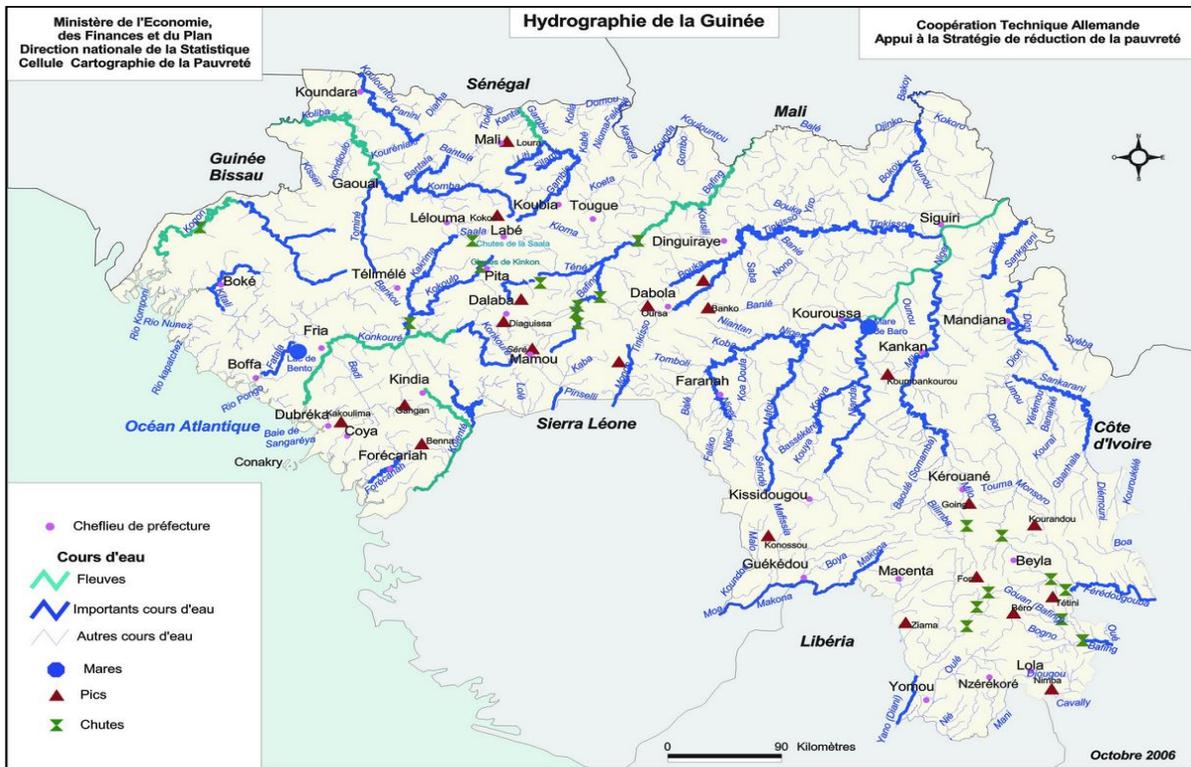
Carte 1: Les régions naturelles de la Guinée

La Guinée détient un capital inestimable en ressources naturelles (pédologiques, géologiques, hydriques, écosystèmes et aires protégées) et leurs principales pressions sont largement provoquées par les activités humaines.



Carte 2: Carte des sols de la Guinée

La Guinée, considérée comme le « château d'eau de l'Afrique Occidentale », a un potentiel hydrologique riche et diversifié. Le réseau hydrographique trouve son origine dans deux massifs montagneux (Fouta-Djallon et dorsale guinéenne). Il comprend 1.161 cours d'eau, regroupés en 23 bassins versants dont 14 internationaux.



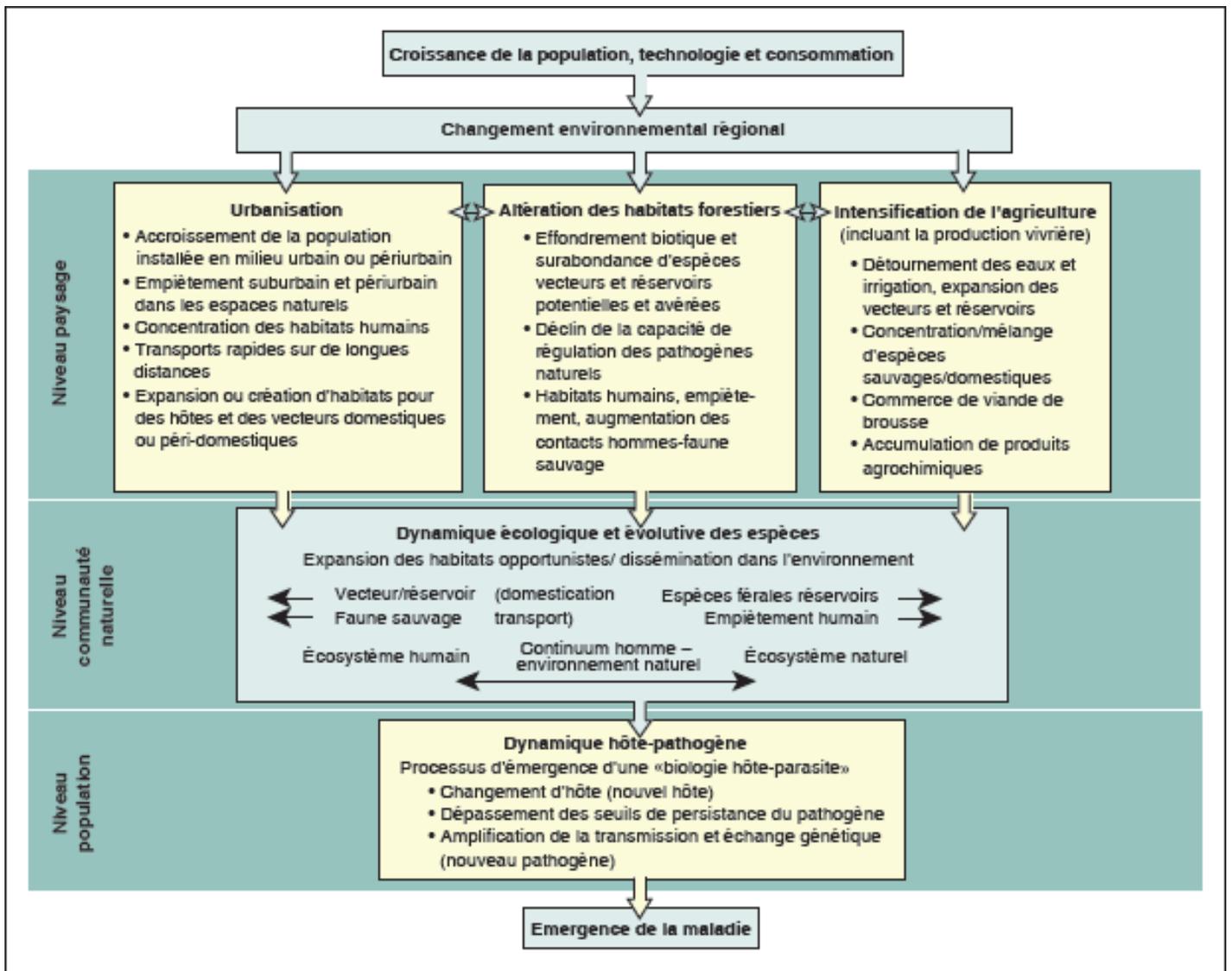
Carte 3: Carte hydrographique de la Guinée

En Guinée la déforestation est particulièrement sévère avec une grande partie du paysage qui se transforme de plus en plus en mosaïques de forêts agricoles. L'agriculture, l'exploitation du bois et la croissance démographique engendrent une perte et une fragmentation considérable de la forêt ombrophile tropicale, alors que les effets de l'extraction minière, de la chasse, du surpâturage et de la surexploitation des ressources dégradent les écosystèmes. Ces activités anthropiques contribuent considérablement à la déforestation qui elle-même contribue à l'éclosion de maladies infectieuses. Il existe un lien entre la déforestation et les maladies infectieuses. La déforestation et de l'empiètement dans les habitats naturels sont prétendus être responsables de l'épidémie de maladie à virus Ébola en Afrique de l'Ouest.

Les forêts jouent un rôle important dans le contrôle des maladies infectieuses. Les pratiques et les changements d'affectation des terres forestières, surtout en l'absence de réglementation et de prévision, conduisent fréquemment à une prévalence accrue de zoonoses et de maladies transmises par des vecteurs, et accroissent parfois la prévalence de maladies capables de provoquer des pandémies catastrophiques (FAO, 2007).

