



Université d'Oran 2
Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion

MEMOIRE

Pour l'obtention du diplôme de Magister
En Sciences Commerciales

**Le management des déchets hospitaliers au niveau des structures
de santé.**

Le cas de l'EHU 01^{er} novembre 1954 de la wilaya d'ORAN

Présenté et soutenu publiquement par :
Mme DJELDJEL. Hanane

Devant le jury composé de :

Mme TAIBI Ghalia	Maitre de conférences A	Université d'Oran 2	Président
Mr SALEM Abdelaziz	Professeur	Université d'Oran 2	Rapporteur
Mr BELAHCEN Lahouari	Maitre de conférences A	Université d'Oran 2	Examineur
Mme GADI Ibtissem	Maitre de conférences A	Université d'Oran 2	Examineur

Année 2017/2018

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à toutes les personnes qui me sont chères :

A la mémoire de ma chère défunte mère que je n'oublierai jamais , pour son sens de sacrifice, son soutien, sa tendresse et ses encouragements perpétuels qui m'ont beaucoup aidée au cours ma vie , A mon père qui sans lui je ne serais jamais devenu ce que je suis aujourd'hui et qui m'a poussé à donner le meilleur de moi-même.

Je voudrais vous remercier chacun d'une façon particulière :

A mes chers frères, mes chères sœurs

A mes oncles et mes tantes, mes cousins et mes cousines

A toute ma famille.

A Mr GUEDIRI Mourad ex directeur de la direction de l'Education de la wilaya d'Oran et Ex directeur du l'établissement Mr Abdelhadi Mohammed.

A tous mes chers amis et tous mes collègues sans exception.

Hanane

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord Allah pour m'avoir donné le courage et la volonté de réaliser ce travail

Mes remerciements les plus sincères à ce qui m'a aidée, soutenue et orientée tout au long de mon travail. Pour sa patience, sa soutenance, mais surtout pour le temps qu'il a bien voulu m'accorder, je dis mille mercis à mon professeur

Mr. SALEM Abdelaziz

Mes remerciements s'adressent aussi particulièrement aux membres du jury, d'avoir accepté de participer à la discussion et à l'évaluation de ce travail.

Je remercie également tous les enseignants de notre faculté qui m'ont permis d'améliorer mes connaissances recueillies au cours de ma graduation.

Je tiens à remercier l'ensemble du personnel administratif de la faculté.

Je tiens à remercier aussi l'ensemble du personnel de l'établissement hospitalier universitaire 01^{er} novembre 1954 Oran, pour les documents et les informations qu'ils m'ont transmis, pour les précieux conseils qu'ils m'ont prodigués et pour le temps qu'ils m'ont consacré.

J'exprime ma gratitude à tous ceux qui m'ont soutenue de près ou de loin durant ma recherche.

Liste des Abréviations

DAS : déchets d'activités de soins.

DASRI : déchets d'activités de soins à risque infectieux.

OMS : organisation mondiale de la santé.

ONS : office national des statistiques

DAOM : Les déchets assimilés aux ordures ménagères.

PAOH : pièces anatomiques d'origine humaine.

POP : polluants organiques persistants.

PCT : piquant, coupant et tranchant

GDAS : gestion des déchets d'activités de soins.

MNU : médicament non utilisés.

AIRC : Agence Internationale de Recherche sur le Cancer.

AES : accident d'exposition au sang.

BSD : bordereau de suivi des déchets.

MAATE : le Ministère Algérien de l'Aménagement et du Territoire et de l'Environnement.

MSPRH : ministère de santé publique et réforme hospitalière

EPI : Équipement de protection individuelle.

MSPRH : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

SPH : Le service public hospitalier.

EHU : Etablissement hospitalier universitaire.

ANH : Agence régionale d'hospitalisation.

EPH : Etablissement public hospitalier.

CHU : Centre hospitalo-universitaire.

EH : Etablissement hospitalier.

EPSP : Etablissement public de santé de proximité.

HAS : haute autorité de santé.

Liste des tableaux

Tableau N° 01: Répartition des wilayas sur les régions sanitaires.....	p41.
Tableau n°02 : L'évolution des infrastructures de santé publiques.....	p43.
Tableau n°03 : La répartition des structures de soins par régions sanitaires.....	p44.
Tableau n°04 : Les taux de couverture en infrastructures par région sanitaires en 2013.....	p45.
Tableau n°05 : Le personnel médical en Algérie 2013.....	p46.
Tableau n°06: Evolution du budget de la santé (2002-2013)	p48.
Tableau N° 07 : Les déchets solides urbains.....	p71.
Tableau N°08: Identification des symboles concernant les risques liés aux déchets chimiques.....	p82.
Tableau 09: La catégorie de déchets de soins médicaux répertoriés par l'OMS.....	p85.
Tableau N° 10 : Les services disponibles dans l'EHU d'ORAN et leurs capacités de lits..	p115.
TABLEAU N° 11 : Le personnel médical affecté à l'EHU d'ORAN.....	p116.
TABLEAU N° 12 : Le personnel paramédical affecté à l'EHU d'ORAN	P117.
Tableau N° 13 : Le nettoyage des surfaces selon le degré de risques de transmission des infections.....	P132.
Tableau N°14: Emballage pour chaque type de déchets selon les normes AFNOR.....	P149.
Tableau N° 15: la dépense effectuée pour l'approvisionnement des moyens et matériels pour le tri des DASRI.....	P150.

Liste des figures

- Figure N° 01 : L'interaction offre-demande-besoins en soins.....p40.
- Figure N°02 : Les catégories des déchets urbains.....p62.
- Figure N°03 : Les fondements d'une stratégie de la gestion des déchets.....p63.
- Figure N° 04 : Les facteurs qui déterminent les quantités des déchets.....p72.
- Figure N° 05 : La proportion des catégories des déchets produits par les soins de santé....p83.
- Figure N°06: L'impact de la mauvaise gestion des déchets hospitaliers, sur l'environnement.....p93.
- FigureN°07 : Le découpage des daïras de la Wilaya d'Oran..... p109.
- Figure N°08: Le cheminement des déchets hospitaliers.....p121.
- Figure N° 09: Nature des déchets hospitaliers DASRI et DAOM par pourcentage.....p125.
- Figure N° 10: Les types des déchets hospitaliers.....p126.
- Figure N°11 : L'organisation de l'unité d'hygiène hospitalière.....p129.
- Figure N° 12 : Le matériel de nettoyage (chariot).....p134.
- Figure N° 13 : Appareils de désinfection.....p134.
- Figure N°14 : Bac pour DASRI de 660 litres.....p138.
- Figure N°15 : Bac pour Les Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères (DAOM) de 660litres.....p138.
- Figure N° 16: Les cinq critères d'un tri fiable et durable.....p145.
- Figure N°17: Véhicule pour le transport des déchets hospitaliers à risques infectieux.....P156.

Liste des graphes

- Graphe n°01 : évolution du budget de la santé (2002-2013)p48.
- Graphe N° 02 : La Quantité des déchets DASRI collectée PAR L'EHUO.....p139.
- Graphe N°03: La quantité annuelle des déchets par kilogramme après qu'elle soit pesée dans le centre d'incinération C.E.T de HASSI Bounif de l'année 2016.....p140.
- Graphe N°04 : L'évolution de la dépense d'incinération des déchets hospitaliers.....P159.

Liste des illustrations

- Illustration N° 01: Le sol et les nappes souterraines peuvent être contaminés par des métaux lourds et aux autres produits toxiques qui pourraient entrer dans la chaîne alimentaire.....p90.
- Illustration N° 02 : Quand les gens fouillent les déchets, le risque de blessures par piqûres d'aiguilles augmente considérablement.....p92.

Table des matières

Introduction générale

LE PREMIER CHAPITRE : Le management des établissements de santé

Introduction du 1^{er} chapitre

Section une : Le management des ressources humaines

Section deux : La gestion de l'organisation hospitalière.

Section trois : le bilan de la situation hospitalière en Algérie.

Conclusion du 1^{er} chapitre

LE DEUXIEME CHAPITRE : La Gestion des déchets Hospitaliers

Introduction du 2^{ème} chapitre

Section I : Quelques généralités sur les déchets et les déchets hospitaliers

Section II : l'impact de gestion des déchets hospitaliers et la mise en œuvre d'un système de gestion efficace

Conclusion du 2^{ème} chapitre

LE TROISIEME CHAPITRE : LE CAS EMPIRIQUE, le système de la gestion des déchets hospitaliers au niveau de l'établissement hospitalio-universitaire EHU 01^{er} Novembre 1954.

Introduction

Section I : Présentation du secteur sanitaire et la structure d'étude.

Section II : Le fonctionnement du système de gestion des déchets hospitaliers dans la structure de santé ciblée.

Conclusion

Conclusion générale

Introduction générale

Introduction générale :

Le secteur sanitaire joue un rôle dans la protection, prévention et la promotion de la santé. Il contient plusieurs structures complexes fréquentées par des personnes de chaque secteur dans la société sans distinction entre l'âge, le sexe et la religion. Cette société croissante, a fait augmenter la quantité de déchets produits par les différents structures de santé (hôpitaux – dispensaire – les laboratoires d'analyses.....) non seulement des déchets ordinaires ou des ordures ménagères (OM) tel que papier, carton, reste des aliments, emballage de toute sorte..., mais aussi des déchets dangereux à risques infectieux, chimique, radioactif, ou toxique, qui peuvent nuire à la santé et à l'environnement si ils ne sont pas éliminé en respectant les règles de hygiène et de sécurité.

La gestion de ces déchets est une préoccupation très importante dans le domaine de la santé. Cet intérêt est justifié d'une part par l'importance du risque lié à la production de déchets d'activités de soins (DAS) , et d'autre part aux nuisances qui peuvent être engendrées par les techniques de traitement pour la santé de l'homme et son environnement .

Dans les pays en développement un danger supplémentaire se rajoute, c'est celui de la fouille des décharges et du tri manuel des déchets récupérés à la sortie des établissements de soins. Les méthodes de gestion des déchets de soins peuvent aussi entrainer un risque si les différentes étapes du processus de gestion ne sont pas menées correctement.

Une enquête réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), conduite dans 22 pays en voie de développement, a montré que 18 à 64 % des établissements de soins n'éliminent pas correctement leurs déchets ¹. Les déchets à risques infectieux représentent environ de 15% à 25% de tous les déchets de soins, parmi lesquels les objets piquants et tranchant aiguilles, pleine pour suture, verrerie souillée et cassée, lames et lamelles de microscope, lames de bistouri.....représentent environ 1% des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI). Cependant, ils représentent un risque majeur s'ils ne sont pas éliminés correctement. Les pièces anatomiques représentent 1%, les déchets chimiques et pharmaceutiques représentent 3% des déchets et les déchets radioactifs, les thermomètres cassés moins de 1%. Ils requièrent une manipulation particulière afin d'éviter les risques aux personnes pouvant entrer en contact avec ces déchets.

¹ Organisation mondiale de la santé. Gestion des déchets d'activités de soins. Document d'orientation.2004
www.healthcarewaste.org

Il n'existe aucune stratégie de gestion des déchets médicaux dans nos établissements de santé, ou du moins, reste encore insuffisamment prise en compte.

Ceci fait apparaître l'absence de la notion « gestion » proprement dite des déchets produite par les activités de soin. Cette gestion devrait faire partie intégrante de la gestion globale de l'établissement. Il est donc évident que l'amélioration de la gestion des déchets soit une priorité de tout établissement de santé quel que soit sa capacité.

A l'échelle des établissements, et quel que soit leur capacité, l'OMS recommande un programme d'actions devant être mis en place en plusieurs étapes, et être continuellement évalué et révisé. La mise en place d'un programme d'action incombe aux professionnels de santé en collaboration avec les gestionnaires eux-mêmes qui doivent prendre en charge la problématique de la gestion des déchets dans « leur » établissement.

Les hôpitaux et les structures de santé sanitaires ont « le devoir de soin » pour la santé publique et l'environnement, et ont donc une responsabilité particulière pour les déchets qu'ils produisent. En améliorant la gestion des déchets de soin, les établissements de santé vont protéger l'environnement et la santé des travailleurs et de la communauté. Les risques peuvent se rencontrer à l'intérieur (la transmission des maladies- des infections nosocomiales soit au patient, personnel soignant et le personnel d'entretien grâce aux accidents d'exposition au sang AES) et à l'extérieur des hôpitaux si les déchets d'activités de soins ne sont pas éliminés dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité. La gestion des déchets fait appel à une organisation rigoureuse du circuit d'élimination, des moyens de collecte, de transport et de traitement adaptés, des connaissances simples et des pratiques sécuritaires.

Cependant malgré, la diffusion de recommandations par voie d'instruction et l'existence de textes réglementaires, la gestion des déchets produits par les activités de soins reste encore rudimentaire et n'a pas pris la place nécessaire aussi bien dans les programmes nationaux que dans les plans locaux. Les gestionnaires, le personnel soignant et d'entretien sont responsables, chacun à son niveau, de cette situation.

Cette situation nous conduit à s'interroger sur les causes de cette mauvaise gestion des déchets dans nos établissements de soins, et quels sont les facteurs qui mènent à cet état qui touche la santé de l'homme et l'environnement ?

Le présent mémoire fait une évaluation de la gestion des déchets d'activités de soins dans l'établissement hospitalier celui de l'établissement hospitalier universitaire CHU 01^{ier} Novembre de la wilaya d'ORAN.

Chaque étape est décrite en fonction des ressources humaines et matérielles, suivie d'une quantification et d'une caractérisation des déchets produits dans cet établissement.

Pour compléter ce travail, nous avons également fait des observations sur l'hygiène, la prévention et la sécurité du personnel de CHU.

L'objectif de ce travail consiste, d'une part à traiter les problèmes et les obstacles qui engendrent la mauvaise gestion, et d'autre part à proposer des solutions simples pour l'amélioration de la gestion des DAS par un comportement plus rigoureux

Dont le but est la protection de la santé des personnels de l'établissement et de prévention de l'environnement.

Notre travail est structuré en deux parties : la première partie est théorique, elle contient deux chapitres sont comme suit :

- Le premier chapitre : dans ce chapitre nous sommes basées sur le management du service de santé.
- Le deuxième chapitre : nous avons essayé de clarifier des notions sur les déchets hospitaliers, leurs caractéristiques et leurs impacts sur l'environnement.

Et la deuxième partie contient le cas empirique de notre sujet, elle est composée d'un seul chapitre, ce dernier est une description de la gestion des déchets hospitaliers adoptée au niveau de l'établissement hospitalier universitaire (EHU) 01^{IER} Novembre 1954 à ORAN.

LE PREMIER CHAPITRE :

LE MANAGEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Introduction du 1^{ier} chapitre

Section I : Le management des ressources humaines.

Section II : La gestion de l'organisation hospitalière.

Section III : Le bilan de la situation hospitalière en Algérie.

Conclusion du 1^{ier} chapitre

Le premier chapitre : Le management des établissements de santé

Introduction du 1^{er} chapitre :

Le service public de santé occupe une place essentielle dans les références politiques, économiques, sociales, environnementales.

Les établissements de santé publics et privés doivent s'adapter au contexte démographique, socio-économique, écologique et réglementaire.

Créer des conditions favorables tant pour les patients que pour les personnels de santé est devenu plus que jamais un enjeu majeur. Les réponses à apporter exigent de revisiter les modes d'organisation, de management et d'appliquer de nouveaux d'outils.

Pour réussir dans le management de secteur de santé et faire face aux contraintes auxquelles elles sont désormais soumises, un haut niveau de formation est requis. Les enjeux de l'isolement, de la dépendance et de l'exclusion exigent des savoir-faire toujours actualisés de la part des managers. Le Management de secteur de Santé permet l'acquisition de véritables compétences managériales et praticiennes afin d'assurer une action pérenne et performante.

Cinq défis attendent nos futurs managers :

- Sanitaire : maintenir une qualité de soin et d'accompagnement alors que le lien social se délite ; maîtriser les enjeux et les conséquences de la durée de vie.
- Social : comprendre l'élargissement du champ de la Santé et de la Solidarité Urbaines ; anticiper, évaluer, et gérer les risques sanitaires et sociaux.
- Economique : maîtriser les dépenses, gérer l'allocation des ressources et proposer de nouveaux services dans un contexte très concurrentiel ; profiter des progrès scientifiques et médicaux.
- Juridique : connaître l'environnement réglementaire et institutionnel du secteur de la santé et de la solidarité ; savoir garantir homologation et financement.
- Ethique et déontologique : respecter la personne tout en s'adaptant à un environnement compétitif ; protéger le patient tout en bénéficiant d'une technologie et d'une performance accrues.

Section 1 : Le management des ressources humaines

1. Définition du management :

Tout organisme administratif est composé d'une somme d'éléments humains, matériels et immatériels, dont la combinaison est ordonnée vers une finalité très générale : la production d'un service public. Dans tout organisme public cohabitent ainsi des fonctions de diverses natures, exercées par des acteurs placés à divers niveaux de responsabilité.

Le management se présente ainsi comme l'art ou la science qui aide ces acteurs à appréhender leur domaine propre de responsabilité, en harmonie avec les autres acteurs et les autres fonctions, de telle sorte que l'ensemble de l'organisme avance de façon efficace vers sa finalité.

Henri FAYOL un des premiers théoriciens du management. Son apport principal réside dans la description des différentes fonctions que l'on trouve généralement dans tout organisme, c'est ainsi qu'il résume dans toute entreprise² :

- La fonction technique de production.
- La fonction commerciale.
- La fonction financière.
- La fonction comptable.
- La fonction de la sécurité des biens et des personnes.
- La fonction administrative qui comprend les tâches de direction.

2. Définition du service public service :

Un service public désigne une activité dont l'objectif est de satisfaire un besoin d'intérêt général. Les services publics sont exercés par l'Etat ou les collectivités territoriales ou encore par tout organisme privé ou public doté des prérogatives lui permettant d'assurer cette mission.

3. Le service public hospitalier

Cette notion a été introduite par la loi du 31 décembre 1970 relative à la réforme hospitalière, qui définit le cadre général de l'hospitalisation et les bases de la planification

²JACQUES Igalens. *Eléments de management public*. AFNOR EDITIONS. France .octobre 2009. P 06-07.

sanitaire. La loi du 31 juillet 1991 l'a complétée en reconnaissant l'unité du système hospitalier (certains établissements privés participent au service public).

Les hôpitaux publics font automatiquement partie du SPH, ils sont dénommés «établissements publics de santé ». Les établissements privés à but non lucratif peuvent participer au SPH et doivent s'engager à accepter les missions de service public. Le SPH a pour objectif de satisfaire un besoin d'intérêt général.

4. Définition du management public :

- Le management public « est l'art de conduire les organisations publiques dans la trajectoire tracée et afin d'atteindre les objectifs fixés »³.
- Le management public consiste en un ensemble de processus et d'outils visant à atteindre une performance optimale d'une organisation vouée au service public.

Il s'agit d'un ensemble de savoir-faire technique et relationnel, qui consiste à conduire une organisation : mobiliser l'ensemble des acteurs autour d'objectifs communs, fédérer toutes les énergies, optimiser les moyens financiers, humains, matériels dont elle dispose pour atteindre les missions qui lui ont été fixées. Le management vise donc à assurer la cohérence entre les Ressources, les missions, et les processus, selon le triptyque : efficacité, efficience, réalisme.

5. Définition du management des ressources humaines :

Le management des ressources humaines se définit comme un ensemble d'outils, des activités et des pratiques (recrutement, formation, rémunération, évaluation et gestion des carrières) qui constituent un système managérial cohérent dont l'objectif est de mettre en œuvre la dimension humaine de la stratégie de l'organisation. Ce système est juridiquement encadré par des dispositifs légaux de différents niveaux (supranational, national, sectoriel, organisationnel et individuel). La conception et le pilotage du système de GRH relève de la responsabilité de la direction des ressources humaines. Il implique les managers opérationnels dans sa définition et dans sa mise en œuvre. Il est confronté à des logiques d'acteurs internes et externes dont les intérêts peuvent diverger des intérêts de l'organisation. Ces potentielles divergences mettent la motivation des salariés et la gestion des conflits au cœur du management des ressources humaines. Le système de GRH est également soumis aux

³ BEN TURKIA. Mourad. Le management public. Centre de Recherche et d'Etudes Administratives. Tunis. Micro-édition 1992. p 32

mécanismes concurrentiels du marché du travail qui influencent notamment les pratiques de recrutement, de rémunération et de formation.

La diversité de ces contraintes fait de l'innovation managériale un facteur de compétitivité de la firme pour articuler les besoins et les ressources humaines de l'organisation. Le management stratégique des RH suppose une réelle créativité managériale dans la conception des pratiques permettant de gérer de manière efficiente la complexité des facteurs qui influencent la gestion des individus dans les organisations.

6. Définition de la gestion du personnel :

Le comité d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la gestion des personnels de santé comme « l'ensemble des activités qui mobilisent et motivent les individus, qui leur permettent de se développer et de réaliser tout leur potentiel dans et par le travail en vue de la réalisation d'objectifs sanitaires. Cette définition reconnaît que les agents de santé ne sont pas de simples facteurs de production mais des êtres vivants qui sentent et qui pensent, et qui veulent tirer une certaine satisfaction, une gratification de leur travail. ⁴»

Gérer le personnel c'est effectuer des choix stratégiques, c'est -à-dire définir des options engageant l'unité à long terme, au niveau des directions générales et du personnel. Elles concernent essentiellement :

- la politique d'emploi : choix des niveaux de qualification, substitution capital travail, affectation des hommes.
- la politique de rémunération et d'avantages sociaux.
- l'organisation et la transmission du pouvoir : déterminer et faire respecter les normes régissant l'activité du personnel dans l'organisation.

C'est aussi effectuer des choix tactiques : il s'agit de la prise de décisions quotidiennes, au niveau des responsables décentralisés et en conformité avec les choix stratégiques.

Ce seront par exemple des décisions d'embauche, de mises sur pied d'une action de formation, d'aménagement des postes de travail, de fixer le montant d'une prime, de négocier la mise en œuvre de la réduction du temps de travail.⁵

Les trois orientations de la fonction « gestion du personnel »:

- La vision du comptable et de l'économiste: le travail est un input comme les autres, il est géré et comptabilisé suivant les mêmes principes.

⁴ Développement des ressources humaines pour la santé DE BROUWERE, Vincent.2001.p.9.

⁵ MARTORY, Bernard, Gestion des Ressources Humaines, 3ème édition, Paris, NATHAN, 1988, P.11

- La vision du juriste : la gestion des relations sociales.
- La vision du psychosociologue : la gestion des relations humaines.

7. Le capital humain dans le management des établissements de santé

Le projet d'établissement et la stratégie doivent être partagés par tous. Si détenir l'information a longtemps été considéré comme un signe de pouvoir, aujourd'hui ne pas la partager soulève la méfiance de la part des équipes. Pour ce faire, il faut que la direction des ressources humaines (DRH) soit associée au pilotage stratégique afin de relier l'opérationnel à la stratégie, évaluer les impacts du projet d'établissement sur l'organisation du travail, sur les métiers, sur les potentiels et l'équilibre social par la suite, il est nécessaire qu'il informe les managers de proximité afin qu'ils puissent servir de relais auprès du personnel.

Les pratiques de management doivent évoluer pour s'adapter aux besoins du management transversal, dépasser les cloisonnements, organiser le partage des meilleures pratiques, adopter une orientation « attentes des patients », garantir le pilotage du changement, la qualité de la coopération et la responsabilité sociétale de l'établissement⁶. La DRH doit donc devenir un membre à part entière au niveau stratégique, du Knowledge management dans l'accompagnement du changement et dans la prévention des risques psychosociaux. Il doit garantir que les ressources humaines soutiennent le développement stratégique, coopèrent entre elles pour créer de la valeur ajoutée, faire évoluer les pratiques afin de répondre aux attentes des patients. Il facilite la compréhension des intérêts et des enjeux la coopération et la coordination par une communication claire et crédible, indispensable pour fluidifier le fonctionnement collectif. Dans le Supply chain et en collaboration avec le chef du projet, il identifie les acteurs concernés par l'action, ceux qu'il faut associer, prépare le mode de la collaboration, les marges de manœuvre pour agir, tout en respectant le rôle des managers hiérarchiques. Il exprime sa solidarité face aux difficultés rencontrées et sa reconnaissance pour la réalisation du travail. Il favorise le savoir agir par la formation externe, interne à partir de la situation de travail, le partage des pratiques, le tutorat... Il rend possible de pouvoir agir en déléguant, en dotant les équipes de moyens, vouloir agir est encouragé par le sens donné aux objectifs à atteindre, la transparence, l'éthique, la reconnaissance des efforts accomplis par chacun, une rémunération adéquate et une vigilance sur les conditions de travail.

⁶ CHRISTINE BENOT, Manager un établissement de santé, la logistique au service de l'humain. Edition GERESO.NOVEMBRE 2012.FRANCE. P94.

La DRH donne la possibilité au personnel de s'exprimer sur son travail, de dialoguer avec son supérieur hiérarchique, de réfléchir à sa carrière professionnelle, de saisir des opportunités ... Il est à l'écoute des managers de proximité, des chefs de pôle et travaille dans une même dynamique pour développer une organisation qui réponde aux nouveaux enjeux : responsabilisation, initiative, coordination des services autour du patient, plaisir au travail.. Il est le garant qu'il n'existe pas de fracture entre les salariés et le management. De nos jours, les salariés n'ont plus le même rapport au savoir, au travail et à l'établissement. Ils souhaitent être informés et comprendre où va l'établissement, pourquoi et comment. En plus des indicateurs classiques du bilan social, le DRH aura à mettre en place des indicateurs du capital humain tel que le nombre de jours/ heures passés sur le terrain par les différents managers, le questionnaire de satisfaction des salariés, le niveau de coopération, la connaissance de la stratégie par le personnel, le nombre d'évènement organisés dans l'année pour renforcer le capital social.

La gestion du capital humain doit veiller à répondre à la fois aux besoins de l'établissement pour accomplir ses missions et aux besoins des salariés en terme de bien-être, de promotion de leur santé et d'un équilibre entre vie personnelle et professionnelle. Sans cette attention, le capital social se dégradera, la coopération ne fonctionnera pas, le partage des compétences ne se fera pas et le niveau de la qualité faiblira.

8. Les trois axes d'activité de la gestion des ressources humaines :

La gestion des ressources humaines consiste en des mesures (politiques, procédures) et des activités (recrutement, formation,etc) principalement regroupées sous trois axes : *Acquisition, Développement* et *Rétention*. L'ensemble de ses actions visent à fournir à l'organisation une main-d'œuvre productive, stable, motivée et satisfaite⁷.

- *Les activités d'acquisition* font référence à la description des postes et des profils recherchés, la planification des effectifs, le recrutement et la sélection, l'accueil et l'intégration du personnel.
- *Les activités de développement* font référence à la collecte des besoins de formation continue, la gestion de la carrière en lien avec le système promotionnel, l'élaboration des programmes et la réalisation des activités de formation, l'évaluation du rendement.
- *Les activités de rétention* font référence aux conditions de travail (congés, mesures disciplinaires, programme, équipement et matériel, etc), système de

⁷ ST-ONGE, Johanne, PFGSS, pôle D, , Gestion des ressources humaines. Mars 2002.p.6.

rémunération, avantages sociaux (logement, assurance, gratuité des soins), climat de travail.

La gestion des ressources humaines est à la fois un corps de connaissances et une activité exercée par les membres de l'entreprise. D'autres réalités reçoivent en effet une dénomination similaire

- *Une entité organisationnelle* : la direction des ressources humaines et ses membres, directeurs ou responsables.
- *Des discours* (politiques, règles, procédures) formalisés, officialisés, parfois légalisés, portant sur la communication, les relations sociales, la gestion des effectifs, les carrières, le recrutement, la rémunération....
- *Des pratiques* concernant les mêmes domaines, conduites par des spécialistes, mais aussi par d'autres cadres, parfois en adéquation, parfois en contradiction avec ces discours.
- Des unités de formation : cours, séminaires, diplômes, formations

9. Les actions de la direction de ressources humaines :

La direction de la gestion des ressources humaines oriente ses actions autour de 3 axes largement complémentaires : administrer, communiquer, gérer.

- **Administrer** : mettre en œuvre la législation sociale, tenir les documents imposés par la réglementation, entretenir les relations avec les services administratifs du travail, administrer les hommes, assurer leur sécurité et leur épanouissement, faire fonctionner le dialogue dans le cadre des instances représentatives, mettre au point, faire connaître et appliquer les procédures internes.
- **Communiquer** : organiser et faire fonctionner les systèmes et les organes de participation au pouvoir et de dialogue entre différents niveaux hiérarchiques, mettre en place les systèmes de circulation d'information et de communication de l'organisation ; faire fonctionner et améliorer les outils et les procédures de la communication interne.
- **Gérer**:
 - Recruter et placer chaque individu au poste exact qui convient à ses aptitudes et à ses aspirations.

- Organiser la formation et l'intégration des salariés sur chaque poste, améliorer le rendement individuel et la performance humaine de l'organisation.
- Assurer la rémunération, la promotion des salariés et le développement de leurs carrières.
- Améliorer les conditions de travail et de vie dans l'organisation.
- Concevoir et réaliser l'adaptation et l'évolution des ressources humaines compte tenu des stratégies de l'unité.

10. Les objectifs de la gestion des ressources humaines :

La fonction Ressources Humaines a pour raison d'être la coordination de tous les collaborateurs afin que l'entreprise soit performante. Cette fonction est assurée par la direction des ressources humaines. Au sein de cette direction, les gestionnaires de ressources humaines se calent sur des objectifs pour assurer leurs tâches administratives d'une part et relationnelles de l'autre.

L'objectif majeur de la gestion des ressources humaines s'inscrit dans la recherche de la performance de l'entreprise dans l'intérêt de tous. Cet objectif principal se découpe en objectifs secondaires qui concourent à l'atteindre :

- Augmenter la motivation.
- Valoriser les compétences.
- Améliorer l'organisation en la rendant flexible.
- Faciliter l'accès à l'information.
- Favoriser l'adaptation des nouveaux à leur nouveau poste et des anciens à l'évolution de leur poste.
- Répertorier les compétences.
- Inciter les salariés à s'approprier de nouvelles compétences nécessaires à l'entreprise.
- Recenser les compétences déjà existantes et inutilisées.
- Créer des passerelles entre les postes et entre les services.
- Responsabiliser les salariés à tous les niveaux.

11. La gestion des ressources humaines dans le secteur public :

Malgré que les caractéristiques des sciences publics qui sont trop différentes de celles du secteur privé, telle que le statut de la fonction publique, la culture et les statuts

particuliers, il y a une inspiration des pratiques de la gestion des ressources humaines de ce secteur.

Il y a aussi d'autres enjeux comme l'importance des effectifs qui sont considérables et qui incombent sur la situation économique par les dépenses du personnel qui puisent la situation budgétaire de l'Etat, aussi l'efficacité et la qualité des prestations assurées qui demande de progrès et de modernité continue.

D'autres situations particulières qui nécessitent d'être citées comme l'importance du patrimoine humain du secteur public qui est plus fort que dans le secteur privé et qui induit un certain nombre de conséquences :

- La formation prend, dans ce cas, une importance stratégique.
- La qualité des dispositifs de recrutement est fondamentale.
- Il est nécessaire de laisser d'avantage qu'ailleurs une certaine marge de manœuvre aux unités opérationnelles en matière d'organisation du travail.
- Une mobilité fonctionnelle systématique au bout d'un certain nombre d'années.

Ainsi une situation organisationnelle particulière avec un niveau central et des services déconcentrés.

a. Les contraintes propres au secteur public

Parmi les contraintes on cite :

- Les contraintes statutaires

Dans le secteur public il y a un nombre important de corps qui engendrent une certaine rigidité mais malgré cela le statut de la fonction publique protège les fonctionnaires contre les pressions qui seraient sans rapport avec les exigences du service public.

- Le principe de l'annualité budgétaire

L'annualité budgétaire constitue une spécificité du secteur public qui renvoie à la notion de poste ou d'emploi budgétaire et qui appelle à la mise en œuvre de démarches de gestion prévisionnelle de ressources humaines adaptés à cette contrainte particulière :

- Dans le cas de l'instabilité du secteur privé, le secteur public bénéficie d'une stabilité relative.
- La notion de service public constitue bien une réelle source de motivation des hommes par rapport à leur travail celle de missions de service public.

Selon Paul CROZET et Philippe HERMEL « Le passage de l'administration du personnel à la gestion des ressources humaines est supposé symboliser l'adoption de démarches

managériales dans les organisations publiques .En réalité, quelque soit le terme utilisé, la gestion du personnel semble avoir toujours existé. La nouveauté réside dans le changement de référentiel qui légitime les actes de gestion⁸ ».

Selon Serge SALON⁹ il y a quatre principaux facteurs qui ont poussé aux changements des pratiques de la gestion des ressources humaines dans les administrations publiques :

- La modernisation et les nouvelles technologies qui modifient l'organisation du travail (réduction des effectifs, flexibilité, augmentation du temps partiel et de l'horaire variable).
- Un nouveau type de rapport interne: moins de hiérarchie et une réduction des conflits du travail.
- Une incitation à la mobilité du personnel, facteur d'acquisition de compétences et des connaissances.
- Mais aussi la diminution de la sécurité de l'emploi par l'augmentation du chômage et la détérioration des conditions de travail ».

Cette évolution dans le secteur public va toucher de la même manière le secteur hospitalier.

b. La gestion des ressources humaines dans l'hôpital

Avant 1960, dans le secteur hospitalier, la période des trente glorieuses rationalise le développement anarchique des établissements mais le volume des effectifs et des équipements constitue la priorité.

A ce moment-là le cœur de la fonction ressources humaine réside dans le plan individuel à appliquer en respectant le statut (rémunération, congés, droits sociaux....) et sur le plan collectif à recruter, à assurer les relations sociales en réunissant les instances.

Selon J.O.ARNAUD et G.BARSACQ « Le statut du personnel s'impose à tous mais la réalité du travail ne fait pas partie des préoccupations¹⁰ ».

La fonction ressource humaine est très centralisée et l'agent est perçu d'abord comme un coût et non comme une ressource.

Durant ces années, les établissements hospitaliers deviennent de haute technicité. Le statut de différentes catégories professionnelles est renforcé, on assiste à une spécialisation accru des tâches en cloisonnement des activités et une nécessaire adaptation permanente des personnels et de l'organisation des établissements.

⁸ P.CROZET, P.HERMEL, La gestion des ressources humaines dans les administrations publiques : une fonction éclatée ? Actes AGRH, Yvelines, 1998, p423.

⁹ S.SALON, Administration : évolution de la GRH dans les administrations publiques, Cahiers de la fonction publique, Edition Berger Levrant, n°191, juin 2000, p17.

¹⁰ J-O.ARNAUD, G.BARSACQ, La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital, Paris, Gérer la santé, Edition ESF, 1989, p130.

A partir des années 1980, compte tenue de la crise économique mondiale, de la réévaluation du rôle de l'Etat et de ses mécanismes de financement (déficit budgétaire structurel), il est apparu nécessaire de maîtriser les dépenses hospitalières en forte progression et de faire des choix. L'analyse de gestion se développe alors. Les personnels limités en nombre doivent devenir plus performant et les problèmes économiques priment les problèmes sociaux.

Selon J.O.ARNAUD et G.BARSACQ , la gestion des personnels à l'hôpital est alors vue sous deux approches¹¹ :

➤ *L'approche juridico-administrative* qui a pour finalité l'application des statuts et l'action administrative. Elle correspond plus à une gestion des grades que des individus. Dans cette approche le fonctionnaire hospitalier est dans une situation statutaire et réglementaire régie par les lois et décrets portant dispositions relatives à la fonction publique.

Aujourd'hui la loi sur la fonction publique laisse certaines marges de manœuvre aux décideurs pour le choix des personnes dans la mesure où les recrutements se font sur concours sur titre, choix des cadres, évaluation, notation,...etc.

➤ *L'approche budgétaire (économique et financière)* qui correspond à une gestion des effectifs dans le respect des limites budgétaires » sans logique qualitative. Dans cette approche il s'agit des modalités de recrutement des fonctionnaires hospitaliers sur les base des indices, primes et indemnités, mais aussi sous un angle collectif de maîtriser l'évolution de la masse salariale.

Il y a des autres approches:

➤ *L'approche gestion des compétences* mais à l'heure actuelle le fonctionnaire hospitalier n'apparaît plus comme uniquement un grade mais la notion de « métier » s'impose en matière de gestion des ressources humaines. Les politiques de gestion des ressources humaines s'orientent donc vers :

- L'évolution du personnel avec généralisation des entretiens d'appréciation.
- Le plan de formation en cohérence avec les compétences attendues.
- Le recrutement, notamment, de cadres sur la base de profil de poste.
- L'élaboration du parcours de carrière pour les personnels.

¹¹ J-O.ARNAUD, G.BARSACQ, La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital, Paris, Gérer la santé, Edition ESF, 1989, p132

- *L'approche organisation du travail* : la mission des hôpitaux et d'assurer la prise en charge des patients 24 h/24 durant toute l'année. La gestion de l'organisation du travail devient alors le fer de lance de la direction des ressources humaines.

Le rôle de l'encadrement est donc d'organiser le travail dans le temps tout en respectant la qualité de vie au travail et les conditions d'hygiène et de sécurité des agents.

Jocelyne ABRAHAM¹² cite que « Les hôpitaux tentent d'introduire des méthodes de gestion des ressources humaines dont l'objet est une rationalisation dans l'utilisation de leurs ressources humaines.

Ils développent des responsabilités, donnent une plus grande autonomie aux unités de soins, introduisent de nouveaux systèmes d'évaluation, sensibilisent à la nécessité de techniques d'appréciation efficaces, réfléchissent à des systèmes de rémunération et de promotion différenciés. Ces changements ne se font pas sans heurts. Les principales raisons sont triples, d'une part, l'absence d'une culture de la mesure due à l'absence historique de pressions concurrentielles directement perceptibles d'autre part une forte culture de métier orienté vers la qualité des soins, fondée sur le dévouement, la compétence et le travail d'équipe et enfin le stade embryonnaire de la culture managériale des dirigeants ».

12. Fondements de la gestion des ressources humaines

12.1 Distinction entre la gestion des ressources humaines et l'administration du personnel

Selon Paul CROZET et Philippe HERMEL « le passage de l'administration du personnel à la gestion des ressources humaines est supposé symboliser l'adoption des démarches managériales dans les organisations publiques. En réalité, quelque soit le terme utilisé, la gestion du personnel semble avoir toujours existé. La nouveauté réside dans le changement de référentiel qui légitime les actes de gestion¹³».

12.1.1 La gestion des ressources humaines.

La gestion des ressources humaines a de tous temps revêtu une importance majeure dans la carrière des professionnels, en effet la richesse première des hôpitaux réside dans son capital humain. Le prendre soin s'est considérablement modifié au fil du temps, au fur et à mesure des progrès de la médecine, des techniques et de l'informatique, les soignants ont dû alors se former.

¹²J.ABRAHAM, Les obstacles à la modernisation de la gestion des ressources humaines hospitalière, Actes AGRH, Poitiers, 1995, p298.

¹³J.ABRAHAM, Les obstacles à la modernisation de la gestion des ressources humaines hospitalière, Actes AGRH, Poitiers, 1995, p298.

La maîtrise médicalisée des dépenses de l'assurance maladie impose des regroupements, des fusions, des restructurations. Dans un système de plus en plus complexe imposé par la nécessaire optimisation des moyens, l'évaluation et la mise en concurrence, nous subissons l'accélération de l'évolution sociale tant du point de vue des exigences des personnes soignées que des professionnels. Donc adapter les techniques, les pratiques, remettre en cause les modes de gestion et de management des hommes.

12.1.2 La gestion administrative du personnel

Elle consiste à satisfaire l'application formelle du dispositif statutaire relatif au salarié. Elle concerne la gestion administrative individuelle des agents. Elle permettra de gérer la carrière des agents et les événements survenant au cours de celle-ci. Elle peut être considérée comme statique car relève essentiellement d'un arsenal juridique. Elle relève de la direction des ressources humaines et constitue le fondement de toute politique de gestion des ressources humaines.

12.2 Les niveaux de la gestion des ressources humaines

Dans son ouvrage « la gestion des ressources humaines dans le secteur public », Christian BATAL¹⁴ a distingué trois niveaux pour la gestion des ressources humaines :

- *Niveau politique* : la gestion des ressources humaines s'introduit dans le cadre général de la stratégie de l'organisation et permet de définir à quoi doit servir la gestion des ressources humaines pour atteindre les objectifs tracés par l'organisation, quels sont les moyens adéquats pour les atteindre et comment les faire fonctionner en synergies.
- *Niveau technique* : il vise à valider la pertinence technique des moyens aperçus par rapport aux objectifs établis, et à définir les objectifs propres à tout moyen comme les plans de formation, de recrutement, de communication...etc.

12.3 Les différentes dimensions de la gestion des ressources humaines

Selon Christian BATAL¹⁵, la gestion des ressources humaines a un caractère multidimensionnel :

- La dimension collective et la dimension individuelle où la gestion des ressources humaines nous montre que ces deux dimensions sont complémentaires et

¹⁴ C.BATAL, La gestion des ressources humaines dans le secteur public, tome 1, Edition Organisation, 2000, p42-43.

¹⁵ C.BATAL, La gestion des ressources humaines dans le secteur public, tome 1, Edition Organisation, 2000, p47

indispensables l'un et l'autre et qu'elle s'intéresse bien à la collectivité qui la compose et l'individu avec ses particularités personnelles.

- La dimension quantitative qui correspond essentiellement à la gestion des effectifs. Cette dimension se complète par une autre dimension qualitative et qui correspond à la gestion des compétences.
- La dimension temporelle est une dimension importante où la gestion des ressources humaines s'incline dans un référentiel de temps qui vise d'octroyer des missions et des objectifs dans l'immédiat et dans le court, moyen et long terme.
- La dimension gestion des stocks et la dimension gestion des flux où la gestion des ressources humaines fait référence dans la gestion des flux à la gestion des « départs » et des entrées » donc à la gestion de recrutement et de la mobilité externe, par contre la gestion des stocks, elle, vise à adapter ou bien à développer les compétences des agents et à bâtir les conditions susceptible de favoriser leurs motivation.
- La dimension sociale et la dimension économique où il s'agit de tenter d'appréhender le rapport coût/efficacité de chaque acte de gestion des ressources humaines et d'allier les objectifs de l'organisation aux aspirations sociales du personnel.

Section deux : La gestion de l'organisation hospitalière

1. La santé publique :

1.1 Définition de la santé publique :

L'Organisation Mondiale de Santé (OMS) est définie comme étant :

- « L'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger la vie ; d'améliorer la santé physique et mentale des individus par des moyens d'actions collectives : OMS, 1942 »¹⁶
- « Un état complet du bien-être, la qualité de cet état dépend du rapport entre l'homme et l'environnement. La santé individuelle et tous devient un thermomètre, un indicateur de la qualité de l'environnement ».¹⁷

1.2 Le droit à la santé : « Le droit à la santé est le droit à un système de santé intégré qui comprend autant les soins de santé que les paramètres déterminants sous-jacents à la

¹⁶ L'évaluation du procédé de calcul des coûts et la gestion des Prestations de l'établissement public hospitalier Algérien approche critique.

¹⁷ NTIRENGANYA JEAN.CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUE DES PROFESSIONNELS SUR LA GESTION HOSPITALIERE.CONGO.UNIVSAINT- SAINT JOSEPH

santé. Le système doit en sus répondre aux priorités nationales et locales et être accessible à chacun. »¹⁸

Sa définition reprend deux aspects du droit à la santé:

- Les soins de santé.
- Les déterminants sociaux et économiques de la santé.

Les deux critères doivent être traités simultanément sans oublier donc le deuxième critère - et ce n'est que dans ces conditions que nous pouvons créer un système de santé efficace.

Le droit à la santé est donc basé sur une définition large qui tient compte des causes communautaires qui engendrent la mauvaise santé. Les deux critères sont importants. En sus des soins de santé, il est donc aussi nécessaire d'améliorer les conditions de vie. Ceci démontre que le droit à la santé et les droits de l'Homme sont liés. Il y a des similitudes entre le droit à la santé, le droit à l'alimentation, le droit à l'éducation, le droit au logement, le droit aux conditions de travail sécurisées,...

Pour évaluer l'action des Etats en matière de droit à la santé il faut se baser sur quatre critères : la disponibilité, l'accessibilité, l'adaptation au contexte local et la qualité. Il faut progresser sur ces 4 critères simultanément. Il est en effet inutile d'augmenter la qualité des services de santé s'ils ne sont pas accessibles.

