Revue Africaine d'Environnement et d'Agriculture
http://www.rafea-congo.com
2026 ; 9(2), 487-500
ISSN (Print) : 2708-7743 **eISSN** : 2708-5422 **Dépôt légal** : JL 3.01807-57259

Évaluation du système de gestion des déchets biomédicaux à l'Hôpital Général de Référence de Matete à Kinshasa

Valérie Luamba Mavambu*, Eric Longale Mbomba, Olivier Ndaywel Nsenge, Camille Nsimanda Ipey, Fils Milau, René Gizanga Valu, Emmanuel Biey Makaly

Université de Kinshasa. Faculté des Sciences et Technologies. Mention Sciences et Gestion de l'Environnement. BP 190 Kinshasa XI (RDC). E-mail: luambachouchou@yahoo.fr

Reçu le 10 mai 2026, **accepté le** 2026, **publié en ligne le** 27 juin 2026
DOI : https://dx.doi.org/10.4314/rafea.v9i2.46

RESUME

Description du sujet. Les établissements de santé génèrent quotidiennement des volumes importants de déchets qui, en l'absence d'une gestion rigoureuse, constituent une menace majeure pour la santé publique et l'environnement.
Objectif. Cette étude a pour objectif de réaliser un état des lieux du système de gestion des déchets à l'Hôpital Général de Référence de Matete, afin de proposer des pistes de solutions durables pour leur traitement et leur élimination écologique.
Méthodes. Cette étude repose sur une approche mixte combinant des méthodes qualitative (observation directe des infrastructures) et quantitative (analyse descriptive des données collectées).
Résultats. Bien que la nécessité d'une gestion rigoureuse soit quasi unanimement reconnue (94 %), l'établissement présente des lacunes structurelles majeures : 62 % des services ne disposent ni de plan de gestion formel, ni de poubelles appropriées, ni de personnel qualifié. Le brûlage à l'air libre est le mode d'élimination prédominant (56 %). Cette pratique entraîne une pollution atmosphérique directe (citée par 31 % des répondants comme risque majeur), tandis que sur le plan sanitaire, le risque principal identifié est la contamination de la chaîne alimentaire via les vecteurs de maladies (40 %). Quantitativement, la production journalière moyenne se compose de 54 % de déchets biodégradables et de 46 % de déchets non biodégradables.
Conclusion. L'Hôpital Général de Référence de Matete fait face à des défis critiques en matière de gestion des déchets. L'absence de protocoles de tri et de traitement normalisés expose la population environnante et l'écosystème local à des risques sanitaires et environnementaux sévères.

Mots-clés : Déchets hospitaliers, gestion des déchets, santé publique, pollution environnementale, Matete/Kinshasa.

ABSTRACT

Evaluation of the biomedical waste management system at the Matete General Reference Hospital in Kinshasa
Description of the subject. Healthcare facilities generate significant volumes of waste daily which, in the absence of rigorous management, pose a major threat to public health and the environment.
Objective. This study aims to conduct an assessment of the waste management system at the Matete General Reference Hospital, in order to propose sustainable solutions for their treatment and eco-friendly disposal.
Methods. This study is based on a mixed-methods approach combining qualitative methods (direct observation of infrastructure) and quantitative methods (descriptive analysis of collected data).
Results. Although the need for rigorous management is almost unanimously recognized (94%), the facility shows major structural gaps: 62 % of services lack a formal management plan, appropriate bins, and qualified personnel. Open-air burning is the predominant disposal method (56 %). This practice leads to direct atmospheric pollution (cited by 31 % of respondents as a major risk), while the main health risk identified is food chain contamination through disease vectors (40 %). Quantitatively, the average daily production consists of 54 % biodegradable waste and 46 % non-biodegradable waste.
Conclusion. The Matete General Reference Hospital faces critical waste management challenges. The lack of standardized sorting and treatment protocols exposes the surrounding population and the local ecosystem to severe health and environmental risks.

Keywords : Hospital waste, waste management, public health, environmental pollution, Matete/Kinshasa.

1. INTRODUCTION

Le monde génère de plus en plus de déchets, les hôpitaux et les centres de santé ne font pas exception. Les déchets médicaux peuvent être infectieux, contenir des substances chimiques toxiques et présenter un risque de contamination tant pour la population que pour l'environnement. Pour que les patients puissent recevoir les soins médicaux dont ils ont besoin et se rétablir dans un environnement sûr, il est indispensable d'éliminer les déchets en toute sécurité (Ndiaye *et al.*, 2012).

Les activités de soins génèrent une quantité croissante de déchets hospitaliers. Certains déchets issus des activités de soins ne présentent pas de risque particulier et peuvent être assimilables aux ordures ménagères. Cependant, d'autres présentent des risques à caractère infectieux.

Selon les recommandations de l'OMS, le développement d'un plan national de gestion des déchets de soins médicaux doit être fortement appuyé par, à la fois, les Ministères de la Santé et celui de l'Environnement qui devraient apporter leur soutien institutionnel, financier, technique et logistique à un Comité Directeur National qui doit mettre sur pied pour d'abord, conduire/coordonner l'évaluation du secteur national et la mise en œuvre du plan de gestion des déchets de soins médicaux (OMS, 2005).

Les déchets hospitaliers sont des substances solides, liquides ou gazeuses issues de l'activité de soins, de diagnostic ou non, produites au niveau des formations sanitaires. Ils présentent des risques d'infection ou non, de contamination ou d'intoxication et de pollution de l'environnement (Mouankié *et al*., 2015). De ce fait, leur gestion doit être pluridisciplinaire et s'inscrire au centre des préoccupations non seulement du politique, des collectivités mais également des formations sanitaires qui les produisent.

En Afrique, la gestion des déchets infectieux représente une très grande menace compte tenu de l'absence de législation et de règlementation du secteur par les pouvoirs publics et du manque de spécialistes portant sur la procédure de traitement de ces déchets (Kheladi, 2015). Les recherches ont décrié l'état de la mauvaise gestion des déchets hospitaliers surtout dans les pays en voie de développement suite à leurs répercussions perverses sur la santé du personnel de soins, de la communauté et de l'environnement (OMS, 2005).

Cette situation est particulièrement déplorable du fait de contraintes structurelles telles que l'absence de plans de gestion interne, l'inexistence de données fiables sur les volumes produits, ainsi que le manque de technologies appropriées pour le traitement. À l'instar de nombreuses régions en République Démocratique du Congo, la gestion des déchets hospitaliers à Kinshasa demeure préoccupante.

Selon l'OMS (2005), environ 10 % des déchets générés par les formations sanitaires sont potentiellement infectieux et dangereux. À titre d'illustration, les injections réalisées avec des seringues mal éliminées sont responsables, chaque année, de millions de nouvelles infections : 21 millions pour l'hépatite B (soit 32 % des nouveaux cas), 2 millions pour l'hépatite C (40 % des nouveaux cas) et au moins 260 000 cas de VIH (5 % des nouveaux cas) (OMS, 2011). Bien que 16 milliards d'injections soient effectuées annuellement dans le monde, une part importante des aiguilles usagées n'est pas correctement éliminée, exposant les patients, le personnel et le grand public à des micro-organismes pathogènes. Dès lors, il est impératif que les déchets suivent un itinéraire sécurisé, de leur point de production jusqu'à leur élimination finale (OMS *et al.*, 2005).

Dans les pays en développement, les mauvaises pratiques restent courantes (Saizonou *et al.*, 2014). En Afrique de l'Ouest, des études menées à Bamako, Ouagadougou, Cotonou et Dakar ont également révélé une gestion défectueuse des déchets biomédicaux (Ndiaye *et al*., 2012). Par ailleurs, dans nos sociétés modernes, si la tendance est au recyclage, tous les déchets hospitaliers ne peuvent être traités de la même manière, et leur destruction mal maîtrisée génère souvent d'autres formes de pollution (Azzouzi *et al*., 2014).

Le risque est particulièrement élevé lorsque ces résidus finissent dans des décharges publiques ou provoquent une pollution atmosphérique par les fumées toxiques s'échappant d'incinérateurs défaillants (CICR, 2011). En milieu hospitalier, une gestion rigoureuse des Déchets d'Activités de Soins (DAS) doit s'inscrire dans une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité, visant notamment à prévenir les infections nosocomiales (Ddass, 2007).

À Kinshasa, ville la plus peuplée de la RDC, la gestion des déchets hospitaliers constitue une pratique à haut risque. Les aiguilles usagées et les pansements souillés présentent un risque immédiat de transmission de maladies graves, tandis que les produits chimiques de laboratoire, les piles et les médicaments périmés menacent durablement l'écosystème (OMS, 2011).

C’est dans ce contexte de santé publique et de protection de l'environnement que s’inscrit la présente étude. Elle vise à analyser la gestion intégrée des déchets hospitaliers au sein du Centre Hospitalier OMECO, situé au quartier Mongo dans la commune de Matete.