La figure suivante présente le schéma causal de l'écologie des maladies infectieuses

Figure: Schéma causal de l'écologie des maladies infectieuses



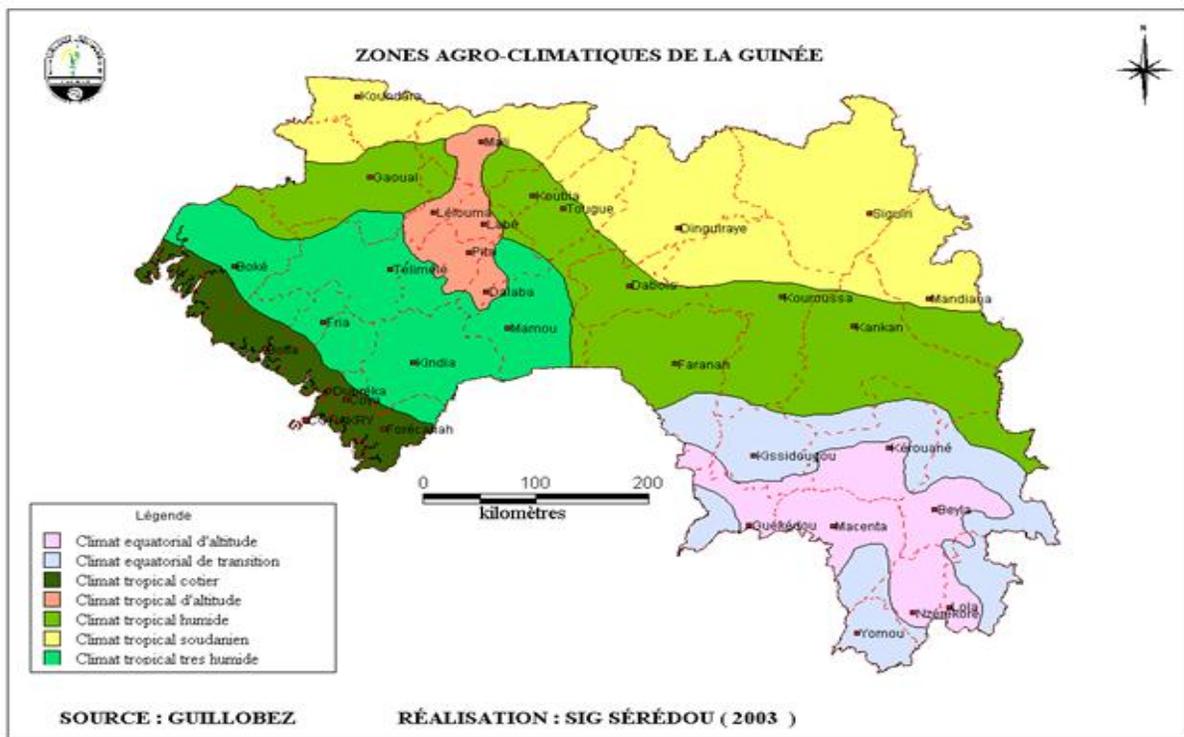
Sources FAO

Près de 80 % de l'énergie utilisée dans le pays est fournie par la biomasse, occasionnant la disparition de près de 37.000 ha de forêts par an. La forêt dense guinéenne a connu un net recul passant de 14 millions ha en 1967 à 700.000 ha en 2002. La forte érosion des sols qui s'en est suivie a eu pour conséquences la perte de la fertilité des sols et de la biodiversité. Cette situation pourrait être aggravée par les effets du changement climatique sur les plaines côtières où l'intensification des inondations et de la salinisation des sols, dans une des régions qui fournit l'essentiel de la production de riz du pays, risque de peser sur la

sécurité alimentaire du pays. Par ailleurs, l'extension du secteur minier expose les populations à des risques de pollution auxquels elles ne sont pas préparées.

La Guinée est un pays tropical humide avec une température variant entre 5°C et 40°C. Elle connaît globalement deux saisons : une saison sèche (d'octobre à avril) et une saison des pluies (de mai à septembre). Pratiquement, les mois de mai et juin servent de transition de la saison sèche à la saison pluvieuse et les mois de septembre et octobre, de transition de la pluvieuse à la sèche.

En Guinée Maritime, les pluies sont abondantes (3000 mm). La côte, et tout particulièrement la région spéciale de Conakry, à cause du phénomène de la mousson, peut recevoir jusqu'à 4200 mm. La Région du Fouta Djallon (Moyenne Guinée), associée à un microclimat de montagne, a des précipitations moins abondantes (1800 mm). Au mois de décembre/janvier, la température peut baisser jusqu'à 2°C. La Guinée Forestière connaît un régime pluviométrique abondant (2300 mm). La saison pluvieuse dans cette région a été réduite de 12 à 8 mois en raison notamment du recul du couvert végétal. La température dans cette région est comprise entre 5°C et 30°C. La Haute Guinée est la région la plus chaude avec une température oscillant entre 3°C et 40°C et une pluviométrie plus faible (1500 mm) (PNUD, 2009). On distingue en Guinée sept zones agro-climatiques.



Carte 4: Carte des zones agro-climatiques de la Guinée

1.2 Contexte socio-économique

Au plan administratif, la Guinée est divisée en sept régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry, qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines, dont 5 à Conakry et 306 commune rurale. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers (urbains) et 1615 districts (ruraux). Sur la base des projections 2010 (MP/INS, 2012), avec un taux de croissance annuelle de 3,1 %, la population du pays est estimée à 10,5 millions d'habitants, dont 49,3 % d'hommes et 50,7 % de femmes. La population guinéenne est jeune, relativement peu alphabétisée et engagée dans l'agriculture ou le secteur informel. Le taux d'accroissement naturel est de 2,8 %. En y ajoutant les effets des mouvements migratoires, le taux annuel d'accroissement est de 3,1 %. La population guinéenne est affectée par d'intenses mouvements migratoires internes qui font de la Moyenne Guinée et de la Haute Guinée des régions d'émigration à destination de la Guinée Maritime (notamment à Conakry) et de la Guinée Forestière. La typologie des populations guinéennes permet de distinguer plusieurs groupes ethniques ethniques installées sur toute l'étendue du territoire national : Nalou, Landouma, Baga, Mikhiforé, Mandeniyi, Kissi, Lélé, Toma, Kpèlè, Manon ou Mani, et Konon ; Malinké, Soussou, Dialonké, Sarakollé ou Soninké, Maninka-Mori, Moréaké, Kouranko, Konianké, Diakanké, Sebbhe; et Peuls, Toucouleur, Foulacounda, et Wassoulouké.

La Guinée connaît une situation difficile caractérisée par une économie mal gouvernée, une pauvreté élevée et croissante, des tensions sociales et un niveau élevé d'endettement. Structurellement, l'économie est peu diversifiée, dépendante des performances du secteur minier qui représente 14,5 % du produit intérieur brut (PIB) et fournit près de 90 % des recettes d'exportation. L'agriculture représente 25 % du PIB, l'industrie 41 % et les services 34 %. La Guinée demeure dans le dernier quintile en termes de développement humain.

Les services de santé sont dans un état de grave dégradation en raison des coupures budgétaires qu'a subies le secteur, dont la part dans le PIB est passée de 1 % en 1993 à 0,2 % en 2010. Le paludisme reste la première cause de morbidité et de mortalité chez les enfants et le taux de mortalité maternelle est l'un des plus élevés en Afrique. Le pays a été durement frappé sur le plan économique et social par l'épidémie de la maladie à virus Ébola en 2014 et 2015.

La crise économique a également affecté le secteur éducatif. Le taux brut de scolarisation a stagné autour de 79 % depuis 2007, et à 70 % pour les filles. Le point alarmant est que le taux d'abandon est passé de 5,9 % en 2007 à 11,6 % en 2010, faisant baisser le taux d'achèvement du primaire à 57 % en 2010.

Concernant le genre, la Guinée a ratifié la convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard de la femme (CEDAW) et a enregistré des avancées dans la réduction des inégalités entre les femmes et les hommes dans les domaines de la santé et de l'éducation. Cependant, de fortes inégalités persistent dans le domaine du travail où la proportion de femmes dans les postes de salariés du secteur formel en dehors de l'agriculture est de 0,30. Au niveau politique et associatif, la représentativité des femmes demeure également faible.

2. CADRE POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL

2.1 Cadre politique

La stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux découle fondamentalement la politique de nationale de l'hygiène publique et de la politique nationale de l'environnement

La politique sanitaire nationale s'appuie sur l'intégration harmonieuse des soins curatifs, préventifs et promotionnels, la promotion de la santé individuelle, familiale, communautaire et la participation des communautés à la conception, au financement, à l'exécution et à l'évaluation des actions de santé. Le PRSRSM contribuera à la concrétisation de ces orientations politiques en dotant la Guinée d' un système performant de santé publique et de surveillance des épidémies de maladies.

La politique Nationale de l'Hygiène Publique met un accent sur le développement des stratégies afin de réduire de façon significative, la prévalence des maladies liées au manque d'hygiène dans les communautés guinéennes.

La finalité de la Politique nationale de l'environnement (PNE) est en lien direct avec la vision adoptée par le ministère chargé de l'Environnement, à savoir de contribuer à réduire la dégradation de l'environnement et à promouvoir la participation du secteur environnemental à l'économie nationale et au bien-être socio-économique des populations dans le cadre de la lutte contre la pauvreté.

Le but de la PNE est pour sa part de permettre au ministère chargé de l'Environnement de mettre en place les conditions favorables à l'amélioration à long terme de la sécurité alimentaire, de la crise de l'énergie domestique, à l'amélioration des conditions d'hygiène, de santé et de sécurité, et au développement économique durable des populations et du pays.

En termes opérationnels, la PNE permet d'asseoir les bases d'une planification et de coordination de toutes les interventions du MEEF dans un horizon temporel de cinq ans

La PNE repose sur certains principes directeurs dont voici quelques commentaires des plus importants qui orienteront la stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux.

Le manque d'informations fiables, la faible capacité institutionnelle des structures étatiques à gérer les ressources, le manque de suivi et d'évaluation, de valorisation des forces vives, les problèmes politiques, la suspension des décaissements en faveur des projets et des programmes de développement, le manque de sensibilisation des populations, ont réduit au fil des ans la marge de manœuvre du gouvernement dans la gestion responsable des ressources naturelles du pays. Le besoin en renforcement de la bonne gouvernance environnementale doit constituer un des piliers de la gestion environnementale nationale.