1.3 Le droit des malades :

Le concept de « droits des malades » est une création récente. La démocratie sanitaire définit la place de l'usager dans le système de santé : à la fois acteur de ce système de santé, acteur de sa propre santé, et citoyen donnant son avis et exprimant ses besoins. Les droits des patients à l'hôpital sont inscrits dans la Charte du patient hospitalisé, remise lors de l'admission, qui garantit le droit à l'accès aux soins sans discrimination, le droit à la sécurité des soins (lutte contre les maladies nosocomiales), le droit au consentement libre et éclairé (informer le patient des soins qu'il doit subir), le droit à la réparation d'un préjudice (dédommagement en cas de faute médicale), le droit au soulagement de la douleur, le droit au respect de la vie privée et des croyances, le droit d'accéder aux informations contenues dans son dossier.

¹⁸ Michael Marmot. Tous ensemble pour la santé. C'est quoi le droit à la santé ? (Michael Marmot, président de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS).2010

1.4 Les grandes fonctions de la santé publique

Les descriptions de ce que recouvre la santé publique restent habituellement assez générales et ne facilitent pas l'identification des fonctions essentielles qu'il faut mettre en place pour assurer un système de santé publique de nature globale.

C'est pourquoi, en 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé a publié un document présentant ce qu'elle a appelé « les fonctions essentielles de la santé publique ». L'identification des fonctions essentielles de la santé publique permet de mieux comprendre ce que « faire de la santé publique » veut dire.

À partir de ce document¹⁹, on peut distinguer cinq fonctions dites « essentielles » et trois fonctions dites de « soutien ».

1.4.1 Les cinq fonctions essentielles

Première fonction : La surveiller de façon continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants :

Cette fonction consiste à :

- Mettre en œuvre des dispositifs de surveillance épidémiologique
- Évaluer l'état de santé d'un pays avec exactitude et en continu (mortalité, morbidité, risques et dangers).
- Identifier les menaces existantes et potentielles pour la santé.

Réagir rapidement pour maîtriser les flambées de maladies :(Maladies transmissibles, Maladies non transmissibles, Traumatismes)

Deuxième fonction : Protéger les populations en cas de menace réelle ou appréhendée à la santé : cette fonction correspond :

À la mise en place des interventions auprès d'individus ou de groupes face à une menace.

Elle se traduit en investigation et analyse de cas d'éclosions ou d'épidémies et en production d'avis de santé publique.

Ce rôle inclut :

¹⁹ Les fonctions essentielles de la santé publique. Organisation mondiale de la santé 2002.

- La gestion des risques et l'émission d'avis concernant la sécurité de divers produits de consommation.
- La planification et l'évaluation des interventions face à des situations d'urgence et de leurs impacts sur la santé de la population.

Troisième fonction : Prévenir les maladies et les problèmes psychosociaux ayant un impact sur la santé et le bien-être : cette fonction concerne les interventions ayant pour but d'éviter un événement ou un état de santé particulier. Elles portent sur :

- La caractérisation des facteurs de risque.
- L'identification des méthodes préventives efficaces.
- L'élaboration et la mise en place de programmes collectifs de prévention.

Quatrième fonction : Développer la promotion de la santé par des actions susceptibles d'influencer de façon positive les principaux déterminants de la santé :

La promotion de la santé a pour but de :

- Contribuer à améliorer la capacité et les aptitudes des populations en matière de santé.
- Créer des environnements qui privilégient des choix de comportements propices à la santé.
- Donner aux citoyens les moyens de changer les modes de vie et de participer activement dans le changement des normes sociales pour certains comportements.

Cinquième fonction : Organiser les services de santé : cette fonction vise à :

- Promouvoir et évaluer l'accès effectif par tous les citoyens aux prestations sanitaires dont ils ont besoin.
- Rechercher des solutions pour réduire les inégalités dans l'utilisation des services de santé grâce à une collaboration multisectorielle.
- Favoriser les pratiques médicales reconnues efficaces sur la base d'études probantes.
- Promouvoir des modèles d'organisation des soins les plus favorables à la santé.

1.4.2 Les trois fonctions de soutien

Sixième fonction : La réglementation, la législation et les politiques publiques

Il s'agit ici de :

- Promulguer et mettre en application des lois et des règlements favorisant la santé et le bien-être.
- Assurer le respect de la réglementation par des mesures coercitives et développer la capacité d'exercer de telles mesures.

Septième fonction : Le développement et le maintien des compétences

Cette fonction consiste à :

- Assurer un effectif en ressources humaines qui répond aux besoins des activités de la santé publique.
- Faire la projection des besoins en effectif aussi bien quantitatifs que qualitatifs.
- Assurer que le personnel sanitaire bénéficie d'un enseignement et d'une formation professionnelle adéquats.
- Favoriser la formation continue

Huitième fonction : Assurance de la qualité des services de santé destinés aux personnes et à la population générale : elle comprenant un ensemble d'activités axées sur²⁰ :

- La production,
- La diffusion.
- L'application des connaissances scientifiques et à identifier des sources de financement adéquat pour la recherche.

1.5 Objectifs de santé publique selon l'OMS :

- Assurer l'égalité dans la santé en réduisant les disparités sanitaire entre pays ou entre catégories socio-professionnelles
- Ajouter de la vie aux années en donnant aux individus les moyens d'une plénitude physique et psychique optimale. C'est à dire améliorer la qualité de la vie quelle que soit sa durée (ex : prise en charge de la dépendance,

²⁰ Public health in England. The report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London, HMSO, 1988

lutte contre la douleur, lutte contre l'exclusion, amélioration de l'environnement).

- Ajouter des années à la vie c'est à dire allonger l'espérance de vie en luttant contre la mort prématurée (ex : lutte contre les accidents de la route, suicide, sida, mortalité périnatale et infantile)
- Ajouter de la santé à la vie en diminuant la morbidité et l'incapacité

1.6 Les échelons de la santé publique :

Ce sont les pouvoirs publics qui régissent les actions à différents échelons²¹ :

- ***L'Etat*** : répartit son budget et élabore les lois qui précisent les orientations prioritaires en matière de santé publique (ex : plan anti-cancer). L'Etat organise la prévention contre l'alcoolisme, la toxicomanie et le sida.
- ***Le département*** : finance certaines actions sur ses fonds propres et élabore un règlement concernant la salubrité et les conditions de vie (ex : eau de consommation, denrées alimentaires, évacuation des déchets)
- ***La commune*** : a une mission de contrôle et de désinfection

Tout cela nécessite une coopération sanitaire qui est indispensable entre les différents secteurs ; et dépendante de la politique sociale et économique. Il y a aussi la coopération internationale qui nécessite une coordination en ce qui concerne la recherche et la législation pour les problèmes sanitaires planétaires (exemple : sida).

2. Les établissements de santé

2.1 Définition de l'établissement de santé :

Plusieurs recherches et des études scientifiques dans le domaine de la santé ont tenté et se sont intéressées à identifier le concept de l'établissement de santé, et la variation de définition de ce concept pour les parties qui traitent par l'établissement de santé, chacun selon son propre point de vue et selon la relation entre ces parties et l'établissement, où ce dernier est identifié par:

- **Les patients**: l'entité responsable de fournir le traitement, l'hospitalisation et les soins médicaux pour eux;

²¹ BETRIGE MAJNONI D'INTEGNANO .Santé et économie en Europe,. Que sais-je ? Édition 2007.p56

- **Le Gouvernement:** l'un des établissements du service chargés à répondre à tous les besoins de la société, pour lever de la situation sanitaire dans le pays pour le mieux;
- **Le cadre médical:** le lieu où ils exercent leurs fonctions humanitaires;
- **L'administration de l'institution:** Structure ouverte à l'environnement, et en interaction avec ses différentes variables, à la lumière de ce qu'il a été mis d'objectifs et des fonctions pour elle, et être responsable de leur mise en œuvre d'une façon efficiente et efficace;
- **Les entreprises pharmaceutiques et d'autres institutions impliquées:** un vaste marché exige le fournir par tout ce qu'il a besoin de médicaments et des fournitures nécessaires.

« Chaque institution fournit des soins de santé d'une façon directe comme les hôpitaux, les centres de santé, cliniques et centres spécialisés, soit indirectement, comme les laboratoires et les administration de santé à services de soutien et la maintenance des matériels biomédicaux»²².

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les établissements de santé de leur perspective fonctionnelle : « C'est une partie intégrée de l'organisation sociale et de la santé qui vise à fournir des soins de santé complets, avec ces deux aspects curatifs et préventifs aux citoyens, et avec ces services externes jusqu'à la famille dans sa maison, il est aussi un centre de formation pour les travailleurs dans le service de santé ».²³

2.2 La classification des établissements de santé :

On peut classer les établissements de santé selon leur :

- Statut (public ou privé).
- Taille /structure
- La durée de séjour.
- L'emplacement et la capacité d'hospitalisation en lits.
- le critère de spécialisation.

²² عبد العزيز بن حبيب الله نياز-جودة الرعاية الصحية-الاسس النظرية والتطبيق العملي-الرياض-وزارة الصحة.2005.ص 62. traduit.
²³ سليم بطرس جادة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2007 ، ص. 27. -traduit-

2.2.1 La Classification selon le statut juridique de l'établissement:

Les deux secteurs, public entendu au sens large et privé lucratif, diffèrent sur certains points, en particulier sur leurs missions, les modalités de fonctionnement, le type de clientèle, les modes de rémunération. Ainsi, l'enseignement et la recherche font partie des fonctions spécifiques du secteur public. Par ailleurs, les hôpitaux publics sont en première ligne pour le traitement de l'urgence et des pathologies les plus graves. De même, le long séjour et la psychiatrie sont essentiellement l'apanage du secteur public.

Le secteur privé, lui, a articulé une partie majeure de son activité autour d'un pôle: la chirurgie et, dans une moindre mesure, l'obstétrique.

Dans les établissements publics de santé, les personnels, y compris les médecins, sont en très grande partie salariés. Les personnels non médicaux relèvent du statut de la fonction publique hospitalière. Dans les établissements de santé privés lucratifs, les médecins sont très majoritairement des libéraux.

a. Etablissements publics de santé :

L'établissement public de santé (EPS) est une structure définie par un statut légal, et dont les missions sont fixées par le Code de la santé publique

- Les établissements publics : lieu de charité et d'assistance aux pauvres, puis lieu d'enfermement, l'hôpital est devenu, dès la fin du XVIIIe siècle, un lieu de soins. Depuis 1945, il s'est ouvert à tous.
- Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public (appartiennent au service public hospitalier (SPH)) qui bénéficient de l'autonomie administrative et financière. Ils ont la capacité juridique. La plupart sont communaux ou intercommunaux, donc rattachés à une collectivité territoriale. Ils sont gérés par un organe délibérant, le conseil d'administration (qui vote le budget annuel et définit le projet d'établissement), un organe d'exécution, le directeur (qui est responsable de l'équilibre des comptes) ; des organes consultatifs (la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement et la commission des services de soins infirmiers). Les décisions de ces organes font l'objet d'un contrôle administratif (tutelle) exercé par l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH).

On distingue :

- Les centres hospitaliers (CH), dont les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie.
- Les centres hospitaliers régionaux (CHR), très spécialisés.
- Les centres hospitaliers universitaires (CHU), qui sont des centres hospitaliers ayant passé une convention avec une université ; dans lequel sont prodigués des soins par des professionnels de santé confirmés et des étudiants. Les étudiants effectuent leur enseignement pratique au sein du CHU sur des patients réels.
- Les hôpitaux locaux (HL), qui assurent les soins de courte durée.

b. Les établissements privés de santé:

Les établissements privés : gérés par des personnes physiques ou morales, ils peuvent être à but lucratif (sociétés anonymes, cliniques, etc.) ou non lucratif (associations, fondations, organismes gérés par une mutuelle, une congrégation religieuse, une caisse d'assurance maladie, etc.). Certains participent au service public.

Actuellement, deux systèmes de financement coexistent :

- la dotation globale pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public.
- un système de tarification à la journée pour les cliniques privées.

2.2.2 La Classification selon la taille/ structure :

On distingue globalement trois catégories de structures de santé dans lesquelles sont susceptibles de se poser des problèmes de santé environnementale :

- les grandes structures, qui dispensent toute une gamme de soins hospitaliers et ambulatoires.
 - les petites structures spécialisées dans les soins ambulatoires et les services de proximité.
 - les structures d'urgence et d'isolement.
- **Les grandes structures de santé :**

Parmi les grandes structures qui dispensent toute une gamme de soins hospitaliers et ambulatoires, il convient de citer les hôpitaux de district et autres établissements sanitaires de référence, dans lesquels les risques de transmission des maladies sont

importants, en raison de la présence de patients infectieux et des nombreux contacts avec les autres patients, le personnel et les accompagnants. Ces établissements doivent disposer d'un approvisionnement en eau, de facilités d'assainissement et d'hygiène.

Les ressources financières et matérielles sont parfois limitées, mais ces établissements disposent généralement d'un potentiel important de ressources humaines composées de personnels médical et infirmier, et de services pharmaceutiques et techniques susceptibles de participer à la lutte contre l'infection.

➤ **Les petites structures de santé :**

Les petites structures spécialisées dans les soins ambulatoires et les services de proximité sont par exemple les centres de soins de santé primaires dans les régions rurales, périurbaines et urbaines.

Ces établissements n'assurant habituellement pas d'hospitalisation, les risques de transmission d'une infection y sont limités. Il n'est pas nécessaire de fournir la totalité des installations et des services décrits dans les présentes lignes directrices et les conditions de base requises sont relativement simples. Les ressources financières et matérielles sont parfois limitées et le soutien des autorités sanitaires peut être insuffisant, en particulier dans les zones rurales éloignées et les zones périurbaines défavorisées.

➤ **Les structures d'urgence ou d'isolement :**

On entend par structures d'urgence ou d'isolement les services dans lesquels sont isolés ou soignés les cas d'urgence courants et les patients atteints de maladies infectieuses comme le choléra, le syndrome respiratoire aigu sévère et la fièvre hémorragique virale, ainsi que les centres d'alimentation thérapeutique dans les situations d'urgence.

Certaines de ces structures sont dressées à l'occasion d'une crise (« situations de crise ouvertes ») ou installées sous des tentes dans des camps de réfugiés (« situations de crise fermées ») ; alternativement, elles peuvent être rattachées ou intégrées à une structure de soins préexistante. Les risques de transmission des maladies sont particulièrement élevés dans ce type de contextes.

L'approvisionnement intensif en eau, l'assainissement, les conditions d'hygiène et l'évacuation des déchets doivent faire l'objet d'une gestion minutieuse afin de protéger le personnel, les accompagnants et les patients contre des maladies telles que le choléra et la fièvre hémorragique virale.

Des exemples des établissements de santé selon le système français:

- Centre Hospitalier Régional CHR: dispose d'un plateau technique important.
- CHRU Centre Hospitalier Régional Universitaire: un CHR Centre Hospitalier Régional qui forme les étudiants en médecine (convention avec la faculté de médecine).
- CH Centre Hospitalier : plateau technique réduit.
- Hôpital local: hôpital de proximité de petite taille.

2.2.3 La classification selon la durée de séjour:

Court séjour: médecine, chirurgie, obstétrique

Moyen séjour: soins de suite et de réadaptation

Long séjour: avec un hébergement pour des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

2.2.4 La classification selon l'emplacement et la capacité d'hospitalisation en lits

Les établissements sont divisés par ce critère en trois types:

- **Etablissements centraux** : qui servent les communautés résidentielles moyennes situées dans les environs des villes, sa capacité d'hospitalisation comprise entre 100 et 500 lits.
- **Etablissements régionaux** : qui fournissent des services spécialisés que ne peuvent pas être fournis par la plupart des autres hôpitaux, sa capacité d'hospitalisation dépend des besoins de santé des individus.
- **Etablissements locaux** : servant de petites communautés résidentielles, et sa capacité d'hospitalisation ne dépasse pas les 100 lits.

2.2.5 La classification selon le critère de spécialisation :

Les établissements de santé sont classés en fonction de ce critère:

- Etablissements d'hospitalisation générale : combinent plus d'une spécialité et de département, et servent de vastes zones de la population.
- Etablissements spécialisés : spécialisés dans le traitement d'un type de maladie, comme l'hôpital psychiatrique.

2.2.6 Autres critères :

Il y a d'autres critères pour la classification des établissements de santé, y compris:

- **Selon la rentabilité** : établissements à but lucratif et autres à but non lucratif.
- **Selon le genre** : établissements servent une certaine classe de sexe du patient tel que les hôpitaux de gynécologie et obstétrique.
- **Selon l'âge** : établissements servent une certaine classe telle que l'âge du patient comme les hôpitaux de pédiatrie.

2.3 Les missions des établissements de santé :

La loi française décrit les missions de service public, les acteurs susceptibles de les assurer, les obligations qui y sont attachées et les garanties dont bénéficient les patients accueillis dans ce cadre.

Les missions du service public de santé selon l'article L6112-1 du Code de la Santé Publique Française (CSP) liste les missions de service public que les établissements de santé peuvent être appelés à mener ou auxquelles ils peuvent participer.

Elles sont au nombre de quatorze :

1. La permanence des soins,
2. La prise en charge des soins palliatifs,
3. L'enseignement universitaire et postuniversitaire,
4. La recherche,
5. Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers,
6. La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence,
7. Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination,
8. L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés,
9. La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination,
10. Les actions de santé publique,
11. La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application du code de la santé publique ou du code de procédure pénale,

12. Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier,
13. Les soins dispensés aux personnes retenues en application du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile,
14. Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

2.4 L'organisation des établissements de santé centre hospitalo-universitaire :

Le C.H.U. est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général. Il est doté d'un organe consultatif dénommé « conseil scientifique ».

Dans l'intervalle des sessions du conseil scientifique, le directeur général du centre hospitalo-universitaire est assisté d'un comité consultatif²⁴.

2.4.1 Le conseil d'administration :

Le conseil d'administration est un organe de délibération comprend :

- Le représentant du ministre chargé de la santé, président.
- Un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur.
- Un représentant de l'administration des finances.
- Un représentant des assurances économiques.
- Un représentant des organismes de sécurité sociale.
- Un représentant de l'assemblée populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire.
- Un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège du C.H.U.
- Un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par ses pairs.
- Un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs.
- Un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs.
- Un représentant des associations des usagers.
- Un représentant des travailleurs élu en assemblée générale.
- Un représentant du conseil scientifique du C.H.U.

Le directeur général du C.H.U. participe aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assure le secrétariat.

²⁴ Article N°12 du Décret exécutif Algérien n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du wali, sur proposition des autorités dont ils relèvent²⁵.

En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du manda

2.4.2 Les délibérations du conseil d'administration :

Le conseil d'administration délibère sur :

- Le plan de développement à court et moyen terme.
- Le projet de budget de l'établissement.
- Les comptes prévisionnels.
- Le compte administratif.
- Les projets d'investissements.
- Les projets d'organigramme des services.
- Les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements.
- Les contrats relatifs aux prestations de soins avec les partenaires du centre hospitalo-universitaire, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes.
- Le projet de tableau des effectifs ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Les acquisitions et aliénations de biens meubles, immeubles et les baux de location ;
- L'acceptation ou le refus de dons et legs.

3. La politique de santé :

3.1 Définition de la gouvernance de la santé publique :

La gouvernance de la santé publique est définie comme suit :

- Un engagement en faveur des droits de l'homme, de l'équité sociale et de la justice sociale est le principe clé de la gouvernance, y compris en matière de santé publique. Il est nécessaire d'appréhender différemment la gouvernance de la santé pour garantir une meilleure compréhension de l'interaction complexe entre les

²⁵ Article N°14 du Décret exécutif Algérien n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

divers déterminants de la santé, en particulier du rôle des facteurs économiques et sociaux et du mode de répartition des moyens et de l'influence dans la société.

- L'un des rôles essentiels est de favoriser les approches intersectorielles et conjointes, d'évaluer l'impact – sur la santé et sur les inégalités dans le domaine de la santé – d'une série de politiques menées en dehors du secteur de la santé, comme cela est reflété dans le concept de la Santé dans toutes les politiques, et de veiller à ce que des dispositions efficaces de gouvernance soient prises et à ce qu'il y ait des moyens pour les activités préventives de base.
- Nombre des défis qui sont à relever prioritairement dans le domaine des politiques à mener et qui affectent la santé publique impliquent de s'attaquer à des problèmes complexes comme le changement climatique, l'obésité et les inégalités dans le domaine de la santé. Ces problèmes, connus en anglais sous le nom de wicked problems (nœuds gordiens), dépassent l'entendement ou la capacité d'intervention de n'importe quelle organisation. Il y a souvent désaccord sur les causes de tels problèmes, et un manque de certitude sur la meilleure manière d'y remédier.²⁶

3.2 Définition de la politique de santé publique :

« La santé publique est une discipline qui prend en charge toutes les dimensions, administratives, sociales, politiques et économiques, de la santé. Elle s'occupe de préserver la santé, de la protéger au niveau d'un groupe d'individus, d'un pays ou mondial. Elle s'occupe de tous les aspects de la santé, tant au niveau préventif que curatif, avec la mise en place des systèmes d'urgence, de la recherche, des risques sanitaires, de l'éducation... Elle gère l'ensemble des moyens mis en place pour soigner et promouvoir la santé »²⁷

Les politiques, les stratégies et les plans sanitaires ne représentent pas une fin en soi. Ils font partie d'un processus plus vaste qui vise à aligner les priorités nationales sur les besoins réels de la population en matière de santé. Ils ambitionnent de recueillir l'adhésion du gouvernement, des partenaires de la santé et du développement, de la société civile et du secteur privé.

²⁶ Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. Policy Sciences, 1973.

²⁷ <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com>.

Il s'agit également de faire un meilleur usage de l'ensemble des ressources disponibles pour la santé – de sorte que toute la population, où qu'elle soit, ait accès à des soins sanitaires de qualité et puisse, en conséquence, vivre plus longtemps, en meilleure santé

3.3 Les principes de la politique de santé publique :

La définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques de santé publique s'appuient sur les principes suivants :

- a. Le principe de connaissance partagée avec le principe de précaution la nécessité de baser les décisions sur les meilleures informations scientifiques disponibles. Il induit, réciproquement, la nécessité d'orienter la production de connaissances pour répondre aux besoins d'information des décisions.
- b. Le principe de réduction des inégalités met en avant la volonté de prendre en compte de façon systématique les déterminants responsables des inégalités de santé entre les groupes qui composent la population.
- c. Les principes de parité et de protection de la jeunesse affirment la nécessité de prendre en compte de façon systématique, respectivement, les spécificités de la santé des hommes et de la santé des femmes, et l'amélioration de la santé des nourrissons, des enfants et des adolescents.
- d. Le principe de précocité suit la logique du principe de prévention, en privilégiant les actions les plus précoces possibles. Il permet toutefois d'envisager les actions de dépistage et de prise en charge précoces visant à éviter l'aggravation d'un problème de santé lorsque sa prévention primaire (qui vise à éviter la survenue d'un événement indésirable) n'est pas possible.
- e. Selon le principe d'efficacité économique, le choix des actions s'appuie sur l'analyse préalable de leur efficacité et des ressources nécessaires.
- f. Le principe d'intersectoriel est particulièrement important en santé publique, où les possibilités d'action vis-à-vis des déterminants des problèmes de santé sont typiquement du ressort d'intervenants multiples.
- g. Le principe de concertation postule que l'efficacité de la mise en œuvre de la politique de santé dépend étroitement de la prise en compte des points de vue de l'ensemble des acteurs concernés.
- h. Le principe d'évaluation, enfin manifeste une exigence de responsabilité, permettant de rendre compte des actions mises en œuvre et des résultats obtenus, en

même temps que la volonté d'enrichir les connaissances nécessaires à la mise en œuvre de la politique de santé à partir de l'expérience acquise.

4. Le système de santé :

4.1 Définition d'un système de santé :

- Selon l'Organisation Mondiale de santé OMS :

Elle définit le système de santé comme « toutes les activités, officielles ou non, qui portent sur les services de santé, mis à la disposition d'une population, et sur l'utilisation de ces services par la population ».

- Il est proposé de retenir la définition d'un système de santé adoptée dans la Charte de Tallinn en 2008.²⁸

Au sein du cadre politique et institutionnel de chaque pays, un système de santé « est l'ensemble des organismes, institutions et ressources du secteur public et du secteur privé mandatés pour améliorer, maintenir et rétablir la santé ».²⁹

Les systèmes de santé englobent à la fois des services aux personnes et à la population, et des activités visant à influencer les politiques et les actions d'autres secteurs pour agir vis-à-vis des déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé.

- Selon Acheson : il a défini comme « est une fonction de toute la société, à réaliser grâce aux « efforts organisés » de la société ». Quoique le grand public puisse assimiler les systèmes de santé aux systèmes de soins de santé, « un système de santé peut se concevoir comme un canal essentiel pour les efforts organisés de la société sur le plan de la santé publique et de l'amélioration de la santé »³⁰. La fonction de gouvernance orchestre et coordonne les nombreux efforts des différents secteurs de la société afin d'améliorer au maximum l'état de santé général.

Le système de santé (dirigé par le ministère de la Santé) est l'élément central de la direction et des services de la santé publique. Ainsi, la santé publique touche aussi aux systèmes de santé et, réciproquement, les systèmes de santé ne peuvent être efficaces que s'ils comprennent une importante composante de services de santé publique.

²⁸ La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. Copenhague, Organisation mondiale de la santé. 2008.

4.2 Les caractéristiques du système de santé :

Le système de santé doit pouvoir identifier les besoins de la population, en déduire les priorités et mettre en œuvre une politique et des actions capables de réaliser ses objectifs.

C'est à dire ne privilégier aucun secteur en particulier, ne pas négliger la prévention et la promotion de la santé et ne pas se cantonner dans une médecine de soins.

Le système de santé doit être³¹ :

- **Efficace:** Cette efficacité est de deux (02) ordres :
 - c. Technique : par l'intermédiaire, sinon l'obligation des résultats.
 - d. Economique : nécessitant des choix compatibles avec des efforts des pays pour assurer le financement des besoins de santé, tout en respectant les progrès de la science. Le médecin doit concilier la plus stricte économie possible avec la meilleure efficacité é du traitement.
- **Accessible** : On distingue deux (02) aspects:
 - e. Géographique: Le système de santé doit être proche de la population : la distance entre la communauté et les structures constitue un critère d'appréciation du système de santé.
 - f. Economique : Le droit à la santé constitue un des principes fondamentaux des droits de l'homme, le coût ne devant pas lui faire obstacle.
- **Acceptable:** Le système de santé doit avoir l'assentiment (accord, consentement volontaire) de la population; cette notion d'acceptabilité explique parfois les différences observées entre pays de niveau socio - économique identique en fonction de leur culture.
- **Planifiable et évaluable:** Ces deux qualités sont essentielles: le rôle de la planification est de déterminer les ressources disponibles pour satisfaire les besoins et choisir les solutions aptes à modifier la situation. Il convient ensuite d'évaluer les techniques, les structures et les matériels utilisés pour atteindre les objectifs fixés préalablement.

Autres caractérisations du système de santé :

- Une grande diversité et complexité des structures, sur le plan juridique comme financier. C'est un ensemble d'institutions qui a pour objectif l'amélioration de la santé

³¹ Dr Arézki TIBICHE . Les systèmes de santé dans le monde (cour présenté par Dr Arézki TIBICHE , Médecin Epidémiologiste, Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive, C.H.U de Tizi-Ouzou).

de la population. Il contribue ainsi aux soins et à la prévention. Le secteur libéral coexiste avec le secteur public ; l'État et les collectivités territoriales ont un rôle important de décision et de contrôle.

- Le système de santé doit répondre aux demandes des usagers tout en étant efficient au niveau des coûts et de l'égalité d'accès aux soins. Son organisation se trouve au cœur des débats sur la réforme de la santé.
- Les problèmes qui se posent concernent la production des soins (comment répartir l'offre ?) mais aussi leur financement (comment gérer, réguler les dépenses de santé?).

4.3 Les composantes ou les acteurs du système de santé:

Le système de santé comprend tous les éléments qui permettent d'identifier et de satisfaire les besoins de la population. Trois grands groupes le constituent : les « **producteurs** » de santé, les **institutions** chargées de l'organisation administrative et financière, et **la population** en tant qu'utilisatrice.

a. Les producteurs de soins comprennent les structures (établissements de santé publics et privés), les réseaux de soins, les praticiens libéraux, les structures de prévention (protection maternelle et infantile, médecine scolaire, service de santé au travail). Ils disposent de moyens matériels (équipements) et humains (personnel médical, paramédical, administratif). Les industries pharmaceutiques et les laboratoires d'analyses font aussi partie de cet ensemble.

b. Les administrateurs rassemblent :

- En haut de l'échelon, le ministère de la Santé, qui définit les politiques de santé publique, exerce son contrôle et assure la cohésion du système (centralisation). L'État est le garant de l'amélioration de l'état sanitaire de la population.
- A l'échelon déconcentré, les administrations telles que la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (DRASS), l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH), la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS).
- Au niveau décentralisé, les services sanitaires et sociaux des départements et des communes.

Les institutions chargées du financement regroupent les organismes de protection sociale tels que la Sécurité sociale, les mutuelles, l'aide sociale, les assurances privées et les institutions de prévoyance.

c. La population :

Soit en tant qu'utilisatrice (soins, prévention), soit en tant que source de financement par le biais des cotisations sociales et des impôts. Elle intervient aussi en tant qu'usager, client et citoyen, par l'intermédiaire des associations de défense des malades, pour aider et influencer sur les décisions en matière de santé publique.

4.4 Le système sanitaire en Algérie depuis 1962 à l'année 2014 ³² :

Pour le sociologue MEBTOUL Mohamed, la décennie 1960 a été dominée par une logique de remise en ordre d'un système de santé existant, fragile et chaotique. Il rappellera à cet effet l'ampleur de la pénurie (1966) où le nombre de médecins était de 1378 dont 364 Algériens, et 4834 agents paramédicaux pour une population de 9 millions d'habitants. "La mesure la plus significative durant cette période est le décret de 1969, rendant les vaccinations obligatoires et gratuites."

➤ Les années 1972-1979

Cette période revête pour le sociologue Mohamed MEBTOUL une "appropriation étatique des soins de santé primaire", caractérisée, notamment à la fin de la décennie 1970, par "le volontarisme étatique qui n'a pu accéder au développement national autocentré, qui était pourtant l'objectif du pouvoir militaire représenté par le président Boumediene".

Il explicitera son intervention, égratignant au passage cette "logique volontariste et paternaliste", indiquant de ce fait les préoccupations des professionnels de la santé et des patients.

Il en mesure l'importance, soulignant qu'il s'agissait moins de s'interroger sur la conception du système de soins que de se conformer aux trois principales orientations tracées par le pouvoir politique à partir de 1973. La gratuité des soins, la massification de la profession médicale (1000 médecins formés par an) et la primauté donnée aux soins de santé primaire "ont reproduit en partie les recommandations de la conférence d'Alma Ata, tenue en 1978 sous l'égide de l'organisation mondiale OMS".

➤ Les années 1980-1986

³² Conférence sur L'évolution scientifique du système de soins en Algérie est particulièrement mise en évidence, sous le prisme des pouvoirs de décision politique de 1962 à nos jours. Par le sociologue et membre du conseil scientifique du Centre d'études maghrébines en Algérie (Cema) MEBBTOUL Mohamed. Du 05/05/2015 à la cité du chercheur ES-SENIA.

Cette période est singularisée par une importation massive de technologies médicales, accentuée par “l’extension rapide de l’offre de soins, sans étude préalable, construisant 40 hôpitaux dans des régions disposant d’un personnel de santé qualifié réduit”, a déploré l’orateur. Un état de fait stimulé par une “logique politico-administrative”, facilité par un “capital relationnel des responsables administratifs locaux auprès des acteurs politiques nationaux, le rapport de force, les affinités régionales et l’approche des élections ont été des facteurs décisifs dans la captation de structures de soins dans une région donnée”

Ainsi, dans 10 wilayas disposant d’un CHU, “on est en présence d’un spécialiste pour 1300 habitants, alors que dans 38 wilayas sans CHU, il y a un spécialiste pour 5400 habitants”

➤ **Les années 1986- 2000 :**

Cette période est déterminée par la montée brutale et rapide du marché des soins privés, qui disposent de 47 scanners contre 5 pour les 13 CHU que compte le pays.

➤ **Les années 2000-2014 :**

Cette période 2000-2014 voit un système de soins profondément éclaté par la grâce d’un “système jacobin” au détriment des médecins algériens qui sont «longtemps restés des missionnaires au service de l’état dans une logique d’intégration sous la férule du ministère de tutelle ».

Section trois : Le bilan de la situation hospitalière en Algérie :

1. L’offre et la demande de soins :

1.1 Définition de l’offre de soins :

L’offre est l’ensemble des services et des soins mis à la disposition de la population par les professionnels et les systèmes de soins de santé.

Toujours pour les économistes, l’offre d’un bien est la quantité de ce bien que les producteurs ou détenteurs d’un bien sont disposés à vendre ou à échanger sur le marché à un prix déterminé.

Il existe plusieurs caractéristiques revêtues par l’offre de service de santé, on peut retenir :

- Les soins de santé constituent le bien offert à la fois par des producteurs individuels ou par des entreprises multi produits. Au sein de ces dernières, on trouve des prestations réalisées par plusieurs catégories (médecin, infirmier).

- Les soins de santé peuvent être réalisés grâce à une technologie traditionnelle ou technologie moderne.
- L'offre de santé, une certaine complémentarité : dans plusieurs milieux, on observe la dépendance entre plusieurs prestataires.
- Cette offre présente des externalités positives, il en est de même pour la demande de soins de santé.
- La structure de l'offre est fortement influencée par l'importance géographique du milieu, compte tenu de la nature du bien ou service et surtout de la transférabilité limitée des consommateurs en urgence.

Dans la plupart des pays en développement, l'offre de santé est rationnée. En effet, les soins de santé ont été pendant longtemps distribués presque gratuitement étant donné les externalités positives qui en découlent. Cependant, toutes les études montrent que cette gratuite revient à un rationnement indirect à cause du temps qu'on doit mettre pour être en contact avec les praticiens et la mauvaise qualité d'accueil dans les hôpitaux publics.

1.2 Définition de la demande de soins :

La demande est le désir d'un individu ou d'un groupe de population par rapport à une amélioration de la santé ou à l'utilisation d'un service. La demande peut être exprimée ou non. La demande de soins de santé augmente avec l'âge. Les femmes expriment généralement une plus grande demande (de soins) de santé que les hommes. La demande est limitée par la perception et, de ce fait, concerne principalement les soins curatifs et plus rarement les mesures préventives. Une personne ne fait appel à un service que si elle en ressent le besoin.

En santé publique, les demandes soulèvent une série de difficultés. La première déjà évoquée est la faible demande pour des besoins préventifs. La deuxième est la forme subjective ou individuelle de la demande : cette dernière est alors perçue, à tort ou à raison, comme trop peu fréquente pour exiger une réponse collective de santé publique. Un troisième écueil est celui des limites de la perception individuelle : un groupe de travailleurs peut s'affoler sans raison pour une fumée foncée malodorante et s'accommoder fort bien de substances nocives incolores et inodores.

Les économistes définissent la demande comme la quantité d'un bien que les sujets économiques désirent acquérir au prix du marché.

Un modèle économique simple de la santé découle de l'application directe de la théorie néo-classique à la formalisation des consommations de soin. Mais son caractère a ouvert la voie à d'autres conceptualisations des choix individuels en matière de santé.

Deux catégories de modèles ont été proposées par les théories économiques. Les plus simples sont directement inspirées de la théorie néoclassique et portant des demandes des biens et services à caractère médical.

A un niveau de complexité plus important tout un courant de recherche s'est développé sous l'impulsion des théoriciens du capital humain pour prendre en compte les multiples interactions économiques qui contribuent à déterminer l'état de santé des individus.

En économie, les consommateurs de service disposent d'un budget donné et connaissent parfaitement les caractéristiques des biens qui maximisent la satisfaction de leurs besoins. Ils constituent ainsi un groupe de consommateurs rationnels.

Cependant dans le domaine de la santé, les personnes "consommateurs" ignorent l'état précis dans lequel ils se trouvent. Ils perçoivent mal les effets possibles du traitement sur leur état de santé.

En fonction des expériences passées des demandeurs de service en santé et de leur profil, on distingue deux groupes de consommateurs : Un groupe de consommateurs rationnels avec une perception réelle du service demandé et ses effets potentiels sur son état de santé et un groupe de consommateurs dépendant d'une manière totale des professionnels de santé.

La demande de soins obéit à trois approches d'analyses : une approche faisant référence au capital, une approche faisant référence au coût et une approche faisant référence au besoin.

Approche du capital : l'hypothèse principale du modèle est que la santé est un bien durable : les personnes héritent d'un stock initial de santé qui se déprécie avec l'âge et qu'ils peuvent préserver et/ou augmenter.

Approche du coût : Dans ce modèle la composante santé est considérée sous l'angle de la consommation et non de l'investissement. Le modèle part d'une charge comprenant deux éléments pesant sur le malade : le prix d'une unité de service demandé (P) et la valeur du temps (heures) consacré aux soins (T). Par conséquent le coût d'une unité de soins se détermine de la manière suivante :

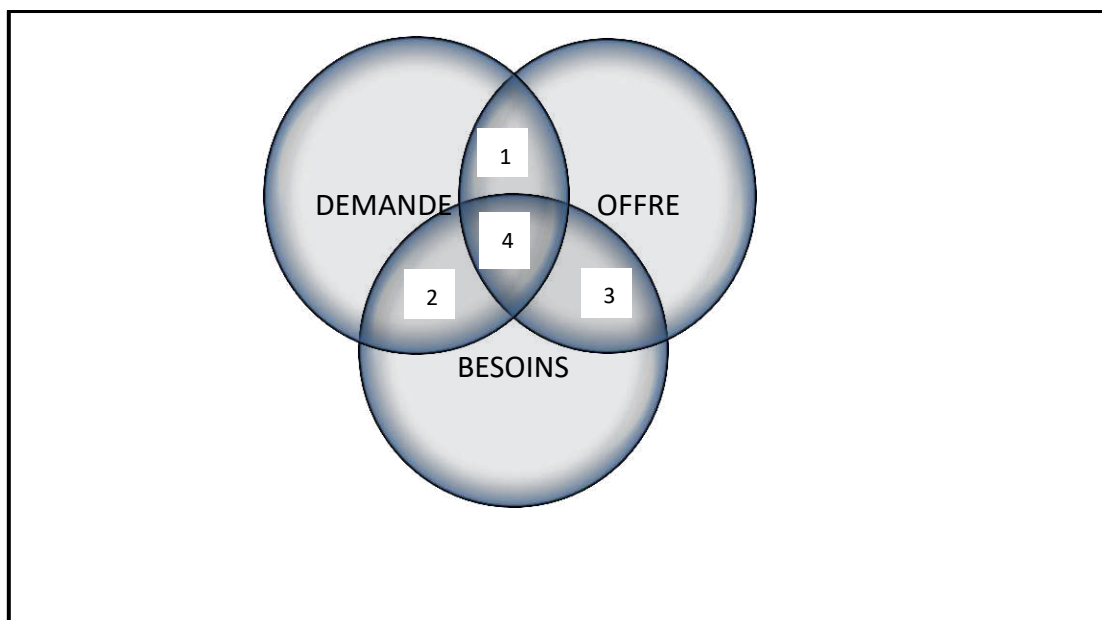
$$\text{Coût d'une unité de soins} = cP + wT$$

Où c = Ticket modérateur

W = Rémunération horaire à d'autres emplois que la santé

Approche par le besoin : Dans cette perspective la valeur accordée au traitement est supérieure au montant déboursé.

1.3 L'interaction offre-demande-besoins en soins



*Figure N° 01: L'interaction offre-demande-besoins en soins*³³

1 : Demande exprimée, service disponible, mais pas de besoins réels: Gaspillage, inefficacité.

2 : Demande exprimée, besoins existants mais service non disponible : Mécontentement et détérioration de la santé de la Population.

3 : Service disponible; besoins exprimés mais pas de demande manifestée: Sous-utilisation des services.

4 : Equilibre; mais très faible. L'objectif c'est d'élargir cette zone.

Dans l'absolu, les besoins de la population en service de santé reproductive sont vastes et différenciés. Ils peuvent varier d'une simple information en matière d'éducation de santé à une technique de chirurgie hautement compliquée. Ainsi, il faudra donc s'aider d'une approche réaliste et rationnelle pour déterminer les moyens (offre) qu'il convient de mettre à la disposition de la population.

En général, les besoins de la population, en services de santé, seront toujours plus importants que les moyens mis en place pour y répondre. D'autre part, il se peut aussi que les services

³³ Les indicateurs de l'offre et de la demande de soins en santé reproductive. Rapport de l'OMS 2010.

mis à la disposition de la population soient encore peu utilisés par celle-ci. Dans ce dernier cas, la priorité doit être donnée à une optimisation des services existants avant de développer ou d'offrir d'autres services. Il s'agit d'élargir la zone numéro 4 de la figure ci-dessus et d'arriver à une situation d'équilibre entre le trio Demande-Offre- Besoins.

1.4 L'offre de soins en Algérie :

Le système national de santé est l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Il est organisé de manière à pouvoir prendre en charge les besoins de la population en matière de santé de façon globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire. Il est conçu dans l'objectif d'améliorer la santé des populations, l'équité et la capacité de répondre aux attentes légitimes des populations.

Depuis 1995, cinq régions sanitaires sont adoptées. Il s'agit des régions : Centre, Est, Ouest, Sud-est et Sud-ouest. Le tableau suivant présente la composition de chaque région sanitaire.

Régions sanitaires	Wilaya d'appartenance
Centre (chef lieu « Alger »)	Alger, Blida, Boumerdes, Tipaza, Tizi Ouzou, Bejaia, Bouira, Médéa, Djelfa, Bordj Bouariridj, Aïn Defla.
Ouest (chef lieu « Oran »)	Oran, Relizane, Chlef, Mascara, Aïn Témouchent, Sidi Bel Abbès, Tlemcen, Saïda, Mostaganem, Tissemsilt, Tiaret.
Est (chef lieu « Constantine »)	Constantine, Annaba, Guelma, Skikda, El Taref, Tebessa, Khenchela, Mila, Souk Ahras, Oum El Bouaghi, Sétif, Jijel, Batna, M'sila.
Sud-ouest (chef lieu « Béchar »)	Béchar, Tindouf, Adrar, Naâma, El Bayadh.
Sud-est (chef lieu « Ouargla »)	Ouargla, Ghardaïa, Illizi, Tamanrasset, El Oued, Biskra, Laghouat.

Tableau n° 01 : répartition des wilayas sur les régions sanitaires.³⁴

Depuis l'an 2000, le système de santé algérien a subi plusieurs réformes visant à améliorer l'offre publique de soins de santé à travers l'adoption de la réforme sur la nouvelle carte sanitaire. La réforme comporte deux volets principaux :

³⁴ Brahamia B. Economie de santé, évolution et tendance des systèmes de santé. Edition Bahaeddine, Brahamia B., Constantine 2010. P.363.

- Le premier volet est la contractualisation des prescriptions médicales à travers la notion du médecin traitant. Ce qui oblige les patients à se soigner chez un seul médecin traitant librement choisi.
- Le second volet de la réforme et le plus important consiste en la décentralisation du système de soins. De ce fait, l'hôpital public qui été jusque-là le centre du système de soins et le responsable de toutes les actions et programmes préventifs et curatifs, sera libéré de toutes ces tâches, et sera consacré désormais à l'offre de soins hautement spécialisés.

La réforme est stipulée dans le décret exécutif n°07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP) ayant porté la création de 192 EPH, 271 EPSP, 1495 polycliniques et 5117 salles de soins³⁵.

S'agissant des établissements publics de santé de proximité, ils sont dotés de l'autonomie financière et administrative quant à la prise de décision sur la distribution des soins de santé de base et sur les actions préventives. L'EPSP est composé d'un ensemble de polycliniques et de salles de soins couvrant un bassin de population bien déterminé.

La polyclinique qui est désormais le centre de l'EPSP sera gérée par un conseil d'administration propre à une direction distincte de celle de l'hôpital. Et elle sera dotée de laboratoires d'analyse médicale et de service de radiologie afin de mieux servir les habitants³⁶.

Ainsi, en 2013 le secteur public de soins de santé comptait :

- 14 Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) avec 15 845 lits d'hospitalisation,
- 05 Etablissements Hospitaliers (EH) avec 850 lits d'hospitalisation,
- 69 Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) avec 10952 lits d'hospitalisation,
- 195 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) avec 38 156,
- 271 Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP),
- 1627 Poly Cliniques avec 3387 de lits d'urgence,
- 417 maternités avec 3022 lits,
- Et 5484 salles de soins.

Le secteur privé pour sa part participe dans l'offre de soins par :

- 398 cliniques privées avec 5230 lits,

³⁵ Brahamia B., économie de santé, évolution et tendance des systèmes de santé. Edition Bahaeddine, Constantine 2010 P.401.

³⁶ Larbi A., nouvelle carte sanitaire : les secteurs sanitaires se transforment en EPH et EPSP ; 12/07/2007. In, www.santemaghreb.com

➤ 19 114 cabinets médicaux.