La présente étude donne des informations d’une part, sur les risques liés à la production de déchets d’activités de soins, et d’autre part, sur les techniques de traitement des déchets biomédicaux.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Site d’étude

Cette étude s’est déroulée au quartier Mongo dans la commune de Matete, ville province de Kinshasa où se trouve l’Hôpital Général de Référence de Matete (HGRM), communément appelé Centre hospitalier OMECO (Œuvre Médicale du Congo). Il est limité de part et d’autre : à l’Est par le marché municipal de Matete ; à l’Ouest par le quartier Kinsako ; au Sud par le Parquet Général et le quartier Tomba ; au nord par le quartier Pundi (Figure 1).

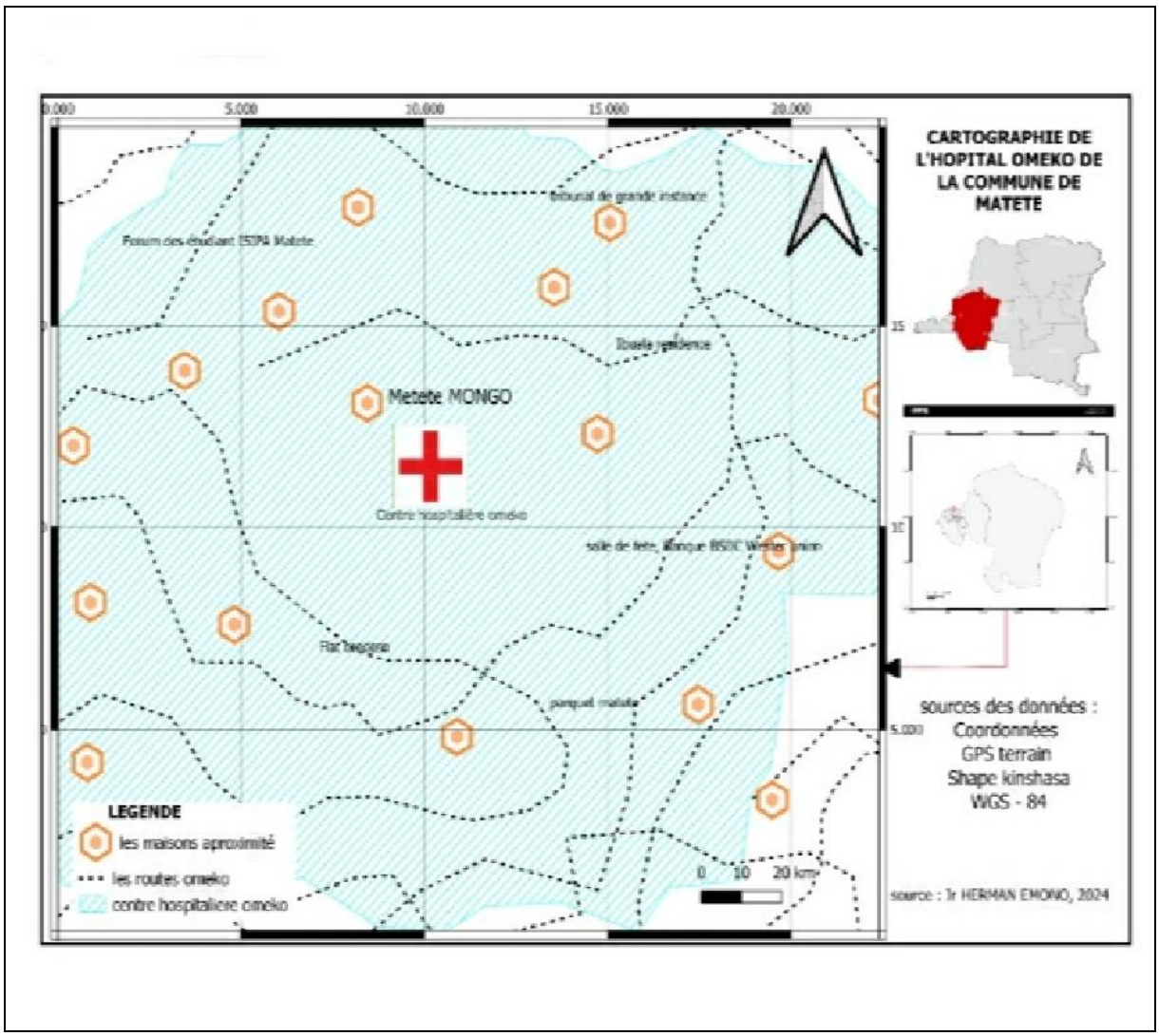

Figure 1. Carte physique de la Commune de Matete avec le Centre Hospitalier OMECO (Source : Longale, 2023).

2.2. Méthodes

Cette étude (réalisée du 10 septembre au 10 décembre 2025) repose sur une approche mixte combinant des méthodes qualitative (observation directe des infrastructures) et quantitative (analyse descriptive des données collectées) qui ont permis de palper les réalités sur le terrain en rapport avec la gestion des déchets hospitaliers du Centre Hospitalier OMECO au quartier MONGO dans la commune de Matete et de décrire le mode de gestion de ces déchets dans cette formation hospitalière sous-étude. L’enquête a été réalisée auprès d’un échantillon aléatoire composé d'agents de l'hôpital (32) et par les habitants locaux (18). La collecte des données a

porté aussi sur les caractéristiques sociodémographiques des répondants, la production et gestion des déchets hospitaliers, les conséquences des déchets hospitaliers sur l'environnement et la santé publique. Les données obtenues ont été analysées avec le tableur Excel 2016.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Le tableau 1 ci-dessous présente les caractéristiques sociodémographiques des répondants.

Tableau 1. Répartition des enquêtés selon les données sociodémographiques

Variables	Modalités	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Statut ou fonction de l'enquêté	Agents de l'hôpital	32	64
	Habitants locaux	18	36
	Total	**50**	**100**
Sexe	Masculin	22	44
	Féminin	28	56
	Total	**50**	**100**
Age	Moins de 20 ans	0	0
	20 à 35 ans	10	20
	36 à 50 ans	34	68
	Plus de 50 ans	6	12
	Total	**50**	**100**
Niveau d'études	Licence	25	50
	Graduat	19	38
	Diplômés d'Etat	4	8
	6 ans primaires	2	4
	Total	**50**	**100**

L'analyse des données sociodémographiques révèle que l'échantillon est majoritairement composé d'agents de l'hôpital (64 %), complété par les habitants locaux (36 %). Cette représentativité est essentielle, car elle permet de confronter le regard des techniciens de santé, qui manipulent les déchets, à celui des riverains, qui subissent directement les nuisances environnementales de l'HGR de Matete.

S'agissant du genre, il y a une légère prédominance féminine (56 %) par rapport aux hommes (44 %), ce qui assure un équilibre dans la perception des risques sanitaires au sein de la communauté et de l'institution.

Pour ce qui est de la structure d'âge, la population enquêtée est mature et expérimentée, avec une forte concentration (68 %) dans la tranche d'âge de 36 à 50 ans. L'absence de mineurs et le faible pourcentage de jeunes de moins de 20 ans garantissent des réponses basées sur une connaissance stable du milieu et des pratiques hospitalières.

En rapport avec le niveau d'instruction, 88 % des enquêtés ont un niveau d'études supérieures (50 % de licenciés et 38 % de gradués). Cette haute qualification intellectuelle renforce la fiabilité des données collectées, les répondants étant aptes à comprendre les enjeux complexes de la gestion des déchets biomédicaux et les risques de pollution associés.

3.2. Production et gestion des déchets hospitaliers

Les figures 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9 ci-dessous indiquent les résultats relatifs à la production et à la gestion des déchets hospitaliers.

Figure 2. Perception des enquêtés sur l'indispensabilité de la gestion et du traitement des déchets hospitaliers

L'analyse de cette figure révèle une quasi-unanimité au sein du personnel (94 %) quant à la nécessité absolue de gérer et de traiter les déchets hospitaliers. Ce résultat témoigne d'un niveau de conscience élevé des agents de l'HGR Matete face aux risques biologiques et environnementaux. Cette forte adhésion constitue un atout majeur pour l'hôpital : elle démontre que le personnel est prêt à adopter des protocoles plus rigoureux, pourvu que les moyens techniques et organisationnels soient mis à leur disposition.