Il importe aussi de rappeler que la gestion de l'environnement n'est pas sectorielle et qu'elle repose sur une dimension horizontale et transnationale. L'expérience a mis en évidence que la multitude d'interventions sectorielles et isolées ne suffit pas à renverser les tendances de dégradation du milieu naturel et humain. Les premiers pas dans l'approche intégrée de la question environnementale peuvent laisser présager que les mesures prises au niveau régional pour la mise en œuvre des préoccupations environnementales évolueront progressivement vers la reconnaissance affirmée de la dimension multisectorielle en matière d'environnement.

La gestion durable des ressources et l'amélioration du cadre de vie exige l'implication des collectivités locales, actrices incontournables à l'établissement du diagnostic, à la recherche de solutions pratiques et à la mise en œuvre de la stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux. Le processus de gestion de l'environnement dans le pays devra donc se fonder sur la redéfinition des niveaux d'implication et de partage de responsabilité des principales structures et organisations locales de gestion de l'environnement (au niveau politique et technique).

Les communautés locales sont très certainement concernées, là même où doivent se concrétiser les actions et les résultats sur le terrain, notamment en matière de gestion des déchets, de perte de biodiversité dans un contexte d'aggravation des facteurs de changement climatique. Les collectivités locales, parties prenantes incontournables et principales bénéficiaires directes de la mise en œuvre de la PNE, doivent être prises en compte dans la présente stratégie de gestion des déchets biomédicaux, lui-même articulé autour de la politique nationale de l'hygiène

L'environnement touche et comprend d'abord l'Homme, y compris les femmes et les jeunes. Toutes les catégories de la population doivent être au centre des préoccupations et des solutions à chercher. C'est la dimension humaine des rapports entre les hommes et les

femmes et leur milieu qui doit être soulignée avant d'évaluer leur risque biophysique. Mis à part le travail de sensibilisation à la question environnementale, la population, hommes et femmes confondus, doit participer à son propre développement communautaire en identifiant des solutions et en les mettant en œuvre.

La stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux, ayant pour objet de réduire les risques de maladies liées aux déchets biomédicaux, il faudra impliquer aussi bien les acteurs du secteur public et ceux du secteur privé en tenant compte du genre

La stratégie de gestion des déchets biomédicaux devra s'appuyer sur les acquis de partenariats entre le gouvernement, la société civile, les collectivités et le secteur privé, en s'inscrivant dans la réflexion sur la question déchets biomédicaux.

Enfin, la stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux établira des priorités pratiques entre les différentes parties prenantes, en conciliant l'approche globale et la vision à long terme avec les actions urgentes et la vision à court terme. Les mesures les plus immédiates devront s'inscrire, par ordre de priorité, en fonction des situations induisant des effets quasi-irréversibles sur les milieux biophysique et humain.

La mise en œuvre de la stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux relève au premier niveau des ministères en charge de la santé et de l'environnement. Le choix d'une option stratégique la plus appropriée, pour qu'elle fructifie, doit reposer sur des ministères et des bailleurs de fonds responsables qui prennent des décisions concordantes et cohérentes entre eux.

2.2 Cadre institutionnel

La gestion des déchets biomédicaux en Guinée impliquent plusieurs institutions au niveau central et déconcentré:

Tableau 1: Institutions impliquées dans la gestion des déchets biomédicaux

No	Ministère	Direction technique	Attribution en lien avec la gestion des déchets biomédicaux
1	Ministère de l'environnement et des eaux et forêts	Direction nationale de l'environnement	Veiller à la protection de l'environnement et la prévention de toute forme de pollutions et nuisances
2	Ministère de la santé	Direction nationale de l'hygiène publique	veiller au respect des normes de qualité de l'eau de consommation, de l'hygiène du milieu, de l'habitat et de l'utilisation des insecticides dans la lutte anti vectorielle en santé publique
3	Ministère de la décentralisation	Direction nationale de la décentralisation	Cordonne le développement intégré les actions de développement des collectivités locales
5	Ministère de l'élevage	Direction nationale des ressources animales	Veiller sur la santé animale

3. PORTRAIT DE LA SITUATION SANITAIRE ET DE LA GESTION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX

La Guinée a adhéré à l'objectif de la santé pour tous. La stratégie des soins de santé primaire (SSP) avec l'application de l'initiative de Bamako a été retenue en vue de garantir l'accès équitable aux soins essentiels à la majorité de la population, à un coût raisonnable et supportable par la population.

3.1 Système de Soins

Le système de soins guinéen est composé des sous secteurs publics et privés. Le sous-secteur public comporte essentiellement, d'une manière classique:

- les centres de santé et les postes de santé, qui constituent la base de la pyramide sanitaire ,
- les centres médicaux et les hôpitaux préfectoraux constituant le niveau de référence considérés comme premiers niveau de recours ,
- les hôpitaux régionaux constituant le deuxième niveau de recours ;
- les hôpitaux nationaux constituant le troisième niveau de recours et pour les soins spécialisés.

Pendant la crise de l'épidémie de maladie à virus Ébola, 'autres centres de traitements ont été réalisés et rendus opérationnels. Il s'agit notamment des Centres de Traitements Ebola (CTE), des Centres De Transit (CDT), des Centres de Traitement pour Soignants (CTS) et des Centres de Traitement Communautaire Ébola (CTCE).

Le secteur privé comprend les structures médicales et les structures pharmaceutiques. Dans la typologie du sous-secteur médical privé, on distingue les cabinets de consultations et de soins, les cliniques médicochirurgicales, les cabinets dentaires et les cabinets de sage femme.

Les structures pharmaceutiques sont composées des points de vente, des officines privées, des sociétés grossistes et des laboratoires d'analyses biomédicales. Toutes ces structures sanitaires sont source de production des déchets biomédicaux.

3.1.1 Cadre structurel

Le système de santé est organisé de façon pyramidale

Tableau: Organisation de la pyramide sanitaire

Niveau	Structures administratives	Structures de soins
National (central)	Direction Nationale Services d'appui Services rattachés Établissements publics	Hôpitaux nationaux
Régional intermédiaire	Direction Régional de la Santé	Hôpitaux régionaux
Préfectoral	Direction préfectorale de la santé	Hôpitaux préfectoraux Centre de santé

Source : MSHP 2014

A ces structures organiques chargées de la prise de décision et de la production des soins, le MSHP, a mis en place des structures de coordination et des organes consultatifs.

Tableau 2: Instances de coordination et organes consultatifs

Niveau	Instance de coordination	Organes d'orientation
National (central)	Comité Technique de coordination (CTC)	Conseil national de la santé Commission nationale Conseils d'Administration des HN
Régional (intermédiaire)	Conseil Technique Régional de la Santé (CTS)	Comité régional de la Santé Conseil d'Administration de l'hôpital régional
Préfectoral (périphérique)	Comité Technique Préfectoral de la Santé CPTS	Comité Consultatif Comité de gestion des centres de santé

Source : MSHP 2014

3.1.2 Infrastructures sanitaires

Les infrastructures de soin sont constituées essentiellement d'établissements de santé répartis entre les secteurs publics et privés. Le tableau ci - dessous montre, par type, le nombre des structures du secteur public.

Structures publiques de soins

Les infrastructures sanitaires publiques sont réparties de façon inégale, avec une étendue qui va de 34 pour la ville de Conakry et 247 pour la région administrative de Labé. Cette répartition varie considérablement d'un type de structure à un autre.

Tableau: Répartition hiérarchique des infrastructures publiques de soins

NO	Régions		cs	CSA	HP/CMC	HR	HN	TOTAL
1	Ville de Conakry		22	o	5	o	3	34
2	Région de Kindia	153	55	O	5	1	o	214
3	Région de Boké	108	42	2	4	1	o	157
4	Région de Mamou	97	36	0	2	1	o	136
5	Région de Labé	176	65	1	4	1	o	247
6	Région de Faranah	96	43	o	2	1	o	142
7	Région de Kankan	134	67	o	4	1	o	206
8	Région N'Nzérékoré	157	77	2	6	1	o	243
	Total	925	407		32	7	3	1379

Source : Section Infrastructures DNEHS/PEV 2013

L'ensemble des infrastructures présente des états physiques et fonctionnels différents à cause des décalages dans leur réalisation, dans les méthodes technologiques utilisées et dans la maintenance. Le niveau des équipements correspond généralement à celui défini dans la carte sanitaire mais avec des différences notables dans leur fonctionnalité,

Structures privées

Sur le plan formel, l'offre de soins privée à but lucratif comprend un total de 344 structures agréées dont 54% sont implantées à Conakry. Dans le nombre total des structures 147 sont tenues par des médecins, soit une proportion de 43%.

Tableau 3 : Situation des structures formelles

Structure	Conakry	Intérieur	Total
Clinique	30	11	41
Cabinet Médical	86	20	106
Cabinet de soins infirmiers	35	117	152
Cabinet dentaire	16		

Cabinet de sage femme	9	7	16
Structures	10	2	12
Total	186	158	344

Source : Section Agréments de la DNEHS Décembre 2013

A côté des structures formelles, il existe plus de 1 044 structures informelles dont 52 sont à Kaloum (05⁰/0), 92 à Dixinn (9%), 105 à Matam (10⁰/0), 349 à Ratoma (34%) et 446 à Matoto, soit 42%. Les ratios population/ Infrastructure sont de 1 pour 2 065 à Kaloum, pour 2310 à Dixinn, 2 155 à Matam, 1 420 à Ratoma et 1 537 à Matoto. Il ressort que les communes qui ont un taux de saturation les plus élevés sont les deux dernières communes, Il apparait aussi clairement que les agréments delivrés par le Ministère de la Santé ne tiennent pas compte des critères de création des structures privées.