Si l'on se refait aux données globales, le pays est doté en infrastructures médicales suffisantes pour couvrir l'ensemble des besoins de la population. D'ailleurs, l'examen des statistiques des investissements publics montrent qu'elles sont restées presque inchangées sauf pour les établissements hospitaliers (EH) et les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) depuis 1996, comme le montre les données du tableau suivant :

infrastructures publiques	1996		2013	
	Nombres infrastructures	Nombres de lits	Nombres infrastructures	Nombres de lits
Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)	13	13254	14	15845
Etablissement Hospitalier (EH)	0	0	5	850
Etablissement Hospitalier de Santé (EHS)	21	5913	69	10952
Etablissement Public Hospitalier (EPH)	176	29955	195	38156
EPSP				
EPSP		271		271
Nombre polycliniques		455		1627
Nombre salles de soins		3748		5484

Tableau n°02 : L'évolution des infrastructures de santé publiques (1996-2013) Source : MSPRH.

Le nombre de lits d'hospitalisation a subi une augmentation continue qui vise à améliorer l'indice global de 1,88 lit par habitant, cependant ses lits demeurent toujours sous utilisés, avec un taux d'occupation avoisinant les 70% en 2013.

La baisse des journées d'hospitalisation peut être justifiée par le développement des technologies de soins qui tendent à raccourcir le nombre de journées d'hospitalisation au profit de la médecine ambulatoire³⁷.

La problématique de l'offre de soins en algérien n'est pas le nombre d'infrastructures, c'est surtout la répartition géographique et la qualité des soins de santé offertes. L'examen des données explorées par régions sanitaires révèle cette insuffisance.

³⁷ Brahamia B., économie de santé, évolution et tendance des systèmes de santé, Edition Bahaeddine, Constantine 2010. P.380.

Ce tableau démontre la répartition des structures de soins par régions sanitaires

Infrastructures	Régions centre		Régions ouest		Régions est		Régions sud est		Régions sud ouest	
	infra	NBR lits	infra	NBR lits	infra	NBR lits	infra	NBR lits	infra	NBR lits
CHU	7	5386	3	3756	4	4112		0		0
EH			2	410	3	439		0		0
EHS	20	4248	21	3018	20	2772	1	150	7	764
EPH	55	11234	35	7833	66	10841	25	5911	14	2337
EPSP										
nombre EPSP	66		56		76		50		23	
NBRE polyclinique	365		258		350		115		43	
lits urgence polyclinique		1038		662		880		445		289
nombre maternité	105	800	110	885	110	842	46	278	38	191
nombre salles de soins	1483		1422		1751		538		351	
Cabinets médicaux privés	8470		3904		5522		978		240	
Cliniques privées	181		78		117		20		2	

Tableau n°03 : La répartition des structures de soins par régions sanitaires.

Source : MSPRH.

Infra : infrastructure.

NBR lits : nombre de lits

Tout le sud du pays est privé de soins de santé hautement spécialisés vue l'absence de CHU et d'EH, ce qui oblige les patients à se déplacer vers les wilayas du nord pour recevoir les soins médicaux qualifié de pointes, alors que les populations du nord sont mieux couvertes.

L'examen des taux de couvertures sanitaires par régions montre une répartition non équitable des structures de soins, comme le montre le tableau suivant.

Infrastructures	Régions centre	Régions ouest	Régions est	Régions sud est	Régions sud ouest
Nombre de CHU	7	3	4	0	0
Habitants pour un CHU	1776541,3	2955604	2515654,5	0	0
Nombre lits CHU	5386	3756	4112	0	0
Habitants pour un lit CHU	2308,9	2360,7	2447,1	0	0
Nombre EH	0	2	3	0	0
Habitants pour un EH	0	4433406	3354206	0	0
Nombre de lits EH	0	410	439	0	0
Habitants pour un lits EH	0	21626,4	22921,7	0	0
Nombre EHS	20	21	20	1	7
Habitants pour 1 EHS	621789,5	422229,1	503130,9	3427314	190306,4
Nombre lits EHS	4248	3018	2772	150	764
Habitants pour 1 lit EHS	2927,4	2937,9	3630,1	22848,8	1743,6
Nombre EPH	55	35	66	25	14
Habitant pour un EPH	226105,3	253337,5	152463,9	137092,5	95153,2
Nombre lits EPH	11234	7833	10841	5911	2337
Habitants pour 1 lits EPH	1106,9	1131,9	928,2	579,8	570
Nombre EPSP	66	56	76	50	23
Nombre polyclinique	365	258	350	115	43
Habitants pour 1 polyclinique	34070,6	34367,5	28750,3	29802,7	30980,1
Nombre lits urgence polyclinique	1038	662	880	445	289
Habitants pour 1 lit urgence polyclinique	11980,5	13393,9	11434,8	7701,8	4609,5
Nombre maternité	105	110	110	46	38
Habitants pour 1 maternité	118436,1	80607,4	91478,3	74506,8	35056,4
Nombre lits maternité	800	885	842	278	191
Habitants pour lits 1 maternité	15544,7	10018,9	11950,8	12328,5	6974,6
Nombre salles de soins	1483	1422	1751	538	351
Habitants pour 1 une salle de soins	8385,6	6235,4	5746,8	6370,5	3795,3
Nombre Cabinets médicaux privés	8470	3904	5522	978	240
Habitants pour a cabinets privés	1468,2	2271,2	1822,3	3504,4	5550,6
Nombre Cliniques privées	181	78	117	20	2
Habitants pour 1 clinique privée	68706	113677,1	86005,3	171365,7	666072,5

Tableau n°04 : Les taux de couverture en infrastructures par régions sanitaires en 2013.

Plus de 80% de la population algérienne vive sur le littoral, ce qui fait que malgré le nombre élevé de structures au nord, les taux de couvertures restent encore élevé.

Pour ce qui est des CHU et EH, les taux de couverture sont très élevés, dépassant les 2 millions d'habitants par structure, avec une absence totale au sud, cette insuffisance se répercute sur les délais d'attente d'une intervention chirurgicale (2 mois et plus), ce qui favorise le recours aux cliniques privées, par les couches de population aisées financièrement. Concernant les EHS, la région SUD-EST est très faiblement couverte avec un seul EHS pour plus de 3 millions d'habitants. S'agissant des EPH, l'insuffisance est plutôt constatée au nord

centre et ouest. La couverture sanitaire de proximité par les EPSP est plutôt homogène sur tout le territoire national. La médecine privée pour sa part est plutôt développée dans le nord du pays, dont plus de 90% de l'offre est concentrée.

Par ailleurs, les structures chargées de la prise en charge de maladies graves ou nécessitant une prise en charge spéciales, à l'égard du cancer, de l'Alzheimer, le diabète ou le SIDA, est très pauvre si l'on sache qu'il n'y a qu'un seul centre d'Alzheimer à l'échelle nationale à BLIDA. Les centres anti cancer sont au nombre de 14 avec une capacité de 1820 lits dont plus de 70% sont situés au nord. La seule maison pour diabétique se trouve à Mostaganem et le seul institut de cardiologie se trouve à Alger. Les centres hémodialyse sont au nombre de 15, quant aux centres de traitement du SIDA, ils sont au nombre de 8. Bien que le pays connaisse depuis plus de 10 ans l'émergence de ces maladies, l'investissement dans les infrastructures compétentes pour leur prise en charge reste très faible.

En plus du déséquilibre en termes de structures, l'encadrement médical aussi enregistre un problème de répartition sur le territoire national.

Infrastructures	Spécialistes			Généralistes			chirurgiens dentistes			pharmaciens			Total
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	
EH/EPH	2546	2982	5528	2160	3558	5718	69	179	248	102	228	330	11824
CHU/EHU	647	1326	1973	301	789	1090	21	76	97	17	112	129	3289
EHS	431	852	1283	186	588	774	14	35	49	20	81	101	2207
EPSP	320	1058	1378	5758	9360	15118	1779	4517	6296	128	266	394	23186
Privé	2955	5909	8864	3046	3412	6458	1839	3602	5441	3286	5891	9177	29940

Tableau n°05 : Le personnel médical en Algérie 2013. Source MSPRH 2014.

Ce tableau montre que la couverture sanitaire en Algérie avoisine celle des pays développés, avec en 2013:

- 1 médecin spécialiste pour 2000 habitants,
- 1 médecin généraliste pour 1980 habitants,
- 1 chirurgien-dentiste pour 3100 habitants,
- 1 pharmacien pour 3750 habitants.

Avec une prédominance féminine (plus de 63% en 2013), le personnel médical en Algérie se concentre dans les grandes agglomérations du nord avec environ 90%, puis il diminue plus en avance dans le Sahara. Notamment pour ce qui concerne les médecins spécialistes.

Les statistiques du ministère de la santé, montre que 35% des structures publics de soins exerçant au sud ne compte aucun médecin spécialiste. Ce manque se justifié par la fuite des

médecins des conditions climatiques difficile du sud d'une part, et la recherche la rentabilité qu'offre le secteur libérale au nord. Cette tendance accrue à la privatisation de la médecine spécialisée est le reflet de l'essor du marché privé de soins de santé, qui offrent des services de santé de qualité, au détriment du secteur public, notamment pour certains actes médicaux conventionnés avec la sécurité sociale qui connaissent un essor important à l'égard de l'hémodialyse rénale, la chirurgie générale, gynéco obstétrique , l'ophtalmologie etc.

Un autre phénomène peut justifier la mauvaise répartition du personnel médicale est la faible mobilité du personnel médical notamment féminin, qui refuse pour des raisons culturelles de se déplacer vers d'autres wilayas pour travailler. Ce qui fait, qu'au nord du pays il y a plusieurs médecins en chômage, alors qu'au sud le besoins est flagrant dans toutes les spécialités.

Et même du côté formation des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes, elle est assurée en exclusivité par onze facultés de médecine, toutes situées dans les wilayas du nord du pays.

De plus, plusieurs spécialités en médecine affichent un déficit important vu l'augmentation de l'incidence élevé des maladies chronique à l'égard des spécialistes en diabète-endocrinologie, cardiologues, hématologues, etc. comme le montre le tableau suivant :

2. L'organisation financière des établissements participant au SPH :

Le budget est un acte prévisionnel par lequel sont prévues et autorisées les dépenses et les recettes annuelles de l'établissement. Préparé par le directeur, voté par le conseil d'administration, il est transmis au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation l'ARH pour être approuvé selon la dotation régionale, le projet d'établissement et les priorités de la politique de santé.

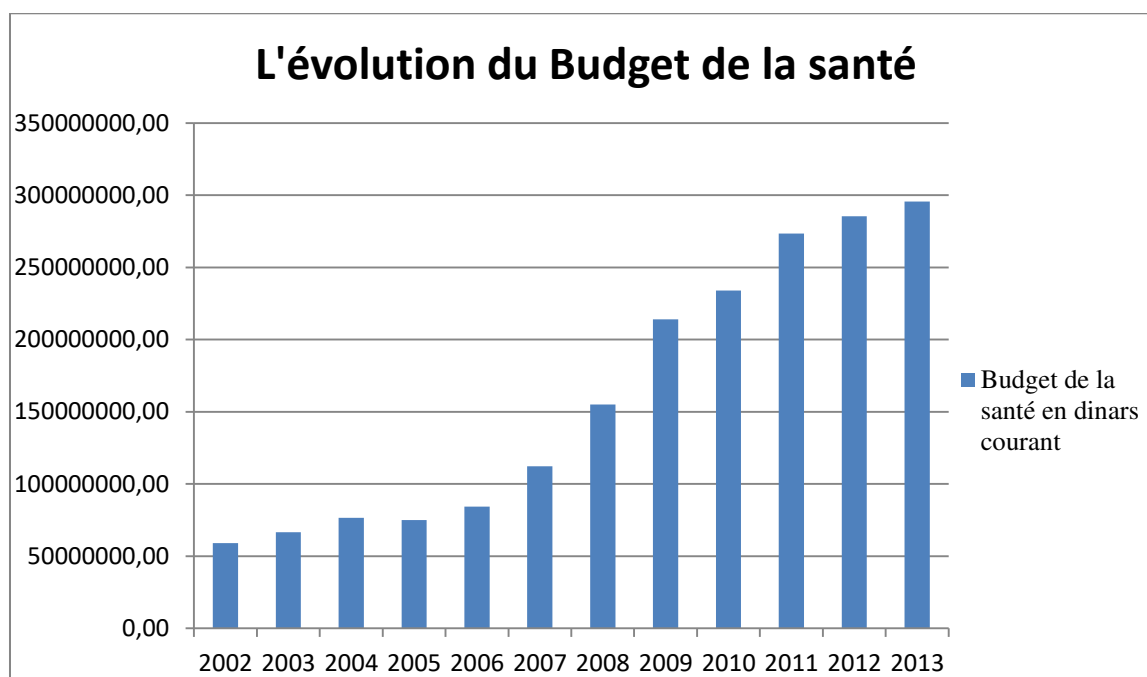
2.1 Le financement de la santé en Algérie.

Depuis l'année 2000, l'Algérie connaît la reprise de la croissance économique grâce à la remonter des cours des hydrocarbures dans les marché internationaux et l'amélioration des recettes de l'Etat. Cette situation s'est répercutée positivement sur les ressources allouées au secteur de la santé, comme le monte l'évolution des dotations budgétaires du ministère de la santé présenté dans le tableau suivant :

Années	Budget de la santé en dinars courant
2002	58940528,4
2003	66516678
2004	76524542,4
2005	74953143,6
2006	84378331,2
2007	112263559,2
2008	155041501,2
2009	213987394,8
2010	234014205,6
2011	273431449,2
2012	285 412 632,4
2013	295 562 471,2

Tableau n°06: évolution du budget de la santé (2002-2013) en KDA

Source : MSPRH : statistiques sanitaires, 2014. Alger.



Graphe n°01 : évolution du budget de la santé (2002-2013) en KDA

Source : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : statistiques sanitaires, 2014. Alger.

2.2 Les facteurs explicatifs de la structure et de l'évolution des dépenses de santé :

Les dépenses de santé sont en augmentation. Les facteurs susceptibles d'expliquer cette augmentation sont : la démographie (structure par âge de la population et son vieillissement), la croissance économique, le progrès technique et médical et les changements d'habitude de consommation, enfin les différents facteurs institutionnels et économiques influent sur l'offre en matière de santé.

2.2.1 La démographie :

La démographie est un facteur essentiel pour comprendre la structure des dépenses de santé. En effet, la demande de soins n'est pas identique durant toute la vie : très forte à la naissance et durant les premières années de vie, la demande s'amenuise ensuite pour croître à nouveau vers 45 ans et très rapidement après 65 ans. C'est ce que les économistes appellent « effet âge ».

Une étude française en (2004) montre que les dépenses moyennes au cours des derniers mois de la vie s'élèvent à 14000 euros, ce qui représente une réelle concentration des dépenses aux âges élevés.

La demande de soins augmente depuis quelques décennies et ceci quelle que soit la tranche d'âge considérée et que le vieillissement de la population, contrairement à l'idée reçue, n'explique que pour une très petite part l'augmentation des dépenses de santé.

Enfin, le vieillissement de la population doit être analysé également comme la conséquence de la progression des dépenses. Plus un pays dépense pour sa santé, mieux la population se porte et plus elle vit longtemps.

2.2.2 Amélioration de niveau de vie

La croissance des dépenses en matière de santé est fortement corrélée au niveau de vie, à la richesse nationale. Les économistes ont montré que les dépenses de santé sont fonction croissante du PIB par habitant, c'est-à-dire que les dépenses de santé augmentent plus que proportionnellement au niveau de vie. Phénomène qui reflète les nouvelles habitudes de consommation et la médicalisation des sociétés contemporaines.

2.2.3 Le progrès médical et les changements d'habitudes de consommation :

L'innovation médicale et les progrès technologiques constituent l'un des facteurs majeurs de l'évolution des dépenses de santé, car elles modifient à la fois l'offre de soins, tout en améliorant ses résultats, et la demande, en changeant les habitudes des consommations. Le progrès médical et ses conséquences expliqueraient plus de 32%

l'évolution des dépenses de santé et serait un élément majeur d'analyse pour comprendre l'avenir de celle-ci.

N.Missègue et C.Pereira distinguent trois types de progrès : le progrès général qui, en agissant sur la croissance économique, crée un effet d'augmentation des dépenses de santé, le progrès technique médical qui augmente les possibilités de production de services de santé (par exemple : l'imagerie médicale de pointe) en étendant la gamme de l'offre, le progrès technique médical qui permet de diminuer le coût des traitements (par exemple les vaccins qui agissent directement en amont).³⁸

2.2.4 Les autres facteurs influant sur l'offre et la demande de soins

Parmi les autres facteurs explicatifs, les économistes retiennent l'augmentation de l'offre de soins, essentiellement l'augmentation du nombre de professionnels de santé et des équipements de soins. A cet égard, en France l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers s'est développée depuis quarante ans (avec un ralentissement ces dernières années). La densité des médecins exerçants en France a augmenté jusque les années 1990³⁹. Depuis le nombre de médecins a tendance à baisser, d'où une augmentation récente du *numerus clauses* pour les étudiants en médecine. La demande de soins, quant à elle, a été favorisée par l'augmentation du niveau de la couverture assurantielle en France. Le prix relatif des soins médicaux, contrairement à ce que l'on pourrait penser n'est pas une variable explicative importante, en raison même de la génération de la couverture maladie.

Enfin, dernier élément d'analyse, les facteurs institutionnels jouent évidemment un rôle sur les dépenses de santé : la « croissance des dépenses de soins serait liée aux incitations et aux règles données par le cadre institutionnel dans le quel évoluent les assurés et les professionnels de santé.

2.3 Le financement du système de santé :

Financement de la santé basé sur les résultats ou performance (output)

La stratégie du financement de la santé basée sur la performance adoptée par une politique de santé vise à atteindre les objectifs ou est une des réponses à ces problèmes suivants :

- Améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé offerts à la population.

³⁸ La santé un enjeu de société .CATHERINE Halpaern. Editions sciences humaines2010.p255.

³⁹ La santé un enjeu de société .CATHERINE Halpaern. Editions sciences humaines2010.p256.

- Améliorer les mécanismes de vérification et de remboursement des prestations du paquet de soins gratuit en faveur de la femme enceinte et des enfants de moins de cinq ans.
- Motiver et stabiliser le personnel de santé.
- Inciter le personnel de santé à travailler dans les structures de soins périphériques.
- Renforcer la gestion, l'autonomie et l'organisation des structures de santé.
- Prendre en compte le point de vue des bénéficiaires dans la gestion et la résolution des problèmes de santé.

3. La performance hospitalière

3.1 La qualité et la performance hospitalières, des notions pluridimensionnelles :

La notion de qualité des soins est, on l'a vu, pluridimensionnelle. Elle englobe notamment la notion de la satisfaction des patients et du meilleur coût pour le même résultat.

Les attentes des patients, des gestionnaires et de la société en général vis-à-vis des établissements de santé dépassent le soin proprement dit et concernent aussi le service rendu à une population.

- Les établissements doivent s'organiser pour répondre aux besoins de la population, ce qui implique en particulier qu'ils se rendent accessibles à tous ceux qui en ont besoin.
- On attend aussi de l'hôpital qu'il prenne en compte les besoins psychologiques et sociaux de ses patients, qu'il participe à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et s'articule harmonieusement avec les autres acteurs de santé de son environnement, notamment au sein de réseaux.
- Les établissements publics ont enfin des missions particulières dans l'accueil des plus démunis et, plus généralement, dans la réduction des inégalités de santé liées aux problèmes sociaux. En l'absence de données sur les caractéristiques sociales des patients dans les résumés standardisés de sortie, leur action dans ce domaine est difficile à mettre en évidence. À défaut, les caractéristiques socio-économiques des populations des zones d'emploi correspondantes peuvent constituer une variable permettant d'approcher cette dimension.
- L'accueil des urgences, les missions d'enseignement et de recherche figurent enfin parmi les services spécifiquement demandés à certains établissements.

En second lieu, les attentes des usagers sont multiples et probablement variables suivant les points de vue : celles des patients peuvent différer de celles des professionnels

ou des gestionnaires. Cette diversité des attentes et des demandes mérite d'être étudiée et si possible prise en compte.

Il importe donc d'envisager la performance hospitalière « dans sa globalité » : un hôpital ne saurait par exemple être considéré comme performant s'il ne s'acquitte pas d'une partie de ses missions, ce qui implique d'examiner sur le même plan un panel forcément vaste d'indicateurs (de qualité clinique, de satisfaction, d'accessibilité, etc.). Du fait de leurs missions différentes, les comparaisons pour être pertinentes ne peuvent, en outre, porter que sur des établissements dont les caractéristiques et les contraintes sont suffisamment proches.

3.2 Les éléments de la « performance » hospitalière :

Plusieurs recherches et études ont récemment présenté des classements des établissements de santé en fonction de leur « qualité ». Ces démarches partent d'une idée simple : la qualité technique des soins est mesurable de façon directe ou indirecte, et il est possible de fabriquer un score à partir de plusieurs « notes » que l'on combine en leur affectant un certain coefficient. Ces démarches appellent du point de vue de l'analyse statistique des réflexions qui s'articulent en trois points⁴⁰ :

- La qualité est une notion multidimensionnelle : selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'évaluation des soins doit permettre de « garantir que chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène⁴¹ et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». Les approches de la qualité doivent donc comporter ces dimensions plurielles ; les approches partielles à partir d'un ou deux indicateurs posent des problèmes de validité.
- Par ailleurs, la construction d'échelles de pondération entre un ensemble d'indicateurs de nature différente apparaît problématique. Elle équivaut, en effet, à établir une hiérarchie de valeurs entre la satisfaction des patients, l'absence de complications, les résultats sur l'état de santé, la pertinence des actes ou le coût, hiérarchie qui reflète des jugements subjectifs non exprimés et non soumis à débat.

⁴⁰ Revue DRESS. Etudes et résultats de la performance hospitalière. Pierre LOMBRIL, Michel NAIDITCH, Dominique BAUBEAU, Philippe CUNEO. N°42 du décembre 1999.

⁴¹ Iatrogène : qui est provoqué par le médecin ou par le traitement médical.

- Si le principe d'un classement de la « qualité globale » des hôpitaux est méthodologiquement contestable, il semble néanmoins intéressant et possible de chercher à déterminer un ensemble d'indicateurs dont les conditions d'utilisation à des fins de comparaison soient établies sur des bases scientifiques, ce qui implique de comparer des structures qui partagent un type d'activités et de contraintes similaires et d'analyser séparément chacun des domaines qui la constituent.

3.3 Les indicateurs de la performance dans les établissements de santé :

Les indicateurs de performance décrivent la situation réelle par rapport au résultat et sont également des outils d'aide à la décision en cas d'écart. Ils permettent de :

- **Savoir** : connaître d'un point de vue quantitatif et / ou qualitatif si l'objectif visé est en passe d'être atteint ou non. Ils retracent le sens et l'importance de l'élément étudié. Ils facilitent les comparaisons dans le temps et dans l'espace.
- **Pouvoir** : changer l'orientation prise afin d'atteindre l'objectif fixé au préalable. Ils anticipent sur les résultats et permettent de mettre en œuvre des plans d'actions correctifs.
- **Vouloir** : une orientation fixée sans indicateurs de contrôle n'actionne aucune volonté de performance simplement la bonne volonté des acteurs. Vouloir engendre le désir de résultat, l'autonomie et la responsabilisation des acteurs à qui on a alloué des moyens.

Les indicateurs de performance peuvent être des indicateurs :

- **D'activité en fonction des objectifs poursuivis** : par exemple hausse de x% de tel pathologie en ambulatoire, augmentation du nombre de séjours.
- **De ressources humaines et matérielles** : nombre de médecins, de chirurgiens, matériel lourd...
- **De qualité** : en terme d'infections nosocomiales, de consommation de produits hydro-alcooliques, de surveillance des infections opératoire, du bon usage des antibiotiques, de la bonne tenue du patient, du dossier anesthésique, des délais d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation, de traçabilité de l'évaluation de la douleur, du dépistage des troubles nutritionnels. L'institut américain définit la qualité « comme la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations, d'augmenter la probabilité

d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ».

- **De résultats financiers** : suivi de tableaux de bord et des objectifs fixés, augmentation du bénéfice, retour à l'équilibre.
- **De processus** : la performance passe par l'action sur le maillon faible non seulement pour contribuer à améliorer le processus étudié mais générer des impacts positifs globaux : pour le patient, l'établissement, et le personnel. Le but n'est pas atteindre un certain niveau de service ou un certain ratio mais d'identifier les besoins de la population en matière de santé et d'y répondre, dans un temps donné, à un coût acceptable, sans gaspillage. Le ratio reste un indicateur.

4. Les problèmes de la gestion hospitalière en Algérie

4.1 L'audit dans les structures de santé du mois de septembre 2013

Monsieur le Ministre a pris la décision pour déterminer les causes des dysfonctionnements en septembre 2013 d'évaluer sur le terrain et aux différents niveaux de santé, l'impact réel de ces réformes et ajustements sur l'organisation du système de santé, les ressources et les moyens mais aussi sur la gestion, le fonctionnement et le niveau d'activité de nos établissements de santé. Une Audit a été fait, a permis de mesurer les enjeux et arrêter une démarche stratégique.

Les points des problèmes essentiels de l'audit de Septembre 2013 sont comme suit :

- Problèmes de gestion.
 - Problèmes d'organisation.
 - Problèmes de fonctionnement.
 - Problèmes de planification.
 - Problèmes d'éthique et de déontologie.
 - Problèmes d'Information et de communication.
 - Problèmes d'encadrement législatif et réglementaire.
- **Les problèmes de gestion :**
- Parmi les problèmes de gestion on cite :
- Pénurie non justifiée des médicaments et produits pharmaceutiques.
 - Les pharmacies centrales des hôpitaux (PCH) endettée, incapable d'honorer ses fournisseurs étrangers, mais détenant des créances énormes sur les établissements publics de santé.

- Endettement élevé des établissements de santé malgré la disponibilité des crédits.
- Non application des statuts particuliers et des régimes indemnitaires des différents corps malgré leurs promulgations, à l'origine de perturbations sociales.
- Majorité des responsables administratifs, médicaux et paramédicaux nommés par intérim perturbant le bon fonctionnement des établissements de santé.
- Des équipements médicaux souvent en panne faute de stratégie de maintenance
- Commissions paritaires non installées.

➤ **Les problèmes d'organisation :**

Parmi les problèmes d'organisation on cite :

- Secteur privé de santé non intégré dans l'organisation générale des soins et par ailleurs non contrôlé.
- Absence de réseaux de soins et de hiérarchisation des soins.
- Forte pression enregistrée au niveau des pavillons des urgences (défaut d'Organisation avec les structures de proximité) et saturation des maternités (déficit en lits).
- Une accessibilité difficile aux consultations spécialisées notamment dans les wilayas du sud et des hauts plateaux.
- Coupure des liens fonctionnels entre les établissements de Proximité et les Hôpitaux.

➤ **Les problèmes de fonctionnement**

Parmi les problèmes de fonctionnements on cite

- Les Absence quasi-totale d'humanisation dans les structures de santé (accueil - orientation, hygiène hospitalière).
- Faible rendement des structures de proximité (fermeture précoce des activités).
- Unités d'urgences non adaptées aux missions qui leur sont dévolues.
- Délais des rendez-vous trop long et peu respectés.
- Un programme de transplantation d'organes à l'arrêt depuis des années

➤ **Les problèmes de planification :**

Parmi les problèmes de planification on cite :

- Carte sanitaire inexistante
- Quasi absence de normes permettant de planifier les moyens et les ressources. Quand elles existent, elles ne sont pas prises en compte ou scrupuleusement appliquées. Il en est ainsi par exemple de la mise en place du schéma directeur établi jusqu'à 2025.

- La création des infrastructures et surtout des activités à développer ne sont pas systématiquement liées à l'épidémiologie du bassin de population à traiter.....

➤ **Les problèmes d'Ethique et de Déontologie :**

Parmi ces problèmes on cite :

- Absentéisme et laxisme des professionnels de santé nuisible au bon fonctionnement des services et à la prise en charge des patients.
- Comportement irresponsable dans l'exercice de l'activité complémentaire et lucrative

➤ **Les problèmes d'Information et de Communication :**

Parmi ces problèmes on cite :

- Absence d'un système national d'information. Il existe de nombreux sous système d'initiative nationale (EPIMAT «Distributeur Automatique pour la gestion et distribution d'Equipements de Protection Individuelle » et EPISTAT « Epidémiologie, Statistiques ».....) ou locale et pas nécessairement compatible entre eux. Il n'y a pas d'interface informatique avec les sous-systèmes d'information des organes sous tutelle.
- Les établissements de santé s'impliquent très peu dans la communication avec leurs usagers (traitement des requêtes, information des patients...).
- Absence de dialogue social avec les partenaires sociaux.....

➤ **Les problèmes d'encadrement législatif et réglementaire :**

Parmi ces problèmes on cite :

- Loi sanitaire 85-05 désuète
- De nombreux textes applications à la loi 85-05 non mis en place
- Textes organisant les concours à la progression de carrière pour l'ensemble des corps des professionnels de santé non mis en place.

4.2 Des obligations pour remédier ces problèmes

Des obligations pour les directeurs et les gestionnaires des établissements de santé publique :

- Mettre en œuvre de la feuille de route ⁴².

⁴² La feuille de route nationale des Infrastructures de recherche est un outil de pilotage stratégique du gouvernement qui est remis à jour tous les quatre ans selon un processus impliquant les alliances, organismes ou établissements tutelles, à l'issue duquel l'inscription peut être recommandée comme infrastructure ou comme projet.

- Tenir des réunions régulières et hebdomadaires au niveau des DSP pour évaluer la mise en œuvre de la feuille de route Intensifier les missions d'inspections pour évaluer la feuille de route.

4.3 La feuille de route :

La feuille de route contient les points suivants :

- Elaboration et validation des Projets d'établissements
- Tableau de bord et indicateurs de gestion.
- Tenue régulière des réunions et des registres des organes consultatif et délibérant ainsi que des comités (comité médicament, comité hygiène et sécurité, comité des urgences, , commission des marchés).
- Gestion des projets d'investissement.
- Développement de la formation.
- Gestion des ressources humaines.
- Produit de la formation médicale spécialisé affecté, dans le cadre du service civil, prioritairement sur le sud et les hauts plateaux.
- Gestion du Médicament.
- Appui à la promotion de l'industrie nationale du médicament.
- Gestion des urgences médico-chirurgicales.
- Dispositif de Soins à domicile et d'hospitalisation à domicile
- Renforcement du programme « santé sud» et notamment des équipes mobiles
- Rationalisation des dépenses et optimisation de la gestion des établissements publics de santé.
- Contrôle des activités du secteur privé.
- Plan de sureté interne de l'établissement.
- Externalisation des services (entretien espaces verts et infrastructures, hygiène..
- Révision de la carte sanitaire.

L'avant-projet de loi sanitaire avec anticipation sur les projets de textes d'applications

4.4 Les points à revoir

Pour réussir une réforme, il faut certaines conditions:

- Une volonté et un engagement politique permanent.

- Un texte de réforme consensuel (implication de l'Ensemble des professionnels) et des recommandations pertinentes et réalisables.
- Des professionnels de santé en nombre suffisant, motivés, engagés avec des avantages socioprofessionnels (statuts/rémunérations/avancements..)
- Un Financement suffisant pour gérer ce service.

Conclusion :

Malgré les contraintes et les difficultés rencontrées grâce à l'instabilité de l'environnement, le processus mérite d'être poursuivi, approfondi et mieux coordonné. Certains aspects doivent faire l'objet d'une attention particulière (le partage des informations entre les différents partenaires, l'actualisation de la tarification des actes, l'amélioration de l'organisation et de la gestion des établissements publics de santé, l'évaluation systématique des activités, des coûts, les objectifs et de moyens (ou de performance) et la révision des modalités de financement du système de santé.

LE DEUXIEME CHAPITRE

LA GESTION DES DECHETS HOSPITALIERS

Introduction du 2^{ème} chapitre

Section I : Quelques généralités sur les déchets et les déchets hospitaliers

Section II : l'impact de gestion des déchets hospitaliers et la mise en œuvre d'un système de gestion efficace

Conclusion du 2^{ème} chapitre

Deuxième chapitre : La gestion des déchets hospitaliers

Introduction du deuxième chapitre :

Les déchets hospitaliers sont souvent considérés comme un sous-produit ignoré de l'activité médicale et le secteur de la santé est générateur d'une pollution spécifique et dangereuse due à ces déchets. Et pour cette raison la gestion des déchets de soins prend de plus en plus d'importance dans le domaine de la santé.

Cet intérêt se rapporte d'une part à l'importance du risque lié à la production des déchets d'activités de soins, et d'autre part aux nuisances que peut engendrer une technique de traitement de ces déchets pour la santé des individus et pour l'environnement.

Dans les pays en développement, un danger supplémentaire se surajoute, celui de la fouille des décharges et du tri manuel des déchets récupérés à la sortie des établissements de soins. De même les méthodes de gestion des déchets de soins peuvent elles-mêmes entraîner un risque pour la santé, si les différentes étapes du processus de gestion ne sont pas menées correctement.

Les autorités responsables dans le domaine de la santé se sont engagées à mettre en œuvre des actions visant la prévention et la protection de l'hygiène dans les établissements de soins, notamment à travers un système de gestion des déchets générés par les établissements de soins, dont l'objectif premier est d'éviter la transmission accidentelle des maladies et d'améliorer la qualité de soins.

Section 01 : Quelques généralités sur les déchets et les déchets hospitaliers

1. Définition du déchet :

- Déchet : « résidu issu d'un processus de production et non utilisable abandonné par son propriétaire. Le déchet peut-être de sources diverses : domestique (déchet ménager), agricole, industrielle, hospitalière, nucléaire. Toutes les activités humaines sont génératrices des déchets qui sont difficilement gérables mais trouvent aujourd'hui une solution durable dans le recyclage, la récupération et la revalorisation⁴³.

⁴³ Hamida merabet. Dictionnaire de l'Aménagement du Territoire & de l'environnement Algérien. 1ère Edition

- la directive européenne 91/56/EEC définit un déchet comme étant toute substance que le propriétaire abandonne, ou destine à l'abandon ou se trouve dans l'obligation de s'en débarrasser.
- Un déchet est le résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, ainsi que toute substance, matériau, produit ou plus généralement tout bien meuble abandonné ou que son détenteur destine à l'abandon.⁴⁴
- **Une définition économique** : « est une matière ou un objet dont la valeur économique est nulle ou négative, pour son détenteur, à un moment et dans un lieu donné. Donc pour s'en débarrasser, le détenteur devra payer quelqu'un ou faire lui-même le travail »⁴⁵. Selon cette définition, la valeur nulle d'un bien peut redevenir positive : un objet débarrassé d'un vieux grenier peut devenir objet de brocante, puis une antiquité.

Outre le temps et le lieu, la quantité est aussi un critère : quelque vieux papiers dans une poubelle sont un déchet ; le ballot de vieux papiers imprimés dans un conteneur est une matière première secondaire.

- **Une définition juridique** : on distingue une conception subjective et une conception objective de la définition du déchet.

Selon la conception subjective, un bien ne peut devenir un déchet que si son propriétaire a la volonté de s'en débarrasser. Mais tant que ce bien n'a pas quitté la propriété de cette personne ou l'espace qu'elle loue, cette personne peut à tout moment changer d'avis. Si le bien a été déposé sur la voie publique ou dans une déchetterie, son propriétaire peut avoir clairement signifié sa volonté d'abandonner tout droit de propriété sur ce bien. En fait, ce qui est déposé sur la voie publique appartient au propriétaire de la voie publique, c'est-à-dire la municipalité. Mais le propriétaire pourrait aussi avoir manifesté sa volonté de donner ce bien à un tiers : c'est le cas de ramassage des habits usagés, d'où l'ambiguïté de la conception subjective.

Selon la conception objective, un déchet est un bien dont la gestion doit être contrôlée au profit de la protection de la santé publique et de l'environnement, indépendamment de la volonté du propriétaire et de la valeur économique du bien : les biens recyclables qui sont des matières premières secondaires entrent dans cette

⁴⁴ Le Code de l'environnement français.

⁴⁵ Gestion des déchets en milieu hospitalier-BRAUCHLI Ugo/ KAUFMAN Arnaud.
<http://www.v1.agora21.org/ari/doc2005/rapport-Brauchli-Kaufman..>

définition objective. Cette conception exige que les déchets soient nommés dans une liste. Cela nécessite l'élaboration d'une classification en fonction de leur nature et de leurs caractéristiques. La législation a retenu les deux conceptions du déchet, car la volonté de se débarrasser ne suffit pas ; la définition objective empêche le détenteur d'un bien de se soustraire à la réglementation relative aux déchets sous prétexte de sa valeur économique.

Lorsque l'on parle de producteur de déchets, on définit deux classes :

- **Les producteurs du secteur primaire de production** : agriculture, élevage, pêche et foresterie.
- **Les producteurs du secteur industriel** : grandes industries de production et de transformation des matières, industrie nucléaire, industrie minière.

En ce qui concerne les déchets de ces deux secteurs, on entend des déchets tout à fait typés, propre à l'activité en question, et non pas les déchets communs (par exemple déchets ménagers de la ferme, déchets d'atelier, déchets de restaurant d'entreprise).

Toutes les autres catégories de déchets qui n'appartiennent pas de manière claire à cet ensemble sont appelées déchets urbains. Ils comprennent : les ordures ménagères; des déchets volumineux et produits de façon moins quotidienne; des déchets qui exigent des mesures particulières, à cause des dangers immédiats qu'ils représentent pour la sécurité des populations et pour l'environnement : les déchets du secteur de la santé font partie de cette catégorie.

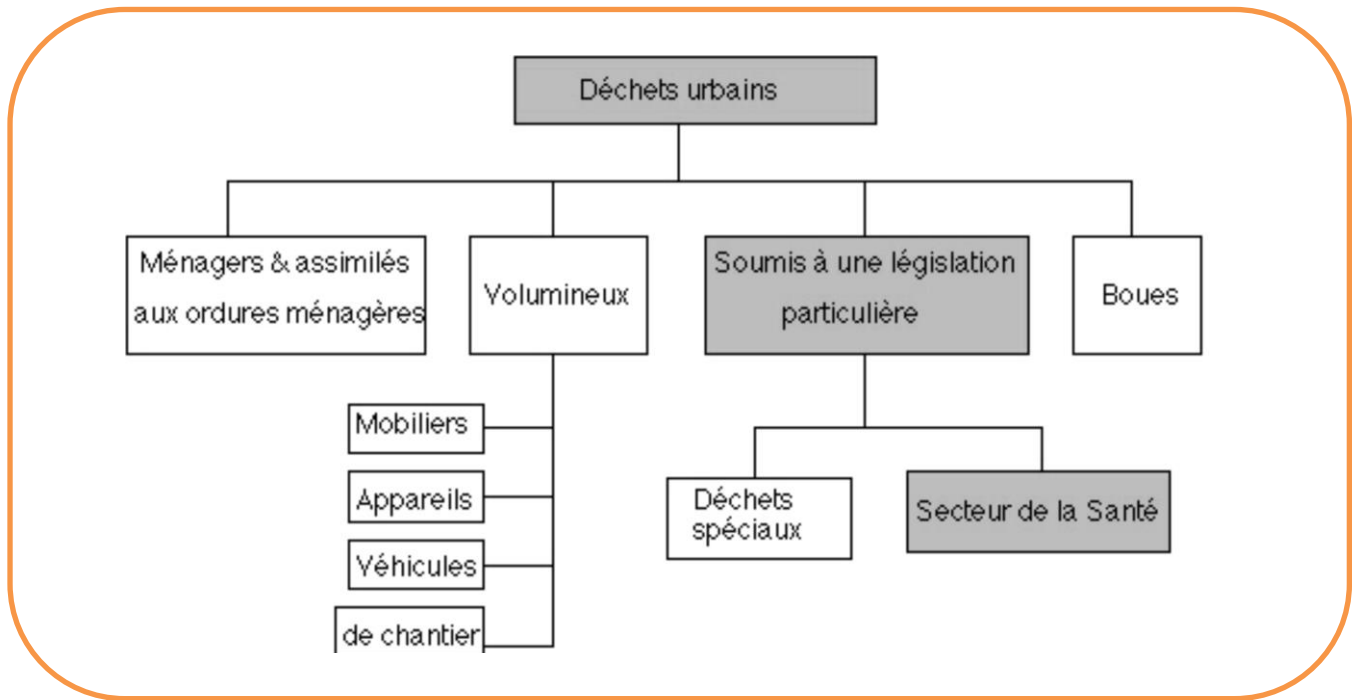


Figure N°02 : Les catégories des déchets urbains.⁴⁶

2. La définition de la gestion des déchets : l'article N° 03 de la loi 01-19 du 12

décembre 2001 définit la gestion des déchets comme toute opération relative à la collecte, au tri, au transport, au stockage, à la valorisation et à l'élimination des déchets, y compris le contrôle de ses opérations.

Elle repose sur les principes de la prévention et la réduction de la production et la nocivité des déchets à la source de production, la valorisation des déchets par leur réemploi, leur recyclage, le traitement écologiquement rationnel des déchets.⁴⁷

3. Les principes fondamentaux de la gestion des déchets :

3.1 Prestation de service pour la santé : l'élimination des urbains a toujours constitué une question d'hygiène de la première importance. Les déchets sont transportés hors des villes, pour éviter non seulement les mauvaises odeurs et la pollution mais aussi pour la prolifération des agents vecteurs de maladies.

Mais si, autrefois, les déchets étaient composés de matières facilement biodégradables et la cause de la pollution des ressources vitales qui sont l'eau, l'air, la terre et la végétation.

⁴⁶ Manuel d'information sur la gestion des déchets solides urbains. Ministère de l'Aménagement de territoire et de l'environnement.p08

⁴⁷ Art 03 de la loi 01-19-du 12 décembre 2001 relative à la gestion, au contrôle et à l'élimination de déchets .JORA N°77 du 15 décembre 2001

Pour préserver la santé publique et l'environnement de demain, il faut obtenir des nouvelles techniques et une meilleure organisation de la gestion des déchets qui garantissent une faisabilité et une technologie adaptés aux contraintes d'aujourd'hui et aux évolutions de demain et contribuer ainsi à conserver et améliorer la qualité de l'environnement.

Les coûts ne doivent pas être des arguments opposables à une bonne et judicieuse gestion des déchets, car, d'un côté, la santé de la population n'est pas négociable, et de l'autre, le traitement des déchets occasionnerait des dépenses beaucoup plus grandes.

3.2 Responsabilité publique :

La gestion des déchets urbains est avant tout une responsabilité publique. Elle nécessite la volonté des autorités à mettre en place les fondements d'une stratégie nationale, qui pourraient être répartis en cinq chantiers :

- Juridique : dispositif légal et réglementaire, définitions des responsabilités et des compétences.
- Institutionnel : administration compétence
- Technique : infrastructure adéquate pour l'exécution
- Financier : solution de financement basé sur les coûts réels
- Educationnel : formation, information et communication

C'est au législateur qu'incombe la tâche d'apporter les bases légales définissent

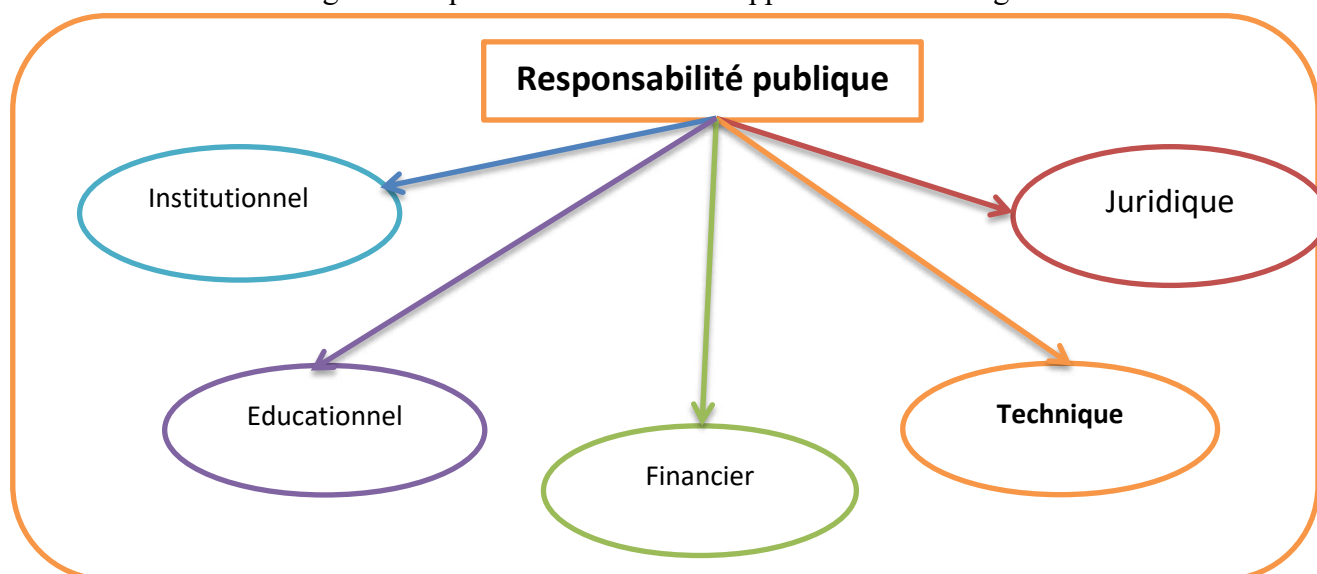


Figure N°03 : Les fondements d'une stratégie de la gestion des déchets (CP)

Les responsabilités et le contexte d'une gestion environnementale durable.