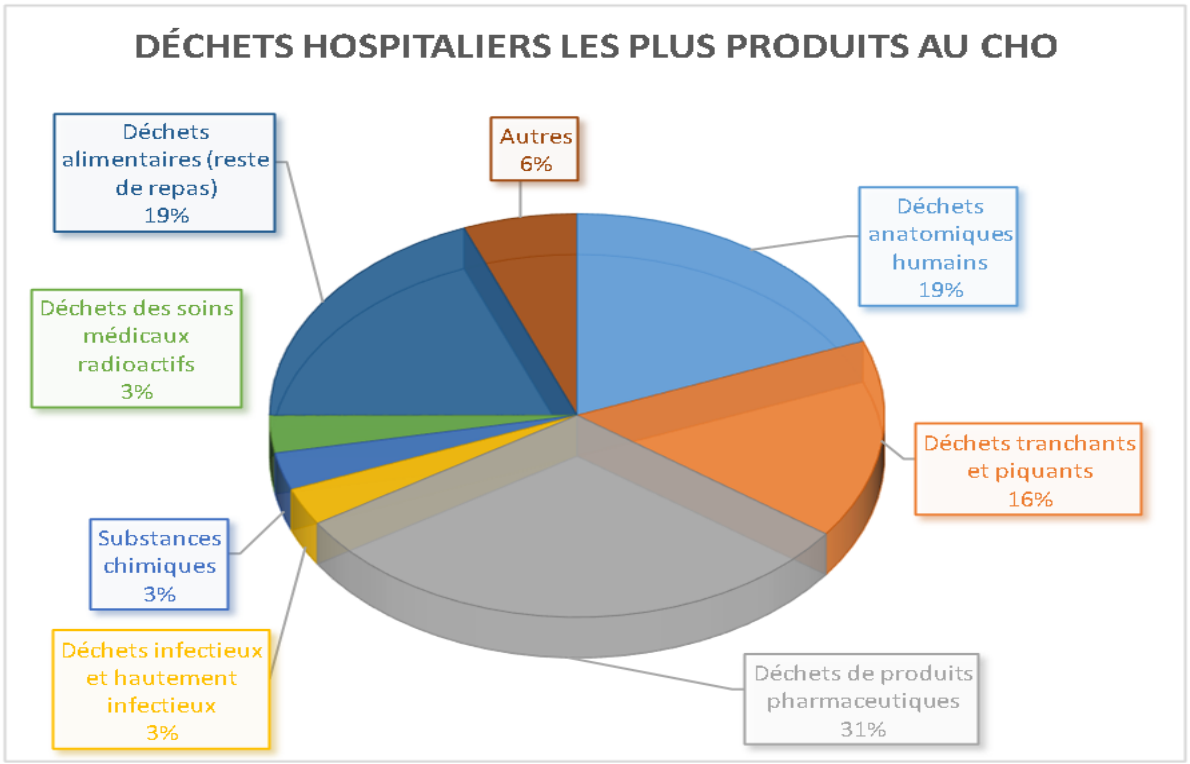

Figure 3. Répartition des enquêtés selon les déchets hospitaliers les plus produits au Centre Hospitalier OMECO

La production de déchets au Centre Hospitalier OMECO est dominée par les produits pharmaceutiques (31 %), suivis à parts égales par les déchets alimentaires et anatomiques (19 % chacun). La part significative des déchets tranchants, piquants et infectieux (cumulant 22 %) souligne la dangerosité biologique du flux de déchets généré, nécessitant une filière de traitement spécifique pour prévenir les accidents d'exposition au sang et les infections nosocomiales.

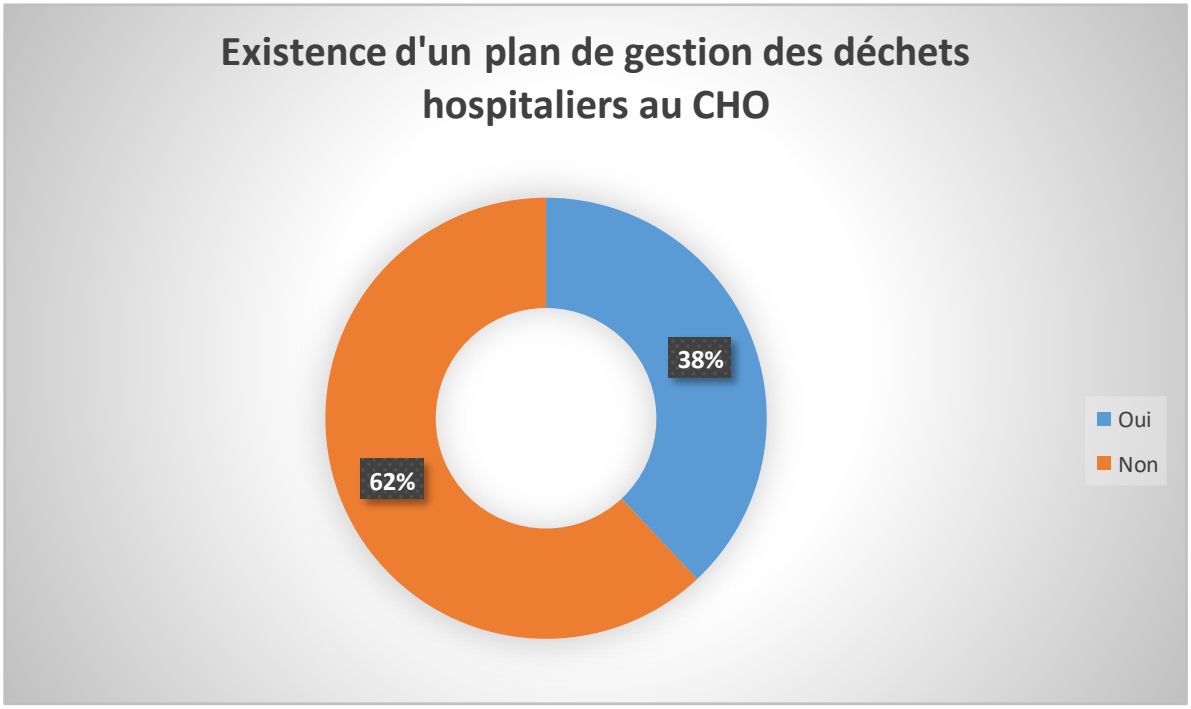

Figure 4. Répartition des enquêtés selon l'existence ou non d'un plan de gestion des déchets hospitaliers au Centre Hospitaliers OMECO

Il ressort de cette figure que selon la plupart (62 %) d'enquêtés, le Centre Hospitalier OMECO ne dispose pas d'un plan de gestion des déchets hospitaliers alors que d'autres (38 %) estiment qu'il en existe.

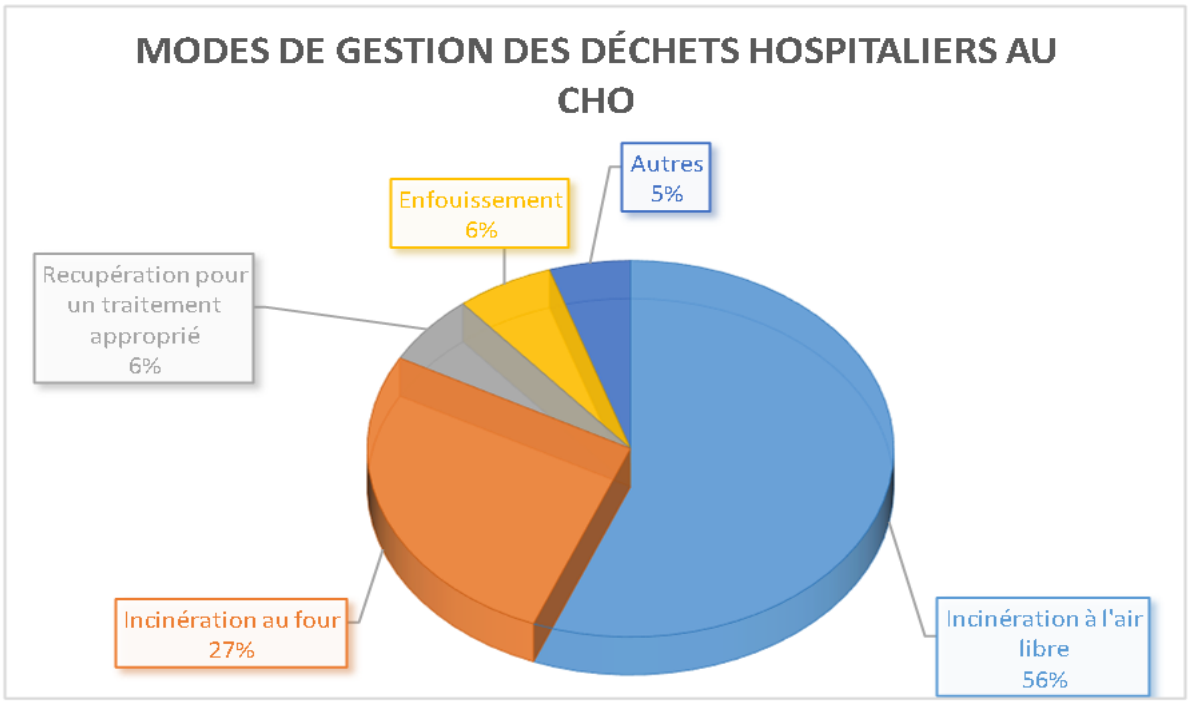

Figure 5. Répartition des enquêtés selon les modes de gestion des déchets hospitaliers au Centre Hospitalier OMECO

Il ressort des résultats de l'étude que la pratique de l'incinération à l'air libre (56 %) est le mode de gestion le plus employé. Bien qu'elle soit une solution de facilité, cette méthode est environnementalement toxique en raison de l'émission de polluants atmosphériques. Le recours limité à l'incinération au four (27 %) et la quasi-absence de récupération pour traitement (6 %) confirment que l'élimination finale prime sur la valorisation ou le traitement sécurisé.