Structures de traitement Ebola

A la date du 31 Janvier 2015, le pays comptait un total de 11 Centres de traitement Ebola repartis comme suit:

Tableau 5: Structures publiques de soins de la MVE

Typologie	Nombre	Capacités en lits
CTE Conakry		82
CTE coyah	1	50
CDT Forécariah	1	14
CTE Nzérékoré	1	50
CTE Beyla		50
CTE Macerata		50
CTE Guéckédou		98
CDT Siguiri	1	20
CDT Kérouané	1	20
CTE Kindia		60
CTS Conakry		10
Total	11	486

Source : PRUVEG Mars 2015

3.1 3. Produits pharmaceutiques

L'approvisionnement en médicament est assuré par la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) et les grossistes privés. 85% des officines privées se trouvent implantées dans la ville de Conakry. Pour le secteur public, des ruptures de stock sont souvent constatées.

La prolifération rapide et incontrôlée du secteur informel pharmaceutique représente un risque réel et élevé pour la santé de la population car il constitue la source presque exclusive d'approvisionnement en médicaments de 40⁰/0 de la population (DNPL 2012)

3.1.4. Financement du secteur

Le financement du secteur de la santé provient de quatre sources principales:

l'Etat, les collectivités locales, la population et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

L'État finance essentiellement le salaire du personnel de la fonction publique, l'achat d'une partie des vaccins, les autres charges d'exploitation des structures centrales et déconcentrées.

Les collectivités locales (communes, préfectures, régions) ont une part de financement relativement faible qui se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel.

Les populations prennent en charge une partie des coûts de fonctionnement des établissements de soins notamment le rachat des produits pharmaceutiques, la motivation du personnel, les dépenses d'entretien et de maintenance, les outils de gestion.

Les PTF contribuent essentiellement aux financements des travaux d'infrastructures et d'équipements, de la formation initiale et continue, de l'acquisition des moyens logistiques et de l'achat des vaccins dans le cadre du PEV.

3.2 Situation de la gestion des déchets biomédicaux

3.2.1 Approche de diagnostic

Le diagnostic de la gestion des déchets biomédicaux a été établi à partir des opérations suivantes :

- Revue documentaire (textes législatifs et réglementaires relatifs à l'environnement et à la santé , documents techniques, etc.) ,
- Visites des structures de soins au niveau public et privé, etc. ;

- Entretien avec des acteurs intervenant dans la gestion des déchets biomédicaux ,
- Élaboration du rapport préliminaire ;
- Validation du document en atelier.

3.2.2 État des lieux de la gestion des déchets

Le circuit des déchets

Les déchets produits dans les structures de soins doivent toujours suivre un itinéraire approprié et bien identifié, depuis leurs points de production jusqu'à leur élimination finale. Cet itinéraire est composé de plusieurs étapes qui comprennent : la production, la collecte séparée, le transport et le stockage sur site, le transport hors site, le traitement et l'élimination.

I- Production

Le volume des déchets biomédicaux produits en Guinée est proportionnel à la taille des structures sanitaires et à l'intensité des activités, notamment les consultations, les hospitalisations, les soins ambulatoires etc. D'importantes quantités de déchets biomédicaux comme les boîtes de sécurité issues des activités des campagnes de vaccination sont stockées dans certaines structures de santé.

2- Tri

Le tri constitue un problème majeur pour la quasi-totalité des structures sanitaires. En général, les déchets biomédicaux de toutes catégories (tranchants, coupants, mous, liquide, solides etc.) sont mélangés dans les mêmes poubelles avec les ordures ménagères. Cela entraîne malheureusement la contamination de ces dernières et les transforme en déchets biomédicaux. Selon la tradition, les placentas et les mort-nés sont récupérés par les familles.

3- Collecte

La collecte des déchets biomédicaux s'effectue par le biais de différents types de matériels composés de poubelles en plastique, carton, demi-fût, sacs plastiques, bouteilles en plastique, chariot etc. La majeure partie des poubelles ne répondent pas aux normes prescrites par la DNHP ; les couleurs des contenants ne sont pas respectées, les poubelles ne sont pas étiquetées, il n'y a pas de pictogrammes et leur lavage n'est pas effectif.

4- Stockage

Il existe des magasins de stockage dans 17 hôpitaux préfectoraux couverts par le projet d'appui au Plan national de Développement Sanitaire (APNDS) sur financement de la Banque mondiale alors qu'il en manque dans la quasi-totalité des autres structures de soins de santé. Dans certaines structures, les déchets biomédicaux sont déposés à même le sol sans aucune précaution.

5-Transport

Dans les structures de soins dotés d'incinérateurs, les déchets biomédicaux collectés sont transportés par un agent d'entretien à l'aide d'un chariot ou d'une brouette. S'agissant des structures de soins ne disposant pas d'incinérateur, le transport hors site des déchets biomédicaux se fait par véhicule personnel, taxi, moto, vélo, charrette etc. vers les sites d'élimination pour certains et d'autres pour le dépotoir public entraînant des risques environnementaux. Force est de reconnaître que le personnel assurant le transport des DBM ne bénéficie d'aucune protection.

6- Traitement

Le mode de traitement appliqué est fonction du type de déchets biomédicaux produits. En matière de gestion des DBM, il faut noter que la plupart des structures de santé ne traitent pas les DBM produits.

7- Élimination

L'élimination des DBM se fait au moyen soit des brûleurs, soit des incinérateurs ou par enfouissement dans les fosses à ordures. Dans la plupart des centres et postes de santé du pays, les DBM sont brûlés soit à l'air libre, soit dans les fosses sauvagement aménagées à cet effet. L'élimination se fait dans certaines structures à travers des fûts aménagés ou des incinérateurs de type Demonfort. Toutefois, il faut noter que la mauvaise utilisation de ces derniers pose de sérieux problèmes sur la qualité de l'élimination des déchets biomédicaux.

L'élimination est réalisée par incinération dans les hôpitaux disposant d'incinérateurs fonctionnels de type « univers Read line » installés en 2013 dans les 17 préfectures et dans deux centres de santé et qui sont fonctionnels jusqu'à ce jour.

Notons aussi la mise en place de deux autoclaves accompagnés de broyeurs dans les hôpitaux nationaux (Ignace Deen et Kipé). L'expérimentation est en cours et le passage à l'échelle sera fonction des résultats obtenus.

Dans certaines structures sanitaires, les incinérateurs ne sont pas fonctionnels pour diverses raisons : panne fréquente, manque de pièces de rechange, insuffisance de

ressources, absence de formation, faible motivation, absence de suivi du fonctionnement de l'incinérateur, etc.

Les déchets biomédicaux liquides produits par les structures de soins sont d'abord désinfectés puis déversés dans les fosses par l'intermédiaire des lavabos et des éviers. Par contre, dans d'autres structures de santé ces déchets sont déversés dans la nature sans précaution préalable entraînant la contamination environnementale.

3.2.3 Risque pour l'environnemental et la santé humaine

Le dépôt des déchets biomédicaux dans des zones non contrôlées peut avoir un effet environnemental direct par la contamination des sols, des ressources en eau souterraines et de surface, la pollution de l'air.

Beaucoup de blessures ont lieu parce que les aiguilles de seringues ou autres objets tranchants n'ont pas été collectés dans des boîtes sécurisées ou, que ces boîtes ont été trop chargées. Le risque de piqûre accidentelle avec des aiguilles peut être à l'origine d'une hépatite B, d'une hépatite C ou d'une infection par la MVE et le VIH. Dans les sites de dépôts des déchets, les ramasseurs d'ordures peuvent également être en contact avec des déchets infectieux, au cours de leurs activités de recyclage, si ces déchets n'ont pas été correctement traités ou éliminés.

4. STRATEGIE NATIONALE DE GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX

4.1 Contexte et justification

La Politique Nationale de l'Hygiène Publique (PNHP) récemment élaborée en 2010, accorde une place importante à l'amélioration de la gestion des déchets biomédicaux. Celle-ci est d'autant plus importante qu'elle constitue un facteur de risque non négligeable de la transmission des infections nosocomiales, de la MVE, du VIH/Sida, etc. aux agents de santé, aux malades et à une grande partie de la population dans les structures de soins.

C'est dans ce cadre qu'une stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux a été élaborée pour la période 2011-2015. La mise en œuvre de cette stratégie quoique partielle, a permis de noter des avancées significatives en matière de gestion des déchets biomédicaux. Cependant, force est de reconnaître qu'il existe encore des problèmes majeurs dans la gestion des déchets biomédicaux dans les structures de santé toutes catégories confondues. Ce sont entre autres : le tri inadéquat à la source, l'utilisation des contenants inappropriés, la faible application des règles de bonne pratique pour le stockage et le transport, le recours à des modes de traitement inappropriés, etc. Ces pratiques constituent aujourd'hui le véritable goulot d'étranglement de la gestion des déchets biomédicaux dans les structures de soins.