Le Ministère Algérien de l'Aménagement et du Territoire et de l'Environnement(MAATE) a initié un projet de loi qui fixe le cadre général de la gestion des déchets, ainsi que l'ensemble des activités qui s'y rapportent, à savoir, la collecte, le transport, le tri, le traitement, la valorisation et l'élimination.

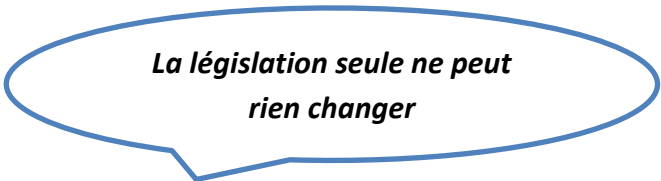
Ce projet de loi définit la politique nationale en matière de gestion des déchets qui repose sur les principes de bases suivantes :

- La réduction de la génération et de la nocivité des déchets
- L'organisation de la gestion des déchets
- La valorisation des déchets par leur réemploi, leur recyclage et toute autre action visant à obtenir des matériaux réutilisables ou de l'énergie.
- L'élimination écologiquement rationnelle des déchets

En matière de gestion des déchets, le projet de loi prévoit d'une part, l'établissement d'un plan national de gestion des déchets spéciaux et d'autre part des plans communaux pour les déchets ménagers et les déchets inertes.

Enfin, par la proposition du projet de loi, le ministère vise comme premier objectif de renforcer le cadre législatif national, afin d'assurer une meilleure gestion du sous- secteur des déchets et permettre ainsi aux collectivités locales d'accomplir au mieux leurs missions traditionnelles de sauvegarde de l'hygiène et de la salubrité publique.

Mais à eux seuls, les lois, règlements et normes, qui ne sont que des artifices administratifs, ne peuvent rien changer. Il faut les mettre en application et adapter les instruments institutionnels aux exigences de la nouvelle stratégie nationale de gestion des déchets.



***La législation seule ne peut
rien changer***

Comment ?

Par :

- L'installation d'une administration forte et qualifiée qui devra élaborer le plan national de gestion des déchets et en assurer le contrôle ;
- L'assistance technique aux collectivités locales pour l'élaboration des plans régionaux et communaux ;

- La mise en place des instruments de financement qui permettent l'installation et la maintenance du service.

C'est l'autorité centrale qui doit établir le plan général de gestion des déchets, fixant notamment :

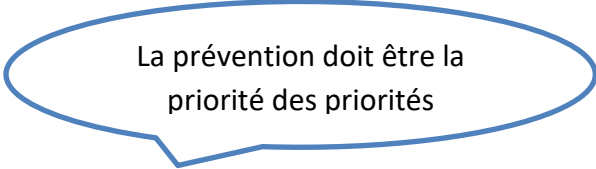
- Le type, les quantités et l'origine des déchets à valoriser ou à éliminer.
- Les prescriptions techniques générales.
- Les dispositions particulières concernant les déchets spécifiques.
- Les caractéristiques des sites et installations appropriées pour l'élimination.

L'autorité centrale doit aussi contribuer à développer une industrie de collecte, de traitement et élimination des déchets, qui soit performante au plan scientifique et technique, rentable du point de vue économique et génératrice du minimum de nuisances possible pour l'environnement.

Par ailleurs, les administrations centrales, wilaya et communale, doivent non seulement s'engager quotidiennement à mettre en œuvre et contrôler les techniques et les services requis de collecte et de stockage des déchets, mais aussi mener politique qui aille dans le sens de réduction et la valorisation des déchets. Cette politique doit être pragmatique et passer par la mise en place d'action pilotes avant une application plus étendue.

Les perspectives de la récupération et valorisation des déchets dépendent aussi du rôle que doit jouer l'Etat dans le domaine. Un organisme administratif et professionnel pourrait contribuer au développement des collectivités locales et aider avec des informations sur :

- Les expériences dans ce domaine des autres pays, wilaya ou collectivités locales.
 - Le marché national de matières recyclables.
- Les techniques rentables de traitement
- Les possibilités de création d'emplois
 - Les revenus financiers.



La prévention doit être la
priorité des priorités

Evidemment, cette politique ne doit pas être figée. Elle suivra et intégrera l'évolution et la découverte des nouvelles technologies. Ceci inclue un tri de plus en plus poussé jusqu'à la source et un recyclage des matériaux collectés séparément, grâce à des dispositifs de tri, à la création de déchetteries et points de déchets, l'organisation de ramassage des déchets spécifiques etc., le tout appuyé par des campagnes de sensibilisation et d'information.

3.3 Responsabilité du générateur de déchets :

Dans le projet de loi de gestion des déchets mentionné, il est fait obligation au producteur ou au détenteur de déchets d'assurer ou de faire assurer l'élimination de leurs déchets dans des conditions qui ne risquent pas de porter atteinte à la santé publique et à l'environnement.

Cette obligation, constitue le fondement du principe de la responsabilité du producteur des déchets.

Habituellement, et pour des raisons d'hygiène publique, c'est la commune que revient la responsabilité de mettre en œuvre les moyens d'élimination des déchets urbains, à savoir : collecte, transport, traitement, valorisation et confinement des ordures ménagères.

En Algérie, la loi n° 90-08 du 07 avril 1990 à la commune, définit dans l'article 107.

La commune a la charge de préservation de l'hygiène et de la salubrité publique notamment en matière :

- De distribution d'eau potable.
- D'évacuation et de traitement des eaux usées et des déchets solides urbains.
- La lutte contre les vecteurs des maladies transmissibles.
- D'hygiène des aliments et des lieux et établissements accueillant public.
- De la lutte contre la pollution et de protection de l'environnement :

En Algérie le décret 84-378 du 15 septembre 1984 fixant les conditions de nettoyage d'enlèvement et de traitement des déchets solides urbains stipule que :

« L'assemblée populaire communale organise, dans les conditions définies sur son territoire, soit directement, soit en association par l'intermédiaire d'organismes intercommunaux et/ou appropriés, un service de collecte et d'élimination des déchets solides urbains, à l'exclusion de certains déchets ».⁴⁸

Conformément aux dispositions de la loi n°90-08 et du projet de loi, la gestion des déchets ménagers et assimilés est à la charge de l'assemblée populaire communale qui organise sur son territoire, un service public en vue de satisfaire les besoins collectifs de ses citoyens en matière de collecte, de tri, de transport, de valorisation ou d'élimination de ces déchets. L'assemblée populaire communale peut concéder la gestion des déchets ménagers et assimilés à des tiers, mais elle reste toujours responsable de sa correcte et satisfaisante exécution.

L'assemblée populaire communale de deux ou plusieurs communes peuvent décider de s'associer pour la gestion des déchets.

Ces services peuvent être réalisés soit par le biais d'une gestion directe, soit par concession.

Les habitants, les générateurs des déchets et aussi les usagers de ces services sont dans l'obligation de réaliser la pré-collecte :

- Déposer les déchets ménagers dans un lieu accessible pour le véhicule de ramassage ;
- Participer à la chaîne de tri destinée à la collecte sélective des déchets recyclables ;
- Déposer les déchets encombrants et les déchets spéciaux en petite quantité qui posent problème, dans les déchetteries ou points d'apport en vue de leur valorisation, traitement ou élimination contrôlée.

La réglementation concernant les déchets spéciaux de l'industrie est différente. Tout producteur ou détenteur de déchets spéciaux, qui ne peuvent pas être collectés, recyclés ou éliminés comme déchets ménagers est responsable de leur élimination, jusqu'à leur confinement permanent, voire leur destruction totale, dans des conditions adéquates, afin d'éviter les effets nuisibles.

Et comment est réglée la responsabilité du fabricant sur le produit qu'il veut commercialiser ?

Généralement le producteur industriel fabrique et commercialise un produit sans prendre en considération son devenir après utilisation. A la fin, quand personne ne veut plus du produit

⁴⁸ Manuel d'information sur la gestion des déchets solides urbains. Ministère de l'Aménagement de territoire et de l'environnement.p19

usé, il laisse la responsabilité et le coût de son élimination aux autorités locales et au trésor public.

Dans les pays industrialisés, cela se passe différemment avec les nouvelles lois qui déterminent les responsabilités. C'est le producteur qui assume la responsabilité du produit pour toute sa vie, cela sous-entend aussi la responsabilité de son bon traitement après utilisation. Le producteur doit évaluer un produit pendant tout son cycle de vie et par conséquent, prendre en charge les frais de son recyclage ou de son élimination, si sa revalorisation s'avère impossible ou économiquement non rentable. Ce dispositif permet de promouvoir la gestion du cycle des matières et ménager ainsi les ressources naturelles.

Le but à atteindre est la gestion des déchets en cycles. L'optimisation d'un produit doit prendre en compte également son recyclage et s'étendre jusqu'à la fin de sa vie.

Exemple : une voiture, à la fin de sa vie, pourrait être abandonnée dans la nature où elle s'oxydera, endommageant l'environnement, alors qu'elle devrait être remise à une entreprise de récupération où chaque pièce sera démontée et retournée dans le cycle de production, pour être utilisée comme matière première secondaire.

Pour limiter le coût du démontage et du recyclage de la voiture, le constructeur doit, dès l'étude de fabrication de la voiture, prendre en considération la fin de vie de son produit.

3.4 Protection de notre environnement

En observant la dégradation de leur environnement, les citoyens constatent les liens étroits entre la gestion des déchets et la qualité de vie et de l'environnement.

Les menaces sur la santé de la population sont directement visibles à travers le pullulement d'insectes sur les tas d'ordures et, moins visibles mais tout aussi dangereuses, dans les risques sur les ressources naturelles, telle que les eaux superficielles et souterraines, les sols et l'air.

Les citoyens sont également sensibles à la dégradation de l'esthétique des villes et des campagnes. Cette situation a créé, dans l'opinion publique. Une forte aspiration à un meilleur cadre de vie pour les générations actuelles et futures.

Le gouvernement doit être attentif et encourager cet intérêt des citoyens pour la protection de l'environnement à travers une gestion écologique des déchets.

3.5 Financement :

Pour faire jouer pleinement le principe du pollueur-payeur, il faut envisager l'élaboration d'un régime de responsabilité sur les déchets.

Et l'importance de l'aspect financier n'est plus à démontrer.

Un proverbe allemand dit « la santé n'est pas tout, mais sans santé, tout n'est rien! » ils ont appliqué ce jeu de mot à un projet de gestion des déchets, ils pourraient dire :

« Le financement n'est pas tous, mais sans le financement tout n'est rien »

Pour établir un système financier juste, l'introduction et la mise en œuvre du principe « pollueur-payeur » est absolument nécessaire. Est pollueur tout producteur ou détenteur de déchets. Le principe du pollueur-payeur est l'obligation générale de prise en charge, par ceux qui les ont générés et à leurs frais, de la collecte, du traitement et de l'élimination des déchets. Ainsi seulement, il sera possible de sensibiliser le pollueur en l'incitant à la réduction de ses déchets et à l'utilisation de procédés propres.

La responsabilité opérationnelle de la gestion des déchets ménagers et assimilés est habituellement confiée aux communes, mais le financement de cette prestation doit être supporté par les ménages, à travers une taxe d'enlèvement des ordures en rapport avec la quantité de déchets générée.

Concernant les déchets industriels, les entreprises qui les produisent peuvent éliminer elles-mêmes ces déchets ou recourir aux services d'entreprises spécialisées. Elles sont donc obligées de s'organiser pour supporter les coûts de l'élimination.

4. Les sources de déchets :

Les sources de déchets se répartissent comme suit :

4.1 Les ménages :

- Ordures ménagères.
- Déchets encombrants.
- Déchets spéciaux.

4.2 Communes

- Balayures des rues, des marchés.
- Déchets vers des parcs.
- Boues de traitement des eaux usées.

4.3 Commerces, service et industrie :

- Déchets hospitaliers.
- Déchets de la production industrielle.
- Déchets de chantiers.
- Déchets de secteur énergie et mines.
- Déchets agricoles

Le tableau suivant résume les trois sources de déchets

Type	Description	Exemples
Ordures ménagères	Déchets de solides de toute nature produit par les occupants des habitations et déposés dans des poubelles individuelles ou collectives.	Déchets de cuisine, restes alimentaires, emballages, papier, carton, plastique, textiles, cuir, bois, cendre.
Déchets encombrants	Déchets ménagers dont la taille ne permet pas leur dépôt dans les poubelles individuelles ou collectives.	Meubles, divers bois, pneus, électroménagers.
Déchets de commerce assimilables aux déchets ménagers	Déchets provenant des établissements commerciaux, industriels, hôtels, écoles et pouvant être éliminés avec les ordures ménagères.	Emballages, papier, carton, plastique, cendre, déchets de nettoyage.
Déchets vers de jardins et des parcs	Déchets de désherbage et taille d'arbres.	Herbe, feuillage, branches.
Déchets de marchés	Déchets organiques pour compostage, déchets assimilables aux déchets ménagers.	Déchets végétaux, emballages, déchets de nettoyage
Déchets dangereux	Déchets ménagers contenant de substances nuisibles.	Batterie, reste de peintures, de désinfectants
Déchets de nettoyages des rues	Balayures des rues, contenu des poubelles à papier	Sable, feuillage, papier
Déchets de construction	Déchets des travaux de construction et démolition	Matériaux des excavations, et de démolition, gravats.
Boues de traitement d'eau	Boues de sable, boues de décantation et d'épuration	Sables, boues déshydratées.

Tableau N° 07 : Les déchets solides urbains.⁴⁹

⁴⁹ Manuel d'information sur la gestion des déchets solides urbains. Ministère de l'Aménagement de territoire et de l'environnement.p27

5. La quantité des déchets :

Plusieurs expériences ont montré que la quantité et la qualité des déchets varient, le niveau de vie s'élève, plus la quantité des déchets augmentent. Mais beaucoup d'autres facteurs déterminent aussi la quantité des déchets. Ces facteurs sont : éducation – niveau de vie – structure urbaine- économie nationale – développement industrielle – le système de la collecte –les infrastructures de recyclage et le système de tarifs.

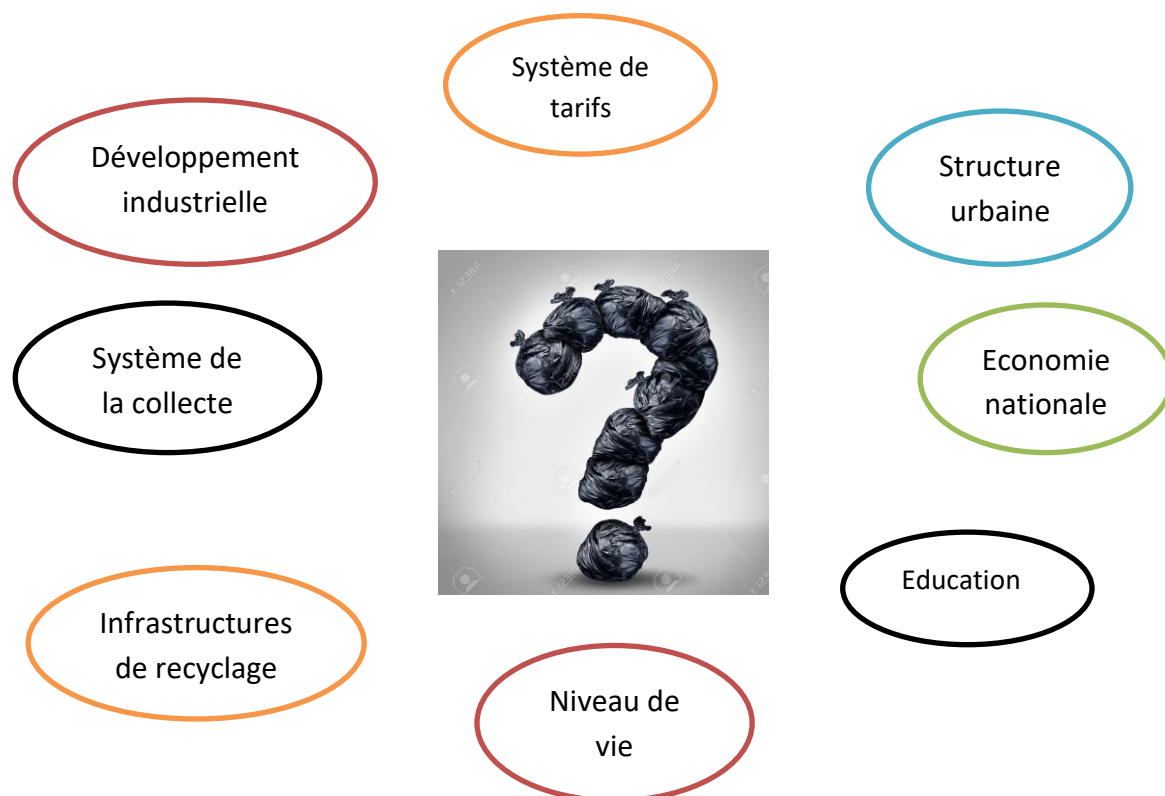


Figure N° 04 : Les facteurs qui déterminent les quantités des déchets.⁵⁰

6. Objectifs de la gestion des déchets :

Le code de l'environnement français énonce à l'article L.541-1.-I les grands principes relatifs à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux, les grands principes :

- De prévenir ou réduire la production et la nocivité des déchets, notamment en agissant sur la fabrication et sur la distribution des produits.
- D'organiser le transport des déchets et le limiter en distance et en volume.
- De valoriser les déchets par réemploi, recyclage ou toute autre action visant à obtenir à partir des déchets des matériaux réutilisables ou de l'énergie.

⁵⁰ Manuel d'information sur la gestion des déchets solides urbains. Ministère de l'Aménagement de territoire et de l'environnement.p28

- D'assurer l'information du public sur les effets pour l'environnement et la santé publique des opérations de production et d'élimination des déchets, ... ainsi que sur les mesures destinées à en prévenir ou à en compenser les effets préjudiciables."

7. Définition des déchets hospitaliers :

- Le terme du « Déchet Hospitalier », connu aussi le nom «Déchets d'Activités de Soins (D.A.S) » Désigne l'ensemble des déchets générés par le fonctionnement d'un établissement de soins tant au niveau des services d'hospitalisation et de soins qu'au niveau des services médicotechniques, des services techniques, des consultations et des différents laboratoires.

Parmi les D.A.S, les Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (D.A.S.R.I) sont définis comme étant les déchets potentiellement infectés issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif.

Sont également intégrés à cette définition, les déchets issus des activités d'enseignements, de recherche et de production industrielle dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire.⁵¹

- Les déchets hospitaliers ou les déchets de soins médicaux comprennent « tous les déchets produits par des activités médicales. Ils embrassent des activités de diagnostics aussi bien que des traitements préventifs, curatifs et palliatifs dans le domaine de la médecine humaine et vétérinaire ». En d'autres termes, « sont considérés comme déchets de soins médicaux tous les déchets produits par des institutions médicales (publiques ou privées), un établissement de recherche ou un laboratoire ».⁵²
- Parmi les déchets hospitaliers, on trouve les déchets de chimiothérapie, les tubes fluorescents, les boîtes de carton, les médicaments périmés, les restes de nourriture, etc. En ce sens, **RECYC-QUÉBEC** propose la définition suivante pour les déchets : « Résidus, matériaux, substances ou débris rejetés à la suite d'un processus de production, de fabrication, d'utilisation ou de consommation »⁵³.

⁵¹ INSTRUCTION N° 001 MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE DU 04 AOÛT 2008 relative à la gestion de la filière d'élimination des déchets d'activités de soins

⁵² Programme des Nations Unies pour l'Environnement Organisation mondiale de la Santé rapport 2005.

⁵³ http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/planificationimmobiliere/app/DocRepository/1/Publications/Guide/Dechets_hospitaliers.

➤ **Définition selon le droit français**

L'article R. 1335-1 donne une définition des déchets d'activité de soins (DAS) qui sont « issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans le domaine de la médecine humaine ».

Cette définition a le mérite de couvrir largement l'activité de soins. Deux distinctions sont ensuite établies.

- Il s'agit des déchets (DASRI) qui « présentent un risque infectieux, du fait qu'ils contiennent des micro-organismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leurs nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants »⁵⁴
- Ensuite le texte concerne les déchets qui « même en l'absence de risque infectieux, relèvent de l'une des catégories suivantes :
- Matériels et matériaux piquants ou coupant destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique
 - Produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption
 - Déchets anatomiques humains, correspondant à des fragments humains non aisément identifiables. » (Article R 1335-1 2° du code de la Santé Publique Française).

8. Objectifs de la gestion des déchets hospitaliers (médicaux : « DASRI – DAS »):

8.1 Objectif global

- Assurer une bonne gestion des déchets médicaux (GDM) en vue de prévenir la contamination de l'environnement et la propagation des maladies parmi le personnel de santé et la communauté vivant dans le voisinage des formations sanitaires en général et des laboratoires en particulier.

8.2 Objectifs spécifiques

- Améliorer la manipulation des déchets hospitaliers médicaux (DASRI/DAS) sur toute la filière de gestion depuis la source jusqu'à l'élimination finale des déchets avec un accent particulier sur la construction des incinérateurs adaptés.
- Améliorer la formation en GDAS des professionnels de la santé et des travailleurs des formations sanitaires.

⁵⁴ (Article R 1335-1 1° du code français de la Santé Publique).

- Assurer le suivi-évaluation de la gestion des déchets d'activités de soins dans les établissements de santé.
- Respecter la réglementation en vigueur.
- Maitriser les coûts en les valorisant.

9. Les sources génératrices des déchets d'activités de soins ou les déchets d'activités de soins à risques infectieux :

Le terme des déchets du secteur sanitaire désigne l'ensemble des déchets produits par les établissements de soins de santé.

On distingue deux sources génératrices des déchets d'activités de soins ou les déchets d'activités de soins à risques infectieux :

9.1 Sources majeures :

- Hôpitaux et leurs types d'établissement comme les centres hospitaliers et leurs différents départements, hôpitaux spécialisés, sanatoriums.
- Cliniques et leurs types d'établissement comme département de médecine, centre de dialyse, maison de désintoxication (alcool), maternités et cliniques d'avortement.
- Laboratoires.
- Centres de recherches
- Morgues et centres d'autopsie
- Recherche animale
- Banques de sang.

9.2 Sources mineures

- Cliniques dentaires
- Etablissement pour soins longue durée comme les établissements spécialisés (psychiatriques, pour les handicapés physiques et /ou mentaux – les personnes âgées).
- Services ambulanciers- soins à domiciles

10. Les textes réglementaires et législation:

10.1 Textes réglementaires :

- Loi n° 11-03-1990 relative à la protection et à la mise en valeur de l'environnement qui stipule que l'administration et les collectivités locales et leurs groupements prennent les mesures nécessaires pour la réduction du danger des déchets, par leur gestion, leur traitement et leur élimination d'une manière adéquate, susceptible de préserver l'environnement.
- Loi n° 28-00-1990 relative à la gestion des déchets et à leur élimination
 - **Article 38**

Les déchets médicaux et pharmaceutiques doivent faire l'objet d'une gestion spécifique visant à éviter toute atteinte à la santé de l'homme et à l'environnement. Toutefois, certains types des déchets générés par les établissements de soin peuvent être assimilés aux déchets ménagers sur la base d'un rapport d'analyse, exigé par le commun et établi par un laboratoire agréé, à condition que ces déchets soient triés au préalable et ne soient pas contaminés par les déchets dangereux. Les modalités de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques sont fixées par voie réglementaire.
 - **Article 39**

Le rejet, le stockage, le traitement, l'élimination ou l'incinération des déchets médicaux et pharmaceutiques sont interdits en dehors des endroits désignés par les plans directeurs régionaux.
 - **Article 40**

La collecte et le transport des déchets médicaux et pharmaceutiques sont soumis à une autorisation délivrée par l'administration pour une période maximale de cinq (5) ans renouvelables.

Les conditions et les modalités de délivrance de cette autorisation sont fixées par voie réglementaire.
 - **Article 41**

L'élimination par enfouissement des déchets médicaux et pharmaceutiques dans les lieux de leur génération est interdite.

10.2 Législation

➤ **Accords internationaux**

Plusieurs accords internationaux énonçant des principes fondamentaux relatifs à la santé publique, à la protection de l'environnement et à la gestion sécurisée des déchets dangereux ont été signés. Ces principes et conventions sont présentés ci-dessous et doivent être pris en considération lors de la planification de la gestion des déchets médicaux dangereux.

➤ **Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontaliers de déchets dangereux et de leur élimination (PNUE, 1992)**

La Convention de Bâle a pour objectifs principaux de réduire au minimum la production de déchets dangereux, de traiter ces déchets aussi près que possible du lieu de production et de réduire les mouvements de déchets dangereux. Elle stipule que le seul passage transfrontalier de déchets dangereux qui soit légitime est l'exportation de déchets depuis un pays qui manque d'infrastructure d'élimination sûre et d'expertise vers un pays qui en dispose.

➤ **Convention de Bamako (1991)**

Traité signé par 12 nations africaines qui interdit l'importation en Afrique de tout déchet dangereux.

➤ **Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants (PNUE, 2004)**

Cette convention vise à la réduction de la production et de l'utilisation de polluants organiques persistants (POP), ainsi qu'à l'élimination des émissions involontaires de POP comme les dioxines et les furanes.

➤ **Principe du pollueur payeur**

Tout producteur de déchets est responsable légalement et financièrement de l'élimination de ses déchets en toute sécurité pour les personnes et l'environnement (même si certaines tâches sont sous-traitées).

➤ **Principe de précaution**

Quand le risque est incertain, il doit être considéré comme significatif, et des mesures de protection doivent être prises en conséquence.

➤ **Principe de proximité**

Le traitement et l'élimination des déchets dangereux doivent se faire le plus près possible de leur production.

➤ **Agenda 21 (plan d'action pour le XXI^e siècle adopté par 173 chefs d'État lors du sommet de la Terre qui s'est tenu à Rio en 1992)**

Réduire au minimum la production de déchets, réutiliser et recycler, traiter et éliminer par des méthodes sûres et respectueuses de l'environnement, déposer les résidus dans des décharges contrôlées.

➤ **Initiatives OMS et PNUE sur le mercure et décision VIII/33 de la Conférence des Parties à la Convention de Bâle sur les déchets de mercure**

Des mesures devaient être prises le plus rapidement possibles pour identifier les populations à risque d'exposition au mercure et réduire les rejets d'origine humaine. L'OMS propose d'accompagner les pays dans la mise en œuvre de la stratégie qui prévoit, sur le long terme, l'interdiction des dispositifs contenant du mercure.

➤ **International Solid Waste Association (ISWA)⁵⁵** : est un réseau international de spécialistes du traitement et de la gestion des déchets. Elle a pour but l'échange d'informations et souhaite promouvoir des stratégies modernes de gestion des déchets ainsi que des technologies d'élimination respectueuses de l'environnement. L'ISWA est actuellement présente dans plus de vingt pays et compte environ mille deux cents membres dans le monde.

11. La typologie de déchets hospitaliers :

La typologie de déchets : selon Brigitte CHARDON La typologie **repose** sur la **présence** ou **l'absence** de risques, et permet ainsi de distinguer deux types de DAS :

⁵⁵ Le rapport de Gestion des déchets hospitaliers /QUEBEC/25 juin 2011.

➤ **Les déchets assimilés aux déchets ménagers**

Ce sont les déchets de secrétariat, de restauration, les emballages de matériel stérilisé,... Ils ne présentent pas de risque pour la santé et pour l'environnement, et peuvent, à ce titre, être éliminés par la filière des déchets ménagers. Ils constituent environ 85% de la production. La production pour un hôpital de taille moyenne en France se situe autour de 370 kg par lit et par an.

➤ **Les déchets à risques**

Ils représentent autour de 15% de la production, ils sont classés en trois groupes :

- **Les déchets à risques infectieux (DASRI)** : Ils représentent environ 10% des déchets à risques, ils sont définis par l'OMS comme «les déchets susceptibles de contenir des agents pathogènes (bactéries, parasites, virus, champignons) en quantité ou en concentration suffisante pour causer des maladies chez des hôtes sensibles» : piquants coupants tranchants, cultures et stocks d'agents infectieux des laboratoires, déchets de chirurgie et d'autopsie des patients à maladies infectieuses, déchets anatomiques, déchets des patients en isolement, déchets en contact avec des patients sous hémodialyse, animaux infectés des laboratoires, tout instrument ou matériel en contact avec des personnes ou des animaux infectés. La production pour un hôpital de taille moyenne en France est de 250 kg par lit et par an.
- **Les déchets à risques chimiques et toxiques** : Ils proviennent de nombreux services et sont divers : déchets des laboratoires, médicaments non utilisés (MNU), déchets des médicaments cytostatiques, déchets d'imagerie médicale, déchets mercuriels, effluents des blanchisseries et des morgues, déchets des garages et zones techniques,...

Les risques, identifiés par des pictogrammes, sont variés : explosif, facilement inflammable, extrêmement inflammable, comburant, toxique, très toxique, irritant, nocif, corrosif, dangereux pour l'environnement.

- **Les déchets à risque radioactif**

Les déchets radioactifs des établissements de soins sont générés par les sources non scellées utilisées pour des applications in vivo, diagnostiques (technétium 99m, iode 123,...) et thérapeutiques (iode 131, strontium 89,...) et pour des radio analyses in vitro (iode 125, soufre 35,...).

Ils se caractérisent par :

- Une faible quantité de déchets par service de production

- Une faible ou très faible activité
 - L'extrême diversité de types de déchets, provenant du matériel utilisé dans les établissements, et des patients eux-mêmes : solides (piquants, mous,...), liquides (solvants, urines des patients,...), mixtes (applications in vitro), gazeux (effluents d'exploration pulmonaire)
 - La présence éventuelle d'autres risques sanitaires (infectieux, chimiques, toxiques).
- L'état du déchet : solide, liquide ou gazeux est également pris en compte pour la gestion des DAS à risques.

12. Les catégories des déchets hospitaliers :

1. Selon RECYC –QUEBEC on distingue :

- a - Déchets généraux
- b - Déchets biomédicaux
- c - Déchets pharmaceutiques
- d - Déchets chimiques
- e - Déchets radioactifs
- f - Déchets recyclables

A. Déchets généraux :

Lorsque gérés selon les pratiques et les règlements en vigueur, les déchets généraux ne constituent pas un risque pour la santé des personnes ou une menace pour l'environnement. Les déchets de bureau et les résidus issus des services alimentaires, ainsi que les emballages et les matériaux de construction font partie de cette catégorie. On y trouve également différents déchets liés aux soins, tels que des cathéters, des plâtres, des déchets de dialyse ou des sarraus, par exemple.

B. Déchets biomédicaux :

Les déchets biomédicaux incluent les déchets anatomiques humains, les déchets anatomiques animaux, et les déchets non anatomiques (par exemple les vaccins de souche vivante, les tissus biologiques, les cultures cellulaires, les objets piquants, tranchants ou cassables en contact avec du sang, des liquides ou des tissus biologiques, etc.). Un contenant de sang de même que tout matériel ayant été imbibé de sang constituent aussi des déchets biomédicaux. Toutefois, les liquides biologiques ainsi que le sang à proprement parler ne sont pas des déchets biomédicaux, et peuvent conséquemment être déversés dans les égouts.

Au Québec, cette catégorie de déchets représente environ 0,2 % du volume des déchets domestiques municipaux, les hôpitaux générant 85 % de ceux-ci.

C. Déchets pharmaceutiques :

Les déchets pharmaceutiques incluent les résidus des médicaments avec ou sans ordonnance, des médicaments dangereux (toxiques et cytotoxiques), des produits servant à la préparation ou à l'administration des médicaments, ainsi que de certains produits dangereux. Les contenants qui renferment ou ont été mis en contact avec un produit pharmaceutique sont aussi considérés comme faisant partie de cette catégorie. En Ontario, par exemple, le ministère de l'Environnement estime à 1 000 tonnes par année la production de déchets pharmaceutiques.

D. Déchets chimiques:

Les déchets chimiques comprennent les réactifs de laboratoire, les révélateurs photographiques, les désinfectants, les solvants, etc. Ils incluent aussi les objets qui contiennent des métaux lourds (par exemple les thermomètres) et les conteneurs pressurisés (par exemple les cylindres de gaz). Les déchets de cette catégorie se présentent, dans la majorité des cas, sous forme liquide, et certains possèdent des propriétés corrosives, explosives, inflammables ou toxiques qui en font des matières dangereuses.

Certaines activités de soins et notamment l'activité dentaire et la radiologie génèrent des déchets nocifs pour l'homme et l'environnement. Ils doivent faire l'objet d'une collecte et d'un traitement spécifique et sont régis par l'arrêté du 30 mars 1998.

Parmi les principaux déchets chimiques on trouve le mercure, les médicaments anticancéreux et les médicaments non utilisés car périmés.

Le mercure, métal lourd toxique pour l'homme et très polluant pour l'environnement et présent dans les établissements de santé sous quatre formes : dans les piles, les tensiomètres, les thermomètres à mercure et les amalgames dentaires.

Les déchets de médicaments anticancéreux (antimitotiques, caryolytiques, cytostatiques ou oncologiques) peuvent présenter pour les personnes qui les manipulent un risque toxique et avoir des effets cancérogènes, mutagènes ou tératogènes. On peut répertorier deux types de déchets concernant les médicaments anticancéreux : les tenues de protection du personnel (gants,...) et les restes de produits comme les restes de perfusions, les fonds de flacons, les

ampoules, aiguilles et les déchets mous très souillés du fait d'incidents de préparation ou d'administration.

Les risques liés aux déchets chimiques sont identifiés par les différents symboles ci-dessous :

<i>Symbol</i>	<i>Identification</i>
E	Explosif
O	Comburant
F	extrêmement inflammable
F-	facilement inflammable
T	Toxique
Xn	Nocif
C	Corrosif
Xi	Irritant
N	dangereux pour l'environnement

Tableau N°08: Identification des symboles concernant les risques liés aux déchets chimiques

E. Déchets radioactifs

Cette catégorie réfère à toute matière pour laquelle aucune utilisation n'est prévue et qui contient des radio-isotopes (phosphore-32, soufre-35, etc.) en concentration supérieure aux valeurs que les autorités compétentes jugent admissibles dans les matériaux propres à une utilisation sans contrôle (Association internationale de l'énergie atomique). Les liquides, les solides (seringues, flacons de verre, etc.) et les gaz contaminés par des radio-isotopes composent cette catégorie de déchets.

Les déchets radioactifs sont divisés selon trois types, lesquels sont déterminés en fonction de leur quantité de radioactivité (**faible, moyenne ou élevée**). Ils sont caractérisés par une limite d'évacuation spécifique au radio-isotope, à savoir la quantité de radioactivité sous laquelle ils peuvent être traités comme des déchets généraux ou biomédicaux. La demi-vie constitue un autre paramètre important et spécifique au radio-isotope; il s'agit du temps requis pour que la quantité de radioactivité diminue de moitié. Ce paramètre permet de déterminer le temps de décroissance (entreposage) requis pour atteindre la limite d'évacuation du déchet. Les radio-isotopes utilisés en médecine sont généralement destinés à la recherche médicale, au dépistage du cancer et au traitement de certains cancers (quoique cette dernière pratique est plus rare).

F. Déchets recyclables

Parmi les matières recyclables, on trouve le papier, le carton, le plastique et le métal non contaminé, le verre, les piles et les matériaux de construction.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ 80 % des déchets liés aux soins de santé ne sont pas dangereux; les 20 % restant incluent le matériel infectieux, toxique ou radioactif. Les proportions des différentes catégories de déchets sont présentées dans la figure suivante (excluant les déchets recyclables).

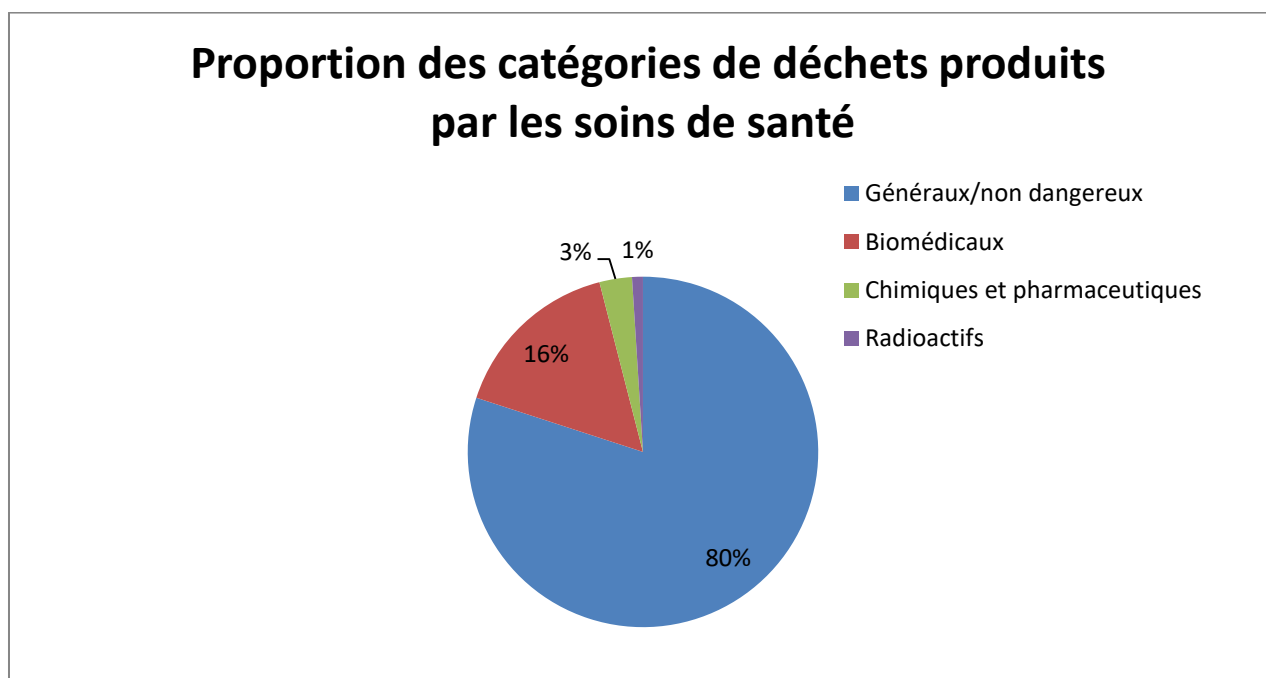


Figure N° 05 : La proportion des catégories des déchets produits par les soins de santé.⁵⁶

13. la classification des catégories de déchets d'activités de soins selon le journal officiel de la république algérienne n°78 – le décret N° 03-478 du 15 Chaoual 1424 correspondant au 9 décembre 2003 définissant les modalités de gestion des déchets d'activités de soins :

Chapitre I : Article 01 : les déchets d'activités de soins sont classés en trois catégories :

1. *les déchets anatomiques :*
2. *les déchets infectieux.*
3. *les déchets toxiques.*

⁵⁶ Le rapport de Gestion des déchets hospitaliers /QUEBEC/25 juin 2011.

- **Les déchets anatomiques** : Sont qualifiés de déchets anatomiques, tous les déchets anatomiques et biopsiques humains issus des blocs opératoires et des salles d'accouchement, Selon l'article N° 05 de la section une (1).⁵⁷
- **Les déchets infectieux** : Sont qualifiés de déchets infectieux, les déchets contenant des micro-organismes ou leurs toxines, susceptibles d'affecter la santé humaine, Selon l'article N° 07 de la section deux (2)⁵⁸.
- **Les déchets toxiques** : Sont qualifiés de déchets toxiques, les déchets constitués par :
 - Les déchets résidus et produits périmés des produits pharmaceutiques, chimiques et de laboratoire.
 - Les déchets contenant de fortes concentrations en métaux lourds.
 - Les acides, les huiles usagées et les solvants. Selon l'article N° 10 de la section trois (3)⁵⁹.

⁵⁷⁻⁵⁸⁻⁵⁹ Le journal officiel de la république algérienne n°78 – le décret N° 03-478 du 15 Chaoual 1424 correspondant au 9 décembre 2003.

Catégorie de déchets	Description et exemples
Déchets infectieux	Déchets dont on soupçonne qu'ils contiennent des agents pathogènes, par exemple cultures en laboratoire, déchets provenant de services d'isolement tissus (prélèvement), matériels ou équipement ayant été en contact avec des patients infectés, excrétiens.
Déchets pathologiques	Tissus ou liquides humains, par exemples parties anatomiques, sang et autres organiques, fœtus.
Objets tranchants ou performants	Déchets tranchants ou piquants, par exemple aiguilles, ampoules d'infusion, lames de scalpels, couteaux, lames, verre cassé.
Déchets pharmaceutiques	Déchets contenant des produits pharmaceutiques, par exemples des produits pharmaceutiques périmés ou plus nécessaires, articles contaminés par des produits pharmaceutiques ou contenant tels produits (bouteilles, emballages en boîtes.
Déchets génotoxiques	Déchets contenant des substances capables de causer des dommages sur l'ADN, par exemple des déchets contenant des drogues de cytostatiques (souvent utilisé dans la thérapie cancéreuse), produits chimiques génotoxiques.
Déchets chimiques	Déchets contenant des substances chimiques, par exemple réactifs en laboratoire, solutions de développement de clichés, désinfectants périmés ou plus nécessaires, solvants.
Déchets à haute teneur en métaux lourdes	Piles, thermomètres cassés, tensiomètres etc.
Réceptif pressurisés	Bouteilles à gaz, cartouches de gaz, aérosols.
Déchets radioactives	Déchets contenant des substances radioactives, par exemples des liquides non utilisés provenant de soins de radiothérapie ou de laboratoire de recherche, articles en verre contaminés, produits conditionnés ou papier absorbant, urines et excrétiens des patients traités avec des radionucléides non scellés, sources.

Tableau 09: La catégorie de déchets de soins médicaux répertoriés par l'OMS.

Section deux : l'impact de gestion des déchets hospitaliers et la mise en œuvre d'un système de gestion efficace.

1. Analyse des impacts de la gestion des déchets hospitaliers, les activités de soins et/ou médicaux sur l'environnement.

1.1 Environnement humain.

Une grande partie de déchets hospitaliers, les activités de soins et/ou médicaux est éliminée dans la nature est susceptible de provoquer la contamination de l'environnement et des affections à la population. Ces différentes formes de contamination de l'environnement peuvent directement ou indirectement engendrer des maladies.

➤ 1.1.1. Impact sanitaire.

Les déchets médicaux peuvent provoquer des blessures et faciliter ainsi la propagation de maladies telles que les hépatites B et C, le HIV/SIDA, le tétanos, les infections gastro-entériques, respiratoires, oculaires et cutanées, la méningite, etc.

Les déchets chimiques et radioactifs sont susceptibles de provoquer des problèmes de santé à moyen et à long terme chez les humains.

Les déchets médicaux présentent des risques pour la santé du personnel de nettoyage des établissements de soins de santé.

Les déchets médicaux peuvent être à la base de maladies pour le personnel médical et paramédical, les patients, les accompagnateurs, les préposés au nettoyage et la population environnante. La faune et la flore peuvent devenir des vecteurs de maladies en cas de mauvaise élimination des déchets médicaux dans la nature (décharge publique ou dans des fosses peu profondes).

Il faut également tenir compte des recycleurs informels présents sur les sites d'élimination des déchets. Ce sont notamment les gens qui fouillent des déchets à la recherche des bouteilles, des boîtes, du papier ou du charbon qu'ils vont revendre dans les quartiers et des enfants qui cherchent toutes sortes de flacons, de seringues, d'aiguilles et autres pour multiples usages.

D'autre part, les équipements des centres médicaux (piles, thermomètres, certains tubes, équipements électriques, lampes fluorescentes, réactifs de laboratoires, etc.) contiennent du mercure. Celui-ci s'échappe des thermomètres cassés et s'évapore facilement et peut être inhalé causant ainsi à longs termes des maladies chroniques.

Les victimes risquent de souffrir de diverses infections : dommages au niveau des reins, problèmes psychologiques, perte de mémoire, troubles neuromusculaires, etc.

Selon l’OMS, l’incinération des déchets médicaux peut provoquer l’émission de dioxyde de carbone, d’oxydes nitreux et des substances toxiques comme des métaux lourds (mercure) et la dioxine. Le mauvais contrôle de la combustion (incinération incomplète) entraîne la production de monoxyde de carbone.

Il convient de souligner que l’Agence Internationale de Recherche sur le Cancer (AIRC) classe la dioxine parmi les substances cancérigènes. Elle est associée à plusieurs types de tumeur. Elle produit également des effets immunologiques susceptibles d’exposer les êtres humains aux infections.