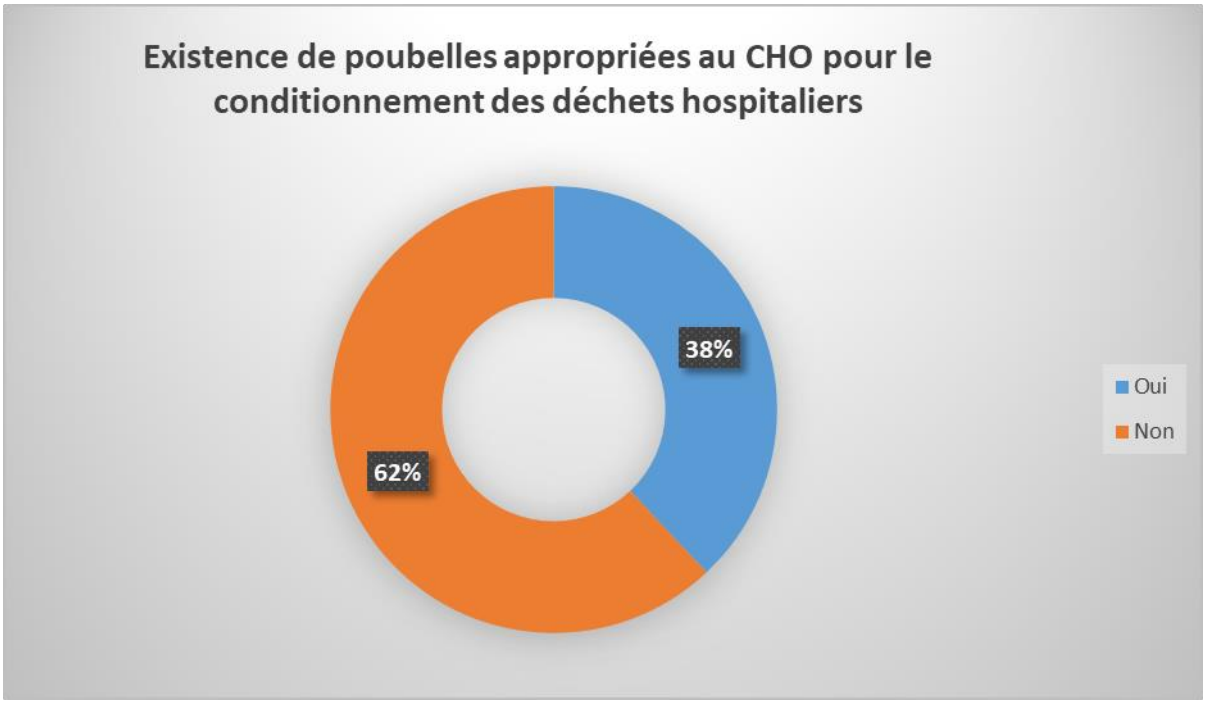

Figure 6. Répartition des enquêtés selon l'existence ou non de poubelles appropriées pour le conditionnement des déchets hospitaliers au Centre Hospitalier OMECO

La figure 6 atteste que pour 62 % d'enquêtés, le Centre Hospitalier OMECO ne dispose pas de poubelles appropriées pour le conditionnement des déchets hospitaliers alors que d'autres (38 %) pensent qu'il en dispose.

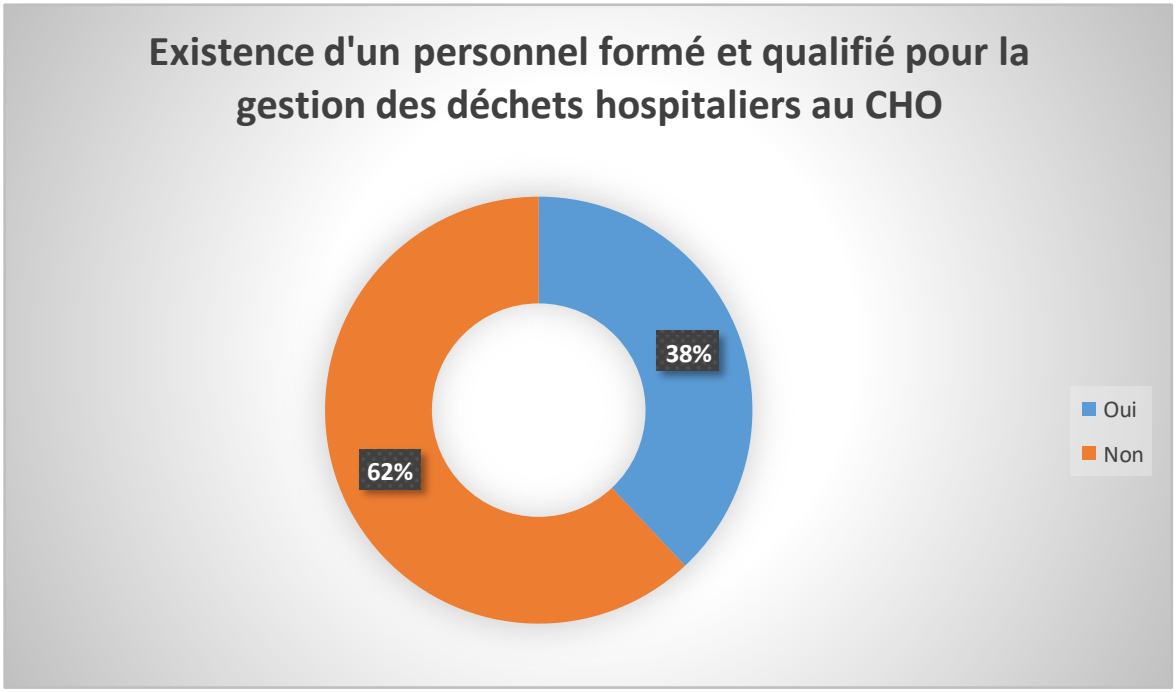

Figure 7. Répartition des enquêtés selon l'existence ou non d'un personnel formé et qualifié pour la gestion des déchets hospitaliers au Centre Hospitalier OMECO

Les résultats de figure 7 montrent que 62 % d'enquêtés ont affirmé que le Centre Hospitalier OMECO ne dispose pas d'un personnel formé et qualifié pour la gestion des déchets hospitaliers alors que d'autres (38 %) pensent qu'il en dispose.

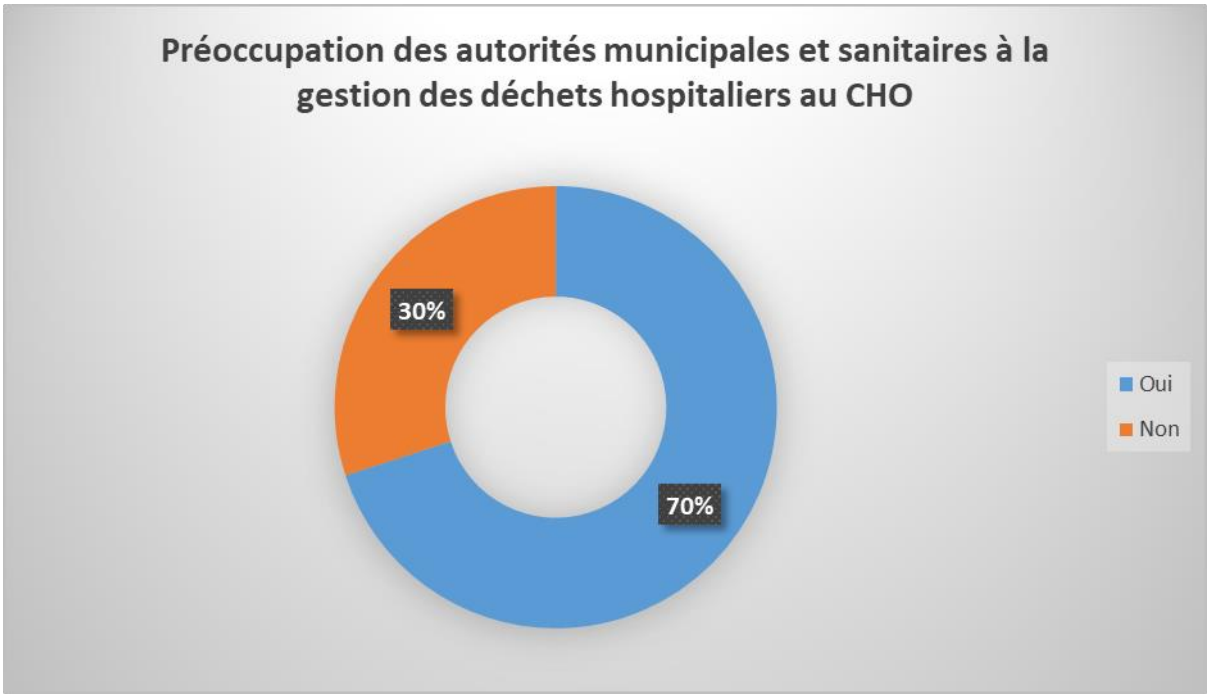

Figure 8. Répartition des enquêtés sur l'implication ou non des autorités municipales et sanitaires à la gestion des déchets hospitaliers au Centre Hospitalier OMECO