Dans la perspective de la mise en œuvre du PRSRSM, la prise en compte de la problématique de gestion des déchets biomédicaux est crucial pour réduire les risques de recrudescence des maladies infectieuses dans le processus de renforcement du système national de surveillance des maladies. La détérioration du cadre de vie par les déchets biomédicaux peut contribuer à la gravité des épidémies de maladies. Il s'avère donc pertinent de disposer d'une stratégie opérationnelle de gestion des déchets biomédicaux en tant qu'une composante de renforcement du système national de santé.

4.2 Fondement et objectif général de la stratégie

La nouvelle stratégie prend en compte les expériences acquises de la mise en œuvre de la précédente (2011-2015) et des réalités imposées par le contexte de l'épidémie de la Maladie à Virus Ébola et de l'adaptation de la santé publique au changement climatique.

La stratégie est conçue pour assurer une gestion efficiente et durable des déchets biomédicaux dans les structures de santé sur toute la filière, de la production à l'élimination finale en vue de réduire les dommages socio-économiques et environnementaux de la mauvaise gestion dans tout le pays.

Les objectifs spécifiques de la stratégie sont :

- 1) Renforcer la capacité des structures de soins de santé humaine et animale en gestion des déchets biomédicaux
- 2) Assurer la promotion des bonnes pratiques en matière de gestion des déchets biomédicaux (DBM)
- 3) Renforcer le cadre institutionnel et réglementaire sur la gestion des DBM
- 4) Assurer le suivi/évaluation des activités de gestion des DBM
- 5) Promouvoir la recherche action en matière de gestion des DBM
- 6) Mobiliser les ressources pour le financement de la gestion des DBM
- 7) Assurer la gestion efficace des déchets biomédicaux en rapport avec changement climatique

4.3 Orientations stratégiques

Les orientations stratégiques s'articulent autour des axes fondamentaux issus de l'analyse situationnelle de la gestion des déchets biomédicaux qui sont : ■

- ❖ Renforcement des capacités des structures de soin
- ❖ Promotion des bonnes pratiques en matière de gestion des DBM
- ❖ Renforcement du cadre institutionnel et réglementaire
- ❖ Suivi et évaluation

- ❖ Promotion de la recherche-action
- ❖ Mobilisation des ressources financières
- ❖ Adaptation aux changements climatiques

4.3.1 Renforcement des capacités des structures de soins

Doter les structures sanitaires en matériel et équipement de gestion des déchets biomédicaux

Matériels de collecte des déchets

Afin d'assurer un tri permanent à la source, les structures de soins devront être dotées de trois types de poubelles clairement étiquetés et selon des codes couleur conventionnels suivants: déchets assimilables aux ordures ménagères couleur noire, déchets biomédicaux dangereux couleur rouge, objets piquants et tranchants ou contondants couleur jaune

Matériels de transport des déchets biomédicaux

Les déchets biomédicaux seront transportés dans les sites d'entreposage et de traitement à l'aide de chariot, tricycles ou d'ambulance.

Aménagement des sites d'entreposage

Une zone d'entreposage sera aménagée dans le centre d'accueil des incinérateurs muni de bascule pour la pesée des déchets. Le local d'incinération comprendra quatre compartiments : le stockage, l'incinération, la toilette et le bureau de l'agent chargé de l'incinération.

Les cendres résultant de l'opération d'incinération sont mises dans des fosses à cendre dans un endroit aménagé à cet effet ou à la décharge. Des sanitaires seront installés pour le personnel opérant dans le centre d'accueil.

Un parking de réception des véhicules de service et autres tricycles sera aménagé. Pour les hôpitaux déjà dotés d'incinérateurs, le site d'implantation sera réhabilité et les infrastructures manquantes réalisées pour la bonne conduite des opérations d'élimination,

Une procédure sera adoptée pour le stockage incluant les procédures, les outils, les durées de stockage, etc.

Construction d'un centre de tri et d'isolement dans le cadre des maladies infectieuses.

Un centre de tri et d'isolement doit être construit dans toutes les structures sanitaires pour la détection précoce des cas de maladies infectieuses y compris Ébola

Équipements de protection

Il sera mis à la disposition des agents opérateurs des incinérateurs, des équipements de protection au niveau de tous les sites bénéficiant d'une intervention de dotation en incinérateur ou de maintenance. Ce kit de gestion des déchets comprend : Gants, masques, bottes, lunettes et tabliers etc.

Polarisation des déchets biomédicaux vers les équipements de traitement

Dans le cadre de la rentabilisation des incinérateurs installés, il s'agira de favoriser l'établissement de contrats d'élimination entre les hôpitaux et les structures qu'ils polarisent tout en respectant les capacités de traitement.

Un tri systématique à la source doit être pratiqué dans toutes les structures polarisées. Le transport des déchets biomédicaux peut être effectué par la structure de soins ou une PME avec des équipements appropriés tels que les tricycles (moto à carrosserie).

La fréquence de transport des déchets biomédicaux des structures de soins polarisées pourra être de 1, 2 ou 3 jours sauf pour les cliniques d'accouchement, les CTE/CDT/CTS et les maternités où la fréquence doit être 7 jours sur 7 à cause du type et/ou du volume des déchets infectieux.

Le transport des déchets biomédicaux vers le local d'incinération se fera tous les jours à l'aide de chariot pour les structures de soin polarisantes.

Le tri, le transport et le rythme d'incinération seront adoptés par une réglementation suivant les normes et procédures en vigueur.

Installation d'unité de traitement sur un site différent des structures sanitaires existantes

Un groupe de structures de soins pourrait être polarisé par un équipement de traitement isolé du fait de leur éloignement par rapport aux unités disposant d'équipement et de l'inexistence d'emprise d'installation. En exemple, les structures de soins de Conakry éloignées des hôpitaux Donka et Ignace Deen pourraient être desservies par un incinérateur installé en dehors de la ville. Cet incinérateur sera géré par le Gouvernorat ou par une PME et le transport des déchets vers l'unité de traitement sera toujours effectué par la PME. La réalisation de cet incinérateur devrait faire l'objet d'une évaluation environnementale.

Ces unités font partie de la nomenclature classique des installations/établissements classés dont l'ouverture doit être soumise à autorisation/déclaration conformément à une procédure normée qui sera adoptée par réglementation, En tant que tel également, la création d'une zone tampon avec les autres espaces de vie sera incluse dans la norme.

Installation d'unité de traitement dans les structures de soins

L'adoption de traitement interne est réalisable dans le cadre des structures de soins isolées et très éloignées des structures polarisatrices. Le transport des déchets biomédicaux vers le local d'incinération se fera tous les jours à l'aide de chariot.

Les incinérateurs choisis ont une capacité de destruction de 10 à 15 kg / heure soit pour une moyenne de fonctionnement journalier de 8h, une capacité de 80 à 120kg/jour.

Les centres de santé isolés des hôpitaux préfectoraux et polarisants pourraient être dotés d'incinérateurs petite capacité en moyenne 40Kg/j tandis que les postes de santé isolés seront dotés de destructeur d'aiguilles et de fosses aménagées avec toutes les précautions requises pour éviter toute pollution de la nappe phréatique.

Il sera aussi pertinent, dans le cadre du traitement des déchets biomédicaux, que les structures de soins se dotent d'équipements de stérilisation, de préférence à la vapeur, pour les matériels à usage multiples afin d'améliorer l'hygiène.

Réhabilitation du centre d'épuration des eaux usées de l'hôpital national Donka

Ce centre traite des eaux usées et les déchets biomédicaux liquides produits par l'hôpital national de Donka. Ce centre n'est pas actuellement opérationnel et il faudra le réhabiliter.

Connexion de l'hôpital Ignace Deen au réseau d'égout de la ville de Conakry

Il s'agit de connecter le complexe principal de l'hôpital Ignace Deen au réseau d'égout.

Développement des compétences des ressources humaines

Le renforcement des compétences des ressources humaines s'articulera autour des éléments suivants :

- ❖ Élaboration d' un manuel de normes et procédures sur la gestion des DBM

Ce manuel servira de tableau de bord à l'usage des agents et techniciens intervenant dans la prévention de l'infection et la gestion des DBM.

- ❖ Formation des formateurs

Les modules introduits seront axés sur toute la filière de gestion, les bonnes pratiques et aborderont particulièrement l'élaboration des plans de gestion qui devront être réalisés dans les structures sanitaire publiques et privées.

Des sessions de formation dans les structures de soins, dans les hôpitaux nationaux, régionaux et préfectoraux seront organisées à l'intention des acteurs concernés par les déchets biomédicaux.

Au niveau de chaque préfecture, on procédera au regroupement des acteurs par catégorie et par niveau (Centres de Santé, Poste de Santé, les cliniques privées, les ONG et le personnel communal) pour suivre des sessions de formation.

Révision des curricula des facultés de médecine et les écoles de santé.

Il s'agira de procéder à une revue des programmes d'enseignement pour intégrer le volet gestion des déchets biomédicaux dans le cursus de formation des institutions d'enseignement de santé.

4.3.2 Promotion des bonnes pratiques en matière de gestion des déchets biomédicaux

La sensibilisation se fera en direction, du personnel médical et hospitalier, public, privé, militaire, du personnel communal de collecte et de gestion des décharges, du personnel des PME de collecte des déchets, des récupérateurs et la population , les ONG et Associations. Cette campagne de promotion de changement de comportement se déroulera de la façon suivante:

❖ Le plaidoyer

Des séances de rencontre en direction des décideurs et des bailleurs de fonds seront organisées pour solliciter leur participation à la mise en œuvre de la stratégie de gestion des déchets biomédicaux.