Par ailleurs, il convient de souligner que les déchets médicaux peuvent créer d’autres risques car certains objets rejetés sont contaminés par du matériel radioactif. A long terme ces polluants sont susceptibles de provoquer le cancer.

De façon indirecte, les déchets peuvent contaminer les nappes phréatiques qui sont utilisés pour l’alimentation de la population en eau potable.

➤ **1.1.2 Impact sur l’organisation de l’espace.**

Les déchets médicaux et les déchets en général occupent un espace important qui s’accroît avec le temps et en fonction de la dynamique des populations. Ainsi, on remarque que la zone réservée aux déchets n’est plus utilisable par la population et les animaux domestiques.

A titre d’exemple : le terrain réservé pour la décharge de Buterere a une superficie de plus de 10 ha tandis que la station de traitement des eaux usées occupe une superficie de plus de 30 ha. L’affectation d’un terrain au stockage et à l’élimination des déchets exige une gestion particulière de l’espace entre autre la protection du site, l’organisation des voies d’accès, l’aménagement des infrastructures d’élimination, etc.

1.2 Impact biophysique.

Les déchets médicaux dans l’environnement exercent des impacts sur l’environnement biologique c’est à dire sur la flore et la faune d’une part et l’environnement physique l’eau, l’air et le sol d’autre part.

1.2.1 Impact sur la flore et la faune.

Au niveau de la flore :

- Les dépôts des déchets médicaux et déchets ordinaires peuvent entraîner la destruction des éléments de la flore qui sont utiles pour la population humaine et les animaux (plantes médicinales, les plantes servant comme pâturage, les arbres servant de nichoir des oiseaux, etc.)
- Certaines plantes peuvent assimiler des déchets radioactifs et les transmettre aux animaux qui peuvent être consommés par les humains
- La cendre des incinérateurs peut améliorer la fertilité des sols et favoriser le développement de certains éléments de la flore ;
- Les milieux de dépôt des déchets peuvent devenir des cadres favorables de la prolifération de la flore cryptogamiques (Champignons) et la population qui viendrait s'en approvisionner peut être infectée par les déchets médicaux.

Au niveau de la faune :

- Les déchets médicaux peuvent contaminer les animaux qui les fouillent à la recherche de la nourriture ;
- Les animaux peuvent se blesser lors du piétinement des éléments tranchants dans les lieux de stockage des déchets médicaux (tranchants ou pointus). Ceci peut être à l'origine des infections pouvant entraîner la mort de certains animaux ;
- Certains déchets peuvent servir de nourriture à certains animaux (le sang et les tissus sont fort appréciés par les corbeaux).

1.2.2. Impact sur l'air.

Les déchets médicaux exercent des impacts au niveau de l'air de plusieurs manières :

- Les déchets chimiques des produits pharmaceutiques restant dans les flacons sont susceptibles d'échapper et engendrer une pollution de l'air ;
- Les fumées lors de l'opération de brûlage des déchets souvent humides contiennent du monoxyde de carbone, du dioxyde de carbone, des dioxines, dont beaucoup d'entre eux sont susceptibles d'affecter la couche d'ozone ou contribuer à l'effet de serre ;
- Le stockage de déchets entraîne souvent le dégagement des odeurs désagréables et inconfortables aux populations environnantes.

Pour cela, il est important de bien choisir le lieu de stockage et de destruction pour éviter d'affecter l'air dans des zones peuplées. Il faut souligner que la décharge gêne énormément la population dans des zones d'agglomération à cause de ses odeurs désagréables pendant certaines heures de la journée.

1.2.3. Impact sur l'eau.

Selon une étude, l'eau qui est consommée dans la ville de Bujumbura du pays de Burundi provient à plus de 80% du Lac Tanganyika. En même temps, la destination finale de tous les déchets liquides produits dans la ville de Bujumbura y compris ceux des structures de santé est le Lac Tanganyika.

Toutefois, certaines parties de la Ville sont connectées au réseau de traitement des eaux usées de Buterere (malheureusement le rendement actuel de la station reste inférieur à 20%) mais il n'y a pas de suivi de l'efficacité du système à travers des analyses physico-chimiques et bactériologiques régulières des eaux à la sortie.

La décharge de Buterere, lieu de stockage final des déchets variés et de destruction des médicaments périmés, le sol est constitué de sable fin lacustre très perméable. Pendant la saison des pluies, ces déchets peuvent polluer la nappe située à moins de 2m qui est le niveau du lac situé à moins d'1 Km du site de décharge.

Le lieu de stockage des déchets à Buterere est également à côté d'un cours d'eau qui se jette dans le Lac (la rivière Kinyankonge) et qui peut facilement contaminer les eaux du lac. Les eaux de ce cours d'eau sont régulièrement consommées par une partie de la population et des troupeaux de vaches qui pâturent dans cette zone.

Dans certains centres de santé de l'intérieur du pays du Burundi, les eaux usées de laboratoires sont canalisées directement dans les cours d'eau qui servent également de source d'eau de boisson de la population. Ceci peut affecter la santé de la population située en aval.

1. 2.4. Impact sur le sol.

Dans certaines structures de santé, les déchets médicaux sont compostés sans triages avec les déchets ordinaires pour produire un compost servant à la fertilisation des plantes. Ce compost peut améliorer la fertilité du sol. Cependant, du fait du mélange avec d'autres déchets dangereux comme des flacons, des objets tranchants et pointus, des déchets pathologiques, des

déchets chimiques, la population en manipulant le compost peut s'infecter et être victimes de différentes maladies mais aussi se blesser avec risques de tétanos.

La canalisation des eaux usées contenant des déchets chimiques ou radioactifs peut contaminer chimiquement les sols. Ces produits assimilés par les plantes peuvent se retrouver dans l'organisme de la population humaine ou animale, perturber leur métabolisme et engendrer des maladies chroniques comme le cancer.



Illustration N° 01: *Le sol et les nappes souterraines peuvent être contaminés par des métaux lourds et aux autres produits toxiques qui pourraient entrer dans la chaîne alimentaire.*

1.3 Les risques associés aux déchets de soins médicaux :

Toutes les personnes en contact avec des déchets médicaux dangereux sont potentiellement exposées aux différents risques qu'ils représentent: les personnes qui se trouvent à l'intérieur de l'établissement qui génère les déchets, celles qui manipulent ces déchets, ainsi que les personnes à l'extérieur de l'hôpital qui peuvent être en contact avec des déchets dangereux ou leurs sous-produits si la gestion des déchets médicaux est inexistante ou insuffisante.

Les groupes de personnes potentiellement exposées sont les suivants

- ***A l'intérieur de l'établissement :***
 - ***Le corps médical:*** docteurs, infirmiers et infirmières, le personnel sanitaire et de maintenance des hôpitaux.
 - ***Les patients internes*** ou ***externes*** recevant des traitements dans les établissements sanitaires aussi bien que leurs visiteurs.
 - ***Les travailleurs des services de soutien*** liés aux établissements sanitaires tels que: les services de buanderie, les services de manipulation des déchets et de transport.
- ***A l'extérieur de l'établissement :***
 - ***Les travailleurs des installations d'élimination des déchets***, y compris les ramasseurs d'ordures.
 - ***Le grand public ou la population générale***, et plus spécifiquement, les enfants jouant avec des objets qu'ils peuvent trouver dans les déchets à l'extérieur et /ou autour des établissements de santé, ou dans ou dans les décharges non contrôlées.

1.4 Les risques professionnels et de santé publique

Pendant la manipulation des déchets, le personnel médical et de service, ainsi que les travailleurs sanitaires, peuvent être blessés si les déchets n'ont pas été correctement conditionnés. De ce point de vue, les objets piquants et tranchants sont considérés comme une des catégories de déchets les plus dangereux. 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 remplies. 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.

Le grand public peut être infecté par des déchets de soins médicaux soit directement ou indirectement par plusieurs voies de contaminations. Déposer des déchets de soins médicaux dans des espaces ouverts peut avoir de graves effets négatifs sur les populations.

Les pratiques de « recyclage » qui ont été rapporté, particulièrement la réutilisation de seringues, est certainement le problème le plus sérieux dans certains pays en développement. L'OMS estime que plus de 20 millions d'infections à l'hépatite B, C et au VIH ont lieu annuellement à cause de pratiques d'injections douteuses (réutilisation de seringues et

d'aiguilles non stérilisées). Il existe un risque pour la santé publique lié à la vente des médicaments conditionnés dans le secteur informel et du manque de contrôle.



Illustration N° 02 : Quand les gens fouillent les déchets, le risque de blessures par piqûres d'aiguilles augmente considérablement.

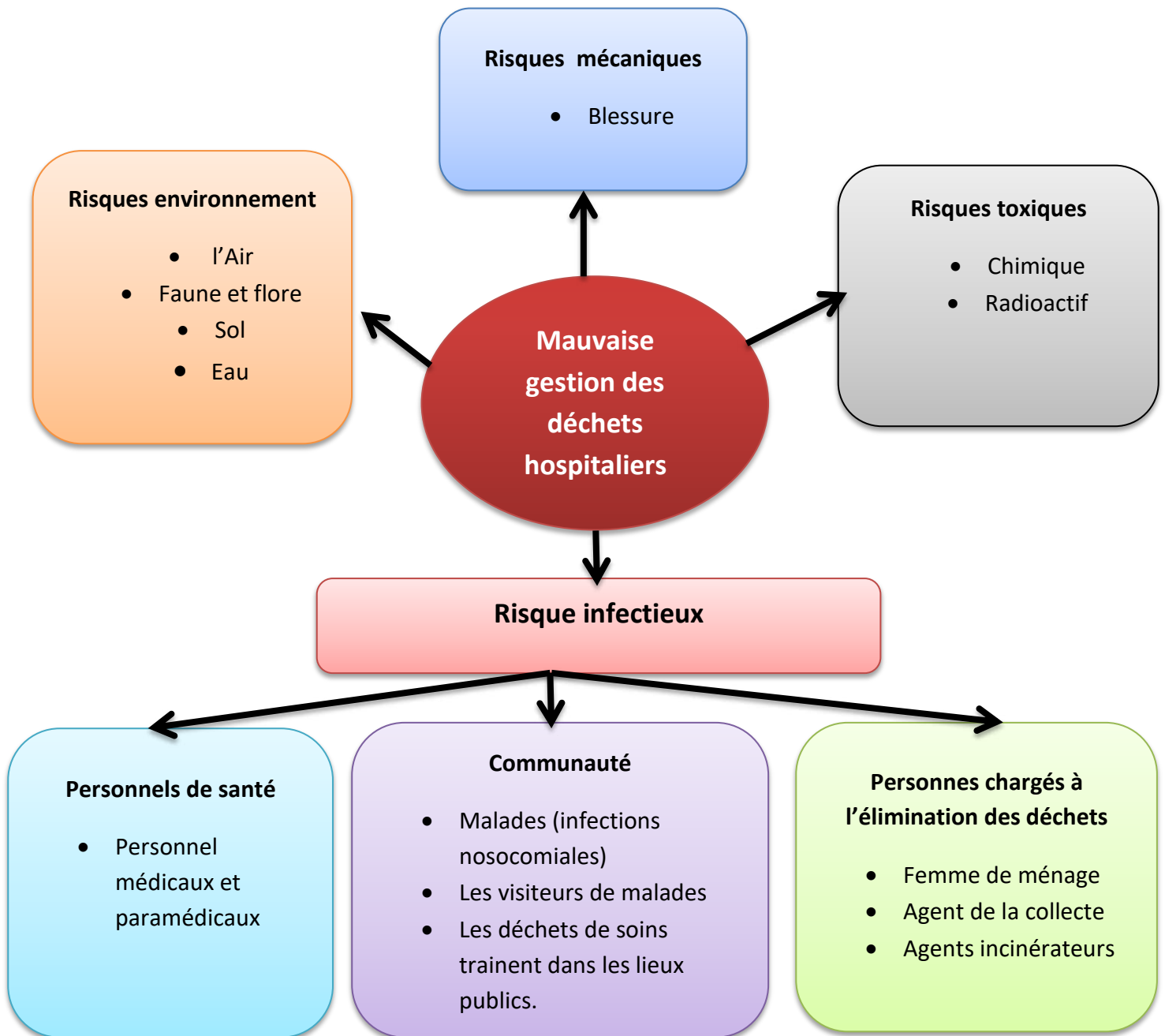


Figure N° 06: l'impact de la mauvaise gestion des déchets hospitaliers, sur l'environnement(CP).

2. La mise en place d'un système de gestion des déchets hospitaliers

2.1 Développement du plan de gestion

Selon les recommandations de l'OMS, chaque établissement de soins devra préparer un plan même simple de gestion des déchets déterminant les objectifs, les activités, les intervenants et leurs attributions, les ressources nécessaires, ainsi que les mécanismes de suivi, de supervision et de contrôle⁶⁰.

2.2 Déterminants de la gestion des déchets hospitaliers (solides médicaux – déchets de soins)

➤ 2.2.1 Les ressources humaines

La problématique de la gestion des déchets de soins nécessite la désignation d'un responsable au sein de l'établissement. Idéalement, une petite commission sera érigée au sein de l'hôpital et sera chargée d'étudier la problématique des déchets dans son contexte élargi et de transmettre des avis à la direction. Les principaux points qu'il faut tenir compte dans le plan de gestion sont :

- La formation et la sensibilisation du personnel médical, infirmier et d'entretien sur les risques engendrés par les déchets hospitaliers sur l'homme et son environnement, puis sur les précautions à prendre et les méthodes à appliquer pour une élimination optimale de ces déchets.
- Les mesures de protection du personnel contre tout risque de traumatisme ou d'infection, en prenant des dispositions nécessaires: vêtements de protection appropriés, masques et gants. En plus de ces mesures, d'autres auteurs préconisent une vaccination contre l'hépatite B et la tuberculose et une surveillance médicale par le médecin du travail (suivi médical, dépistage et prévention des risques et maladies professionnels).
- L'effectif du personnel nécessaire pour cette gestion est estimé pour chaque hôpital, compte tenu entre autre, de la capacité litière occupée de l'hôpital, du nombre de ses unités, etc...

➤ 2.2.2 Les ressources matérielles:

Chaque hôpital doit prévoir dans son budget de fonctionnement une ligne budgétaire destinée à la gestion des déchets. En Europe, le coût de l'hygiène hospitalière représente

⁶⁰ World Health Organization/ Regional Center for Environmental Health Activities (CEHA), Basic steps in the preparation of health care waste management plans for health care establishment, Amman –Jordan 2002.

environ 1% du total du budget d'un hôpital et le coût spécifique de la gestion des déchets représente 0,25% de ce même budget⁶¹.

Par ailleurs, le coût de traitement des déchets hospitaliers est variable selon les pays et selon le procédé de traitement utilisé.

2.3 Le programme de gestion des déchets hospitaliers :

Ce programme applique les grandes orientations de la politique générale en matière de santé et de l'environnement du pays. Pour pouvoir établir un programme efficace, l'OMS recommande certaines mesures:

- Nécessité d'exécuter une étude au préalable sur les déchets qui sont produits ou qui sont susceptibles de l'être, pour déterminer leur quantité et leur typologie.
- Etablissement du circuit (plans des bâtiments): circuit propre et sale.
- Faire des choix sur les modalités de gestion (tri, conditionnement, stockage, transport) et les moyens utilisés (humains, matériels, financiers).
- Stratégie de traitement et d'élimination: incinération sur les lieux ou en dehors de l'hôpital, broyage stérilisation, compactage.
- Planification individuelle, sectorielle ou régionale.
- Faire des études de la faisabilité et de l'intérêt économique.
- Faire des études d'impact sur l'environnement.

2.4 L'implication des responsables hospitaliers:

La réduction des risques liés aux déchets est de la responsabilité de la direction de l'établissement ou l'hôpital. Pour cela, le directeur doit veiller à la mise en place d'un programme de gestion des déchets hospitaliers notamment en ce qui concerne les modalités et les conditions de tri, de traitement, de manipulation, de stockage, de transport et de destruction des déchets hospitaliers.

En France, le Ministère chargé de la santé, en liaison avec le Ministère chargé de l'environnement, a engagé dès 1982, une politique d'information et de sensibilisation des gestionnaires des établissements hospitaliers. Cette politique s'est concrétisée en 1988, par la parution d'un guide sur les déchets solides. Chaque responsable peut se référer à ce guide pour élaborer et mettre en application sa propre démarche de gestion des déchets. Le guide les oriente également vers les moyens adéquats à utiliser et vers les possibilités de les améliorer.

⁶¹ GIROUT E. "Règles de gestion des déchets hospitaliers pour les pays en développement" OMS – GENEVE.1996.p16

Cet intérêt s'explique par le fait que dans la législation européenne, la responsabilité du traitement et d'élimination des déchets dangereux incombe aux producteurs (principe du "pollueur payeur").

2.5 Le suivi et l'évaluation:

- Par le niveau central : L'OMS recommande les Ministères de Santé des différents pays d'inspecter les systèmes de gestion des déchets, au niveau des hôpitaux. En utilisant leurs pouvoirs légaux d'inspection relatifs à l'hygiène hospitalière⁶².
- Par le niveau local: La gestion des déchets à l'intérieur de l'hôpital, dépend du chef de service de l'hygiène hospitalière. Celui-ci affectera un technicien spécialisé, muni des moyens nécessaires en main d'œuvre et matériel à la gestion des déchets. Et absence de ce service, le directeur de l'hôpital va désigner "un responsable" pour les déchets.

Exemple :

Au niveau des hôpitaux publics marocains, selon le règlement intérieur des hôpitaux, la gestion des déchets relève du bureau d'hygiène hospitalière qui est sous la responsabilité immédiate de l'infirmier chef du Service des Soins Infirmiers. C'est à ce bureau d'hygiène hospitalière de procéder à la supervision, au suivi et à l'évaluation de cette activité au niveau de l'hôpital.

3 Filière de gestion des déchets hospitaliers :

Les déchets de soins médicaux produits dans les établissements sanitaires doivent toujours suivre un itinéraire approprié et bien identifié, depuis leurs points de production jusqu'à leur élimination finale. Il s'agit d'un processus à sept étapes : 12

- **Première étape : le tri des déchets :** Il consiste en la séparation sur la base de leurs propriétés dangereuses des différents types de déchets, les types de traitement et d'élimination qui leur sont appliqués. Une manière recommandée d'identifier les catégories de déchets de soins médicaux est de les disposer selon des codes couleur et dans des sacs ou conteneurs clairement étiquetés. Le tri permet de protéger et d'améliorer la sécurité du personnel, de diminuer les risques d'infections et de contrôler l'incidence économique de l'élimination des déchets en réduisant la

⁶²GIROUT E. "Règles de gestion des déchets hospitaliers pour les pays en développement" OMS - GENEVE, 1996.

proportion des déchets à risque à traiter. Cette opération est supervisée par un cadre responsable des déchets désigné par chaque établissement.

➤ **Deuxième étape : le conditionnement :**

C'est l'emballage des déchets suivi de l'étiquetage (Barrière physique contre les microorganismes pathogènes) selon le protocole ci-après :

- **Déchets solides médicaux et pharmaceutiques non dangereux**, assimilables aux ordures ménagères, à collecter dans des sacs de couleur **noire**.

- **Déchets piquants ou coupants**, qui seront dans tous les cas considérés comme infectieux, à collecter, dès leur production, dans des collecteurs rigides et étanches de couleur **rouge ou jaune**.

- **Les déchets infectieux non piquants ni coupants** doivent être collectés dans des sacs étanches de couleur rouge ou jaune.

➤ **Troisième étape : la collecte :**

C'est le trajet depuis le site de production des déchets jusqu'à la zone de stockage central. Il est recommandé d'être réalisée par une équipe de salubrité formée et avec une fréquence adaptée au rythme de production des déchets afin d'éviter toute accumulation des déchets dans les unités de soins.

➤ **Quatrième étape : Le stockage :**

L'objectif est de permettre un stockage sécuritaire et provisoire des déchets en attendant leur élimination finale. L'hôpital doit disposer de deux locaux distincts : l'un pour les déchets ménagers (sacs noirs) et l'autre pour les déchets de soins à risque (sacs rouges ou jaune). Les locaux de stockage doivent être fermés à clé et protégés contre l'accès des chats, des rongeurs et des chiffonniers.

➤ **Cinquième étape : Le transport :**

Il s'effectue du site de traitement à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital selon deux modalités :

- **Le transport à l'intérieur de l'hôpital** s'effectue moyennant des chariots adaptés et systématiquement lavés et désinfectés avant leur retour ;

- **Le transport à l'extérieur de l'hôpital** est assuré par des véhicules réservés à cet usage et doivent être eux aussi systématiquement lavés et désinfectés avant leur retour à l'établissement.

➤ **Sixième étape : Le traitement :**

Son objectif principal est de réduire la quantité des germes pathogènes dans les déchets. La réduction du volume devra être considérée en deuxième priorité.

Plusieurs technologies de traitement sont appliquées dans le monde. Le traitement par incinération a été largement pratiqué, mais d'autres solutions apparaissent peu à peu comme l'autoclavage ou le traitement chimique ou par micro-ondes qui pourraient être préférables dans certaines conditions.

- **Septième étape : La mise en décharge :** C'est l'installation de déchets par dépôt ou enfouissement dans des cavités artificielles ou naturelles du sol sans intention de reprise ultérieure.

4 Evaluation des coûts dans les Centres de Soins de Santé :

Pour identifier et recommander un système de gestion des déchets au ministère de la santé ou aux services de santé du district ou de la province, il est nécessaire de fournir des estimations réalistes des coûts des différentes possibilités de traitement. En outre, quand on adopte un système de gestion des déchets, il faut surveiller les coûts des activités pour faciliter l'élaboration du budget et la planification.

4.1 Production des déchets

La meilleure solution pour la gestion des déchets varie suivant le CSSP (les Centres de Soins de Santé Primaire), en fonction de la quantité de déchets produits et des possibilités de transport des déchets vers un centre de traitement proche. La première étape consiste donc à définir la quantité de déchets produits dans le centre. Il est conseillé de compter le nombre de conteneurs de sécurité et de kilos de déchets traités pendant au moins 1 mois et, si possible, 3 mois, pour tenir compte d'éventuelles variations saisonnières. Le volume annuel de déchets traités sera estimé à partir des chiffres obtenus pendant la phase de surveillance.

4.2 Coût du système

Pour évaluer le coût du système de gestion des déchets d'activités de soins, il faut intéresser à une approche « systémique » dans laquelle on peut évaluer le coût de l'ensemble du système de gestion des déchets d'activités de soins (GDAS). La totalité des activités et du matériel relevant de la Gestion des déchets d'activités de soins (GDAS). Il s'agit notamment du coût direct des fournitures et du matériel utilisés pour la collecte, le transport, l'entreposage, le traitement, l'élimination, la décontamination et le nettoyage, ainsi que du coût du travail et des documents de formation, auxquels s'ajoutent les coûts de maintenance. Ces coûts varient suivant la méthode de traitement choisie, la capacité de l'installation de traitement et la quantité de déchets et leur qualité.

Une description complète du système est nécessaire pour obtenir une estimation appropriée du coût.

Le nombre et le type d'établissements de santé utilisant chacun des sites d'élimination seront déterminés et le système de collecte, y compris la fréquence, le mode de collecte et l'itinéraire, sera décrit. Il faut également obtenir des données concernant l'établissement de soins de santé: taille, services offerts, taux moyen d'occupation des lits et, dans le cas d'un établissement de consultation ambulatoire, population couverte. Il serait également intéressant comme indication générale de connaître le pourcentage du budget de l'établissement qui est consacré à la gestion des déchets.

Les coûts seront établis de manière distincte pour les investissements initiaux et les coûts renouvelables, qu'elles que soient les options disponibles. Les investissements initiaux correspondent à des postes de dépenses ayant une durée de vie supérieure à un an, contrairement aux coûts renouvelables qui correspondent à des postes de dépenses qui reviennent régulièrement et dont la durée de vie est inférieure à un an. Dans la mesure où tous les coûts sont estimés sur une base annuelle, les coûts en investissement doivent être annualisés.

4.3 Investissement initial

Font partie de l'investissement initial les postes de dépenses et les activités ci-dessous:

- incinérateur, autoclave, micro-ondes et extracteur d'aiguilles, c'est-à-dire l'ensemble du matériel nécessaire au traitement, y compris au transport vers le site et l'installation.
- Enceinte sécurisée pour abriter l'incinérateur, si c'est la méthode choisie.
- Véhicules utilisés pour le transport des déchets.
- Ventilateurs pour les zones d'entreposage des déchets, pour éviter l'accumulation des odeurs.
- Formation longue qui doit être donnée à l'ensemble du personnel pour que la manipulation du matériel de traitement n'entraîne pas de risques.

L'investissement initial doit être exprimé en équivalent annuel, de façon à pouvoir être associé aux coûts renouvelables. Procéder à l'annualisation de la manière suivante:

- Identifier les postes de dépenses en capital du système de gestion des déchets.
- Déterminer le coût actuel de chacun des appareils (le prix d'achat). Ces chiffres peuvent être obtenus auprès du fabricant ou en se reportant aux factures reçues.
- Estimer le nombre d'années pendant lesquelles chacun des appareils est supposé objectivement fonctionner correctement (à partir de la date d'achat). On remarquera

que la durée de vie attendue d'un appareil dépend largement de sa fréquence d'utilisation et de la qualité de la maintenance. La durée de vie du matériel peut être estimée soit en nombre d'années, soit en kg de déchets traités, le plus facile à obtenir. La durée de vie attendue est estimée par les utilisateurs et/ou les fournisseurs de l'appareil en fonction de la situation. Si la durée de vie attendue est indiquée en kg de déchets, il faut ensuite transformer ce chiffre en durée en utilisant l'estimation de la production annuelle de déchets.

- Obtenir le taux d'actualisation auprès du bureau de la planification économique ou du ministère des finances (on peut aussi calculer le taux d'intérêt réel, c'est-à-dire le taux d'intérêt qui peut être obtenu en déposant de l'argent dans une banque et en ôtant le taux d'inflation). Dans un grand nombre d'études internationales, on utilise un taux d'actualisation de 3 %.
- Calculer le facteur d'annualisation de la manière suivante

$$\frac{(1+r)^t - 1}{r(1+r)^t}$$

avec :

r = taux d'actualisation

t nombre d'années après l'année 0. Ce nombre peut être retrouvé au moyen d'une table de facteurs d'annualisation pour des dépenses d'investissement correspondant à des appareils dont la durée de vie attendue est variable et pour des taux d'actualisation différents.⁶³

- Calculer le coût annuel en divisant le prix d'achat de l'appareil par le facteur d'annualisation approprié.

4.4 Coûts renouvelables

Les postes de dépenses correspondant à des coûts renouvelables sont notamment:

- Le combustible ou/et l'électricité utilisés pour le traitement.
- La maintenance du matériel.
- Les conteneurs de sécurité pour les objets perforants.
- Les sacs pour les déchets médicaux autres que les déchets perforants.
- Les conteneurs, les poubelles fermées, les récipients fermés ou résistant à la perforation pour la collecte, la désinfection ou le transport.
- Les lames, si l'on utilise un appareil qui coupe les aiguilles.
- Les désinfectants, si les seringues et les aiguilles sont désinfectées manuellement.

⁶³ Gestion des déchets solides d'activités de soins dans les centres de santé primaires. Guide d'aide à la décision. OMS 2005.

- Les conteneurs résistant à la perforation et étanches, ainsi que le ciment, le sable bitumineux, etc... pour l'encapsulation.
- Le transport.
- Les salaires du personnel chargé de la gestion des déchets, de la supervision et du transport.
- Les formations courtes.

Comme pour les investissements initiaux, les postes de dépenses renouvelables seront estimés sur une base annuelle. Le calcul sera fait de la façon suivante ⁶⁴:

1. Identifier les postes de dépenses renouvelables du système de gestion des déchets.
2. Estimer pour chacun des postes la quantité annuelle nécessaire.
3. Déterminer pour chacun des postes le coût unitaire (le coût unitaire pour chacun des postes peut être obtenu soit auprès du fournisseur, soit en consultant les factures reçues).
4. Calculer le coût total annuel en multipliant la quantité par le coût unitaire pour chacun des postes.

Les salaires du personnel peuvent être considérés comme des « coûts d'opportunité », c'est-à-dire que les salaires ne sont pas directement liés à la gestion des déchets et ne sont pas inscrits directement au budget pour ce poste de dépense.

Cependant, le temps passé à la gestion des déchets (et non à d'autres tâches) représente un coût. La valeur monétaire est déterminée d'après le salaire de la personne responsable de l'activité liée à la gestion des déchets et du temps qu'elle y passe (exploitation, maintenance, etc.). Le temps correspondant au traitement et la capacité de traitement doivent être inclus dans le modèle de coût.

De même, le poste de dépense correspondant au transport comporte des coûts directs et indirects (d'opportunité). Les coûts directs correspondent au carburant nécessaire, tandis que les coûts indirects représentent le temps passé au transport et pas à d'autres tâches. Les coûts directs du transport sont calculés en multipliant la quantité de carburant nécessaire, en fonction de la distance en kilomètres, par le prix unitaire du carburant. Les coûts indirects du transport sont estimés en additionnant le temps nécessaire de l'aller-retour au centre de traitement (incinérateur ou décharge) au temps mis pour charger et pour décharger les camions. On pourra appliquer un facteur de correction au temps total estimé, pour tenir compte du fait que certains des voyages effectués au centre de traitement ou à la décharge auraient de toute façon pu être

⁶⁴ Gestion des déchets solides d'activités de soins dans les centres de santé primaires. Guide d'aide à la décision. OMS 2005

effectués (pour collecter des médicaments, etc.). Le temps de transport ainsi ajusté sera multiplié par le salaire des personnes affectées à ces tâches. On appliquera les mêmes critères et la même méthodologie à l'élimination finale des résidus. Si les déchets sont transportés dans une unité centrale d'élimination finale, on calculera les coûts directs et indirects du transport comme indiqué ci-dessus.

4.5 Estimation des coûts par kilogramme de déchets traité :

Le coût par kilogramme de déchets traité sera estimé en divisant le coût total annuel par le nombre estimé de kilogrammes de déchets traités chaque année (produits dans leur propre installation ou dans d'autres installations). Pour planifier la gestion des déchets des services de vaccination, il peut être utile d'estimer le coût par seringue. L'estimation du coût par seringue sera obtenue en divisant le coût annuel de la gestion des déchets par le nombre approximatif de seringues traitées, ou en divisant le coût par kilogramme de déchets traité par le nombre de seringues par kilogramme. Le nombre total de seringues par kilogramme est d'environ 200⁶⁵.

5 L'instauration d'un système de gestion des objets tranchants et piquants :

Dans les 10 % des déchets qui constituent la portion potentiellement infectieuse ou dangereuse et qui représentent une menace immédiate à la santé de l'homme (patients, travailleurs, public) se trouve le lot des objets tranchants et piquants (aiguilles, seringues, autres instruments invasifs).

Un tri à la source approprié de ces matériels dans des conteneurs rigides qui font l'objet de surveillance pour un traitement sûr, constitue la priorité pour toute institution de soins de santé. Si cela était le cas dans toutes les unités, la plupart des risques médicaux auraient été résolus. Cela signifie que les équipements et conteneurs appropriés sont distribués partout où des objets tranchants et piquants seraient générés (lames, couteaux et boîtes d'aiguilles), avec un système sûr de collecte et de comptabilité pour un transport de ces objets contaminés et leur traitement. Il ne faut pas non plus oublier une formation appropriée de tout le personnel hospitalier en ce qui concerne la manipulation et la gestion de ces objets.

6 Mettre l'accent sur la réduction à la source

Les hôpitaux du Tiers Monde génèrent un volume moindre de déchets que ceux des USA. Dans une certaine mesure, c'est le résultat de la décision de maintenir un système de retraitement et de réutilisation du matériel. L'établissement de directives claires quant à l'achat de produits qui insistent sur la réduction des déchets à la source et leur réutilisation lorsque cela est possible

⁶⁵ Gestion des déchets solides d'activités de soins dans les centres de santé primaires. Guide d'aide à la décision. OMS 2005

d'un point de vue sanitaire permettra de mettre le problème de la gestion des déchets en exergue.

Un accent nouveau doit être mis sur la réduction des matériels dangereux. A titre illustratif, la gestion des déchets hospitaliers devrait pouvoir bénéficier d'une politique d'élimination graduelle des produits et technologies à base de mercure. La technologie digitale est disponible et peut remplacer les instruments de diagnostic utilisant le mercure. C'est une décision relative aux commandes et à l'investissement. Dans beaucoup de pays, il n'y a aucune capacité pour gérer les déchets mercuriels et il faut reconnaître qu'une telle option serait une grande contribution au traitement des déchets hospitaliers. Cette solution est donc un bon exemple parmi les stratégies de réduction des déchets qui peuvent être identifiées et mises en œuvre dans tous les pays. Pratiquer la prévention de la pollution est le moyen le plus efficace pour sécuriser la santé publique.

7 La garantie de la sécurité du travailleur à travers l'éducation, la formation et des équipements appropriés de protection personnelle

Les travailleurs qui manipulent des déchets hospitaliers courent de grands risques dus aux produits potentiellement infectieux et aux déchets chimiques. Le processus commence déjà au niveau des travailleurs des cliniques et des hôpitaux où ces produits sont générés, surtout s'ils n'ont pas une bonne connaissance des risques qu'ils courent ou des équipements de protection nécessaires. Il s'étend également à ceux qui collectent et transportent ces déchets à travers l'hôpital et à ceux qui convoient les déchets aux décharges municipales, ainsi qu'aux chiffonniers. Ces derniers quant à eux représentent le secteur informel de la gestion des ordures mais jouent un rôle très important dans la réduction du volume des déchets. Qu'ils soient considérés comme faisant partie du système formel ou non, ils sont totalement intégrés dans la gestion des ordures. Aussi leur rôle unique et leur sécurité personnelle doivent être pris en compte.

Il faut donc qu'une éducation et une formation appropriée soient offertes à tous les travailleurs, des docteurs aux garçons de salle, aux manœuvres et aux chiffonniers, pour assurer une compréhension des risques que posent les déchets et savoir comment se protéger et gérer ces déchets (plus particulièrement comment procéder à un tri à la source approprié). Des programmes d'éducation et de formation doivent être élaborés. Ces programmes doivent pouvoir cibler chacune des populations identifiées de manière à satisfaire aux besoins, de manière à construire une compréhension et un changement de comportement. Il n'existe pas une façon "uniforme" pour éduquer tous les travailleurs identifiés.

8 Assurer une collecte et un transport sûrs

Pour tirer des avantages du tri à la source, il faudrait des systèmes sûrs internes et externes de collecte et de transport des déchets. Si les déchets triés sur place doivent être mélangés par les travailleurs au moment de leur collecte, ou si un hôpital se donne beaucoup de mal pour séparer ces déchets et qu'au niveau de la décharge municipale, on les mélange de nouveau, le problème demeure. Les travailleurs quant à eux sont protégés mais le mal causé à l'environnement et au public est toujours le même.

Il faudrait aussi que les inquiétudes des administrateurs des hôpitaux et des officiels municipaux quant à la réutilisation des appareils médicaux, conteneurs et autres équipements, soient prises en compte dans tout projet de gestion des déchets. Il suffit pour vérifier le bienfondé de ces inquiétudes de parcourir les rues pour constater que des gants en latex ou du cidex usagé (un désinfectant considéré aux USA comme pesticide), des récipients servant à retenir de l'eau pour faire du thé, sont revendus. Alors seulement on comprendra le risque que représentent les décharges peu sûres. Il faut signaler aussi la pratique qui consiste à nettoyer des seringues, aiguilles, ampoules et flacons.

Même s'il n'y a pas encore beaucoup de documentation, elle est tout de même assez inquiétante. La parade consiste peut-être à rendre inutilisables tous les objets susceptibles d'être réutilisés illégalement après leur usage. On pourrait par exemple couper les aiguilles, perforer les sachets de perfusion etc. ou bien s'assurer un recyclage par un vendeur sous surveillance.

9 Planifier et adopter une politique à long terme :

Pour assurer la continuité et la clarté dans ces pratiques de gestion, les institutions de soins de santé doivent élaborer des plans et des politiques claires quant à la gestion appropriée des déchets.

Il faut intégrer ces dispositions dans la formation systématique des employés ainsi que dans les processus d'évaluation de la gestion des systèmes et du personnel des hôpitaux.

Aux USA, la Commission conjointe en charge de l'agrément des Organisations de soins de santé développe une série de normes qui comprennent des plans et des politiques pour une gestion appropriée des matériels dangereux et la sécurité des travailleurs, normes sans lesquelles un hôpital ne peut avoir l'agrément. La nouvelle réglementation MACT de l'US EPA demande aux hôpitaux l'élaboration de plans de management, une exigence que beaucoup d'Etats avaient eu sur le papier depuis plusieurs années. Les municipalités et les autorités gouvernementales au Sénégal pourraient exiger des plans de gestion de tout hôpital comme condition préalable pour démarrer son activité.

10 Investir dans la formation et l'équipement pour retraiter les stocks

La science du retraitement de l'équipement et des matériels pour une réutilisation dans les unités médicales est assez bien implantée dans des pays tels que l'Inde et mérite d'être appuyée. Les associations de professionnels de soins de santé doivent être encouragées à soutenir fermement une réutilisation judicieuse des matériels. Elles doivent aussi commencer à arrêter des normes pour le retraitement. Le maintien de cet effort à l'intérieur des hôpitaux donnera des produits de qualité et découragera l'achat d'objets jetables.

Les produits à usage unique sont chers, ils augmentent la production de déchets et ne contribuent pas nécessairement à une diminution des taux d'infection dans les hôpitaux. Une industrie de retraitement doit cependant être soutenue avec un investissement dans les équipements appropriés et la formation pour qu'elle puisse être conduite d'une manière sûre et efficace.

11 Investir pour un traitement en matière de déchets médicaux et de technologies de décharges

L'engouement pour l'incinération des déchets médicaux un peu partout dans le monde, comme solution ultime d'un problème sans définition est une grande injustice faite aux municipalités, à la santé de leurs habitants et à l'environnement.

L'incinération en masse des déchets hospitaliers ne réduira pas les risques encourus par les travailleurs. Au contraire, la menace pour la santé publique est plus grande avec la présence dans l'air de mercure et d'autres métaux lourds, ou encore de dioxines et furanes provenant de la combustion de plastiques, tels que le PVC, de plus en plus utilisés dans l'emballage médical. D'autres techniques de traitement des déchets, comme l'autoclave, les micro-ondes et la désinfection chimique, présentent moins de risques pour le traitement des déchets.

Le choix des technologies de traitement doit être fait en ayant une bonne connaissance du flux de déchets à gérer et l'objectif visé à travers le traitement. Si la technologie doit être écologiquement sûre, alors le flux des déchets doit être traité (désinfecté) sans générer des sous-produits dangereux. L'incinération peut être considérée comme une technologie qui donne dans "l'exagération". Il faut alors se demander s'il s'avère vraiment nécessaire de réaliser la stérilisation, avec le risque de rendre un matériel potentiellement "infectieux" clairement dangereux (chimique) après incinération.

Si l'objectif général de la gestion des déchets est d'éviter la transmission de maladies, l'accent devrait être mis sur l'aspect "gestion" de ce processus et non sur l'aspect "difficultés technologiques" qui avec le temps s'est avéré être une diversion coûteuse plutôt qu'une solution efficace. La technologie devrait pouvoir s'accorder avec la situation et marcher dans le système

de gestion afin d'atteindre l'objectif final dans le cadre global du système, et non comme un substitut au système.

Le choix de technologies doit être fait dans le but de répondre aux besoins locaux et aux conditions locales, et ne peut en aucun cas être fait de façon uniforme à travers un pays ou un Etat. Des normes nationales en matière de technologies de traitement doivent être arrêtées et il n'y a aucune raison pour qu'un pays ait des normes moins rigoureuses que celles en vigueur aux USA ou en Europe.

12 développer une infrastructure pour un entreposage et un recyclage des déchets dangereux

Dans beaucoup de pays, il y a très peu voire pas du tout de capacités de gestion, de traitement, de recyclage ou même d'entreposage des déchets dangereux (chimiques, mercuriels, piles) dans bon nombre de pays. Les hôpitaux cherchant à trier à la source les déchets dangereux sont laissés face à peu d'options quant à un entreposage sûr. Le développement d'une industrie capable de traiter les déchets (chimiques) dangereux demeure essentiel.

Les technologies de retraitement sur site pour les hôpitaux de matériels comme le xylème ou le formol ainsi que la récupération de l'argent à partir de solutions pour le développement sont quant à elles disponibles. Seulement leurs coûts peuvent paraître quelque peu prohibitifs actuellement.

Donc la prévention de la pollution et le choix de matériels non ou moins dangereux est la seule option réelle laissée aux hôpitaux qui doivent suivre cette voie dans l'attente de la mise en place d'une industrie de traitement de déchets dangereux.

Conclusion du deuxième chapitre :

Une gestion rigoureuse des DAS permet de participer à la lutte contre les infections et la dissémination des bactéries multi résistances, prévenir les accidents par exposition au sang (AES) et éviter à long terme les effets néfastes sur la santé et l'environnement.

Elle doit intégrer des problématiques plus récentes, telle la pollution médicamenteuse des eaux. Elle est garante de la sécurité des personnes, du respect des règles d'hygiène, de la protection de de l'environnement, du respect de la réglementation, de la maîtrise des coûts liés à l'élimination des DAS.

LE TROISIEME CHAPITRE :

LE CAS EMPIRIQUE

LE SYSTEME DE LA GESTION DES DECHETS HOSPITALIERS AU NIVEAU DE L'EHU

Introduction

Section I : Présentation du secteur sanitaire et la structure d'étude.

Section II : Le fonctionnement du système de gestion des déchets hospitaliers dans la structure de sante ciblée.

Conclusion

Chapitre I : Le système de la gestion des déchets hospitaliers au niveau de l'EHU 01^{ER}**Novembre 1954 D'ORAN****Introduction :**

La question des déchets des hôpitaux se pose avec de plus en plus d'acuité compte tenu des divers risques potentiels sur la santé humaine et environnementale tout au long de leur cycle de vie, depuis leur production jusqu'à leur élimination définitive. Ils présentent une forte concentration en germes pathogènes.

En effet plusieurs publications scientifiques ont montré que les conditions actuelles d'élimination des déchets solides hospitaliers ne sont pas toujours satisfaisantes particulièrement dans les pays en développement.

Si cette situation peut se comprendre, cela n'implique pas que l'on ne tente pas d'y remédier. En matière d'élimination des déchets, les établissements de soins publics et privés sont concernés à double titre:

- D'abord en tant que producteurs de déchets et par conséquent responsables de leurs bonnes éliminations.
- Ensuite étant qu'acteurs de santé soucieux d'une bonne hygiène pour la protection de la population et de l'environnement.

Notre travail expérimental que nous avons effectué sur la gestion des déchets hospitaliers adopté par l'établissement hospitalier universitaire 01^{er} novembre 1954 à Oran , nous a permis de mettre en évidence certains points (points forts et les points faibles) sur la gestion des déchets hospitaliers et nous allons essayer de corriger les points faibles pour la réduction du danger ou des risques soit pour le personnel médical- paramédical, personnel de collecte et du transport , les patients, les visiteurs et aussi pour la protection de notre environnement.

Section une : présentation du secteur sanitaire de la wilaya d'ORAN**1. la description du secteur de santé de la wilaya d'Oran****1.1 La couverture sanitaire de la wilaya d'Oran**

La wilaya d'Oran est située au nord-ouest du pays. Peuplée de 1 734 133 habitants en 2015 pour une superficie de 2 114 km², elle est bordée à l'est par la wilaya de Mostaganem, au sud-est par celle de Mascara, au sud-ouest par celle de Sidi Bel Abbas et à l'ouest par celle d'Ain Témouchent.



Oran bénéficie d'un climat méditerranéen sec marqué par une sécheresse estivale, des hivers doux. L'anticyclone subtropical recouvre la région oranaise pendant près de quatre mois. Les faibles précipitations (420 mm de pluie) et leur fréquence sont caractéristiques de ce climat.

Depuis le dernier redécoupage administratif de 1984, la wilaya d'Oran est divisée en neuf daïras :

1 Oran, 2 Ain El Turk, 3 Arzew, 4 Bethioua, 5 Es-senia, 6 Bir El Djir, 7 Boutlelis, 8 Oued Tlalat, 9 Gdyl, sur lesquelles se répartissent 26 communes⁶⁶.



FigureN°07 : Le découpage des daïras de la Wilaya d'Oran

1.2 Le secteur de la santé

1.2.1 Le secteur Etatique :

L'établissement de santé public de la wilaya d'Oran comprend 14 établissements hospitaliers disposant de 4524 lits d'hospitalisations :

- 01 CHU vétuste de 1668 lits ;
- 01 Etablissement Hospitalier Universitaire de 740 lits (EHU 1er Novembre) ;
- 03 hôpitaux généraux.
 - Hôpital Mohamed Seghir Nekkache d'El Mohguen à Arzew de 240 lits ;
 - Hôpital Medjbeur Thami de 240 lits.