En ce qui concerne la répartition des enquêtés sur l'implication ou non des autorités municipales et sanitaires à la gestion des déchets hospitaliers au Centre Hospitalier OMECO, il est important de noter que 70 % des répondants perçoivent une implication des autorités municipales et sanitaires. Ce résultat suggère qu'il existe une volonté politique ou un cadre réglementaire perçu, mais que celui-ci ne se traduit pas encore en moyens concrets sur le terrain au sein de l'hôpital.

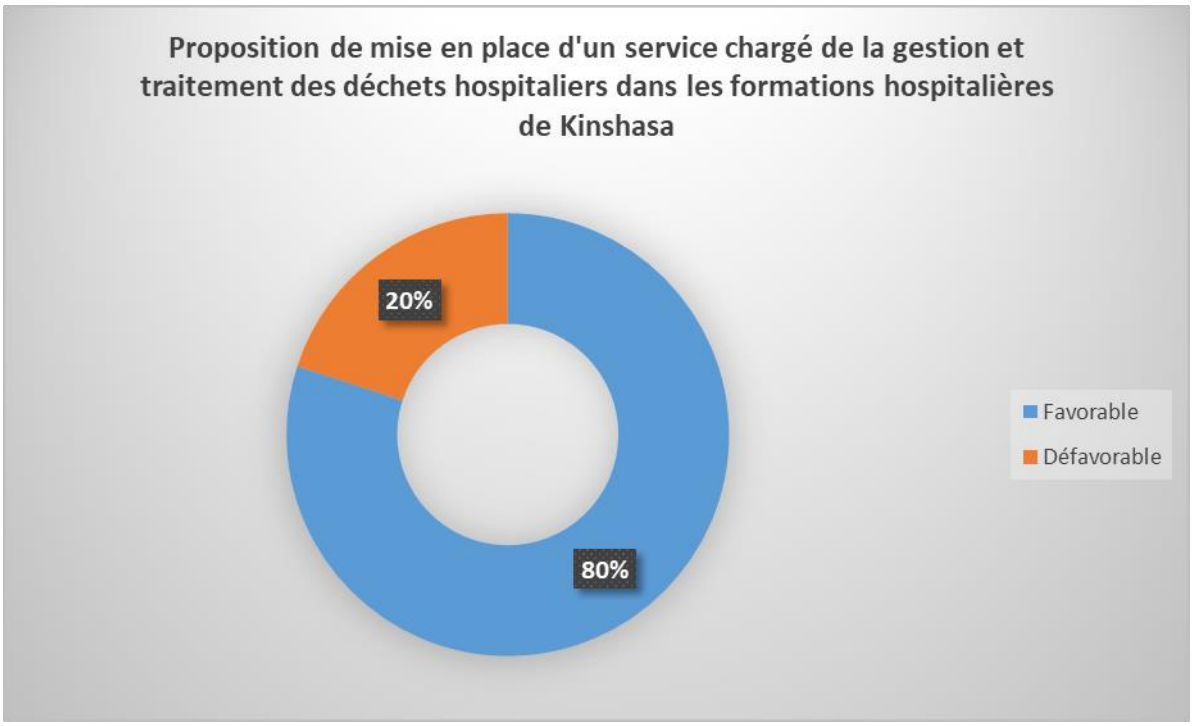

Figure 9. Répartition des enquêtés sur la mise en place d'un service chargé de gestion et de traitement des déchets hospitaliers dans les formations hospitalières de Kinshasa

Il ressort de l'analyse de la figure 9 qu'une forte majorité (80 %) des répondants est favorable à la mise en place d'un service chargé de gestion et de traitement des déchets à l'échelle de de la ville de Kinshasa. Cette adhésion massive montre que les acteurs de terrain sont conscients des limites du système actuel et aspirent à une gestion mutualisée ou plus professionnelle pour garantir la sécurité sanitaire et environnementale.

3.3. Conséquences des déchets hospitaliers sur l'environnement et la santé publique

Les figures 10, 11, 12 et 13 illustrent les conséquences des déchets hospitaliers sur l'environnement et la santé publique.

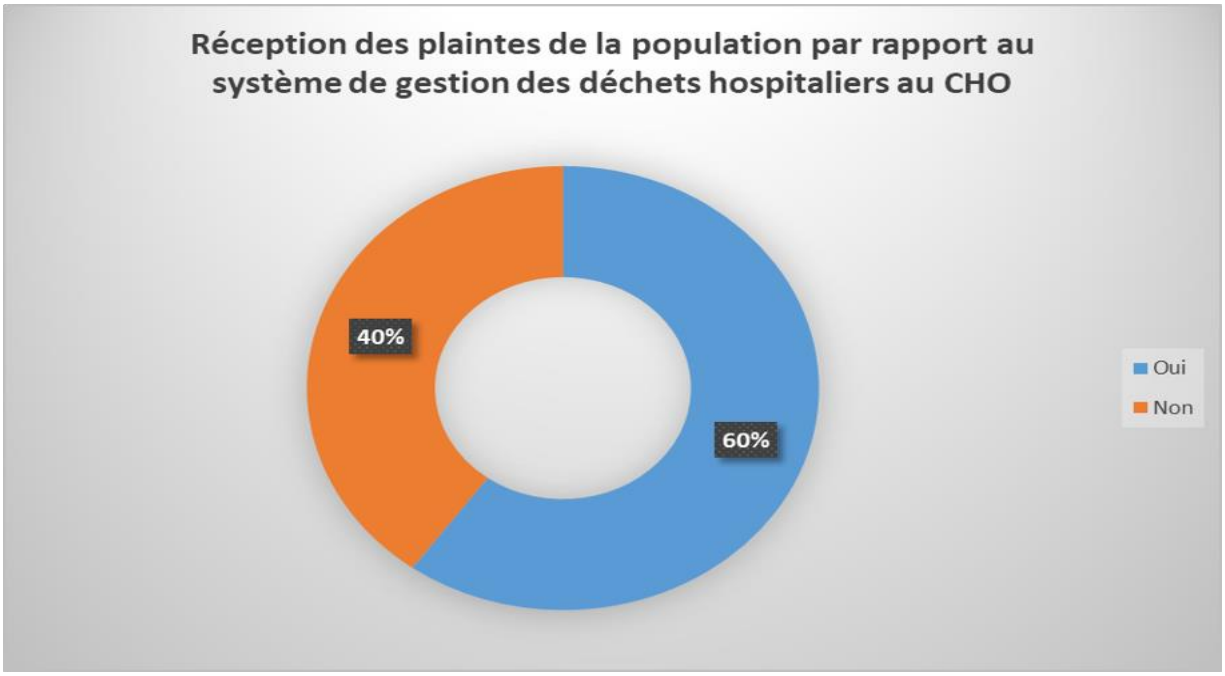

Figure 10. Répartition des enquêtés selon la réception ou non des plaintes de la population par rapport au système de gestion des déchets hospitaliers du Centre Hospitalier OMECO

Il ressort de cette figure que la plupart (60 %) d'enquêtés ont reconnu la réception de plaintes de la population par rapport au système de gestion des déchets hospitaliers du Centre Hospitalier OMECO alors que d'autres (40 %) l'ignorent.