❖ L'éducation de proximité dans les structures de soins

Il s'agira d'organiser dans chaque structure de soins des réunions pour informer et sensibiliser tous les acteurs concernés sur la nécessité d'adopter de bonnes pratiques de gestion des déchets biomédicaux. A cette fin chaque structure de soins se dotera d'un plan de communication spécifique.

❖ L'éducation par les mass media

Les mass media constituent l'un des principaux créneaux pour véhiculer les messages clef du programme de sensibilisation sur les déchets biomédicaux. Les supports de communication à utiliser concerneront , la radio, la télévision, la presse écrite, les affiches, les t-shirts etc.

❖ Mesures d'hygiène et de sécurité

Structures sanitaires et les PME

En plus des dispositions générales de santé, sécurité exigées, il est recommandé que les structures sanitaires et les PME intervenant dans la gestion des déchets biomédicaux veillent à ce que l'équipement de protection individuel (EPI) nécessaire pour le travail soit utilisé par les travailleurs et maintenu en bon état. L'EPI doit observer les normes applicables. Le cas échéant, ces structures et PME doivent veiller à ce que l'EPI soit utilisé, entretenu et entreposé suivant les instructions du fabricant, les normes applicables et les exigences législatives. Les travailleurs doivent avoir suivi une formation pertinente sur l'utilisation de l'EPI.

Les structures sanitaires et les PME doivent fournir gratuitement aux employés tous les moyens de protection.

❖ Maladie à Virus Ebola et autres maladies infectieuses

Agents de santé et les PME

Les locaux des agents de santé chargés de la gestion des déchets ou de la PME ainsi que ceux des collectivités qui les abritent doivent observer toutes les précautions indiquées par le dispositif de riposte à la MVE et autres maladies infectieuses. Il s'agit entre autres:

- ✓ Mise en place à l'entrée des locaux de dispositifs de lavage des mains
- ✓ Dotation des établissements de soins de locaux d'isolement pour éviter les contaminations hospitalières par les maladies infectieuses, y compris Ebola ;
- ✓ Nettoyage et désinfection des surfaces très touchées : balustrades, couloirs, accoudoirs de fauteuils...
- ✓ Affichage des messages de préventions édités par le dispositif de riposte
- ✓ Avoir un comportement exemplaire et transmettre le message de sensibilisation autour des deux points principaux suivants :

Éviter les contacts directs avec du sang, de la salive, des vomissures, de l'urine ou autre liquide organique provenant de personnes atteintes de la MVE ou d'une maladie inconnue.

Évitez les contacts directs avec les dépouilles de personnes décédées des suites de la MVE ou d'une maladie inconnue.

Évitez les contacts avec tout équipement médical contaminé par du sang ou des liquides organiques, par exemple les aiguilles.

Savoir reconnaître les symptômes de la maladie à virus Ebola et consulter un établissement de soins de santé si vous présentez ces symptômes.

Surveillez son état de santé de près ,

Consultez immédiatement un médecin si vous présentez de la fièvre et d'autres symptômes ;

le personnel soignant:

Les mesures de base concernant tous les patients et devant être toujours appliquées sont les suivantes .

✓ Le lavage de mains:

Il doit être appliqué avant et après le contact avec le patient ou l'environnement du patient en utilisant de l'eau et du savon ou faire la friction à la solution alcoolique.

✓ Le port de l'équipement de protection :

Les gants doivent être portés systématiquement lors de contact avec sang/liquides corporels. Lorsque l'on doit toucher du sang, des liquides corporels, des sécrétions, des excréments, les muqueuses ou des lésions cutanées, il faut se laver les mains et porter des gants. Les blouses doivent être portées systématiquement en cas de Risque d'éclaboussure sur le corps. Il faut porter un masque protecteur lorsqu'il existe des risques d'éclaboussure du visage

✓ La Sécurité des injections :

Il ne faut jamais décapuchonner une aiguille ; il ne faut jamais laisser une aiguille dans un flacon pour usages multiples ; il faut toujours incinérer les matériels des injections

✓ Le nettoyage et la désinfection des surfaces :

Il faut nettoyer les surfaces contaminées à l'eau et au savon avant d'être désinfecté en utilisant l'eau de javel en solution à 0,05 %

4.3.3 Renforcement du cadre institutionnel et règlementaire

❖ Définir les rôles et responsabilité des acteurs

L'amélioration de la gestion des déchets biomédicaux suppose au préalable de clarifier les rôles et responsabilités de chaque acteur institutionnel intervenant dans la gestion des déchets biomédicaux. Le tableau ci-après décrit les rôles et responsabilités de chaque acteur.

Tableau 4: Rôles des différents acteurs

Acteurs	Domaine potentiel d'intervention
Ministère de la sante et de l'hygiène publique	<ul style="list-style-type: none"> - préparer les normes et les règlements relatifs aux déchets biomédicaux - informer et sensibiliser les autorités nationales et locales - faciliter la concertation et la coordination des activités - fournir l'expertise technique - assurer l'encadrement des acteurs - former le personnel de santé - appuyer les formations sanitaires, les ONG et les privés, en infrastructures et/ou équipements de GDBM - superviser le processus d'exécution et de suivi/évaluation
Ministère en charge de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> - participer à la préparation des normes et des règlements relatifs aux DBM - délivrer les permis pour l'ouverture des unités de traitement/incinération - délivrer l'agrément pour les PME et acteurs de la filière - animer le processus d'évaluation des impacts environnementaux des technologies et site de gestion des déchets biomédicaux - fournir l'expertise technique - Participer à la supervision et au suivi/évaluation
Collectivités décentralisées	<ul style="list-style-type: none"> - participer à la mobilisation des populations - octroyer des espaces pour le stockage et l'évacuation des déchets - participer aux formations et au suivi évaluation - contribuer à la gestion écologique des décharges d'ordures
Structures sanitaires publiques	<ul style="list-style-type: none"> - participer aux activités de formation du personnel - sensibiliser leur personnel et les doter en équipement de sécurité - élaborer et mettre en œuvre des stratégies internes de gestion des déchets biomédicaux - prévoir une ligne budgétaire pour la GDBM - collaborer avec les cabinets privés pour le traitement des déchets biomédicaux
Structures sanitaires privées	<ul style="list-style-type: none"> - participer aux activités de formations du personnel - sensibiliser le personnel et les doter en équipements de sécurité - élaborer et mettre en œuvre des stratégies internes de gestion des déchets biomédicaux - prévoir une ligne budgétaire pour la GDBM - contracter un service d'évacuation agréé dans la DBM

Acteurs	Domaine potentiel d'intervention
Opérateurs privés de collecte (entreprises, PME, ONG)	<ul style="list-style-type: none"> - fournir des prestations de services de bonnes qualités - participer aux activités de formations du personnel - sensibiliser le personnel et les doter en équipement de sécurité - exécuter la collecte des déchets biomédicaux - se doter de matériel approprié de collecte et d'élimination des déchets biomédicaux
Ministère de la ville et de l'aménagement du territoire	<ul style="list-style-type: none"> - veuiller aux normes de construction des établissements - Participer à la supervision et au suivi/évaluation - Définir les espaces aménagés pour le stockage et le traitement des déchets biomédicaux - participer aux formations - contribuer à la gestion écologique des déchets biomédicaux - Participer à l'évaluation des impacts environnementaux des technologies de gestion des déchets biomédicaux
Ministère en charge de l'enseignement	<ul style="list-style-type: none"> - Introduire dans les programmes d'enseignement des modules de formation liés à la gestion des déchets biomédicaux
Structures de recherche, de formation et les réseaux d'expert en GDBM	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des axes de recherche sur la GDBM et aider au renforcement de capacités des catégories d'acteurs - fournir des appuis conseils aux acteurs dans la gestion des déchets biomédicaux - encadrer les séances de formation des formateurs - participer au processus de suivi/évaluation
Partenaires techniques et financiers	<ul style="list-style-type: none"> - appui technique et financier - participer au processus de suivi et évaluation

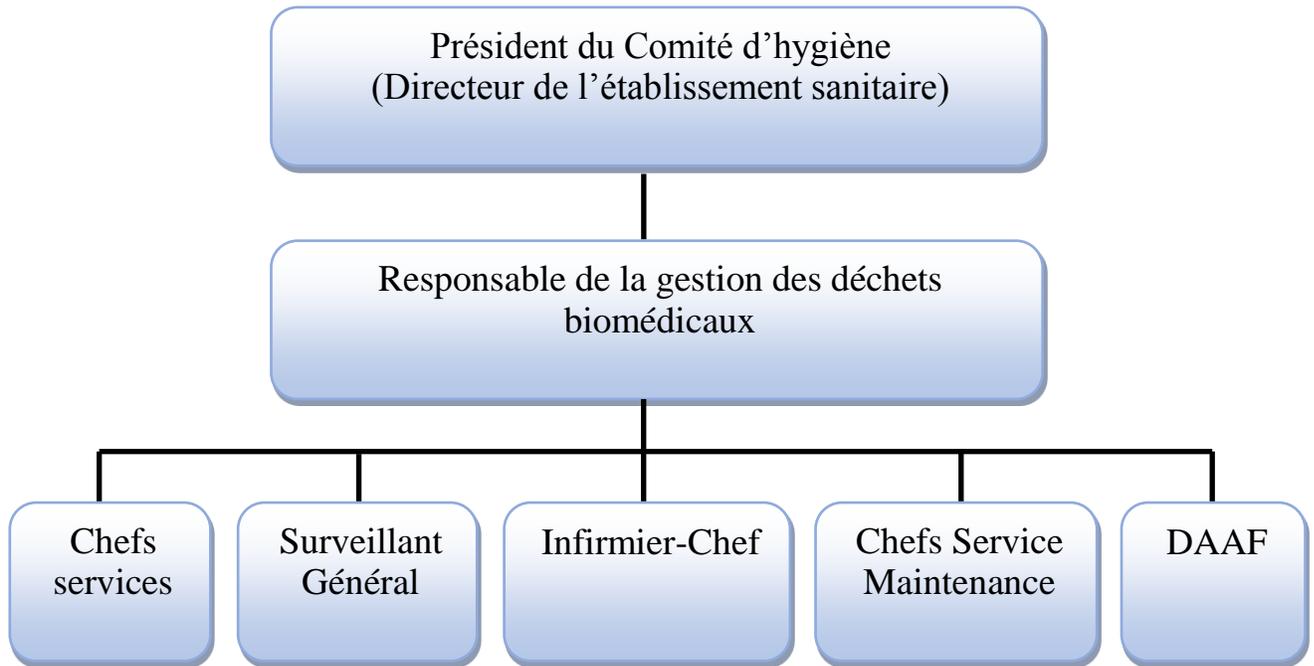
❖ Mise en place d'un comité intersectoriel