⁶⁶ Office national des statistiques. 2016

- Hôpital Akid Athmane 95 lits.

- 09 hôpitaux spécialisés totalisant 1641 lits ;
 - 05 hôpitaux « Mère-Enfants » totalisant 550 lits ;
 - Clinique Benyahia Zohra (Point du Jour) 76 lits ;
 - Clinique Les Amandiers 120 lits ;
 - Clinique Les Pins 120 lits ;
 - Clinique Nouar Fadéla 74 lits ;
 - Clinique Hadj Abed Atika 60 lits.
 - 01 hôpital psychiatrique à Sidi Chahmi de 470 lits ;
 - 01 hôpital spécialisé de pédiatrie à Canastel de 256 lits ;
 - 01 Centre Anti-Cancer à Messerghin de 173 lits ;
 - 01 hôpital spécialisé d'ophtalmologie de 192 lits ;

Structures de santé nouvellement réalisées ou en cours de réalisation, non encore fonctionnelles :

- 01 Institut du Cancer.
- 02 hôpitaux généraux de 240 lits à Gdyl et Sidi Chahmi.
- 01 hôpital de 120 lits à Oued Tlelat.
- 01 hôpital de 60 lits à El Kerma.
- 01 Hôpital Spécialisé en Médecine physique et réadaptation.
- 01 Hôpital Spécialisé en Psychiatrie.
- 01 Hôpital des Brûlés 06 polycliniques à Sidi Maarouf, Sidi Chami, Akid Lotfi, Hai El Yasmine, Gdyl, Mersat Hadjadj ;
- 01 hôpital Régional de 120 lits au profit de la sûreté nationale (D.G.S.N).



Les structures légères non hospitalières sont représentées par :

- 45 polycliniques dont cinq (05) disposant d'une maternité.
- 108 salles de soins.
- 06 centres d'hémodialyse disposant de 61 générateurs.
- 01 Maison de diabétiques ; 05 Structures de Transfusion Sanguine.
- 02 établissements de formation paramédicale :
 - Ecole de Formation Paramédicale d'une capacité de 350 places ;
 - Institut Technologique de Santé Publique d'une capacité de 500 places.

1.2.2 Les structures parapubliques :

- 01 clinique de chirurgie orthopédique de la caisse de sécurité sociale CNAS.
- 20 Centres de médico-sociaux.
- 39 Centres de médecine de travail.
- 07 Salles de soins.
- 31 agences pharmaceutiques ENDIMED.

1.2.3 Le secteur privé :

Le secteur privé comprend :

- 415 cabinets de Médecins Spécialistes.
- 344 cabinets Médecins Généralistes.
- 306 cabinets de Chirurgiens-Dentistes Généralistes.

- 556 Officines Pharmaceutiques.
- 37 Laboratoires d'analyses médicales.
- 08 Laboratoires d'anatomie pathologique.
- 20 Cliniques médico-chirurgicales.
- 01 Clinique de Neurologie en Ambulatoire.
- 03 Cliniques d'Ophtalmologie en Ambulatoire.
- 03 Centres de Procréation Médicalement Assistée.
- 08 Centres d'Hémodialyse.
- 45 établissements de distributions de produits pharmaceutiques en gros.
- 02 Laboratoires d'Audioprothèse.
- 07 Établissement de Transport Sanitaire.
- 49 Laboratoires de Prothèses Dentaires.
- 40 Optométristes.
- 176 Opticiens Lunetiers.
- 16 cabinets de Sage- Femme.
- 07 Salles de Soins (Infirmiers).
- 16 cabinets de psychologues Cliniciens.
- 13 cabinets de Kinésithérapeutes.
- 02 cabinets d'Orthophoniste.
- 05 écoles de formation paramédicale.

1.3 Ressources humaines.

Ces différentes structures de santé tant du secteur public, parapublic que privé fonctionnent avec 6452 praticiens (28 % dans le secteur privé) et 6701 paramédicaux (dont seulement 2, 4 % dans le secteur privé).⁶⁷

2. Présentation de structure de santé étudiée :

L'établissement hospitalier et universitaire 01 Novembre 1954 est situé au centre-ville de la wilaya d'Oran ; il a été réalisé en 1999 suite au décret exécutif N : 07-140, ci-après dénommé, par abréviation « EHU », est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, sous la tutelle administrative du ministre de santé.

⁶⁷ ONS Organisation nationale des statistiques. 2015.

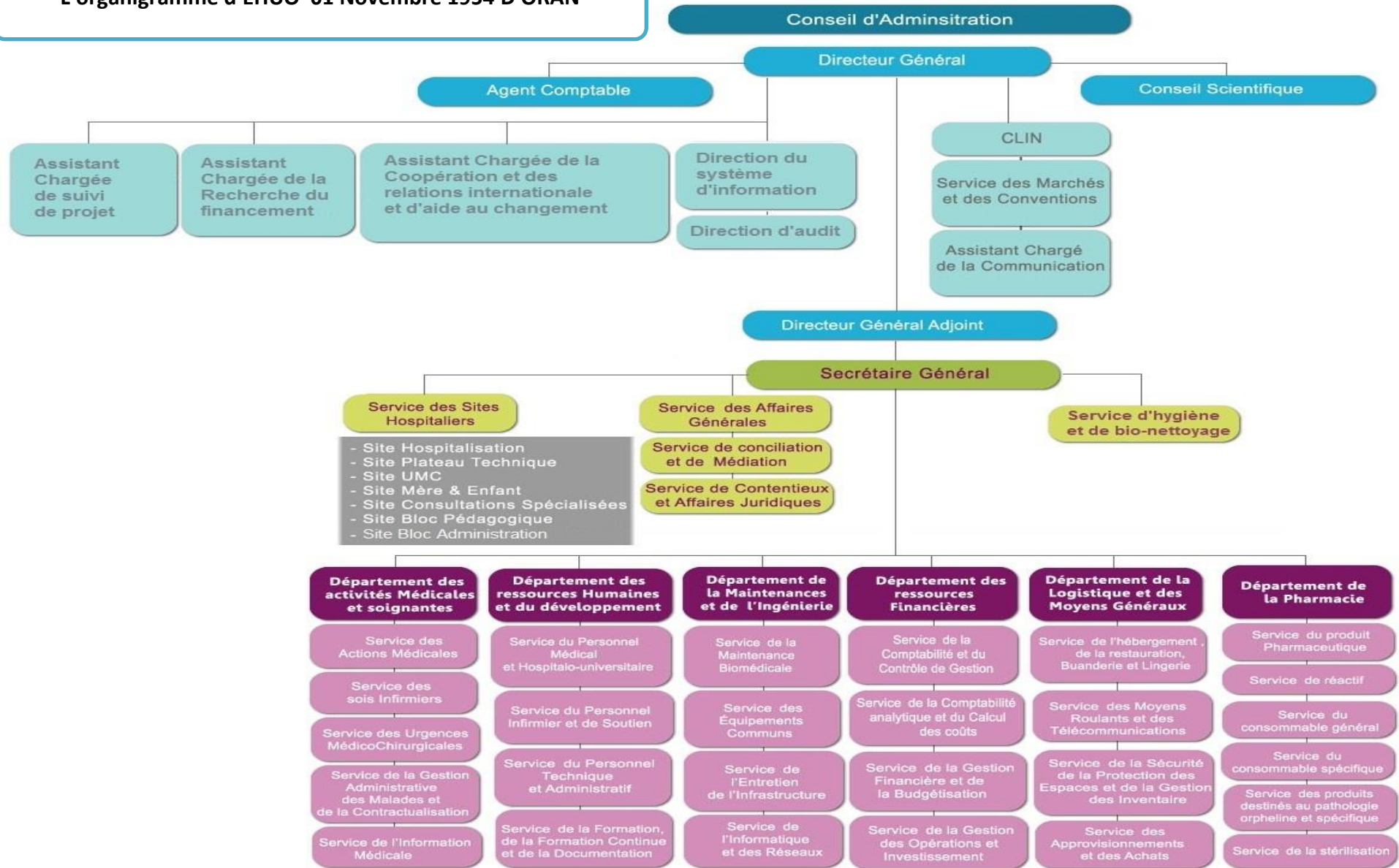
L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U.O) est organisé en structures hospitalo-universitaires créées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

La tutelle pédagogique universitaire est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

L'établissement hospitalier universitaire d'Oran 01 Novembre 1954 a une capacité d'accueil de 808 lits; il occupe une superficie d'environ 11 ha et comprend 25 services

3. L'ORGANIGRAMME de l'EHU 01^{er} Novembre 1954 d'ORAN :

L'organigramme d'EHUO 01 Novembre 1954 D'ORAN



4. Les services d'EHU :

L'établissement dispose d'un certains nombres de services répartis en médecine générale, les soins généraux, la chirurgie et les consultations spécialisées.....

Services	Capacité (Nombre des lits)
Cardiologie -	30
Anesthésie réanimation	18
Chirurgie Cardiaque	30
Chirurgie Hépatho-Biliaire	30
Chirurgie générale	34
Chirurgie plastique	11
Chirurgie Maxillo-Facial	15
Chirurgie Thoracique	30
Chirurgie Vasculaire	30
Dermatologie	15
Endocrinologie	17
Gastro-Entérologie	34
ORL -	34
Gynécologie Obstétrique	134
Hématologie	28
Néphrologie	29
Pneumologie	30
Neuro Médical	34
Neurochirurgie	32
Médecine interne -	30
Orthopédie et traumatologie	30
Réanimation médicale	16
Rééducation fonctionnelle	32
Urologie	28
U.M.C	57
Total	808

Tableau N° 10 : Les services disponibles dans l'EHU d'ORAN et leurs capacités de lits.

5. Personnel biomédical:**5.1 Personnel médical :**

L'EHU d'ORAN regroupe 1055 médecins répartis en fonction de leurs spécialités, grades et leurs domaines.

<i>Spécialités</i>	<i>Nombres</i>
Professeurs	38
Médecins spécialistes et généralistes	198
Maitre-assistant	174
Médecin résident	645
Total	1055

TABLEAU N° 11 : Le personnel médical affecté à l'EHU d'ORAN. Source : L'EHU d'ORAN.

5.2 Personnel paramédical :

L'EHU d'ORAN regroupe 1388 personnes paramédicales réparties en fonction de leurs spécialités et leurs domaines.

<i>Spécialités</i>	<i>Nombres</i>
Secrétaire médicale brevetée	6
Sage-femme	36
Psychologue clinicien(ne)	30
Préparateur en pharmacie	26
Physicien(ne) médical(e)	6
Orthoptiste	3
Orthophoniste	2
Manipulateur en imagerie médicale	16
Laborantine brevetée	3
Laborantine de la santé publique	42
Kinésithérapeute de santé publique et brevetée	16
Infirmier diplômé d'état	01
Infirmier de santé publique	308
Infirmier(e) breveté(e)	156
Hygiéniste de santé publique	02
Ergothérapeute	02
Diététicien(ne) de santé publique	08
Biologiste de 2 ^{ème} degré de santé	13
Biologiste 1 ^{er} degré de santé	132
Auxiliaire médicale en Anesthésie	44
Attaché de laboratoire	01
Assistante sociale de santé publique	08
Assistante médicale de santé publique	48
Appareilleur (euse) orthopédiste	01
Aide-soignant(e) de santé publique	478
Total	1388

TABLEAU N° 12 : Le personnel paramédical affecté à l'EHUO. Source EHUO.

6. Les missions de l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran (01^{ER} Novembre 1954)

L'établissement hospitalier et universitaire D'ORAN (E.H.U) est un instrument de mise en œuvre de la politique nationale de santé dans le domaine des soins de haut niveau et de la politique nationale de formation supérieure et de recherche médicale.

Dans ce cadre, l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) a notamment pour missions :

En matière de santé :

- D'assurer des activités de haut niveau dans les domaines du diagnostic, de l'exploration, des soins, de la prévention et de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé.
- D'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de la santé.
- De participer à l'élaboration de normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé.
- De contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.
- De développer toutes actions, méthodes, procédés et outils visant à
- promouvoir une gestion moderne et efficace de ses ressources humaines et matérielles.
- De développer, en son sein, des pôles d'excellence dans les domaines précités.

En matière de formation :

- D'assurer, en liaison avec les institutions de formation supérieur en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents.
- D'initier toutes actions de perfectionnement et de recyclage des personnels.

En matière de recherche :

- D'effectuer tous travaux de recherche en sciences de la santé et dans tous les domaines en rapport avec ses missions.

- D'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue
- De promouvoir les activités de soins, de formation supérieure et de recherche en sciences médicales.

L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est également chargé de participer en relation avec les autorités concernées à la mise en synergie des institutions de santé pour assurer la cohérence et la hiérarchisation des soins dans la zone sanitaire couverte.

Pour l'accomplissement de ses missions et le développement de ses activités l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) peut conclure tout marché convention contrat ou accord avec tout organisme public ou privé national ou étranger.

Le projet d'établissement fixe les objectifs généraux annuels et pluriannuels et les stratégies de développement de ses activités, notamment dans les domaines des soins, de formation supérieure, de la recherche, de la démarche sociale, de la communication interne et externe et de la gestion du système d'information.

Le projet qualité fixe la politique de l'établissement en matière de qualité totale et de soins en particulier.

L'EHU conclut des contrats d'objectifs avec les autorités sanitaires et de formation supérieure.

7. Démarche de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et évaluative qui porte sur la qualité de la gestion des Déchets hospitaliers au sein de l'EHU d'ORAN.

- Pour cela on a opté pour une démarche sur plusieurs étapes qui sont les suivantes :
Collecte des données relatives au fonctionnement de l'EHU d'ORAN et celles relatives aux déchets hospitaliers (DASRI-DAS -DAOM).
- Description du système de gestion et du comportement du personnel vis-à-vis des déchets liés aux activités de soins : tri, collecte ; traitement et élimination.
- Quantification, caractérisation des déchets liés aux activités de soins.
- Hygiène, sécurité et prévention du personnel tous grades confondus.

8. Les difficultés de la recherche :

Dans notre recherche nous avons rencontré plusieurs contraintes, nous citons :

- Un manque de documentations dans le domaine de la gestion des déchets hospitaliers.
- Le refus par quelques services de santé pour répondre à nos questions comme le service de gestion de la pharmacie centrale de l'EHU d'ORAN, et le service d'administration département moyens généraux pour nous donner des informations concernant la gestion et la maintenance de leur incinérateur et les procédures de l'élimination finale des déchets hospitaliers au niveau de CET.
- Un refus d'encadrement par les hôpitaux (l'hôpital militaire Dr AHMED Amir et l'hôpital de la sûreté nationale) et quelques cliniques privées pour faire des comparaisons entre la gestion des déchets dans les structures de santé privées et civil.
- Un refus par l'entreprise qui gère l'incinérateur de l'EHU d'ORAN 1er Novembre 1954 pour savoir l'estimation de coût de l'incinération des déchets de soins à risques infectieux.

Section deux : le fonctionnement du système de gestion des déchets hospitaliers dans la structures de sante ciblée.

1. La gestion des déchets hospitaliers

1.1 Source de production des déchets solides hospitaliers selon les risques :

La source de production des déchets de soins de notre étude c'est l'établissement hospitalier universitaire 01^{er} novembre 1954 situé à USTO de la wilaya d'Oran.

Les différentes sources des déchets au niveau de l'EHU d'ORAN sont schématisées comme suit:

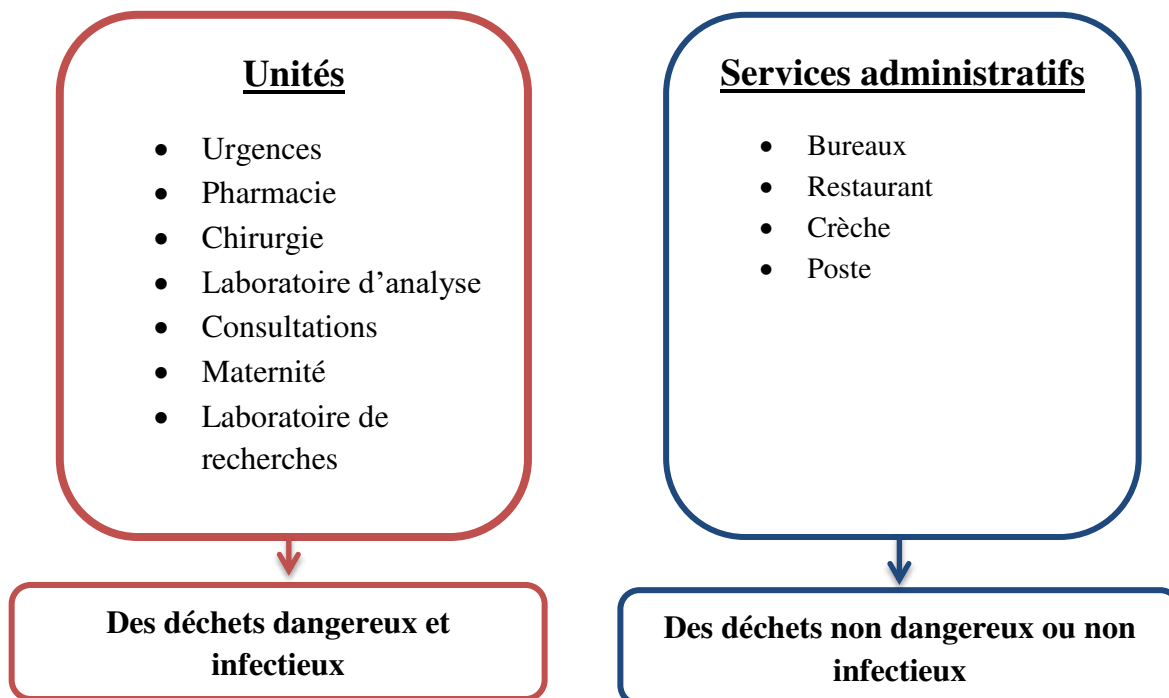


Figure N°08: Le cheminement des déchets hospitaliers

1.2 Nature des déchets hospitaliers produits dans l'EHUO

Les déchets médicaux produits dans ces structures de santé sont de deux ordres :

- Les déchets d'activités de soins contaminés et dangereux appellent aussi les déchets d'activités de soins à risque infectieux : ils représentent environ de 15% de la production.
- Les déchets non contaminés appellent aussi les déchets assimilés aux déchets ménagers: ils ne présentent pas de risque pour la santé et de l'environnement, et peuvent, à ce titre, être éliminés par la filière des déchets ménagers (la décharge publique). Ils constituent environ 85% de la production.

1.2.1 Déchets d'activités de soins contaminés et dangereux ou les déchets d'activités de soins à risque infectieux :

Ces déchets se présentent sous forme solide ou liquide.

- *Déchets contaminés et dangereux solides* comprennent :

- Les pièces anatomiques (chirurgicales ou obstétricales) :
 - Amputations
 - Placentas
 - Déchets de la petite chirurgie
- Les pansements et orthopédie :
 - Pansements
 - Matériel de petite chirurgie
 - Protection individuelle comme masque et gants
 - Plâtres
 - Champs
 - Matériel de drainage, de sondage, d'injection
 - Poches de recueil d'urines ou de liquides d'irrigation de plaies
 - Poches de sang
- Objets tranchants et piquants :
 - Aiguilles et bistouris
 - Rasoirs
 - Seringues
- Déchets chimiques et pharmaceutiques non utilisés ou périmés
- Déchets génotoxiques
- Déchets radioactifs (médecine nucléaire, radio-immunologie)
- Clichés radiologiques
- Produits à forte teneur en métaux lourds
 - Thermomètres à mercure
 - Piles : alcalines, au lithium et au mercure
- Restes des repas des malades hospitalisés
- Détritus et résidus de nettoyage des chambres
- Déchets des laboratoires :
 - Milieux de culture
 - Matériels d'analyse
 - Réactifs

- Déchets contaminés et dangereux liquides

- Les milieux biologiques:
 - Sang
 - Urine
 - Liquide céphalo-rachidien
 - Ascite
 - Divers liquides de ponction
- Bains de développement des clichés
- Les eaux usées provenant essentiellement de certains services ou locaux notamment:
 - Les toilettes
 - La cuisine
 - La buanderie
 - La morgue
 - Les services de soins
 - Les laboratoires
 - Les salles de traitement radiologiques

1.2.2 Déchets non contaminés

Ces déchets sont assimilables aux déchets ordinaires et ménagers (DOM).

Il s'agit des déchets de :

- Restauration (épluchures de légumes, déchets de boucherie, emballages et repas non servis)
- Hébergement : résidus de nettoyage des locaux administratifs et services généraux
- Documents administratifs non utiles
- Matériels et équipements périmés
- Ferrailles et gravats
- Chiffons
- Déchets de jardins
- Huiles et graisses usées

La quantité des déchets produits varie avec la taille de l'établissement et sa fréquentation, la nature des services cliniques disponibles et la politique en matière d'utilisation d'objets à usage unique.

Près de 20 % des déchets solides produits par les services de santé rentrent dans la catégorie des déchets hospitaliers dangereux et requièrent une manipulation spéciale.

Ils peuvent être classés dans les catégories suivantes :

- **Déchets tranchants** tels que les aiguilles, les seringues, les lames de scalpel, les rasoirs, le matériel de perfusion, les débris de verre contaminés, les flacons de sang et d'autres objets similaires.
- **Déchets infectieux** notamment : le sang et les produits sanguins, les objets contaminés par le sang, le sérum ou le plasma, les cultures et les souches d'agents infectieux provenant des laboratoires d'analyses et de recherche et les objets contaminés par ces agents, les déchets d'isolement des malades hautement contagieux (y compris leurs restes de nourriture), les vaccins inactivés ou atténués rejetés ; ainsi que les déchets, la literie et d'autres objets contaminés par les agents pathogènes de l'homme.
- **Déchets pathologiques** notamment : les tissus et organes humains, les parties du corps, les fœtus et autres déchets similaires résultant des actes chirurgicaux, des examens de biopsie et d'autopsie, des cadavres, organes ou tissus d'animaux infectés par les agents pathogènes de l'homme.
- **Déchets chimiques** notamment : les produits chimiques solides, liquides ou gazeux tels que les solvants, les réactifs, les révélateurs, l'oxyde d'éthylène et d'autres produits chimiques susceptibles d'être toxiques, corrosifs, inflammables, explosifs ou cancérogènes. Les métaux lourds et les mécanismes contenant des métaux lourds.
- **Déchets chimiques non dangereux** notamment : les saccharides, les aminoacides, certains sels organiques et inorganiques, etc., pouvant être versés dans les égouts ou être mélangés aux déchets dangereux.
- **Déchets pharmaceutiques** notamment : les médicaments périmés de toutes sortes, les restes des produits utilisés en chimiothérapie qui sont susceptibles d'être cytotoxiques, génotoxiques, mutagènes, tératogènes ou cancérogènes.
- **Déchets radioactifs** notamment, tous les déchets solides, liquides ou pathologiques contaminés par des radio-isotopes de tout genre.
- **Gaz sous pression** tels que les bombes aérosols qui peuvent exploser sous l'effet de la chaleur (de tels déchets ne doivent pas être brûlés).

Ces catégories sont fournies à titre indicatif et ne sont donc pas exhaustives et spécifiques à toutes les situations rencontrées dans les structures de santé.

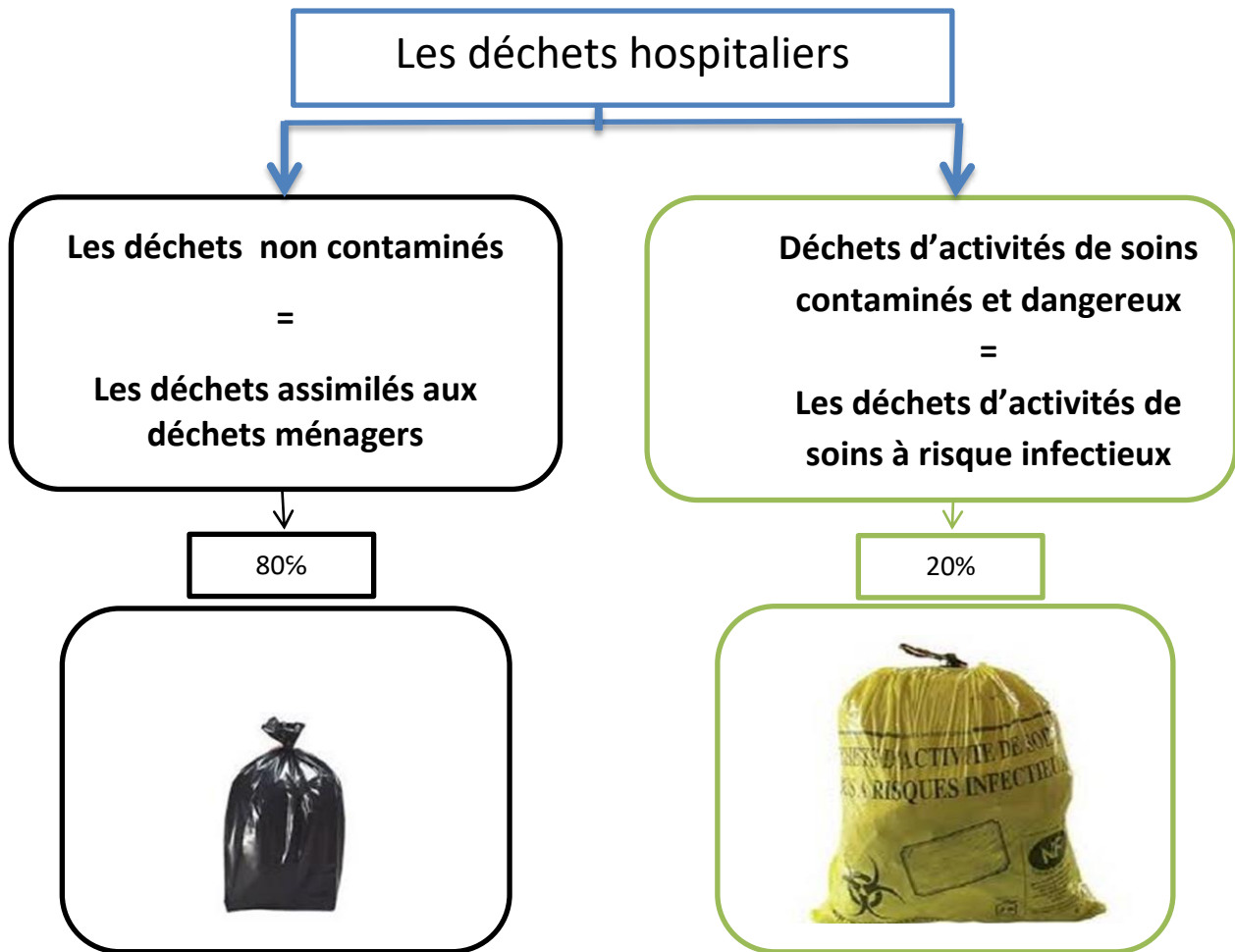


Figure N° 09: Nature des déchets hospitaliers DASRI et DAOM par pourcentage.

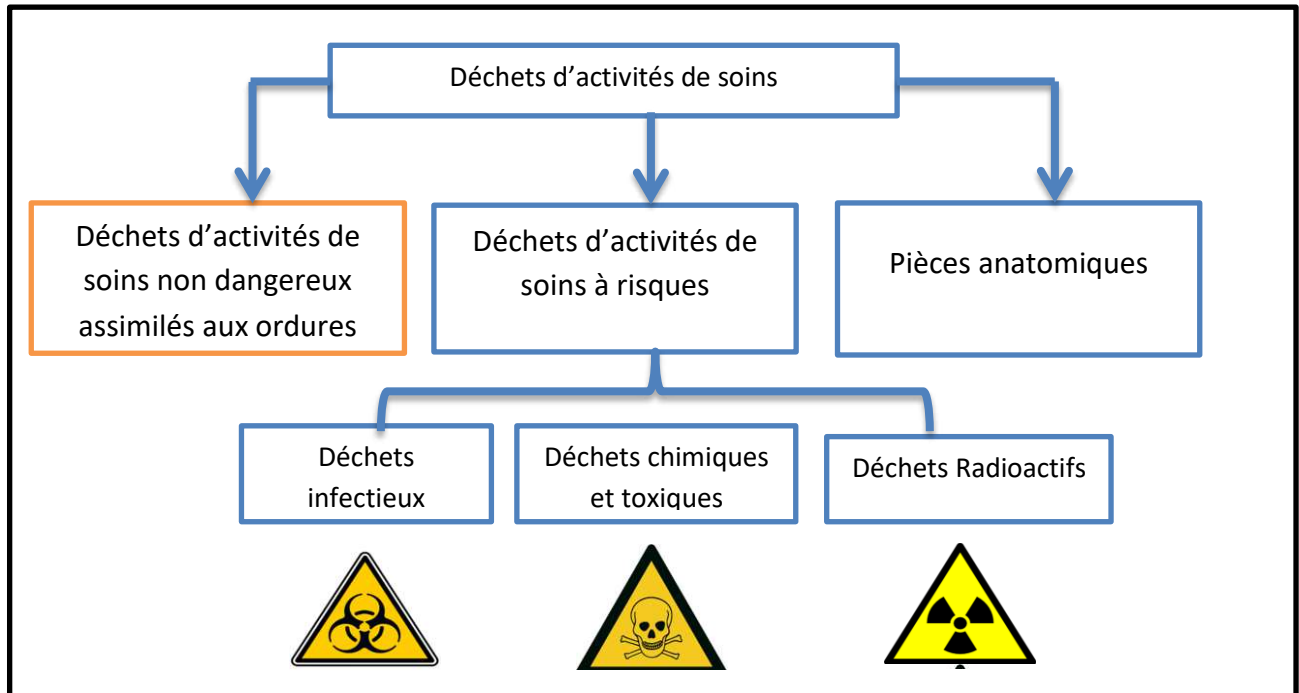


Figure N° 10: Les types des déchets hospitaliers.

2. L'objectif de la gestion des déchets hospitaliers :

Une gestion sécurisée des déchets hospitaliers signifie que :

- Garantir la sécurité sanitaire liée à la gestion des déchets.
- Respecter vos règles d'hygiène et de sécurité.
- Obtenir/maintenir la certification HAS dans une démarche de développement durable.
- Mettre en place/améliorer Les procédures pour trier les déchets.
- Optimiser les filières de valorisation, de recyclage et d'élimination de vos déchets.
- Mettre en place/améliorer les procédures d'entretien du réseau d'assainissement.
- Garantir la propreté et l'hygiène des locaux.
- Assurer la maîtrise budgétaire de la gestion de vos déchets.

3. Définitions des concepts :

➤ Hygiène hospitalière :

L'hygiène à l'hôpital est une notion extrêmement importante. Elle englobe, en tant que discipline médicale, un grand nombre de concepts :

- la lutte contre les infections nosocomiales,
- l'antisepsie,
- la stérilisation.

Définition : au sens strict, l'hygiène hospitalière a pour objet la prévention des infections hospitalières, dites nosocomiales (IN) causées par des agents microbiens, appelés également micro-organismes.

Ces micro-organismes peuvent être des bactéries, des virus, des champignons, des parasites ou des agents transmissibles non conventionnels (ATNC).⁶⁸

Au sens large, outre la prévention des infections, l'hygiène hospitalière a pour objet la préservation de toutes nuisances hospitalières, par exemple, la prévention du bruit, des accidents du travail, des risques causés par les radiations, des risques causés par les agents cytotoxiques (chimiothérapies anticancéreuses), etc....

➤ Infections nosocomiales

Appelées aussi *infections afférentes* aux soins, les infections nosocomiales sont des infections qui sont contractées dans un établissement de soins. Une infection nosocomiale lorsqu'elle était absente au moment de l'admission du patient. Lorsque l'état infectieux du patient à l'admission est inconnu, l'infection est classiquement considérée comme nosocomiale si elle apparaît après un délai de 48 heures d'hospitalisation. Ces infections peuvent être directement liées aux soins ou simplement survenir lors de l'hospitalisation, indépendamment de tout acte médical⁶⁹.

4. Le service d'hygiène hospitalière et bio-nettoyage au niveau de l'EHU d'ORAN :

Avec tous les programmes réalisés par plusieurs équipes éminemment compétentes dans différentes structures hospitalières dans le monde, le combat contre les infections nosocomiales reste un problème, parce que la lutte contre les infections nosocomiales est une lutte incessante vu la capacité des germes à s'adapter et à développer aisément des résistances à l'antibiothérapie

Le service de l'hygiène et bio-nettoyage au niveau d'EHUO : c'est le premier service au niveau national, il a été créé au début de l'année 2014 après plusieurs recherches dans ce

⁶⁸ Infectiologie et hygiènes. Gestion des risques et soins infirmiers .Carole Siebert et Katy Le Neurès.Edition ELSEVIER MASSON2010.P44

⁶⁹ Ibid.

domaine, l'unité de suivi des déchets hospitaliers a commencé réellement au mois du Mars 2016.

4.1 Objectif du service hygiène hospitalières :

- Sécuriser le patient et tout le personnel.
- Lutte continue et incessante contre les infections nosocomiales.
- Rendre toutes les structures existantes en matière d'hygiène de plus en plus performantes

4.2 L'action de l'unité de l'hygiène hospitalière :

L'action de l'unité de l'hygiène hospitalière : a pour mission principale de diminuer les infections nosocomiales, en palliant les défaillances dans l'organisation des soins ; à savoir :

- Hygiène des mains défectueuses.
- Désinfection insuffisante.
- Asepsie insuffisante.
- Stérilisation inefficace.
- Antibiothérapie aveugle.
- Acheminement des déchets anarchique et non conforme à la réglementation.

Ces défaillances de ce type peuvent-être lourdes de conséquences.

4.3 Description des méthodes et protocoles de l'hygiène hospitalière :

L'organisation de l'unité de l'hygiène hospitalière est basée par rapport aux méthodes et techniques des différentes missions qui lui sont confiées.

Les missions de l'unité de l'hygiène hospitalière sont :

1. Hygiène des surfaces et stérilité (bio nettoyage) : communes non exposées, exposées.
2. Hygiène alimentaire.
3. Suivi des déchets.

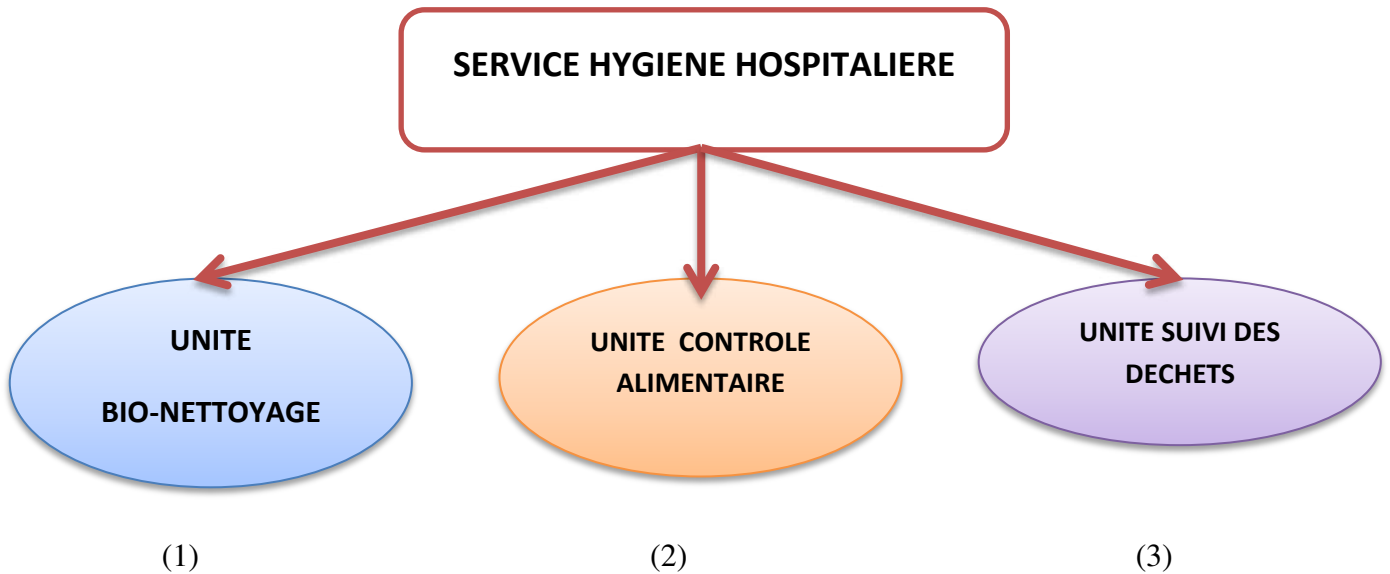


Figure n°11 : L'organisation de l'unité d'hygiène hospitalière.

4.3.1 Hygiène des surfaces communes :

a. Surfaces non exposées : Elle se fait par technique de nettoyage type nettoyage des immeubles.

- Définition : Le nettoyage sert à éliminer les salissures et la maintenance préventive des revêtements et des bâtiments selon des procédés mécaniques et/ou chimique.

-Objectifs : Le nettoyage a pour objectif la propreté, le bien-être et confort visuel.

Elle comporte deux actions définies :

➤ 1^{ère} Action : Le dépoussiérage permet de supprimer les salissures non adhérentes par :

- Balayage humide pour les sols.
- Essuyage humide.

➤ 2^{ème} Action : Le dégrassage permet de supprimer les salissures adhérentes (lavage des sols et plafonds), par lavage avec un détergent ou un détergent désinfectant si nécessaire.

Le lavage comprend 3 étapes et qui sont :

- Application du produit.
- Temps du contact.
- Récupération des salissures diluées dans l'eau.

b. L'hygiène de contact : ou bio nettoyage.

b.1 *Définition* : Le bio nettoyage est un nettoyage qui vise à diminuer la quantité des microorganismes présents sur les surfaces.

Le bio nettoyage est obligatoire dans les zones à risques où les personnes et produits sont sensibles à la présence des microorganismes.

b.2 *Objectifs* : Propreté et désinfection.

La diminution du risque infectieux par le bio nettoyage, nécessite l'association de deux produits, un détergent et un désinfectant utilisés en une seule opération. Elle peut se faire en un seul temps avec un produit qui associe détergent et désinfectant (dD), dans ce cas l'action du détergent est très légèrement diminuée. Il existe des produits détergents, détartrant et désinfectant, qui actionnent les trois fonctions simultanément.

Un bio nettoyage correctement réalisé est dépendant du suivi minutieux des critères à respecter.

b.3 Les critères à respecter : sont :

- L'organisation et l'économie :
 - Suivre le protocole du bio nettoyage.
 - Du plus propre au plus sale.
 - Du plus haut au plus bas.
- L'hygiène :
 - Lavage des mains avant et après pour diminuer la transmission des infections manu portées.
 - Tenue professionnelle obligatoire.
 - Port de gants spécifiques (lavés après chaque utilisation), ou à usages uniques.
 - Matériel utilisé propre et désinfecté.
 - Lavette à usage unique ou des chiffons lavés à 90°C, avec une lessive désinfectante. Port de masque et lunette de protection si nécessaire.

- Sécurité : Formation professionnelle est nécessaire.
- Economie : La préparation des produits, se fait par rapport à la chambre à nettoyer.

Ne garder la préparation que 24h maximum.

- Communication : La communication est indispensable entre les responsables et les utilisateurs.
- Qualité de service : La qualité de service est évaluée par un contrôle :
 - Visuel.
 - Microscopique par un prélèvement sur un milieu de culture 20 à 45 min après le bio nettoyage.

Application par types de localisations

	Risque 1 Risque minimum	Risque 2 Risque moyen	Risque 3 Risque sévère	Risque 4 Très haut risque
B Localisation	-Halles -Bureaux -Service administratif -Circulation -Salle d'attente	-Consultation externe -Salle de soins -Unité d'hébergement -Urgence -Soins intensifs	-Réanimation -Laboratoire -Service de chirurgie -Radiologie -Exploration fonctionnelle -Hématologie -Hémodialyse -Stérilisation centrale	-Néonatalogie -Bloc opératoire -Service de greffes -Service des brûlés -Immunodéprimés -Chimiothérapie -Endoscopie
Fréquence de nettoyage	Nettoyage occasionnelle	Bio nettoyage quotidien	Bio nettoyage pluri quotidien	Bio nettoyage pluri quotidien
Solutions	Détergent + Désinfection	Détergent + Désinfectant	Détergent+ Désinfectant Désinfection aérienne (si nécessaire)	Détergent+ GGGFCW Désinfectant +Désinfection aérienne

Tableau N°13 : le nettoyage des surfaces selon le degré de risques de transmission des infections.

Une série de fiches de suivi de la traçabilité du bio nettoyage est obligatoire ; ces fiches doivent-êtr e dûment remplies pour garantir la qualité du service effectué.

Le choix des procédures est dépendant du type de localisation par rapport au taux de salissure constatée.

Il est impératif de suivre les étapes de nettoyage, en respectant les recommandations des critères.

b.4 Les étapes du bio nettoyage :

- A. Tenue des Agents de Nettoyages (Tunique propre -00 bijoux - ongles courts sans vernis- chaussures réservées au travail, fermées devant et derrière pour la sécurité - cheveux longs attachés -port de gants jetables - hygiène des mains avant et après le port des gants.).
- B. Préparation du chariot (le chariot doit comporter Sceau, bandeaux comportant deux couleurs différentes distinct l'une pour les chambres : couleur bleu et l'autre pour les cabinets de toilettes : couleur rouge- Balai télescopique - Racloir - Tiroir de rangement...
- C. Préparation des produits (Détergent neutre : se référer à la dilution préconisée par le fabricant- détergent + désinfectant (dD): se référer à la dilution préconisée par la fabricant- désinfectant : eau de javel à dilution de 1Berlingot+750ml d'eau froide- Méthode de pré imprégnation : se référer à la dilution préconisée par le fabricant.
- D. Séquences d'entretien adaptées.
- E. Dépoussiérage humide.
- F. Nettoyage des sols.
- G. Nettoyage approfondi si nécessaire.



Figure N° 12 : Le matériel de nettoyage (chariot).



Figure N° 13 : Appareils de désinfection

FICHE D'ÉVALUATION DES AGENTS DE NETTOYAGE

Date :

Heure :

Lieu :

Chambre n° :

Parties communes : oui non Résidant en isolement oui non

RESPECT DES CRITERES	OUI	NON
L'agent à la tenue conforme à la séquence d'entretien Un seul élément absent, la réponse est non		
Le chariot est correctement préparé conforme à la séquence d'entretien. Un seul élément absent, la réponse est non.		
Les produits sont correctement dilués conforme à la séquence d'entretien. Un seul élément absent la réponse est non.		
L'agent respecte les procédures, conforme à la séquence d'entretien. Un seul élément absent la réponse est non.		
L'agent effectue la traçabilité.		

4.3.2 Hygiène alimentaire :

4.3.2.1. Définition :

L'hygiène alimentaire a pour but une alimentation saine, qui doit répondre aux besoins de l'organisme sans engendrer de problème de santé ; en maîtrisant les dangers et qui sont :

- Dangers biologiques.
- Dangers physiques.
- Dangers chimiques.

Pour cela, il est impératif de garantir la sécurité des aliments à toutes les étapes de la chaîne alimentaire de la réception à la distribution.

4.3.2.2. Objectifs :

L'objectif est l'établissement d'une organisation, qui se veut avant tout pratique en facilitant les connaissances et l'application des règles de l'hygiène alimentaire en restauration.

Les bonnes pratiques d'hygiène sont indispensables et obligatoires, afin de garantir une sécurité sanitaire.

4.3.3 Suivi des déchets

L'unité de suivi des déchets hospitaliers avait commencé réellement le mois de mars 2016, après une installation d'une politique de gestion des déchets hospitaliers au niveau de ce service d'hygiène hospitalière et bio-nettoyage, et après des recherches et des études dans ce domaine pour la protection du patient et tout le personnel de l'EHUO contre les maladies nosocomiales.

4.3.3.1 Le circuit d'élimination des déchets hospitaliers :

C'est l'ensemble des étapes par lesquelles doivent acheminer les déchets à l'intérieur puis à l'extérieur de l'hôpital.

Ces déchets peuvent suivre des circuits différents selon leur nature. Néanmoins, il est possible de définir un parcours type qui convient pour décrire le plus grand nombre de catégories de déchets et, en premier lieu, les deux principales catégories de déchets en volume : les DAOM et DASRI dans les établissements de santé.

La description de ce parcours type est utile pour préciser le vocabulaire utilisé dans ce travail.

Six étapes peuvent être distinguées dans le parcours type d'un déchet au sein de l'EHUO :

- a. La production du déchet
- b. Le tri.
- c. Le conditionnement
- d. Le stockage
- e. Le transport.
- f. L'élimination finale ou le traitement

a. La production du déchet:

Les déchets de toute sorte sont produits dans les services de soins ou d'exploitation (ordures ménagères, déchets d'activités de soins à risque infectieux.....)