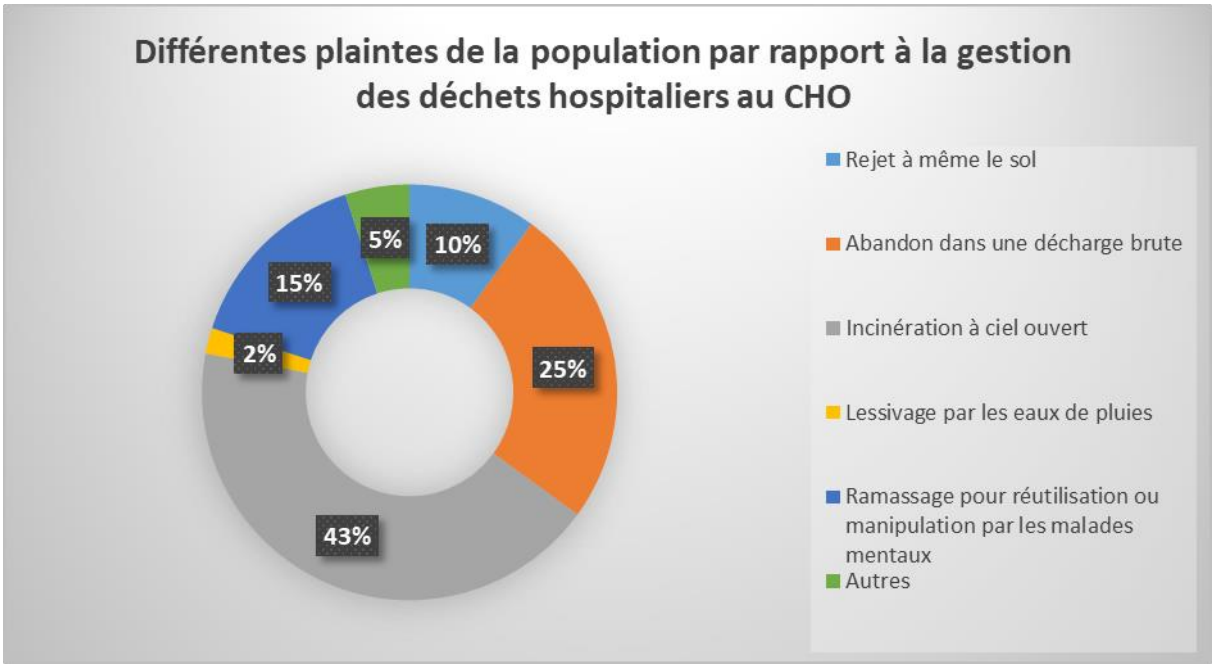

Figure 11. Répartition des enquêtés selon les différentes plaintes de la population par rapport au système de gestion des déchets hospitaliers du Centre Hospitalier OMECO

La figure 11 montre que la principale plainte de la population par rapport au système de gestion des déchets hospitaliers du Centre Hospitalier OMECO est l'incinération à ciel ouvert (43 %) de ces déchets suivi d'abandon dans une décharge brute (25 %), le ramassage pour réutilisation ou manipulation par les malades mentaux (15 %), le rejet à même au sol (10 %), les autres plaintes (5 %) et lessivage par les eaux de pluies (2 %).

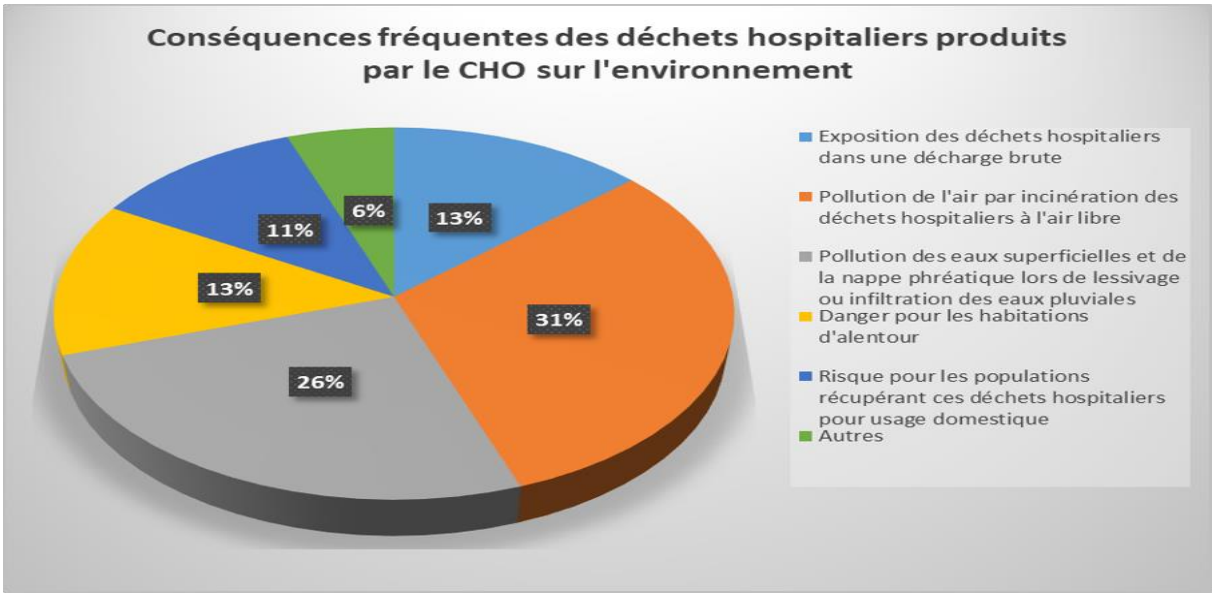

Figure 12. Perception des enquêtés sur les conséquences des déchets hospitaliers produits par le Centre Hospitalier OMECO sur l'environnement

L'impact environnemental est perçu comme multidimensionnel. La conséquence la plus alarmante est la pollution atmosphérique (31 %) générée par la combustion non contrôlée, libérant potentiellement des toxines nocives (dioxines, furanes). Parallèlement, le risque de contamination des ressources en eau (26 %) par lessivage des résidus lors des pluies constitue une menace invisible mais sévère pour la nappe phréatique. La proximité des habitations et le risque de récupération des déchets pour un usage domestique (11 %) transforment l'hôpital en une source potentielle de pollution diffuse pour tout le quartier Mongo.

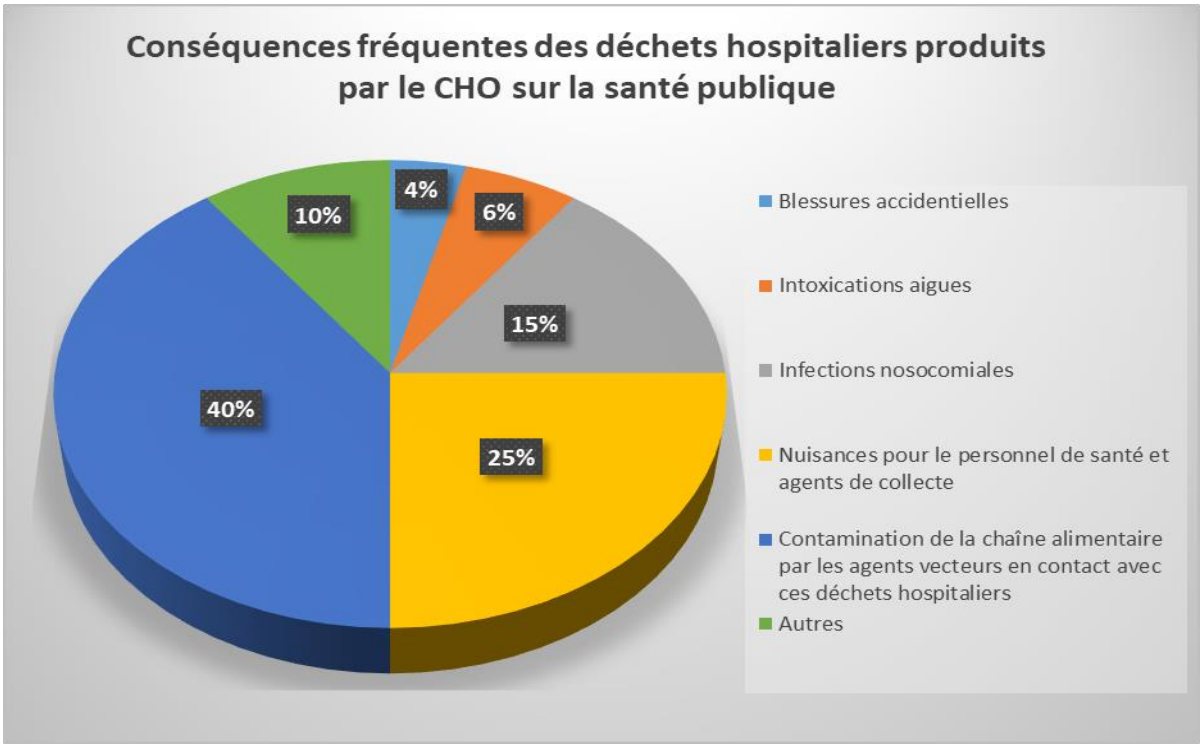

Figure 13. Perception des enquêtés sur les conséquences des déchets hospitaliers produits par le Centre Hospitalier OMECO sur la santé publique

Les résultats de l'étude (Figure 13) montrent que sur le plan sanitaire, le risque de contamination de la chaîne alimentaire (40 %) par des agents vecteurs (mouches, rongeurs) en contact avec les déchets est la principale préoccupation. Ce résultat met en évidence un cycle de transmission de pathogènes du milieu hospitalier vers l'habitat. Les nuisances pour le personnel de santé (25 %) et les risques d'infections nosocomiales (15 %) rappellent que la mauvaise gestion des déchets fragilise l'ensemble de la pyramide de soins, exposant tant les prestataires que les patients à des pathologies infectieuses (hépatites, VIH, septicémies).