Le comité intersectoriel sera formalisé et regroupera tous les acteurs intervenant dans la gestion des déchets biomédicaux. Pour garantir son opérationnalisation, il conviendrait de définir clairement ses missions et la périodicité de ses réunions.

❖ Mise en place d'une structure organisationnelle dans les établissements sanitaires pour la GDBM

Cette structure sera mise en place dans chaque établissement sanitaire et adapté selon le niveau de l'établissement. La structure la plus élargie figure sur le schéma ci-après adéquat pour les hôpitaux nationaux, hôpitaux régionaux et même préfectoraux.

Structure organisationnelle



Le Directeur de l'hôpital ou le chef de la structure de santé sera le superviseur général qui désignera un agent chargé de la gestion des déchets biomédicaux et les membres de l'équipe de gestion. Il aura aussi la charge d'allouer les ressources financières et la main d'œuvre nécessaire à la mise en œuvre du plan, son suivi évaluation ainsi que la formation du personnel.

Le chargé de la gestion des déchets contrôle la collecte interne des déchets, assure leur stockage adéquat, coordonne les opérations de traitement/élimination, suit le transport interne et externe des déchets, suit la production, l'élimination, les coûts et les aspects de santé publique des déchets, tient l'archive des fiches d'élimination/dépôt dans un centre d'élimination. Ainsi il est le chef d'une équipe organisée dans le comité Hygiène, Santé et Sécurité (HSS) qui sera mise en place et opérationnalisée à cet effet.

Les autres membres de l'équipe de gestion seront : les chefs services d'hospitalisation et médico-technique, le DAAF, le surveillant général, le chef de la maintenance, etc. Ils collaborent tous à la gestion des déchets biomédicaux dans ce comité HSS.

5. PLAN NATIONAL DE GESTION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX

Ce document de stratégie prend en compte les recommandations de la stratégie nationale post Ébola de gestion des déchets biomédicaux. Cette stratégie s'appuiera sur un plan d'action articulé sur les points suivants.

5.1. Gestion des déchets biomédicaux

5.1.1. Opérations pilotes

Les innovations techniques, financières et organisationnelles de la stratégie des déchets seront d'abord testées dans quelques structures sanitaires avant d'être instituées comme règles communes à l'ensemble du système national de santé humaine et animale.

Ces opérations viseront à tester, dans plusieurs structures sanitaires dans les quatre régions naturelles du pays:

- la rationalisation des services privatisés de pré collecte et de nettoyage établissements sanitaires avec des prestataires de service qualifiés,
- diverses méthodes de tri rapproché dans les établissements sanitaires et la construction de centres de tri,
- le marketing social auprès des comités de gestion des postes et centres de santé, en vue de favoriser leur abonnement au service de pré collecte,
- le renforcement des capacités techniques et gestionnaires des opérateurs privés, prestataires de service,
- et le renforcement des capacités des pouvoirs publics, en vue d'animer des concertations locales de façon régulière et harmonieuse.

Avant de sélectionner les opérations qui seront financées à titre de test, et pour renforcer les capacités du secteur associatif et privé en matière d'innovation et de conception de projet des gestion des déchets biomédicaux, le plan d'action financera les études de marché et de projet d'un maximum de PME et d'ONG.

Ensuite, dans les opérations pilotes, le plan d'action financera :

- le matériel des campagnes de marketing social,
- le matériel de pré collecte (surtout si celui-ci présente des innovations technologiques),
- la construction du centre de tri et le matériel de tri (partie la plus innovante de l'opération),
- le transport des déchets triés vers les centres de traitement et d'incinération,
- la formation technique et gestionnaire des opérateurs.

5.1.2. Etudes sectorielles de planification

La stratégie de gestion des déchets s'appuie essentiellement sur le succès et la pérennisation de leur traitement, ainsi que sur la maîtrise financière de la privatisation des opérations.

Dans le cadre PRSRSM et pour appliquer la stratégie sur tout le territoire national, des études sectorielles suivantes seront réalisées en parallèle à la conduite des opérations pilotes :

1. Études de marché sur les quantités de déchets produits

Le marché sur les quantités de déchets produits sera étudié à travers :

- d'une part, des enquêtes auprès des structures sanitaires pour connaître l'ampleur de leurs besoins et de leur capacité financière,
- et d'autre part, des analyses succinctes de la composition des déchets selon les établissements sanitaires, pour cerner les caractéristiques de l'offre de déchets à traiter.

-

3. Faisabilité des unités de traitement des déchets biomédicaux

La faisabilité des unités des déchets sera étudiée à travers :

- la prospection des modalités techniques d'incinération qui soient en adéquation avec les volumes de déchets produits
- L'étude devra aboutir à la description des conditions opérationnelles à remplir pour monter une unité de traitement et d'incinération des déchets biomédicaux.

4. Zonage des établissements des soins de santé de la privatisation complète de la gestion des déchets

Le plan d'action de cette stratégie effectuera une cartographie des établissements de soins de santé afin de les attribuer à des opérateurs privés de gestion des déchets. Les résultats obtenus constitueront le fondement opérationnel de la future stratégie de gestion des déchets.

5. Le programme d'investissements prioritaires de la stratégie de gestion des déchets

Le zonage retenu induira les besoins du schéma global en équipements de pré collecte, de tri, de transport, de traitement et d'élimination ultime. Parmi ces besoins, un programme d'investissements prioritaires sera extrait et les dossiers d'exécution seront montés le plus précisément possible pour accélérer la mise en œuvre de la stratégie.

5.2 Opérationnalisation de la stratégie sur tout le territoire national

Au terme des opérations pilotes et des études sectorielles de planification, la capitalisation concertée de l'ensemble des enseignements tirés permettra d'aboutir :

- à l'extension de la stratégie de gestion des déchets biomédicaux à l'ensemble des quatre régions naturelles du pays : principes techniques et financiers, clarification de l'organisation institutionnelle pertinente en cohérence avec ces nouveaux principes,
- aux modalités pratiques de sa mise en œuvre opérationnelle à grande échelle,
- et à un programme d'investissements prioritaires, à soumettre au PRSRSM et à d'autres source de financement pour accélérer cette mise en œuvre.

Les principales activités du plan d'actions et leur coût estimés sont présentés dans le tableau suivant:

Tableau 5: Plan de gestion des déchets biomédicaux

N°	ACIVITÉS	COÛTS (USD)	RESPONSABILITÉ INSTITUTIONNELLE	ANNÉE					
				1	2	3	4	5	6
Structures de soins de santé primaire									
1	Formation des agents des centres et postes de santé, des établissements privés de soins de santé humaine et animale sur la gestion des déchets	200 000	Direction nationale de l'hygiène publique (DNHP) Consultant formateur Responsable des centres et postes de santé						
2	Évaluation des volumes de déchets produits dans les centres et postes de santé les établissements publics et privés dans les quatre régions naturelles de la Guinée	20 000	Bureau d'étude DNHP Direction nationale de l'assainissement et du cadre de vie Responsable des centres et postes de santé et établissements privés						
3	Élaboration de plans de gestion intégrée des déchets à l'échelle des communes rurales	20 000	Bureau d'étude DNHP Direction nationale de l'assainissement et du cadre de vie Responsable des centres et postes de santé et établissements privés						
3.	Mise en place d'un système de tri, de collecte et de traitement des déchets (enfouissement à court terme)	330 000	Responsable de centre et postes de santé et des établissements privés Comités de gestion des postes et centres de santé Entreprises de collecte de déchets						
	Étude de faisabilité et installation de 10 incinérateurs à moyen et long terme pour les centres et postes de santé, les	1 000 000	DNHP Direction nationale de l'assainissement et du cadre de vie						