Il peut s'agir des restes d'aliments de malades, de papier, de matériaux d'emballage de toute sorte, de compresses, gants, seringues, poches de sang, matériel de perfusion (tubulure, flacon..., de lames de bistouri ou d'aiguilles.....

- L'estimation du poids des déchets hospitaliers produits par l'EHU :

Chaque jour, l'hôpital EHUO génère des quantités importantes des déchets de différentes natures

- Les déchets assimilés aux ordures ménagères (DAOM)
 - Déchets d'activités de soins à risques infectieux DASRI
- L'estimation de la production annuelle des DASRI de l'EHU d'ORAN est **1523640** litres / an 2016, cela traduit que la production réelle annuelle par kilogramme est **267460** kg/an en 2017 et peut atteindre **300000** kg
- L'estimation de la production annuelle des déchets assimilés aux ordures ménagères est plus de 10 millions de kg par an.

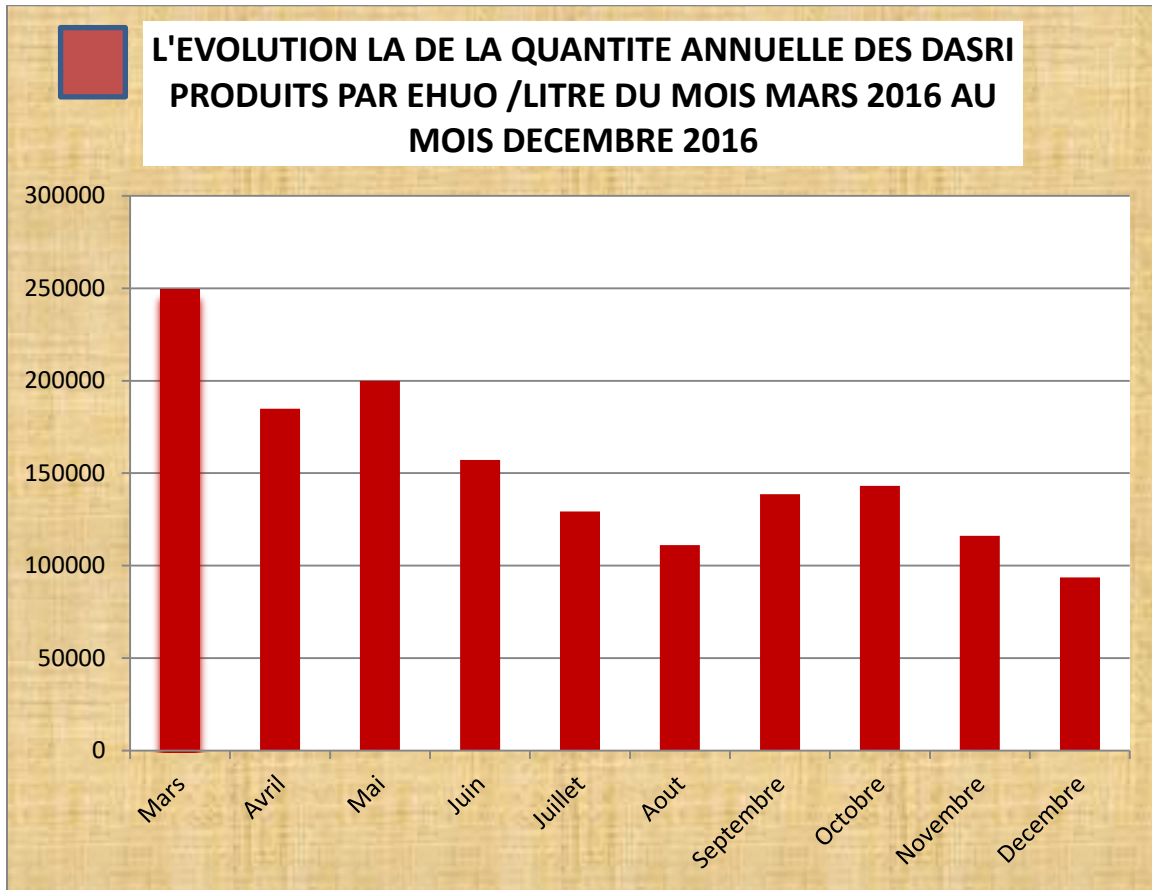
Les données de la quantité de la production des déchets sont exprimées en litre dans l'établissement EHU 1^{er} novembre 1954 d'ORAN.



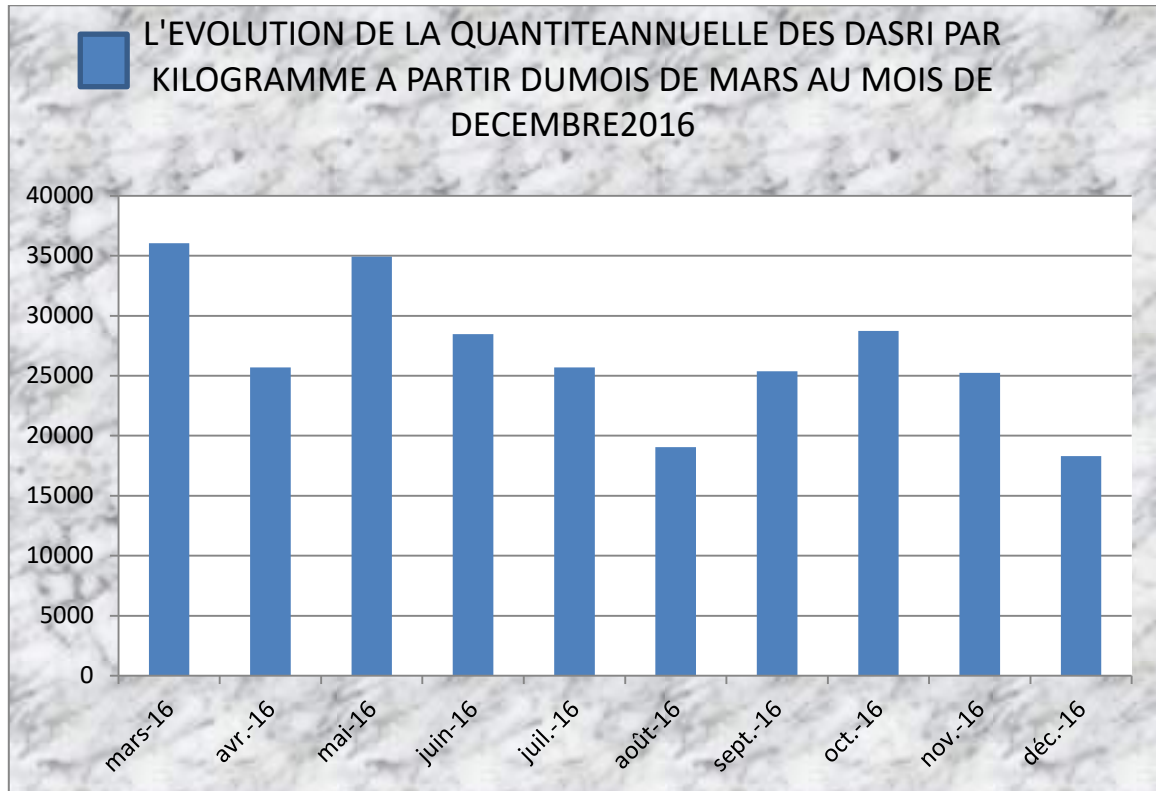
Figure N°14 : Bac pour DASRI de 660 litres.



Figure N°15 : Bac pour Les Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères (DAOM) de 660litres



Graphe N° 02 : La Quantité des déchets DASRI collectée PAR L'EHU d'ORAN



Graphe N°03: La quantité annuelle des déchets par kilogramme après qu'elle soit pesée dans le centre d'incinération C.E.T de HASSI Bounif de l'année 2016. Source EHU.

L'EHU d'ORAN produit une quantité importante des déchets d'activités de soins, cette quantité varie chaque jour, chaque mois et chaque année, elle est exprimée en litre dans l'EHU d'ORAN et elle est pesée au centre d'enfouissement technique (CET) de Hassi Bounif de la wilaya d'Oran par kilogramme.

On peut exprimer la variation de la quantité produites des déchets hospitaliers par :

- Le taux d'occupation des lits par les patients : c'est-à-dire le nombre de lits occupés par jour surtout dans les services de maternité, les urgences, la chirurgie et la réanimation qui génèrent une grande quantité.
- La quantité importante de déchets générés par les laboratoires de recherche, salle de soins ambulatoires.
- Le personnel qui travaille à l'hôpital produit une quantité importante de déchets (restaurant du personnel) indépendant des activités de soins.

- Les déchets provenant des services d'entretien, des travaux de transformation, les appareils jetés parce qu'ils sont obsolètes ou hors usages : tous ces déchets ne dépendent pas directement du nombre de lits.

b.1 Personnels Exposés pour le tri des déchets hospitaliers :

- Personnel médical, paramédical et les agents de service.
- Patients hospitalisés ou vus en consultation.
- Familles, accompagnateurs et visiteurs.

Instruction : De préférence de désigner un infirmier (IDE) formé en hygiène hospitalière référent chargé de la filière déchets.⁷⁰

- l'organisation et la sécurisation de la filière des déchets d'activité de soins qui doit répondre à deux 02 exigences (respect des réglementations avec traçabilité, Information et formation) ainsi qu'aux cinq étapes incontournables (Tri, conditionnement, entreposage, transport, destruction).

b. Le tri des déchets :

b.1 Définition Le tri :

- Le tri est la première tâche dans le processus de gestion des déchets.
- C'est une étape capitale dans le processus d'élimination des déchets.

Le tri commence dès la réalisation d'un soin au niveau des structures de santé (unités de soins). La qualité et la sélectivité de tri permettent d'éviter que les déchets à risque ne se mélangent avec ceux assimilables aux ordures ménagères. Selon des prescriptions relatives au traitement et à l'élimination des déchets d'activités de soins de l'article n°13⁷¹

Afin de garantir votre sécurité et respecter les règles d'hygiène, il convient d'éliminer chaque type de déchet par la filière appropriée.

⁷⁵INSTRUCTION N° 001 MSPRH/MIN DU 04 AOUT 2008 RELATIVE A LA GESTION DE LA FILIERE D'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS.

⁷¹Décret exécutif N° 03-478 du 09 décembre 2003 définissant les modalités de gestion des déchets d'activités de soins.

Il est essentiel d'éliminer, en particulier les objets piquants et tranchants dans les conteneurs rigides. L'utilisation de bouteilles en plastique peut être une solution de fortune en l'absence de récipients adaptés à cet effet. Les déchets mous doivent être mis dans des sacs-poubelles en plastique.⁷²

b.2 Le tri à la source

Acte consistant à jeter le déchet produit dans un contenant approprié (corbeille papier, poubelle avec sac souple jaune, conteneur rigide ...) immédiatement sur le lieu de production du déchet.

b.3 L'objectif du tri:

- Assurer la sécurité de personnels hospitaliers (personnels paramédicaux « infirmière » – médicaux « médecin », pharmacien, personnels de laboratoire, agents de la collecte).
- Respecter la réglementation, les normes et les règles d'hygiène.
- Réduire les coûts liés à l'élimination des déchets, le coût du traitement des DASRI étant nettement plus élevé que celui des déchets assimilables aux ordures ménagères.
- Assurer la sécurité de la communauté.
- Le tri à la source est une étape déterminante qui conditionne les étapes successives de collecte, de stockage et d'élimination des déchets.
- Seul le producteur de déchets est à même de réaliser le tri correctement dès la production du déchet et ceci du fait de sa connaissance du type de soin qu'il a réalisé et du patient qu'il a traité.
- Contrôler l'incidence économique de l'élimination des DASRI.

b.4 L'organisation du tri :

Le tri à différencier les déchets à la source, le plus près possible de l'acte ou de l'activité. On distingue les déchets d'activités de soins assimilables aux déchets d'activités de soins à risques. Ces derniers comportent plusieurs catégories qui correspondent plusieurs catégories à des filières d'élimination distinctes :

⁷² Décret exécutif n° 03-378 du 09 décembre 2003, définissant les modalités de gestion de déchets d'activités de soins .JORA N° 78 du 14 décembre 2003.

- Déchets d'activités de soins assimilables aux ordures ménagères(DAOM). Leur traitement est peu onéreux, car leur prise en charge est assurée par les services municipaux.
- Déchets d'activités de soins à risques infectieux(DASRI). Leur traitement est six fois plus onéreux que l'élimination des (DAOM).
- Déchets d'activités de soins à risques chimiques et toxiques (D.R.C.T).
- Déchets d'activités de soins à risques radioactives (D.S.R.R)
- Les pièces anatomiques (P.A)

Il convient donc de veiller au respect de la filière d'élimination pour protéger les patients, le personnel soignant, les équipes chargées de la collecte et de l'élimination des déchets et l'environnement.

Le tri des déchets dans les unités est facilité par la mise en place de supports spécifiques (voir figure S.1) sur lesquels on place des sacs de couleur différente en fonction de la nature des déchets. Ainsi, il existe des sacs spécifiques, généralement jaune pour les DASRI (voir figure S.2) et les sacs noirs pour les DAOM (voir figure S3), de collecteur rigide pour les objets piquants et tranchants et pour les DASRI on peut utiliser des fûts, notamment lors de la réalisation de soins au patient en isolement.(voir figure F.1).



Figure S.1



FigureS.2



Figure S.3



Figure F.1

b.5 Les critères de la réussite d'un tri

La mise en place d'un tri efficace fiable et durable dans le temps doit répondre à cinq critères :

- **Simplicité** : la typologie, simple et connue de tous, doit être sans contrainte inacceptable pour le personnel de soins.⁷³
- **Sécurité** : le tri doit garantir l'absence de déchets d'activités de soins à risque infectieux dans les déchets ménagers et assimilés.
- **Cohérence** : avec la réglementation en vigueur, avec les différentes étapes de la filière d'élimination et les contraintes de l'organisation de soins et des locaux.
- **Stabilité dans le temps** : toute modification des critères de tri est une source d'erreur.
- **Suivi** : les conditions de tri doivent être évaluées périodiquement afin de garantir sa qualité.

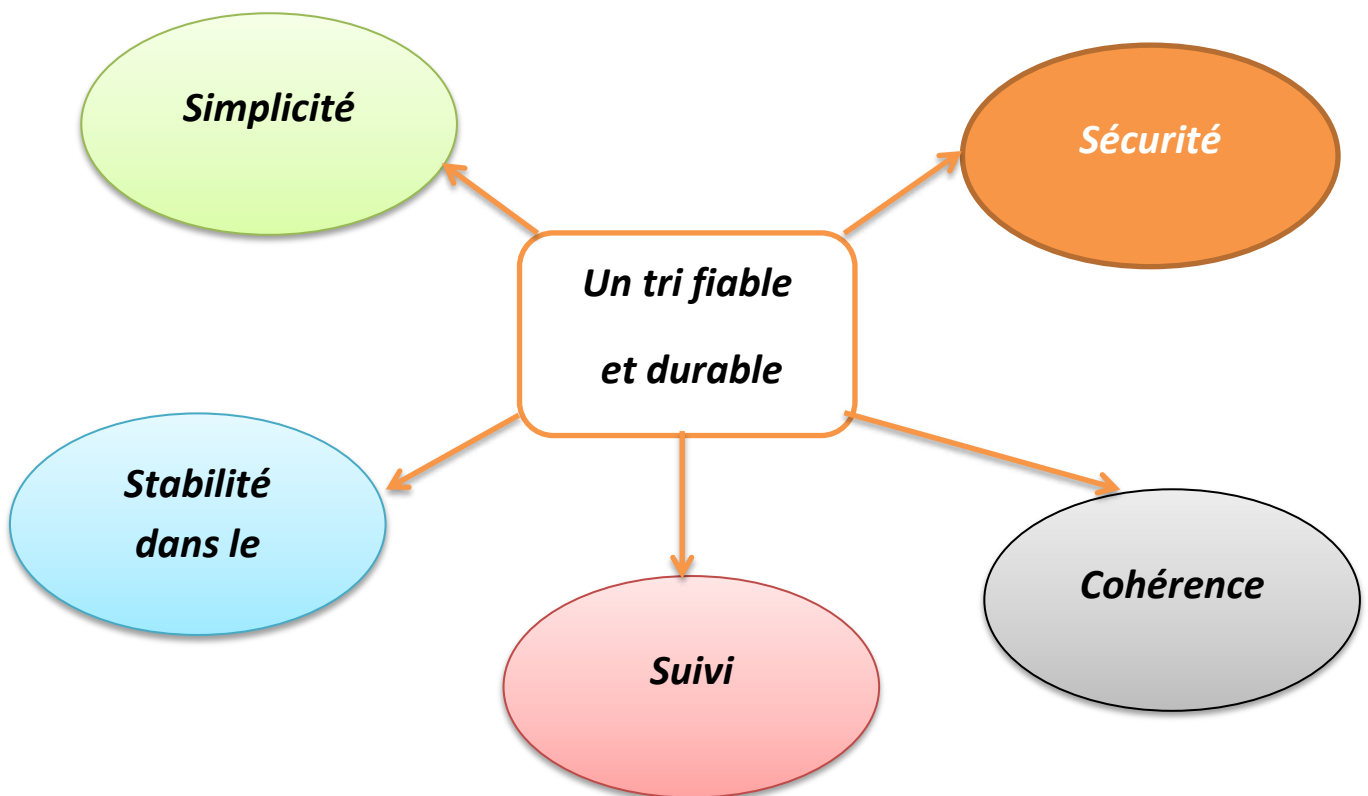


Figure N° 16: Les cinq critères d'un tri fiable et durable

⁷³ INSTRUCTION N° 001 MSPRH DU 04 AOUT 2008 RELATIVE A LA GESTION DE LA FILIERE D'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS.

c. Les conditionnements des déchets hospitaliers :

Les conditionnements constituant une barrière physique contre les déchets blessants et les micro-organismes pathogènes doivent être disponibles sans rupture d'approvisionnement dans l'unité productrice de déchets.

Ils doivent être adaptés au type de déchets produits, aux conditions de leur production, aux spécificités internes et externes de la filière d'élimination.

En conséquence, les établissements doivent mettre à la disposition des agents plusieurs types de conditionnements :

- Conditionnements pour déchets d'activités de soins à risques infectieux (sacs, cartons, fûts, boîtes pour déchets piquants coupants, ...)
- Conditionnements pour les autres déchets à risques.

C'est l'emballage des déchets suivi de l'étiquetage (Barrière physique contre les microorganismes pathogènes).

- Déchets solides médicaux et pharmaceutiques non dangereux, assimilables aux ordures ménagères, à collecter dans des sacs de couleur noire.
- Déchets piquants ou coupants, qui seront dans tous les cas considérés comme infectieux, à collecter, dès leur production, dans des collecteurs rigides et étanches de couleur rouge ou jaune.
- Les déchets infectieux non piquants ni coupants doivent être collectés dans des sacs étanches de couleur jaune.

c.1 Les objectifs :

- Prévenir la propagation accidentelle des germes potentiellement infectieux.
- Protéger le personnel responsable du transport des déchets, le personnel de soins, les patients et la communauté du risque infectieux.
- Respecter la réglementation.
- Les sacs de déchets ne doivent pas traîner par terre.

- Ils doivent être mis sur des supports qui doivent être adaptés :
 - au volume des sacs plastiques.

- à de bonnes garanties d'hygiène
- une manipulation ergonomique

Les déchets à éliminer systématiquement par la filière des déchets à risques infectieux en raison de leur nature

- Les matériels ou matériaux piquants ou coupants, dès leur utilisation, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique,
- Les flacons de produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption, les tubes de prélèvement de sang, les dispositifs de drainage. D'une manière plus générale, tout article de soins et tout objet souillé par (ou contenant) du sang ou un autre liquide biologique (liquide pleural, péritonéal, péricardique, amniotique, synovial,...),
- Les déchets anatomiques humains,
- Certains déchets de laboratoire (milieux de culture, prélèvements,...),
- Indépendamment de la notion de risques infectieux, tout petit matériel de soins fortement évocateur d'une activité de soins et pouvant avoir un impact psycho-émotionnel (seringue, tubulure, sonde, canule, drain, gant,...).

c.2 Le choix de conditionnement

La couleur de filière pour les catégories des D.A.S produits par les structures de sante Selon la réglementation du ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière algérienne⁷⁴ :

Les Déchets d'Activités de Soins (D.A.S) comprennent

- Les Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux (D.A.S.R.I) : **filière jaune.**
- Les Déchets et Pièces Anatomiques facilement identifiables : **filière verte.**
- Les Déchets à Risques Chimiques et Toxiques (D.R.C.T) : **filière rouge.**
- Les Déchets Radioactifs : **filière blanche.**
- Les Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères (D.A.O.M) **filière noire.**

⁷⁴ Instruction n° 001 MSPRH/MIN du 04 aout 2008 relative à la gestion de la filière d'élimination des déchets d'activités de soins.

c.3 La filière utilisé pour les catégories des déchets hospitaliers au niveau de EHU d'ORAN :

La couleur de filière utilisé pour les différentes catégories des déchets hospitaliers produits par l'EHUO 1^{ier} novembre 1954 d'ORAN :

Dans notre étude, nous avons distingué deux couleurs de filière pour les déchets hospitaliers produits par l'établissement comme suit :

- **La filière jaune** pour Les Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux (D.A.S.R.I) , les Déchets et Pièces Anatomiques facilement identifiables, les Déchets à Risques Chimiques et Toxiques (D.R.C.T) , les Déchets Radioactifs .
- **La filière noire** : Les Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères (D.A.O.M) filière noire.

Remarque 01 : pour les pièces anatomiques facilement identifiables, leur conditionnement se fait dans des boîtes métalliques et après dans trois sachets de la couleur jaune, c'est-à-dire la filière verte est remplacée par 03 sachets de la filière jaune.

Remarque 02 : pour la filière rouge et la filière verte, elles sont en cours d'installation dans l'établissement d'EHUO.

c.4 L'approvisionnement en moyens matériels :

Le choix du matériel à acquérir, se fait en concertation avec les surveillants médicaux et les responsables de la gestion des déchets de soins (collecteurs d'objets piquants et tranchants) sacs poubelles, grands collecteurs à roues et autres chariots de transport des déchets...), équipement de protection (gants, tabliers et blouses, combinaisons, chaussures de sécurité, bottes...)

c.5 Une gestion méticuleuse des déchets de soin est la condition indispensable pour écartier tout contact avec une matière ou un objet potentiellement dangereux.

La mise sous container ad'hoc constitue la barrière physique contre les risques des déchets blessants et de tous les agents pathogènes.

Elle permet de garantir la sécurité des personnes qui manipulent les déchets hospitaliers, et de prévenir notamment les accidents d'exposition au sang (AES).

En fonction de la nature du déchet (coupant, perforant, tranchant, mou, solide ou liquide), le professionnel de santé utilisera un conditionnement particulier (sacs en plastique, caisses en carton, fûts et jerricans, collecteurs et boîtes à aiguilles...), répondant aux normes AFNOR⁷⁵.

Reference des normes	Désignation du produit
NFX 30-500	Mini collecteurs et boîtes pour déchets perforants
NFX 30-501	Sacs plastiques pour déchets mous à risques infectieux
NFX 30-505	Fûts et jerricans plastique
NFX 30-506	Fûts et jerricans plastique pour déchets liquides
NFX 30-507	Caisses en carton avec sac intérieur

TYPE DE DECHETS	EMBALLAGES	Norme AFNOR
Déchets liquides	Fûts et jerricans pour liquides 	NF X 30-506
Déchets piquants, coupants, tranchants	Boîtes à aiguilles et mini-collecteurs 	NF X 30-500
	Fûts et jerricans plastique 	NF X 30-505
Déchets mous	Caisses carton avec sac en plastique (emballages combinés) 	NF X 30-507 (projet)
	Sacs plastiques 	NF X 30-501

Tableau N°14: Emballage pour chaque type de déchets selon les normes AFNOR.

L'hôpital EHUO a dépensé une somme importante en l'année 2016 pour l'achat des moyens et matériels pour le tri et conditionnement des déchets d'activités à risque infectieux.

⁷⁵ AFNOR signifie Association Française de Normalisation. Créée en 1929, l'Association française de normalisation est l'organisation officielle en charge des normes en France. Depuis 2004 et sa fusion avec l'Agence française pour l'amélioration et le management de la qualité (AFAQ), elle est rattachée au groupe AFNOR qui agit dans les domaines de la normalisation, la certification, l'édition spécialisée et la formation.

Le tableau suivant présente les dépenses effectuées pour l'achat des conteneurs et des sacs en plastiques pour les DASRI.

Désignation	Quantité	Prix unitaire hors taxe	Montant hors taxe	Montant en TTC
Conteneur ou boîte PCT 22Litres	1070	1150.00 da	1230500.00 da	1439685.00 da
Conteneur ou boîte PCT 10litres	2260	560.00 da	1265600.00 da	1480752.00 da
Conteneur ou boîte PCT 05 litres	2060	500.00 da	1030000.00 da	1205100.00 da
Conteneur ou boîte PCT 03litres	2927	370.00 da	1082990.00 da	1267098,30 da
Conteneur ou boîte PCT 1.8 litres	1991	230.00 da	457930.00 da	535778,10 da
carton placenta 50L	18049	460.00 da	8302540.00 da	9713971,80 da
sac DASRI 50L	16610	35.00 da	581350.00 da	680179,50 da
Total de la dépense effectuée				16322564,70 da

Tableau N° 15: la dépense effectuée pour l'approvisionnement des moyens et matériels pour le tri des DASRI. Source service de stérilisation de l'EHU d'ORAN 1^{er} Novembre 1954.

c.6 Les caractéristiques des emballages des DASRI:

Les emballages et conditionnements pour DASRI présentent des caractéristiques communes :

- Dispositifs ou les emballages à usage unique.
- Munis de fermetures temporaires et définitives.
- Couleur jaune dominante.
- Présence d'un trait indiquant la limite de remplissage, et il faut le respecter.
- Marquage du risque identifié: clairement identifiés par une mention explicite (exemple : déchets d'activités de soins à risques infectieux), le pictogramme du danger biologique et/ou un code couleur afin de pouvoir aisément l'identifier.



Le signe pour les risques infectieux

- L'identification du nom de l'établissement producteur doit être mentionné sur l'emballage.
- Emballages répondants aux exigences normalisées imposées réglementairement.

c.7 Les critères et précautions de conditionnement des DASRI.

Le choix du conditionnement approprié se fera selon les critères suivants :

- Collecteurs adaptés à la taille des déchets à éliminer.
- Collecteurs adaptés à la typologie des déchets produits.

Certaines précautions de remplissage et d'utilisations sont à prendre en compte :

- Ne pas dépasser la limite de remplissage.
- Ne jamais forcer l'introduction des déchets.
- Porter une attention particulière lors du remplissage et de la manipulation des collecteurs.
- Ne jamais compacter ou congeler les DASRI.

Les emballages utilisés par l'EHUO répondant à des exigences normalisées imposées réglementairement.

d. Le stockage intermédiaire :

Une fois les sacs et les conteneurs ou les boîtes PCT des DASRI sont pleins à deux tiers (2/3), on les ferme bien et on les met dans des bacs de couleur jaune, après ces déchets sont déplacés manuellement dans les vidoirs⁷⁶ vers les locaux de stockages centraux.

Remarque : une fois les bacs vidés par les agents responsables de cette opération, ils les nettoient et les désinfectent à l'eau javel (la désinfection des bacs se fait par l'eau de javel diluée 03 litres d'eau javellisée pour 10 litres d'eau) pour éviter la transmission des virus ou de germes aux agents responsables de la collecte des déchets.

d.1 Le local d'entreposage ou le stockage central :

Le local d'entreposage ou le local de stockage central englobe tous les déchets d'activités de soins et déchets assimilés aux ordures ménagères générés par les services de soins.

- Entreposage temporaire de déchets préalablement emballés pour une ou plusieurs unités de soins, dans des conditions conformes à la réglementation et aux protocoles internes,
- Point de collecte à l'intérieur de l'établissement qui peut également être utilisé pour l'entreposage des produits souillés, du linge sale, des déchets ménagers et assimilés.
- La localisation se fait dans la mesure du possible, à l'extérieur de l'unité de soins, et à proximité du circuit d'évacuation.

L'hôpital EHUO contient trois locaux centraux pour le stockage des déchets hospitaliers de différentes natures DAS, DASRI et DAOM. La moyenne de superficie de local central est 62 m². Deux locaux contiennent six (06) vidoirs et le troisième contient douze (12) vidoirs

Les locaux de stockage sont situés au rez-de-chaussée, le sol est en dalle de sol, les portes grillagées sont fermées par des cadenas. Les sacs que ce soit DASRI ou DAOM sont déposés dans de grands bacs de 660 litres, les bacs de la couleur jaune pour les DASRI et les bacs de la couleur grise pour les DAOM. Le premier local contient 06 bacs de 660 litres, le deuxième bac et le troisième bac contiennent 05 bacs de 660 litres.

⁷⁶ Vidoir : Cuvette de métal dans laquelle on jette les déchets d'une façon verticale pour faciliter le déplacement des déchets d'un local vers le local central

d.2 Descriptions des locaux d'entreposage ou de stockage de l'EHU d'ORAN :

Les locaux d'entreposage sont conformes aux conditions suivantes

- La superficie adaptée au volume de déchets produits et au rythme de collecte.
- Absence de communication directe avec d'autres locaux.
- Porte suffisamment large pour laisser passer les conteneurs à fermeture impérative.
- Eclairage efficace.
- Protection contre la pénétration des animaux.
- Conteneurs mobiles distincts et clairement identifiés pour les déchets d'activités de soins à risques infectieux et les déchets assimilables aux déchets ménagers,
- Aire de nettoyage et de désinfection des conteneurs à proximité.
- Poste de lavage des mains à proximité.
- Evacuation des eaux usées avec siphon.

Les locaux d'entreposage ne sont pas conformes aux conditions suivantes :

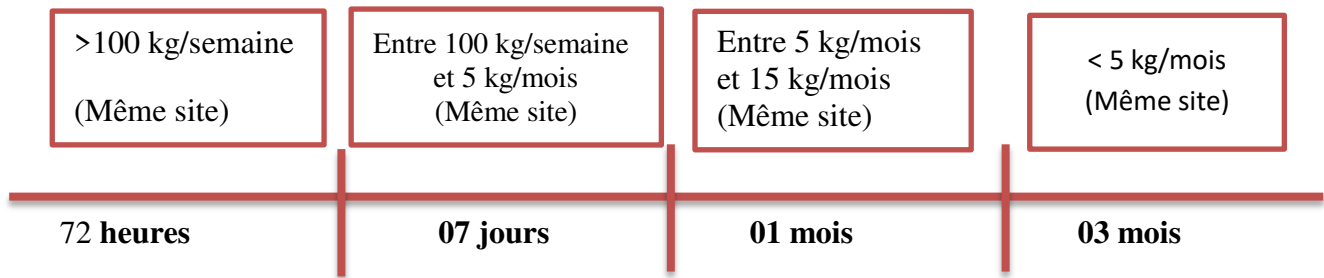
- Local non chauffé et éventuellement réfrigéré dans le cas de conditions climatiques particulières.
- Ventilation suffisante, naturelle ou mécanique, (les locaux d'entreposage de l'EHUO ne contiennent pas de ventilation).
- Interdiction d'entreposer des déchets conditionnés dans des sacs à même le sol,

d.3 Les conditions de stockage selon le poids et selon la loi :

Les conditions et durée de stockage des DASRI dépendent de la quantité produite évaluée en kilos :

- 03 mois si la quantité produite est inférieure à 5 kg par mois.
- 01 mois si la quantité produite est entre 5 et 15 kg/mois.
- 01 semaine si la quantité produite est entre 15 kg/mois et 100 kg/semaine.
- 72 heures si la quantité produite est supérieure à 100 kg par semaine.
- Pour les pièces anatomiques d'origine humaine : conservation entre 5°C et 8°C, avec possibilité de congélation et une élimination dans les 8 jours.

Ces valeurs s'entendent comme des moyennes mensuelles sur douze mois consécutifs (ne concernent que les seuls de 5 et 15 kg).



Le conditionnement et la durée du stockage des déchets d'activités soins à risques infectieux DASRI au niveau de l'EHUO 01^{ier} novembre 1954 ne dépasse pas les 24 heures car les locaux du stockage ne sont pas réfrigérés c'est pour cette raison qu'il n'y a pas un stockage selon la loi de stockage des DASRI.

d.4 Le protocole d'entretien des locaux d'entreposage et des conteneurs :

- l'unité de suivi des déchets hospitaliers du service de l'hygiène et bio-nettoyage a identifié des personnes qui sont responsables de l'entretien des locaux d'entreposage et des conteneurs. Chaque local a quatre personnes responsables de ces tâches (deux agents qui travaillent la matinée à et deux l'après-midi
- Liste du matériel et des produits nécessaires pour accomplir ces tâches (afin d'un nettoyage maximal et efficace des locaux et des conteneurs, on utilise les produits détergeant tel l'eau de javel et des produits désinfectants et comme matériel utilisé pour cette action est (brosses –balais –frottoirs des gants- bottes- des tenues spéciales pour le nettoyage – chariot – seaux ...) pour éviter toutes les bactéries, les germes et aussi pour protéger le personnel responsable de ces tâches ,
- Le nettoyage des locaux et des conteneurs se fait deux fois par jour la matinée à 10 :30h et l'après-midi à 15 :30h. Ces tâches sont faites après le transport des déchets vers le CET de Hassi Bounif.
- Le suivi de la réalisation des tâches de l'entretien est fait par un superviseur désigné par le chef de l'unité de suivi des déchets.

e. Le transport des déchets hospitaliers :

- Le transport des déchets hospitaliers se fait vers la décharge publique par les camions communaux pour le type déchets assimilés aux ordures ménagères produits par le service d'administration, le service de restauration, poste et la crèche de l'EHUO, par contre les déchets d'activités de soins, leurs transport se fait par une entreprise spécialisée dans le transport des déchets de soins infectieux qui respecte

le cadre règlementaire lié au transport de matières dangereuses et leurs élimination définitive.

- Le transport des déchets d'activités de soins infectieux DASRI se fait deux fois par jour, car les locaux de stockage de ces déchets ne sont pas réfrigérés et aussi pour éviter toutes contaminations des virus, des vecteurs et des germes par voie aérienne.

e.1 L'objectif de transport des déchets DASRI :

- Eviter pour quiconque le contact accidentel avec les déchets d'activités de soins à risques infectieux.
- Limiter au maximum les manipulations.
- Limiter les risques en cas d'accident de la circulation.

e.2 Les caractéristiques du véhicule de transport des DASRI :

Le véhicule du transport des déchets hospitaliers doit répondre aux exigences suivantes :

- Etre fermé pour éviter tout déversement sur la chaussée
- Etre équipé d'un système de sécurisation de la charge (pour éviter tout renversement à l'intérieur et à l'extérieur du véhicule)
- Etre signalé selon la législation, par des symboles ou par un pictogramme de danger biologique.
- Etre réfrigéré.
- Constitué de surfaces lisses, pour être facilement nettoyer, lavage et désinfection à chaque déchargement et chaque fois que nécessaire.



Figure N°17: véhicule pour le transport des déchets hospitaliers à risques infectieux.

f. L'élimination finale (le traitement) :

f.1 L'objectif de l'élimination des déchets :

Son objectif principal est de réduire la quantité des germes pathogènes dans les déchets. La réduction du volume devra être considérée en deuxième priorité. La technologie de traitement appliquée dans l'EHUO c'est l'incinération des déchets de soins à risques infectieux.

Les déchets sont incinérés au CET de Hassi Bounif avec une température supérieure de 850c°.

f.2 Les avantages ou les intérêts de l'incinération pour l'établissement producteur

- Pas d'investissement important en moyens humains et financiers.
- Pas d'immobilisation de surface pour le traitement.
- Bonnes conditions de traitement (dus à une combustion maintenue et optimisée en continu).
- Bonne adaptation aux forts gisements.
- Installations soumises à une réglementation stricte (contrôles réguliers des installations).

f.3 Les contraintes de l'incinération pour l'établissement producteur

- La durée du transport doit être comptabilisée dans les délais réglementaires (72 heures ou 7 jours).
- Coûts variables en fonction de la technologie d'enfournement des déchets et des distances par rapport à l'usine.
- Non maîtrise des coûts.

5. Le suivi des filières d'élimination

Grâce à la convention et aux documents de suivi, le producteur veille au respect des dispositions réglementaires pour les étapes de l'élimination qu'il n'assure pas lui-même mais dont il est responsable.

5.1 Le bordereau de suivi :

Le bordereau de suivi est un document obligatoire et a pour objet d'assurer la traçabilité des déchets et de constituer une preuve de leur élimination pour le producteur responsable. Il comporte notamment les informations suivantes :

- Identification du producteur, du collecteur transporteur et du destinataire final.
- Quantité de déchets enlevés, transportés et incinérés ou désinfectés.
- Date de l'enlèvement et de l'incinération ou de la désinfection permettant de s'assurer du respect des délais réglementaires
- Le type des déchets incinérés (déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI), déchets radioactives (DR), déchets chimiques (DC) ou déchets anatomiques(DA).

Ce document est obligatoire à chaque transport des déchets hospitaliers médicaux et leurs éliminations finales par l'incinération. (Voir annexe 1).

5.2 La convention :

Dès lors qu'un producteur de déchets remet ses déchets à un tiers pour tout ou partie d'élimination, il est tenu de signer avec celui-ci une convention précisant les termes du contrat. Ce document comporte notamment les informations suivantes :

- Identification du producteur, du tiers, ...

- Le type de prestation Modalités de l'élimination : conditionnement, collecte, transport, installations d'incinération ou de désinfection usuelles et installations de secours,
- Coût de la prestation et ce qu'il recouvre exactement, et modalité de paiement
- Les obligations du prestataire.
- Les obligations du client
- Clauses de résiliation.
- La durée de la convention. (Voir annex2).

L'établissement producteur doit s'assurer que :

- L'entreprise de transport des déchets hospitaliers médicaux se conforme à la réglementation environnementale, à l'élimination des déchets spéciaux
- Et l'incinération des déchets spéciaux doit être conforme à la loi 01-19 du 12 décembre 2001 concernant la gestion des déchets et le contrôle de leur traitement.

5.3 Le coût d'incinération des déchets hospitaliers:

Le coût d'incinération des déchets hospitaliers produits par l'EHU d'ORAN 01^{ier} Novembre 1954 est comme suit :

Le prix unitaire hors taxe est **180.00 da** par kilogramme.

Alors on peut calculer la dépense annuelle des déchets incinérés :

La quantité produite en l'année 2016 selon les données du service hygiène hospitalière et bio-nettoyage unité suivi des déchets est de **267460 kg**

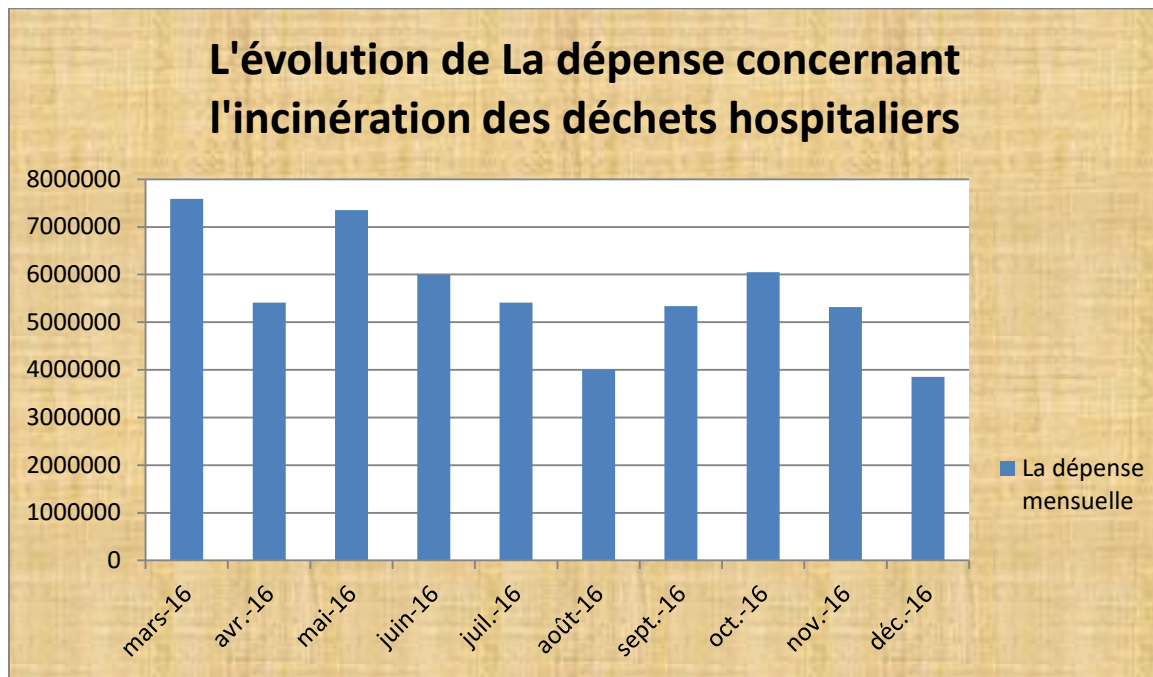
Donc le total en HT : $180.00 \text{ da} * 267460 \text{ kg} = \mathbf{48\ 142\ 800.00 \text{ da}}$

La TVA 17 % = 8 184 276.00 da

Le total de la dépense en l'année 2016 en TTC = 56 327 076.00 da

Nous avons constaté que l'hôpital a dépensé une somme importante pour l'élimination des déchets hospitaliers (DASRI- DA- DC).

L'évolution de la dépense mensuelle de l'incinération des déchets hospitaliers :



Graphe N°04 : l'évolution de la dépense d'incinération des déchets hospitaliers.

6. La formation et l'information du personnel

6.1 La formation des personnels de l'hôpital :

Le personnel doit être formé sur les règles de tri mises en œuvre, les conditionnements choisis et les filières d'élimination retenues.

La formation se fait sur le terrain soit pour les personnels médicaux, paramédicaux, les agents de la collecte de déchets

La formation du personnel représente le pilier de toute action de prévention et l'une des premières mesures devant être menées pour améliorer la gestion des déchets de soins

Elle est une obligation de l'employeur et un devoir de l'employé.⁷⁷⁻⁷⁸

La formation et la sensibilisation doivent débiter avant même l'acquisition de moyens, matériels, pour éviter leur mésusage et donc le gaspillage. Elle doit concerner l'ensemble du personnel impliqué dans la gestion des déchets de soins (personnel soignant, personnel d'entretien ...) les responsables de la mise en œuvre du plan de gestion des déchets doivent également être formés afin qu'ils soient au même niveau de connaissances. L'OMS a par

⁷⁷ Article 19 de la loi n°88-07 du 26 janvier 1988 relative à l'hygiène, à la sécurité et à la médecine du travail.

⁷⁸ Décret exécutif n°02-427 du 07 décembre 2002 relatif aux conditions d'organisations de l'instruction, de l'information et de la formation des travailleurs dans le domaine de la prévention des risques professionnels.

ailleurs élaboré un document dédié spécialement à la formation en matière de gestion des déchets de soins, à l'usage des formateurs, qui trace les différents aspects devant être pris en compte dans l'accomplissement de cette formation (objectif, personnel concerné, risques liées aux déchets de soins, réglementation et législation, techniques et méthodes, méthodes de tri, d'évacuation, du transport, de traitement, sur le plan national et local des gestion des déchets de soins ..)⁷⁹

6.1.1 La formation du personnel paramédical :

La priorité a été donnée au personnel paramédical. Le tri des déchets à la source de production représente le premier maillon de la chaîne d'élimination des déchets et devant être effectué par l'infirmier le plus souvent .le personnel infirmier devait prendre conscience qu'ils sont en partie responsables des accidents d'exposition au sang dont sont victimes les femmes de ménage et les agents qui collecte les déchets.

6.1.2 L'objectif de la formation

- Instaurer le tri des déchets à la source de production. Le tri étant la première étape du circuit d'élimination des déchets, sans lequel les autres étapes seraient compromises (collecte, traitement et élimination).
- Mettre à niveau les connaissances de tout le personnel infirmier en accord avec les normes nationales et internationales
- Améliorer la sensibilisation et la participation active au projet d'amélioration de la gestion des déchets hospitaliers.

La méthode et matériels utilisés pour la formation

- Des cours concernant les déchets hospitaliers - la classification- les risques aux différentes catégories – la réglementation – le circuit d'élimination, le tri et la règle de trois conteneurs- code de couleur le mode de traitement, le rôle et responsabilité de l'infirmier dans les filières d'éliminations des déchets
- Une démonstration du tri des déchets dans les différents conteneurs (sac noir- sac jaune et le récipient rigide) à la fin du cour, et technique de désadaptation de l'aiguille de la seringue en utilisant le conteneur, et sans utilisation les mains controlatérale.
- Une évaluation des connaissances à la fin des cours de formation a été réalisée.

⁷⁹ KHATMI S ? MESSAHLI N ? SEKHRI H ? et al accidents d'exposition au sang XVèmes Journées Nationales de médecine du Travail.Tlemcen,12-14 mai 2006 p 54.