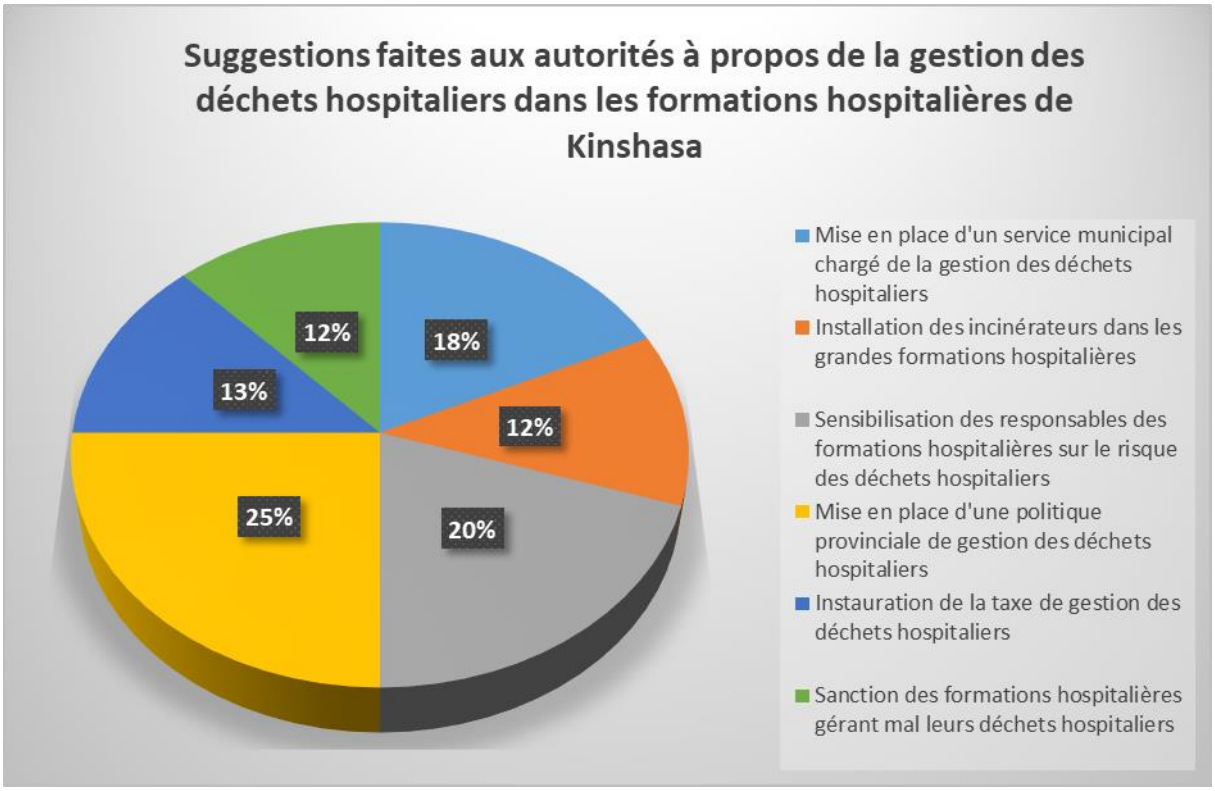

Figure 14. Répartition des enquêtés sur la gestion des déchets hospitaliers dans les formations hospitalières de Kinshasa

Les résultats obtenus montré que les enquêtés appellent à une réponse institutionnelle forte. La suggestion prioritaire est la mise en place d'une politique provinciale de gestion des déchets hospitaliers (25 %), soulignant que les solutions individuelles par établissement ne suffisent plus. Le besoin de sensibilisation des responsables (20 %) et l'installation d'incinérateurs aux normes (12 %) dans les grandes structures sont perçus comme les leviers essentiels pour passer d'une gestion de crise à une gestion normalisée et sécurisée à l'échelle de la ville de Kinshasa.

3.4. Quantification des déchets hospitaliers au Centre Hospitalier OMECO

Le tableau 2 présente les résultats relatifs à la quantification des déchets hospitaliers produits au Centre Hospitalier OMECO.

Tableau 2. Quantification moyenne journalière selon les fractions des déchets hospitaliers produits au Centre Hospitalier OMECO

Fractions		**Quantité moyenne (Kg)**			**Quantité Moyenne Journalière (Kg)**	**Qté en %**
		1er Jour	**2ème Jour**	**3ème Jour**		
Déchets biodégradables	Déchets alimentaires (Reste de repas)	11	10,5	10	10,5	20,6
	Déchets anatomiques humains	-	-	-	-	-
	Déchets de papiers et cartons	8,2	8	8,7	8,3	16,3
	Autres	6,7	8,4	10,3	8,5	16,7
	Total (1)	**25,9**	**26,9**	**29**	**27,3**	**53,6**
	Déchets plastiques	7,5	12,6	4,8	8,3	16,3
	Déchets tranchants et piquants	0,9	1,3	1,8	1,3	2,6

Déchets non biodégradables	Déchets pharmaceutiques	1,4	2,4	1,9	1,9	3,7
	Déchets de verres	2,6	1,7	4,1	2,8	5,5
	Déchets de boites et métaux	5,6	2,1	3,3	3,7	7,3
	Déchets de textiles	1,5	1,2	1,7	1,5	2,9
	Autres	3,7	2,5	6	4,1	8,1
	Total (2)	**23,2**	**23,8**	**23,6**	**23,6**	**46,4**
Total global (1) + (2)		**49,1**	**50,7**	**52,6**	**50,9**	**100,0**

Il ressort du tableau 2 ci-dessus que l'analyse pondérale des déchets produits au Centre Hospitalier OMECO révèle une production moyenne journalière globale de 50,9 kg. L'étude de la composition de ce gisement met en évidence deux catégories distinctes :
(i) Les déchets biodégradables (53,6 %) : Avec une moyenne de 27,3 kg/jour, cette fraction est majoritaire. Elle est principalement constituée de restes de repas (10,5 kg) et de papiers/cartons (8,3 kg). Cette prédominance des matières organiques représente un potentiel important pour le compostage, mais constitue également une source de nuisances (odeurs, prolifération de vecteurs) si l'évacuation n'est pas quotidienne.
(ii) Les déchets non biodégradables (46,4 %) : Cette catégorie représente 23,6 kg/jour. Bien que légèrement inférieure en masse, elle est la plus préoccupante sur le plan environnemental et sanitaire. On y note une présence importante de plastiques (8,3 kg) et de métaux (3,7 kg), qui pourraient faire l'objet d'une filière de recyclage.

En effet, bien que les déchets tranchants, piquants et pharmaceutiques représentent un poids plus faible (cumulant environ 3,2 kg/jour), leur dangerosité est extrême. Leur mélange avec les autres fractions (faute de tri, comme vu précédemment) contamine l'ensemble du gisement de 50,9 kg, transformant la totalité des déchets de l'hôpital en un mélange potentiellement infectieux et dangereux.

4. DISCUSSION

Les enquêtes sur l'évaluation du système de gestion des déchets biomédicaux à l'Hôpital Général de Référence de Matete à Kinshasa ont porté sur un échantillon composé d'agents hospitaliers et d'habitants locaux. Les résultats ont montré qu'il y a une légère prédominance féminine (56 % contre 44 % d'hommes). Concernant le profil intellectuel, le niveau d'études est majoritairement représenté par des licenciés, suivis des gradués, des diplômés d'État et des personnes ayant un niveau primaire.

Selon le personnel du Centre Hospitalier OMECO (CHO), la gestion et le traitement des déchets sont jugés indispensables par 94 % des répondants. Les motivations principales sont les risques pesant sur la santé publique et l'environnement, la dangerosité intrinsèque des déchets, la nécessité de détruire les agents pathogènes et la réduction du volume des déchets.

La typologie des déchets produits est dominée par les produits pharmaceutiques, suivis des déchets alimentaires, des déchets anatomiques humains et des objets tranchants ou piquants. Les substances chimiques, les déchets radioactifs et les déchets hautement infectieux représentent chacun 3 % du gisement.

L'étude révèle des failles structurelles majeures : plus de 50 des enquêtés affirment que le centre ne dispose ni d'un plan de gestion formel, ni de poubelles appropriées, ni d'un personnel formé et qualifié. En conséquence, l'incinération à l'air libre est le mode d'élimination le plus fréquent, devant l'incinération au four. Le système d'incinération prédominant est le four artisanal, alimenté principalement par du bois de chauffe.