N°	ACTIVITÉS	COÛTS (USD)	RESPONSABILITÉ INSTITUTIONNELLE	ANNÉE					
				1	2	3	4	5	6
	établissements privés de soins de santé humaine et animale dans les quatre régions naturelles du pays.		Direction nationale de l'environnement Conseils communaux Direction nationale de l'élevage Responsables des centres et postes de santé, des établissements publics						
Structures de soins de santé secondaires									
1.	Formation des agents des hôpitaux préfectoraux et régionaux, établissements privés de soins de santé humaine et animale sur la gestion des déchets	150 000	Direction nationale de l'hygiène publique (DNHP) Directions préfectorales et régionales de la santé Directions préfectorales de l'élevage						
	Évaluation des volumes de déchets produits dans les hôpitaux préfectoraux et régionaux, les établissements privés de soins de santé humaine et animale	20 000	DNHP Direction nationale de l'assainissement et du cadre de vie Directions préfectorales et régionales de la santé Directions préfectorales et régionales de l'élevage						
	Élaboration de plans de gestion intégrée des déchets biomédicaux à l'échelle des préfectures et régions	20 000	DNHP Directions préfectorales et régionales de la santé Direction préfectorale de l'environnement Directions préfectorales et régionales de l'élevage						
	Mise en place d'un système de tri, collecte et traitement des déchets dans	330 000	Direction des hôpitaux préfectoraux et régionaux						

N°	ACIVITÉS	COÛTS (USD)	RESPONSABILITÉ INSTITUTIONNELLE	ANNÉE					
				1	2	3	4	5	6
	les établissements publics et privés de soins de santé humaine et animale		Responsables des structures sanitaires privées Entreprises privées de collecte						
	Formation des agents des hôpitaux préfectoraux et régionaux, des établissements sanitaires privés sur la gestion des déchets	150 000	Direction nationale de l'hygiène publique (DNHP) Direction nationale de l'assainissement et du cadre de vie Consultant formateur						
	Évaluation des volumes de déchets produits dans les hôpitaux préfectoraux et régionaux, les établissements sanitaires privés dans les quatre régions naturelles de la Guinée	20 000	DNHP Direction nationale de l'assainissement et du cadre de vie Directions régionales de l'environnement Directions régionales de l'élevage						
	Étude de faisabilité et installation de 38 incinérateurs moderne pour les établissements publics et privés de soins de santé humaine et animale au niveau préfectoral, régional et la ville de Conakry	3 800 000	DNHP Direction nationale de l'assainissement et du cadre de vie Direction nationale de l'environnement Directions communales de la santé Direction nationale de l'élevage						
Hôpitaux et établissements de privés de soins de santé humaine et animale à Conakry									
	Formation des agents des centres hospitaliers universitaires (CHU) de Donka et Ignace Deen, des établissements sanitaires privés sur la gestion des déchets	50 000	Direction nationale de l'hygiène publique (DNHP) Direction nationale de l'assainissement et du cadre de vie						

N°	ACIVITÉS	COÛTS (USD)	RESPONSABILITÉ INSTITUTIONNELLE	ANNÉE					
				1	2	3	4	5	6
			Consultant formateur Directions des CHU et établissements sanitaires privés						
	Évaluation des volumes de déchets produits dans les CHU et établissements privés de Conakry	10 000	DNHP Direction nationale de l'assainissement et du cadre de vie Directions des CHU et établissements sanitaires privés						
	Élaboration de plans de gestion intégrée des déchets à l'échelle CHU et établissements privés de Conakry	10 000	DNHP Directions des CHU et établissements sanitaires privés Direction nationale de l'élevage						
	Mise en place d'un système de tri et de collecte des déchets dans les CHU et établissements privés de Conakry	115 000	Directions des CHU et établissements sanitaires privés Direction nationale de l'élevage Entreprises privées de collecte						
	Étude de faisabilité et installation de 2 incinérateurs modernes pour les CHU et établissements privés de Conakry	200 000	DNHP Direction nationale de l'assainissement et du cadre de vie Direction nationale de l'environnement Directions des CHU et établissements sanitaires privés						
Formation initiale recherche et développement									
	Développement de modules sur la gestion des déchets biomédicaux pour la formation initiale des agents	60 000	Ministère en charge de l'enseignement technique et professionnel						

N°	ACIVITÉS	COÛTS (USD)	RESPONSABILITÉ INSTITUTIONNELLE	ANNÉE					
				1	2	3	4	5	6
	techniques de santé, des infirmiers et des médecins		Ministère en charge de l'enseignement supérieur Consultant						
	Développement des axes de recherche sur la gestion des déchets biomédicaux	100 000	Institutions nationales de recherche (Centre d'étude et de recherche en environnement, centre universitaire de N'Nzérékoré) Consultants						

6. MISE EN ŒUVRE ET SUIVI-ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE

La stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux sera mise en œuvre à travers:

- ❖ la définition d'une structure clairement individualisée ;
- ❖ l'implication des pouvoirs publics, des établissements sanitaires publics et privés, les communautés ;
- ❖ le montage de programmes sectoriels d'investissement bien précis dans le cadre du PRSRSM

La mise en place d'un plan de suivi ainsi que des procédures de contrôle aux niveaux national, régional, préfectoral et dans les établissements sanitaires, est fondamentale pour garantir la durabilité.

Des rapports réguliers et des visites de terrain ainsi qu'un bon système d'information pour stocker et analyser les données seront la base d'un plan de suivi efficace. Dans le cadre du PRSRSM, le suivi sera effectué de façon continue, concertée et participative impliquant tous les acteurs à tous les niveaux ainsi que les partenaires techniques et financiers.

Il se déroulera de la manière suivante .

- Niveau central (Directions Nationales au MSHP)
 - ✓ Réunion périodique de concertation et de coordination ,
 - ✓ Collecte et analyse des rapports ,
 - ✓ Organisation de contrôle dans les établissements de soins ;
 - ✓ Mise en place de plans d'action annuels correctement budgétisés.
 - ✓ Élaboration d'un fascicule de monitoring
 - ✓ Élaboration/révision des modules de formation
 - ✓ Supervisions semestrielles,
- Niveau Régional (Directions Régionales de la Santé)
 - ✓ Réunions périodiques de concertation et de coordination;
 - ✓ Monitoring semestriel des activités des hôpitaux
 - ✓ Intégration des activités du plan de gestion des déchets biomédicaux dans le Plan d'Action Annuel de la Direction Régionale de la Santé
 - ✓ Supervision trimestrielle, monitoring ;
 - ✓ Préparation d'un budget adapté ;
- Niveau Préfectoral (Directions Préfectorales de la Santé)
 - ✓ Collecte des plans de gestion des déchets des structures de santé
 - ✓ Monitoring semestriel des activités des centres de santé et des postes de santé

- ✓ Intégration des activités du plan de gestion des déchets biomédicaux dans le Plan d'Action Annuel ,
 - ✓ Supervision mensuelle ;
 - ✓ Monitoring ;
- ✓ Préparation d'un budget adapté.

➤ Niveau communautaire (Centres de santé)

- ✓ Collecte les plans simplifiés de gestion des déchets biomédicaux dans les postes de santé par le Chef de centre de santé pour faciliter leur suivi évaluation;
- ✓ Réunion de concertation mensuelle avec les comités de santé et d'hygiène
- ✓ Organisation d'une réunion semestrielle de synthèse sous préfectorale de monitoring.

Il s'agira d'évaluer les objectifs fixés, les résultats obtenus et éventuellement les impacts sur la base d'indicateurs prédéfinis. Ces évaluations seront internes et externes. La stratégie nationale sera mise en œuvre à travers des plans d'action avec des indicateurs qui se déclinent comme suit .

Information Générale

- ✓ Taux de collecte des déchets biomédicaux
- ✓ Taux d'élimination adéquate des déchets biomédicaux

Organisation de la collecte

- ✓ Existence d'un site de stockage des déchets biomédicaux
- ✓ Qualité des équipements de protection
- ✓ Existence d'un calendrier et d'un circuit de collecte

Organisation de la collecte et du traitement des déchets biomédicaux

- ✓ Existence d'un site de stockage des DBM
- ✓ Qualité des équipements de protection
- ✓ Existence de matériel de collecte, de transport et de traitement

Ressources humaines

- ✓ Nombre d'agents proposés à la collecte des DBM
- ✓ Niveau de formation des agents proposés

Responsabilités

- ✓ Définition des responsabilités, tâches, et bonnes pratiques dans chaque catégorie de personnel de santé de l'hôpital impliqué dans la gestion des DBM

Procédures et pratiques

- ✓ Existence et efficience des procédures de ségrégation, stockage, et traitement des déchets biomédicaux
- ✓ Existence des procédures de monitoring, suivi/évaluation
- ✓ Formation
- ✓ Existence de programmes et modules de formation sur la gestion des déchets biomédicaux

7. CONCLUSION

Les déchets biomédicaux de par leur composition représentent sans nul doute, une sérieuse menace pour la santé, l'économie et l'environnement. Cette menace est d'autant plus importante qu'elle constitue un facteur non négligeable de la transmission des infections nosocomiales et de VIH Sida aux agents de santé, aux malades et à une grande partie de la population tant dans les structures de soins publiques que privées.

En effet, malgré l'amélioration de la gestion des déchets biomédicaux observée au cours des dix dernières années, on constate encore : un tri à la source inadéquat, l'utilisation des contenants inappropriés, l'absence de règle de bonne pratique pour le stockage et le transport, le recours à des modes de traitement et d'élimination inadéquats, etc. Ces pratiques constituent aujourd'hui le véritable goulot d'étranglement de la gestion des déchets biomédicaux dans les structures de soins.

Cela requiert du même coup la mise en place d'un système de financement durable et une réglementation complète, et tout accompagné d'une stratégie de renforcement de capacités à court, moyen et long termes. Tels sont les éléments de garantie de la réussite de la présente stratégie.

La mise en œuvre de projet de renforcement des systèmes régionaux de surveillance de maladies contribuera à la résolution de la problématique de gestion des déchets biomédicaux.