Ces opérations de brûlage se déroulent majoritairement la nuit ou le soir. Quant aux résidus d'incinération, l'enfouissement reste la destination principale, bien que des rejets préoccupants soient signalés dans des décharges brutes, des rivières ou des ravins.

Malgré ces défis, 70 % des enquêtés estiment que les autorités municipales et sanitaires se préoccupent de la situation. Une forte majorité (80 %) est favorable à la création d'un service spécialisé dans la gestion et le traitement des déchets hospitaliers pour les formations sanitaires de Kinshasa.

Ces résultats corroborent les constats de l'OMS (2011) menés dans 22 pays en développement, où 18 à 64 % des établissements n'éliminent pas correctement leurs déchets. Le risque est réel : les études épidémiologiques indiquent qu'après une piqûre accidentelle avec une aiguille contaminée, le risque d'infection est de 30 % pour le VHB, 1,8 % pour le VHC et 0,3 % pour le VIH (OMS, 2011).

Les résultats de cette étude révèlent une tension sociale latente au quartier Mongo. Si une large majorité des habitants locaux se déclare incommodée par le système de gestion des déchets du Centre Hospitalier OMECO, un paradoxe subsiste : 80 % d'entre eux n'ont jamais interpellé les responsables de l'établissement ni les autorités municipales. Ce mutisme des riverains pourrait s'expliquer par un manque de canaux de

communication formels ou par une résignation face à l'insalubrité urbaine croissante et généralisée à Kinshasa ; pourtant, le danger est réel. Comme le souligne Biadillah (2004), l'absence de sécurisation des déchets en sortie d'établissement favorise des pratiques à haut risque, telles que la fouille des décharges ou le tri manuel. Les données de cette recherche corroborent cette crainte, puisque 15 % des plaintes concernent précisément le ramassage des déchets par des personnes vulnérables ou des malades mentaux, exposant la communauté à des accidents biologiques directs.

L'analyse des conséquences environnementales met en exergue la défaillance des modes de traitement. Le brûlage à ciel ouvert, identifié comme la nuisance principale, génère une pollution atmosphérique immédiate. À cela s'ajoute une menace pour les ressources hydriques : la contamination de la nappe phréatique par lessivage des résidus. Une étude menée par Samba *et al.* (2021) sur la gestion des déchets de soins médicaux dans les maternités de la zone de santé Kenya à Lubumbashi, République Démocratique du Congo révèle le même constat : « la gestion des déchets médicaux dans les maternités des hôpitaux et centres de santé de la zone de santé Kenya est mauvaise et présente plusieurs risques pour la santé des patients, du personnel et du grand public ».

Sur le plan de la santé publique, le risque majeur identifié est la contamination de la chaîne alimentaire par les agents vecteurs. Ce résultat démontre que les déchets de l'Hôpital OMECO ne sont pas confinés, mais s'intègrent dans un cycle de transmission pathogène vers l'habitat. Cette situation contredit les principes de la Ddass (2007), qui stipulent qu'une gestion rigoureuse des déchets est un pilier fondamental de la sécurité des soins et de la prévention des infections nosocomiales.

Face à ce constat, les attentes de la population convergent vers une reprise en main institutionnelle. La nécessité d'une politique provinciale intégrée et d'un renforcement de la sensibilisation sont les pistes prioritaires évoquées. Ces suggestions s'alignent sur les recommandations de l'OMS (2005), qui préconise que le développement d'un plan de gestion des déchets de soins doit reposer sur un soutien institutionnel et technique fort, impliquant conjointement les ministères de la Santé et de l'Environnement.

Enfin, les données quantitatives de cette étude révèlent un gisement journalier dominé par les déchets biodégradables (54 % contre 46 % de non-biodégradables). Si la part des déchets tranchants et piquants semble faible en poids (2,6 %), sa dangerosité reste extrême en l'absence de tri à la source. Comme l'indiquent Rushbrook et Zghondi (2005), la mauvaise gestion des déchets d'activités de soins est un problème mondial. Identifier les causes de ces défaillances, constitue la première étape cruciale pour permettre aux responsables, de développer des systèmes de gestion plus sûrs et plus durables.

Avec une production journalière de plus de 50 kg de déchets, cette formation hospitalière nécessite une logistique d'évacuation importante. La structure du gisement montre qu'une politique de tri à la source permettrait de détourner plus de la moitié des déchets (biodégradables) vers des circuits de valorisation, réduisant ainsi considérablement le volume de déchets à incinérer ou à enfouir.

5. CONCLUSION

Cette étude a porté sur l'état des lieux de la gestion des déchets hospitaliers à l'Hôpital Général de Référence de Matete à Kinshasa, afin de proposer des pistes de solutions durables pour l'amélioration de leur traitement. Les résultats obtenus révèlent que cette formation sanitaire est confrontée à des défis critiques en matière de gestion des déchets, susceptibles d'entraîner des conséquences sanitaires et environnementales indescriptibles. De cette recherche, il ressort les points majeurs suivants : (i) La quasi-totalité du personnel reconnaît l'indispensabilité d'un traitement adéquat pour protéger la santé publique et l'environnement, (ii) L'établissement ne dispose ni d'un plan de gestion formel, ni de poubelles appropriées pour le tri sélectif, ni d'un personnel spécifiquement qualifié pour cette tâche, (iii) Le brûlage à l'air libre via des fours artisanaux au bois constitue le principal mode de traitement, générant une pollution atmosphérique directe.

La conséquence la plus alarmante sur la santé publique est la contamination de la chaîne alimentaire par les agents vecteurs, tandis que la pollution de l'air demeure la nuisance environnementale majeure. Une forte demande s'exprime pour la mise en place d'une politique provinciale de gestion des déchets et la création de services municipaux spécialisés.

Les études sur l'incidence des maladies respiratoires et dermatologiques chez le personnel soignant et les riverains exposés aux fumées des fours artisanaux sont d'une importance capitale. L'Analyse de la présence de métaux lourds et de polluants organiques persistants (dioxines, furanes) dans les sols et les produits agricoles à proximité de l'HGR de Matete doit être aussi réalisée.

Références

Azzouzi Y., El Bakkali M., Khadmaoui A. & Ahmed O., 2014. *La gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux : Tri et conditionnement dans la région de Gharb au Maroc*. Revue internationale d'innovation et d'études appliquées, 8(2), 14 p.

Biadillah M., 2004. *Guide de gestion des déchets des établissements de soins.* Ed Centre Régional des Activités d'Hygiène du Milieu (CEHA) et l'Organisation Mondiale de la Santé. Maroc, 57 p.

CICR, 2011. *Manuel de gestion des déchets médicaux*. file:///c:/users/pc/desktop/articles/icrc-001-4032.pdf

Ddass, 2007. *Les déchets d'activités de soins à risques, des professionnels libéraux de santé*. DRASS de Lorraine. France, 14 p.

Kheladi F., 2015. *La gestion des déchets hospitaliers et risques environnementaux*. Mémoire de Master, Universités Abou Bekre Belkaid de TELEMCEN/Santé publique, Cotonou, 67 p.

Mouankié J.B. *et al*., 2015. Gestion des déchets biomédicaux à Brazzaville, capitale du Congo. *European Scientific Journal*, 11(23), 317-324.

Ndiaye A., 2003. *Enquête sur les perspectives des infections nosocomiales, parmi le personnel soignant de l'hôpital provincial*. Thèse de doctorat d'Etat en Médecin UCAD de Dakar, 75 p.

OMS, 2005. *Préparation des plans nationaux de gestion des déchets de soins médicaux en Afrique subsaharienne : manuel d'aide à la décision*. Secrétariat de la Convention de Bâle, Genève, 115 p.

OMS, 2011. *Gestion des déchets d'activité de soins*. Aide-mémoire, N°281. Genève, 2 p.

OMS, SCB & PNUE, 2005. *Préparation des plans nationaux de gestion des déchets de soins médicaux en Afrique*, 81 p.

Rushbrook P. & Zghondi R., 2005. *Une meilleure gestion des déchets d'activités de soins: Une composante intégrale de l'investissement dans la santé.* Organisation mondiale de la Santé. Amman, 64 p.

Saizonou J., Ouendo E.M. & Agueh V., 2014. Evaluation de la qualité de la gestion des déchets biomédicaux solides dans la zone sanitaire de Klouekanme-Toviklin-Lalo au Bénin. *Journal International de Santé au Travail*, 1, 1-11.

Samba C.K., Ilunga W.N., Ilunga J.K., Banza V.U., Nyundo P.K., Bondo L.T., Kabamba C.B., Nkashama S.M., Shindano R.N., Nduu F.N., Tambwe P.N. & Mbutshu H.L., 2021. Gestion des déchets de soins médicaux dans les maternités de la zone de santé Kenya à Lubumbashi. *Revue de l'Infirmier Congolais*, 5(1), 16-21.