6.1.3 La formation du personnel de médecine :

L'introduction du cours sur les accidents d'exposition au sang destiné aux étudiants de 6^{ème} année de médecine (qui seront interne peu de temps après) comprenant les précautions standard, un aperçu sur le tri des déchets et en particuliers la nécessité d'éliminer les objets piquants et tranchants dans le conteneur rigide ce qui permettrait de prévenir les accidents de piqûre ou de coupure chez le personnel d'entretien en particulier. Alors théoriquement les médecins connaissant les règles minimales de gestion des déchets. (Voir annexe 03 et 04)

6.1.4 La formation des femmes de ménage et des agents de la collecte

Les femmes de ménage et les agents de la collecte ont été formés. Un aperçu des risques liés aux déchets et en particulier les risques de piqûre ou de coupure avec la possibilité de transmission virale, le code couleur, le circuit d'élimination des déchets du fait que l'évacuation des déchets leur était dévolue et qu'ils devaient séparer les sacs noirs des sacs jaunes au niveau des aires de stockages.

Ce que devraient faire les femmes de ménages et les agents de la collecte

- Lavage régulier des mains.
- Port d'équipement de protection (tablier- gants adaptés..).
- Ne pas nettoyer le matériel de soins.
- Soins locaux immédiats et déclaration de tout accident d'exposition au sang au surveillant médical et au médecin du travail.
- Transporter les sacs-poubelles dans les conteneurs (poubelles), jamais seuls.
- Saisir les sac-poubelle par le haut, jamais par le bas, loin du corps
- Fermeture des sacs-poubelles avant leur transport.
- Porter le récipient rigide d'objets piquants et tranchant par le poignet.

6.2 Conception de supports d'information :

* **Les affiches** : des affiches ont été élaborés, destinées à être accrochées dans les différentes salles de soins, aux blocs opératoires, et les différentes salles du laboratoire.

- Ces affiches ont été conçues et imprimées au niveau du service de médecine du travail.
- D'autres affiches concernant le risque lié aux cytostatiques ont été confectionnées.

***Les fiches d'information :**

Des recommandations écrites étaient données au personnel soignant victime d'accident d'exposition au sang (AES) le jour de la notification par le service de médecine du travail. Ce document comprenait sur une face la conduite à tenir en cas d'AES et les précautions standard à appliquer devant tout acte avec risque d'exposition au sang ou autre liquide biologique sur l'autre face (annexe3).

Une autre fiche d'information (annexe4) destinée également au corps médical et paramédical fut élaborée, comprenant la nécessité du tri des déchets et en particulier les objets piquants et tranchants, avec un rappel des précautions standards, dont l'une des recommandations est d'éliminer immédiatement tout objet piquant ou tranchant dans un conteneur rigide.

***Elaboration d'un guide sur la gestion des déchets de soins :**

Le guide est destiné à tous les professionnels de la santé (gestionnaire corps médical et paramédical, hygiénistes, étudiants... ou toute personne impliquée dans la gestion des déchets de soins. Il comprenait plusieurs chapitres dont la classification des déchets, le code couleur, le circuit d'élimination, les risques, des recommandations pratiques, les précautions standards, les techniques de traitement des déchets et un rappel des principaux textes réglementaires en matière de gestion de déchets.

Il devait être largement diffusé aux services de soins, aux services administratifs, à la bibliothèque de l'hôpital, et des facultés de médecine, de l'environnement, de biologie et autre.....pour informer et sensibiliser les gens.

7. Hygiène la sécurité du personnel :**Mesures de prévention individuelle**

Les mesures d'hygiène et de protection individuelle sont nécessaires pour protéger les travailleurs contre les risques infectieux et les divers accidents dus aux DAS, mais aussi pour protéger les patients contre toute contamination.

➤ **Le personnel biomédical :** Il concerne les médecins et le corps paramédical.

• Port de la blouse

La majorité du personnel biomédical porte des blouses blanches à manches longues, et d'autres portent des tenues de bloc opératoire.

- **Port des gants et masques**

Les masques et les gants sont utilisés par tous les médecins et le personnel paramédical durant le moment de consultation.

- **Lavage des mains**

Le personnel biomédical se lave les mains avec l'eau, l'eau de javel et le savon liquide après les soins, d'autres se lavent avec la solution hydro alcoolique antibactérienne.

Le personnel de santé de l'hôpital est vacciné contre l'hépatite B et le DT » Diphtérie tétanos ».

8. La description des points forts et les points faibles de la gestion des déchets au niveau de l'EHU d'ORAN:

8.1 Les points forts à identifier :

- L'EHUO commence à prendre conscience des dégâts environnementaux et sanitaires que peuvent causer les déchets en général et les déchets médicaux.
- L'EHUO dispose d'un incinérateur fonctionnel pour l'élimination des déchets hospitaliers (DASRI) situé hors de l'hôpital (situé à la commune de Hassi-Bounif).
- La gestion des déchets hospitaliers/ médicaux fait partie des éléments à considérer dans la qualité des soins dans le cadre du financement basé sur les performances (PBF), ce qui est un atout important pour améliorer l'hygiène hospitalière.
- Un effort remarquable de séparation des déchets dans des poubelles différentes est visible sur le terrain;
- Tout le personnel a été informé et formé en GDM par l'hôpital.
- Les membres de personnel de nettoyage utilisent correctement l'équipement protecteur (bottes, masques, gants, blouses etc...).

8.2 Points faibles à revoir :

Il s'agit essentiellement :

- La GDM ne constitue pas toujours une priorité dans les services sanitaires visités.

- Des erreurs observées durant le tri des déchets par le personnel soignant dans les services à forte fréquentation.
- Un manque de visite journalière de la GDM par l'équipe médicale comme elle le fait pour les soins de santé au niveau des services.
- Le plan de gestion des déchets médicaux est réactualisé.
- secteurs connexes à la santé comme le secteur de l'environnement, les municipalités, le secteur privé, les media et les responsables politico-administratifs ne sont pas encore bien sensibilisés et bien informés sur la GDM.
- Un budget insuffisant ou un financement du gouvernement insuffisant pour la gestion des déchets hospitaliers (le financement reste inférieur pour couvrir les activités du service d'hygiène et bio-nettoyage surtout).

Conclusion :

L'hôpital génère inexorablement des déchets qui peuvent être dangereux pour la santé de l'être humain ou avoir des effets néfastes pour l'environnement. Certains de ces déchets ont un potentiel d'infection et offensif plus élevé. L'absence ou de mauvaises mesures de gestion pour empêcher l'exposition aux déchets de soins dangereux résultent un important risque pour le public, les patients ainsi que les personnels de l'hôpital (personnel médical, paramédical et les agents de nettoyage et la collecte de déchets). De plus un mauvais traitement ou une mauvaise élimination de ces déchets, peuvent constituer une source importante de pollution de l'environnement.

La gestion des déchets souffre d'un ensemble de contraintes humaines, financières, matérielles et organisationnelles. L'amélioration de cette gestion passe inévitablement par la levée de ces contraintes qui nécessiterait une implication des responsables à tous les niveaux et une coordination et une collaboration harmonieuse et efficace, et la préparation d'un plan même simple de gestion des déchets déterminants les objectifs, les activités, les intervenants et leurs attributions, les ressources nécessaires, ainsi que les mécanismes de suivi, de supervision et de contrôle.

Une gestion saine des déchets de soins est une question fondamentale pour contrôler et réduire les infections nosocomiales au sein de structure de santé et garantir la protection de l'environnement, il faut que les autorités gouvernementales développent une stratégie nationale à moyen et long-terme qui devrait être une caractéristique intégrale des établissements de santé. Cette stratégie devrait refléter les efforts intégrés qui sont

nécessaires pour mettre en place des pratiques sûre et écologiquement rationnelles de la gestion des déchets d'activités de soins, des suivis spécifiques et des procédés administratives doivent être mises en place et des ressources adéquates allouées pour garantir la gestion de ces déchets , des programmes adéquats de sensibilisation et de formation pour les responsables sanitaires et planificateurs, le personnel de santé, de l'environnement devraient développer, et une technologie appropriée, propre devrait être choisies pour le traitement et l'élimination des déchets de soins.

Conclusion générale

Conclusion générale :

Les déchets d'activités de soins présentent une menace interne ou externe des établissements de santé, chose qui rend sa gestion indispensable et cruciale touchant toutes les étapes du processus depuis le tri à l'élimination.

Les déchets d'activités de soins doivent faire l'objet d'une gestion spécifique et rationnelle visant à éviter toute atteinte à la santé de l'homme et à l'environnement. D'où la nécessité de faire une étude au préalable sur les déchets qui sont produits au niveau des hôpitaux ou qui sont susceptibles de l'être, pour déterminer leur quantité et leur typologie et programmer ainsi le matériel et les équipements de conditionnement, de stockage, de transport et de traitement, ainsi que le personnel nécessaire pour cette gestion compte tenu entre autres, de la capacité litière occupée de l'hôpital, et du nombre de ses unités.

La gestion des déchets d'activités de soins est un processus complexe. Il fait appel à des connaissances, des procédures et une organisation particulière à respecter, un financement important, des moyens et matériels qui souvent font défaut ou du moins sont insuffisants et à une réglementation spécifique, qui n'est pas toujours appliquée, car les mécanismes de la mise en place n'ont pas été définis.

Tous ces aspects sont complémentaires et doivent être réalisés dans des délais raisonnables.

Les conséquences de la mauvaise gestion des déchets à risque, se traduit essentiellement par la survenue d'accident d'exposition au sang (AES) particulièrement au personnel soignant et le personnel d'entretien et de la collecte.

La surveillance de l'élimination des déchets constitue un bon indicateur de la qualité de gestion des déchets dans les établissements de soins.

Bien que les connaissances sur les risques et le circuit d'élimination des déchets se sont améliorées, le problème de la sensibilisation et l'implication des personnels, toute catégorie confondu, au respect des bonnes pratiques, reste cependant posé.

Comment veiller à ce que toute personne nouvellement recrutée ait les connaissances de base sur la gestion des déchets de soins ?

La prévention des risques professionnels est un devoir et une responsabilité partagée qui incombent aux responsables et aux gestionnaires de l'établissement, qui doivent veiller à la

disponibilité en tout temps des moyens nécessaires à la collecte des objets vulnérants, aux moyens de protection des personnels. La responsabilité du personnel soignant est totale dans la survenue des accidents. Ils doivent veiller à l'élimination correcte de tout objet piquant et tranchant qu'ils auront générés lors des actes de soins.

Le médecin de travail contribue à leur prévention par l'analyse continue des circonstances de leur survenue et par la sensibilisation et de la formation des personnels aux bonnes pratiques d'hygiène et de sécurité au travail.

La mise en place d'un système de gestion des déchets produits par les activités de soins dans les structures de santé oblige une disponibilité des ressources financières importantes ou un budget spécial pour l'implantation et l'allocation d'un système de gestion des déchets. La prise en conscience collective, l'implication des personnels soignants et de soutien, et l'engagement des responsables sont indispensables.

Même si l'objectif principal visant à réduire les risques liés à la mauvaise gestion des déchets n'a pas été atteint, certains points positifs méritent d'être mentionnés.

- Tout d'abord ce travail a permis le déclenchement d'une dynamique à l'origine la participation de plusieurs directions (formation- des infrastructures – de l'environnement, des activités médicales et paramédicales) qui ont élaboré activement avec le service de médecine, aboutissant à la création d'un « comité » qui devrait faire un diagnostic de la situation initiale, réaliser un programme d'action, proposer des solutions, et évaluer les actions menées.
- La formation du personnel assurée a permis d'une part, l'amélioration des connaissances vis-à-vis la gestion des déchets et la réduction des déclarations des accidents liés à la mauvaise gestion des déchets par exemple : AES accident d'exposition au sang.
- La création des organes de contrôle et de supervision de la gestion des déchets dans les services et la mise en place de support d'évaluation; à engendré une vigilance et une attention du surveillant médical vis-à-vis de la gestion des déchets.

Certains aspects devraient être améliorés. Il s'agit, tout d'abord, de la poursuite des efforts de formation des personnels (médical, paramédical, agents d'entretien) malgré les difficultés rencontrées. Tous doivent avoir un minimum de connaissances sur le circuit d'élimination des déchets, les risques encourus et les mesures préventives. Aussi les employés et les

gestionnaires doivent être persuadés que c'est à eux que revient la charge de régler la problématique de la gestion des déchets dans « leur établissement ». Il est inconvenable que dans de telles structures, sensées prodiguer des soins de qualité au malade, où la propreté et l'hygiène sont essentiels, ne puissent pas assurer la sécurité et la santé de ses employés. La remise en question et la révision des méthodes de gestion de nos établissements de soins doit être perpétuelle.

Enfin, dans sa stratégie d'aide aux pays en voie de développement l'OMS, a élaboré plusieurs document permettant la mise en place de systèmes de gestion des déchets produits par les activités de soins, tant sur le plan national que sur le plan local, auxquels peuvent se référer les décideurs et les acteurs de la santé à tous les niveaux de responsabilité (gestionnaire, fonctionnaire, soignant, soignés, personnel de soutien..) et une prise de conscience collective, pour parvenir au rang des pays dits développés paraissent des éléments déterminants pour la réussite de tout changement.

Il serait nécessaire que ce problème soit pris en charge et doit être résolu à l'échelle de notre pays par les professionnels y travaillant eux même, par des textes réglementaires. Ces derniers peuvent conjuguer leurs efforts et se concerter afin de trouver les solutions communes ou adaptées à chaque établissement.

La gestion des déchets de soins est un projet complexe, il nécessitera des efforts soutenus et longue haleine. L'amélioration de la gestion des déchets de soins dans les structures de santé est un problème qui doit être résolu par les professionnels y travaillant eux même. Les textes règlementaires ont été actualisés récemment et les gestionnaires doivent trouver le moyen en vue de leur application effective sur le terrain.

Annexes



Ets Xxxx d'incinération de DASRI et produits
Pharmaceutiques périmés
Adresse :xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
RC : 31/01-056322452A09
MATRICULE FISCAL : 125463214569874

**BORDEREAU DE SUIVI POUR DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS A
RISQUES INFECTIEUX**

Nom-d'établissement producteur : hôpital xxxxxxxxxxxxx

Adresse :xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Date d'enlèvement des déchets : 19/06/2016.

Pois /kg : 366.40 kg

Motif de refus de prise en charge :
.....

Observation :.....

Ets xxxx incinération déclare d'être conformé à l'arrêté N° 09/19 de la 20/01/2009 portant règlementation de la collecte des déchets spéciaux.

Signature de producteur

signature de collecteur



Ets xxxx d'incinération de DASRI
Et produits pharmaceutiques périmés

Adresse :xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

RC : 31/01-056322452A09

MATRICULE FISCAL : 125463214569874

LA CONVENTION

ENTRE LES SOUSSIGNEES

L'établissement d'incinération de DASRI et produits pharmaceutiques

RC : 31/01-02155558745

MATRICULE FISCAL : 19125478478896362

ARTICLE D'IMPOSITION N° : 31048009231

RIB : 005 00254 112545555 88

NIF : 1458226662245

Présente en la personne de nom et prénom en sa qualité de gérant

D'une part

CLIENT : HOPITAL

ADRESSE :

Représentée en la personne de nom et prénom en sa qualité du directeur de l'établissement.

D'autre part

- Attendu que l'entreprise d'incinération est autorisé par le ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement pour l'incinération des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) et produits pharmaceutiques périmés, et déchets industriels en vertu de :
- L'arrêté d'approbation ministériel N°du..... de l'étude d'impact sur l'environnement concernant l'activité de l'entreprise d'incinération (nom et prénom).
- La décision ministérielle d'accord préalable de création N°du.....pour l'incinération des déchets spéciaux par l'entreprise (nom et prénom).

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1 : OBJET

Le présent contrat est un contrat de prestations ayant pour objet les modalités de traitement des déchets spéciaux par le prestataire au profit du client.

La prestation consiste à incinérer les déchets d'activités de soins ou bien les produits pharmaceutiques périmés, ou produits alimentaires impropres à la consommation ou produits industriels périmés de façon réglementaire et autorisé

ARTICLE 2 : OBLIGATIONS DU PRESTATAIRE

Le prestataire est prié de se conformer aux textes du journal officiel suivants :

- La loi 01-19 du 12 décembre concernant la gestion des déchets et le contrôle de leur traitement.
- La loi 03-10 du 19 juillet 2003 concernant la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable article 21 et 22.
- La loi 04-20 du 25 décembre 2004 concernant la prévention des dangers majeur et la gestion des catastrophes dans le cadre du développement durable.
- Décret exécutif 03-478 du 9 décembre 2003 définissant les modalités de traitement des déchets d'activités de soin.
- Décret exécutif 06-104 du 28 février 2006 définissant la nomenclature des déchets ainsi que les déchets spéciaux dangereux.
- Décret exécutif 06-198 du 31 mai 2006 concernant les lois applicables aux établissements classés pour la protection de l'environnement article 20.
- Décret exécutif 07-145 du 19 mai 2007 définissant le champ et les modalités d'approbation des études d'impact sur l'environnement.
- Décret exécutif 07-144 du 19 mai 2007 définissant la liste des établissements classés dans le cadre de la protection de l'environnement.
- Décret présidentiel n°02-250 du 24 juillet 2002 portant réglementation des marchés publics modifiés et complété par le décret présidentiel n°08-338 du 26 octobre 2008.
- Ordonnance n°75-58 du 26 septembre 1975 portant code civil modifié et complété par la loi n°07-05 du 13 mai 2007.
- Ordonnance n°75-59 du 26 septembre 1975 portant code du commerce modifié et complété par la loi n°05-02 du 06 février 2005.
- Décret exécutif n° 05-468 du 10 décembre 2005 fixant les conditions et les modalités d'établissement de la facture, du bon de transfert, du bon de livraison et de la facture récapitulative.

- Loi n° 04-02 du 23 juin 2004 fixant les règles applicables aux pratiques commerciales.
- Loi n° 04-08 du 14 août 2004 relative aux conditions d'exercice des activités commerciales.

Le prestataire doit remplir un bordereau de suivi a la réception des déchets, dans ce dernier figure la provenance des déchets la date de réception, le transporteur chargé de les livrer chez le prestataire ainsi que le numéro d'immatriculation de son véhicule, les déchets seront pesés a la réception et leur poids précisé dans le bordereau de suivi, ces données seront gardé dans les archives du prestataire pour assuré la parfaite traçabilité des déchets traités.

A la fin de cette opération un bon de réception sera remis au client dans le quel figure la date et le poids livré au prestataire.

Une fois que les déchets seront incinérés un P.V de destruction sera remis au client.

ARTICLE 3 : OBLIGATIONS DU CLIENT

Le client est prié de se conformé aux textes du journal officiel suivants :

- La loi 01-19 du 12 décembre concernant la gestion des déchets et le contrôle de leur traitement.
- La loi 03-10 du 19 juillet 2003 concernant la protection de l'environnement dans le cadre du développement durable article 21 et 22.
- La loi 04-20 du 25 décembre 2004 concernant la prévention des dangers majeur et la gestion des catastrophes dans le cadre du développement durable.
- Décret exécutif 03-478 du 9 décembre 2003 définissant les modalités de traitement des déchets d'activités de soins.
- Décret exécutif 06-104 du 28 février 2006 définissant la nomenclature des déchets ainsi que les déchets spéciaux dangereux.
- Décret présidentiel n°02-250 du 24 juillet 2002 portant réglementation des marchés publics modifiés et complété par le décret présidentiel n°08-338 du 26 octobre 2008.
- Ordonnance n°75-58 du 26 septembre 1975 portant code civil modifié et complémenté par la loi n°07-05 du 13 mai 2007.
- Ordonnance n°75-59 du 26 septembre 1975 portant code du commerce modifié et complémenté par la loi n°05-02 du 06 février 2005.
- Décret exécutif n° 05-468 du 10 décembre 2005 fixant les conditions et les modalités d'établissement de la facture, du bon de transfert, du bon de livraison et de la facture récapitulative.

- Loi n° 04-02 du 23 juin 2004 fixant les règles applicables aux pratiques commerciales.
- Loi n° 04-08 du 14 août 2004 relative aux conditions d'exercice des activités commerciales.

Pour les déchets d'activité de soins ; le client est prié de les trier comme le stipule le décret cité plus haut de par leur nature dans les conditionnement adapté a chaque type de déchets : objet tranchant, pièce anatomique, déchets de maternité.

Pour les déchets pharmaceutiques périmer, le constat d'un huissier de justice doit être fournis et cela au frais du client détaillant la quantité de médicament a traité ainsi que leur nature, dans le cas de psychotrope et autre médicament psychiatrique et droguent de synthèse ils doivent être remis à part et signalés au prestataire. Pour les produits industriels et autres produits alimentaire périmés, le client doit fournir des documents expliquant leur nature ainsi que leur composition.

La livraison des produits destinés à l'incinération est à la charge du client.

ARTICLE 4 : DUREE DE LA CONVENTION :

Le présent contrat est conclu pour une durée de 1 ANS (indiquer la durée).

ARTICLE 5 : MODALITE D'EXECUTION OU EXECUTION DE LA PRESTATION

Le prestataire s'engage à mener à bien la tâche précisée à l'article 1, conformément aux textes suivant :

- Décret exécutif 06-I04 du 28 février 2006 définissant la nomenclature des déchets ainsi que les déchets spéciaux dangereux.
- Décret exécutif 06-198 du 31 mai 2006 concernant les lois applicables aux établissements classé pour la protection de l'environnement article 20.
- Décret exécutif 07-145 du 19 mai 2007 définissant le champ et les modalités d'approbation des études d'impact sur l'environnement.
- Décret exécutif 07-144 du 19 mai 2007 définissant la liste des établissements classés dans le cadre de la protection de l'environnement.
- Le prestataire doit remplir un bordereau de suivi a la réception des déchets, dans ce dernier figure la provenance des déchets la date de réception, le transporteur chargé de les livrer chez le prestataire ainsi que le numéro d'immatriculation de son véhicule, les déchets seront pesés a la réception et leur poids précisé dans le bordereau de suivi, ces donnés seront gardés dans les archives du prestataire pour assuré la parfaite traçabilité des déchets traités.

- A la fin de cette opération un bon de réception sera remis au client dans lequel figure la date et le poids livré au prestataire.
- Une fois que les déchets seront incinérés un P.V de destruction sera remis au client.

ARTICLE 6 : PRIX ET MODALITE DE PAYEMENT

Le prix sera calculé selon le poids.

- Le prix unitaire est de **180DA le Kg** hors taxes.

Les sommes prévues ci-dessus seront payées par Chèque bancaire, dans les _____ (indiqué le délai) de la réception de la facture, Droits et taxes en sus.

ARTICLE 7 : AUTENTIFICATION :

Une fois lue approuvée et signée par les deux parties, cette présente convention sera notifiée et enregistrée auprès d'un représentant de l'office notarial national.

ARTICLE 8 : CONTENTIEUX OU LITIGE

La présente Convention est soumise en toutes ses dispositions à la loi algérienne. Tous les Différends relatifs à son interprétation ou à son exécution seront soumis aux tribunaux territorialement compétents après épuisement des voies de règlement à l'amiable

ARTICLE 9 : RESILIATION

-Tout manquement de l'une ou l'autre des parties aux obligations qu'elle a en charge, aux termes des articles 2,3,5 et 6 du présent contrat pourra entraîner, la résiliation de plein droit du présent contrat, _____ (indiquer le délai) après mise en demeure d'exécuter par lettre recommandée avec accusé de réception demeurée sans effet, sans préjudice de tous dommages et intérêts.

-Le présent contrat pourra être résilié, en dehors de toute faute, à tout instant par chacune des parties, sous la réserve d'un préavis de _____ (indiquer le délai).

-Dans cette hypothèse, les sommes déjà perçues par le prestataire lui demeureront acquises.

ARTICLE 10 : FORCE MAJEURE

-Il est expressément prévu que l'établissement ne doit pas être responsable des dommages, retards ou manquements dans l'exécution du contrat causés par des événements échappant à son contrôle raisonnable, ou ne résultant pas de la faute ou négligence de l'établissement.

-De tels actes ou causes comprennent, sans être limitatifs, les événements suivants : grève, conflit du travail, troubles sociaux, guerre, émeute, insurrection, attentat, sabotage, menace, incendie, inondation séisme, carence ou retard des moyens de transport ou de communication, panne du système ou d'électricité ou du gaz, ainsi que le manquement du Client à fournir des documents nécessaires.

-La force majeure suspend les obligations nées du présent contrat pendant toute la durée de son existence. Toutefois, si la force majeure devait perdurer plus de

_____ (indiqué la période), il pourra être mis fin au contrat par l'une ou l'autre des Parties, sans que cette résiliation puisse être considérée comme fautive.

La résiliation, dans une telle hypothèse, devra être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception et prendra effet à la date de réception de ladite lettre.

ARTICLE 11 : INTERPRETATION DU CONTRAT

Le présent contrat et ses annexes contiennent tous les engagements des parties, et les correspondances, offres ou propositions antérieures à la signature des présentes, sont considérées comme non-avenues.

ARTICLE 12 : ENTREE EN VIGUEUR DU CONTRAT

Le présent contrat entrera en vigueur à compter de la signature des présents par les deux Parties et restera en vigueur pendant la durée indiquée dans l'article 4.

Fait à Oran (lieu de rédaction)

Le 3 - DEC. 2014 (Date de l'acte)

En 2 exemplaires originaux (Autant d'exemplaires que de parties), constituant ensemble un contrat unique entre les Parties.

Le prestataire

Le client

Lu et approuvé

lu et approuvé

Comment trier les déchets de soins ?

I. INTRODUCTION

Les déchets produits par les activités médicales, de part leur diversité, constituent un risque important pour la santé et l'environnement.

Ce risque concerne le malade, le personnel soignant, les agents chargés de leur élimination et toute personne pouvant entrer en contact avec ces déchets.

Les déchets infectieux et anatomiques constituent de véritables bouillons de culture de germes et jouent un rôle déterminant dans la chaîne de transmission et la pérennisation des maladies infectieuses.

Le personnel médicale et paramédical doit, après chaque acte de soins, **TRIER** les déchets et les éliminer dans un collecteur correspondant. Une attention particulière doit être portée aux aiguilles souillées de sang qui doivent être immédiatement jetées dans un collecteur rigide.

II. LE CODE COULEUR

Il existe une couleur spécifique pour chaque catégorie de déchet, universellement admise :

- sac de couleur jaune pour les déchets à risque infectieux
- sac de couleur rouge pour les déchets chimiques
- sac de couleur noir pour les déchets ménagers
- récipient jaune rigide (ou bouteille en plastique ou en verre) pour les objets piquants et tranchants (aiguille, lame de bistouri).

III. LES RISQUES

Le risque principal est le risque infectieux du fait de la possibilité de piqûre ou de coupure par du matériel piquant (aiguille) ou tranchant (lame de bistouri), verre cassé...) souillé de sang ou de projection sur les yeux, la bouche ou sur une plaie, lors d'accident d'exposition au sang (AES).

Ce matériel piquant et tranchant souillé de sang peut transmettre à la victime d'AES :

- le virus de l'hépatite B
- le virus de l'hépatite C
- le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Le personnel à risque : toute personne pouvant entrer en contact avec les objets piquants et tranchants :

- personnel médical et paramédical,
- personnel d'hygiène : femmes de ménage, agents de collecte des déchets, les lingères...) lorsque les objets piquants et tranchants sont jetés directement dans le sac-poubelle ou sur le sol et non pas dans le collecteur rigide.

IV. LES PRECAUTIONS STANDARD : il s'agit de:

1. lavage des mains après chaque soin, entre deux patients
2. port de gants, masque, lunettes de protection
3. utilisation de collecteur rigide au plus près du soin
4. l'élimination des objets piquants et tranchants doit être immédiate
5. en cas d'AES, laver à l'eau et au savon puis appliquer une solution antiseptique si piqûre ou coupure. Si projection sur muqueuse, rincer abondamment à l'eau
6. déclarer tout AES à la médecine du travail.

ANNEXE 04

Conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang (AES)

Définition : un accident d'exposition au sang (AES) est défini comme toute effraction cutanée (piqûre ou coupure) avec un objet souillé de sang, de liquide biologique ou une projection de sang sur muqueuse (yeux, bouche) ou sur peau lésée (eczéma, psoriasis...).

Les risques sont la possibilité de contamination par les virus de l'hépatite B ou C et du sida.

Que faut-il faire en cas de piqûre ou de coupure avec un objet souillé ?

1. Laver abondamment à l'eau et au savon
2. Désinfecter avec une solution antiseptique (eau de javel, alcool...)
3. Essayer de connaître la sérologie du patient-source
4. Faire une notification de l'accident auprès du service de médecine du travail
5. Faire une sérologie initiale du VHB, VHC et du VIH
6. Refaire ces trois sérologies à 3 et à 6 mois et suivi par le médecin du travail
7. Déclarer l'accident à la CNAS

Si projection sur muqueuse (yeux, bouche), rincer abondamment à l'eau (au moins cinq minutes).

« Précautions standard »

A respecter lors des soins avec risque d'accident d'exposition au sang

1. Le port de gants : pour tout geste exposant à des liquides biologiques
2. Le lavage ou désinfection des mains : après retrait des gants, entre deux patients, deux activités
3. Le port de surblouse, lunettes, masque est recommandé s'il y a risque de projection ou d'aérosolisation de sang ou autre produit biologique
4. Le matériel souillé
 - ne jamais recapuchonner les aiguilles
 - tout matériel piquant (aiguille) ou coupant (lame de bistouri...) doit être jeté immédiatement dans le conteneur rigide (bidon jaune ou bouteille en plastique et non pas directement dans le sac-poubelle qui risque de blesser le personnel d'hygiène
5. Les surfaces souillées doivent être nettoyées et désinfectées avec un produit adapté
6. Les prélèvements biologiques, le linge, et les instruments souillés doivent être transportés dans un emballage fermé
7. En cas de contact avec du sang ou liquide biologique
 - lavage et antiseptie au niveau de la plaie
 - après projection sur les muqueuses : rinçage abondant

Bibliographie

Bibliographie :

Manuels :

- Sylvie Lupton . Economie des déchets une approche institutionnaliste. Edition de Beock.2013. France
- BEN TURKIA. Mourad. Le management public. Centre de Recherche et d'Etudes Administratives. Tunis.Micro-édition 1992.
- MARTORY, Bernard, Gestion des Ressources Humaines, 3ème édition, Paris, NATHAN, 1988.
- P.CROZET, P.HERMEL, La gestion des ressources humaines dans les administrations publiques : une fonction éclatée ? Actes AGRH, Yvelines, 1998..
- S.SALON, Administration : évolution de la GRH dans les administrations publiques, Cahiers de la fonction publique, Edition Berger Levraut, n°191, juin 2000.
- J-O.ARNAUD, G.BARSACQ, La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital, Paris, Gérer la santé.
- Michael Marmot .Tous ensembles pour la santé. C'est quoi le droit à la santé ? (Michael Marmot, président de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS).2010
- Public health in England. The report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London, HMSO.
- Pierre Bauby Le service public, services publics .la documentation Française. France
- jeon Perlemuter- Jacques Quevauvilliers – Habriel Perlumuter-Béatrice Amar –Lucien Aubert . Nouveaux cahiers de l'infermière. Hygiène. 2^{ème} Edition MASSON. 2012France
- BEATRICE MAJNONI D'INTIGNANO. Santé et économie en Europe. Edition 2007.France
- CATHERIINE Halpern , La santé un enjeu de la société. Editions sciences humaines.2010. France.
- ROBBERT GILLET, Traite de gestion des dechets solides.1997. Algérie.
- KHALOUFI Benabdeli . PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT / Quelques bases fondamentales appliquées et réglementaire.1998. Algérie.
- YVETTE VEYRET DIRECTIONNAIRE DE L'ENVIRONNEMENT .EDITION ARMAND COLIN.2007.
- Olivier Saulpic, Carole Bonnier, Jérôme lartigau, Grégoire Mercier, Philippe Zarlowski, Le contrôle de gestion dans les établissements de santé.Edition Berger-Levrault. Février 2016. France.
- Agathe Euzen, Laurence Eymard, Françoise Gaill, Le développement durable à découvert .. CNRS Editions 2013.paris, France.
- Brahamia B . Economie de santé, évolution et tendance des systèmes de santé. .Edition Bahaeddine, 2010, Constantine Algérie .

- Olivier Saulpic, Carole Bonnier, Jérôme Lartigau, Grégoire Mercier, Philippe Zarloxski. Le contrôle de gestion dans les établissements de santé.. Edition Berger Levrault. Février 2016 .France.
- Romain Laufer, Alain Burlaud. Le management public. Gestion et légitimité .Edition Dallioz .1980.France.
- CHRISTINE BENOT, Manager un établissement de santé, la logistique au service de l'humain. Edition GERESO.NOVEMBRE 2012.France.
- C.BATAL, La gestion des ressources humaines dans le secteur public, tome 1, Edition Organisation, 2000, France.
- J.ABRAHAM, Les obstacles à la modernisation de la gestion des ressources humaines hospitalière, Actes AGRH, Poitiers, 1995. France.
- Edition ESF, 1989, p130
- عبد العزيز بن حبيب الله نياز-جودة الرعاية الصحية-الاسس النظرية والتطبيق العملي-الرياض-وزارة الصحة.2005
- سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2007 ، ص. 27.

REVUE :

- RELIZANE, Le centre d'enfouissement des déchets génère de la pollution. JOURNAL El Waten N° 7986 du 03janvier 2017. ISSAC.B
- Perturbation annoncées sur le marché des médicaments. JOURNAL El Waten N° 7010 du 31Octobre 2013. Dj.K.
- Les fournisseurs de matériel médical doivent assurer la maintenance des équipements et la formation du personnel, La tribune le 23 Avril 2011. BOUAKBA AMEL
- Document de la Banque mondiale, Rapport N° 36270 – DZ : République Algérienne Démocratique et Populaire : A la recherche d'un investissement public de qualité, Le 15 août 2007 ; p172.

Thèses :

- Les services de soins publics : Quelle satisfaction du patient. Thèse de doctorat en Sciences Economiques. GHOUL Djihad.2013/2014
- L'évaluation du procédé de calcul des coûts et de la Gestion des prestations de l'établissement public hospitalier Algérien .Thèse de doctorat en Sciences Economiques. Musatapha Khaldi.2011-2012.
- Le financement et prestation de soins de santé en Algérie : l'équité du système à l'épreuve des faits, doctorat en Sciences Economiques, BERRABAH Nacer, 1999.
- Analyse de la consommation des médicaments en Algérie, Cas de la wilaya de Sétif, Mémoire de Magister en Sciences Economique, juillet 2010.
- La réforme hospitalière en Algérie : vers un management de qualité. Cas de l'EPSP Boutlilis. Mémoire de master en sciences de gestion.NAIR Abdelkader 2016/2017

Sites web :

- <https://inkyfada.com/2014/12/traitement-des-dechets-hospitaliers-carences-abus-dangers-tunisie>
- <https://www.liberte-algerie.com/ouest/le-systeme-de-soins-en-algerie-de-1962-a-nos-jours>
- <http://extranet2.ccah.fr/wp-content/uploads/2013/10/Fiche-technique-CPOM>
- <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com>
- <https://www.healthcarewaste.org>
- www.invs.sante.fr/raisin
- <http://www.msss.gouv.qc.ca>

SOMMAIRE

Remerciement	
Dédicace	
Liste des abréviations	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Liste des graphes	
Liste des illustrations	
Introduction générale.....	01
Partie I : La partie théorique.....	04
Premier chapitre : Le management des établissements de santé.....	04
Introduction du 1ier chapitre.....	04
Section I : Le management des ressources humaines	05
1. Définition du management.....	05
2. Définition du service public service	05
3. Le service public hospitalier.....	05
4. Définition du management public	06
5. Définition du management des ressources humaines	06
6. Définition de la gestion du personnel	07
7. Le capital humain dans le management des établissements de santé.....	08
8. Les trois axes d'activité de la gestion des ressources humaines :.....	09
9. Les actions de la direction de ressources humaines	10
10. Les objectifs de la gestion des ressources humaines	11
11. La gestion des ressources humaines dans le secteur public :	11
a. Les contraintes propres au secteur public.....	12
b. La gestion des ressources humaines dans l'hôpital.....	13
12. Fondements de la gestion des ressources humaines	15
12.1 Distinction entre la gestion des ressources humaines et l'administration du personnel.....	15
12.1.1 La gestion des ressources humaines	15
12.1.2 La gestion administrative du personnel.....	16
12.2 Les niveaux de la gestion des ressources humaines	16
12.3 Les différentes dimensions de la gestion des ressources humaines.....	16
Section II : La gestion de l'organisation hospitalière.....	17
1. La santé publique	17
1.1 Définition de la santé publique	17
1.2 Le droit à la santé	17
1.3 Le droit des malades	18
1.4 Les grandes fonctions de la santé publique.....	19
1.4.1 Les cinq fonctions essentielles.....	19
1.4.2 Les trois fonctions de soutien.....	21
1.5 Objectifs de santé publique selon l'OMS	21
1.6 Les échelons de la santé publique.....	22
2. Les établissements de santé.....	22
2.1 Définition de l'établissement de santé	22
2.2 La classification des établissements de santé	23
2.2.1 La Classification selon le statut juridique de l'établissement	24
a. Etablissements publics de santé	24
b. Les établissements privés de santé	25

2.2.2 La Classification selon la taille/ structure	25
2.2.3 La classification selon la durée de séjour	27
2.2.4 La classification selon l'emplacement et la capacité d'hospitalisation en lits.....	27
2.2.5 La classification selon le critère de spécialisation	27
2.2.6 Autres critères :	28
2.3 Les missions des établissements de santé	28
2.4 L'organisation des établissements de santé centre hospitalo-universitaire	29
2.4.1 Le conseil d'administration	29
2.4.2 Les délibérations du conseil d'administration.....	30
3. La politique de santé	30
3.1 Définition de la gouvernance de la santé publique	30
3.2 Définition de la politique de santé publique :	31
3.3 Les principes de la politique de santé publique	32
4. Le système de santé	33
4.1 Définition d'un système de santé.....	33
4.2 Les caractéristiques du système de santé	34
4.3 Les composantes ou les acteurs du système de santé.....	35
4.4 Le système sanitaire en Algérie depuis 1962 à l'année 2014	36
Section III : Le bilan de la situation hospitalière en Algérie.....	37
1. L'offre et la demande de soins	37
1.1 Définition de l'offre de soins	37
1.2 Définition de la demande de soins	38
1.3 L'interaction offre-demande-besoins en soins.....	40
1.4 L'offre de soins en Algérie :	41
2. L'organisation financière des établissements participant au SPH	47
2.1 Le financement de la santé en Algérie.....	47
2.2 Les facteurs explicatifs de la structure et de l'évolution des dépenses de santé	49
2.2.1 La démographie	49
2.2.2 Amélioration de niveau de vie	49
2.2.3 Le progrès médical et les changements d'habitudes de consommation.....	49
2.2.4 Les autres facteurs influant sur l'offre et la demande de soins.....	50
2.3 Le financement du système de santé	50
3. La performance hospitalière	51
3.1 La qualité et la performance hospitalières, des notions pluridimensionnelles.....	51
3.2 Les éléments de la « performance » hospitalière	52
3.3 Les indicateurs de la performance dans les établissements de santé	53
4. Les problèmes de la gestion hospitalière en Algérie	54
4.1 L'audit dans les structures de santé du mois de septembre 2013.....	54
4.2 Des obligations pour remédier ces problèmes.....	56
4.3 La feuille de route	57
4.4 Les points à revoir.....	57
Conclusion du 1ier chapitre.....	58
Deuxième chapitre : La gestion des déchets hospitaliers	59
Introduction du deuxième chapitre.....	59
Section I : Quelques généralités sur les déchets et les déchets hospitaliers	59
1. Définition du déchet	59
2. La définition de la gestion des déchets.....	62
3. Les principes fondamentaux de la gestion des déchets	62
3.1 Prestation de service pour la santé.....	62
3.2 Responsabilité publique.....	63

3.3	Responsabilité du générateur de déchets	66
3.4	Protection de notre environnement.....	68
3.5	Financement.....	69
4.	Les sources de déchets	69
4.1	Les ménages	69
4.2	Les communes.....	70
4.3	Commerces, service et industrie.....	70
5.	La quantité des déchets	72
6.	Objectifs de la gestion des déchets	72
7.	Définition des déchets hospitaliers	73
8.	Objectifs de la gestion des déchets hospitaliers (médicaux : « DASRI – DAS »).....	74
8.1	Objectif global.....	74
8.2	Objectifs spécifiques.....	74
9.	Les sources génératrices des déchets d'activités de soins ou les déchets d'activités de soins à risques infectieux	75
9.1	Les sources majeures.....	75
9.2	Les sources mineures	75
10.	Les textes réglementaires et législation.....	76
10.1	Textes réglementaires.....	76
10.2	Législation.....	77
11.	La typologie de déchets hospitaliers	78
12.	Les catégories des déchets hospitaliers	80
13.	la classification des catégories de déchets d'activités de soins selon le journal officiel de la république algérienne N°78 – le décret N° 03-478	83
Section II : l'impact de gestion des déchets hospitaliers et la mise en œuvre d'un système de gestion efficace.		
86		
1.	Analyse des impacts de la gestion des déchets hospitaliers, les activités de soins et/ou médicaux sur l'environnement.....	86
1.1	Environnement humain.....	86
1.1.1	Impact sanitaire.....	86
1.1.2	Impact sur l'organisation de l'espace.....	87
1.2	Impact biophysique.....	87
1.2.1	Impact sur la flore et la faune.....	88
1.2.2	Impact sur l'air.....	88
1.2.3	Impact sur l'eau.....	89
1.2.4	Impact sur sol.....	89
1.3	Les risques associés aux déchets de soins médicaux	90
1.4	Les risques professionnels et de santé publique.....	91
2.	La mise en place d'un système de gestion des déchets hospitaliers.....	94
2.1	Développement du plan de gestion.....	94
2.2	Déterminants de la gestion des déchets hospitaliers (solides médicaux – déchets de soins)	94
2.2.1	Les ressources humaines.....	94
2.2.2	Les ressources matérielles.....	94
2.3	Le programme de gestion des déchets hospitaliers.....	95
2.4	L'implication des responsables hospitaliers.....	95
2.5	Le suivi et l'évaluation.....	96
3.	Filière de gestion des déchets hospitaliers.....	96

4	Evaluation des coûts dans les Centres de Soins de Santé.....	98
4.1	Production des déchets.....	98
4.2	Coût du système.....	98
4.3	Investissement initial.....	99
4.4	Coûts renouvelables.....	100
4.5	Estimation des coûts par kilogramme de déchets traité.....	102
5	L'instauration d'un système de gestion des objets tranchants et piquants	102
6	Mettre l'accent sur la réduction à la source.....	102
7	La garantie de la sécurité du travailleur à travers l'éducation, la formation et des équipements appropriés de protection personnelle.....	103
8	Assurer une collecte et un transport sûrs.....	104
9	Planifier et adopter une politique à long terme	104
10	Investir dans la formation et l'équipement pour retraiter les stocks.....	105
11	Investir pour un traitement en matière de déchets médicaux et de technologies de décharge.....	105
12	développer une infrastructure pour un entreposage et un recyclage des déchets dangereux.....	106
	Conclusion du deuxième chapitre	106
	Partie II : Le cas empirique	
	Chapitre 1 : Le système de la gestion des déchets hospitaliers au niveau de l'EHU	107
	Introduction.....	107
	Section une : présentation du secteur sanitaire de la wilaya d'ORAN.....	108
1.	la description du secteur de santé de la wilaya d'Oran.....	108
1.1	La couverture sanitaire de la wilaya d'Oran.....	108
1.2	Le secteur de la santé.....	109
1.2.1	Le secteur Etatique.....	109
1.2.2	Les structures parapubliques.....	111
1.2.3	Le secteur privé.....	111
1.3	Ressources humaines.....	112
2.	Présentation de structure de santé étudiée.....	112
3.	L'Organigramme de l'EHU	113
4.	Les services d'EHUO	115
5.	Personnel biomédical.....	116
5.1	Personnel médical.....	116
5.2	Personnel paramédical	117
6.	Les missions de l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran (01 ^{er} NOV 1954).....	118
7	Démarche de l'étude.....	119
8	Les difficultés de la recherche	1.20
	Section deux : le fonctionnement du système de gestion des déchets hospitaliers dans la structures de sante ciblée.....	121
1.	La gestion des déchets hospitaliers.....	121
1.1	Source de production des déchets solides hospitaliers selon les risques.....	121
1.2	Nature des déchets hospitaliers produits dans l'EHUO.....	121
1.2.1	Déchets d'activités de soins contaminés et dangereux ou les déchets d'activités de soins à risque infectieux.....	122
1.2.2	Déchets non contaminés.....	123
2.	L'objectif de la gestion des déchets hospitaliers.....	126
3.	Définitions des concepts	126
	- Hygiène hospitalière.....	126

- Infections nosocomiales.....	127
4. Le service d'hygiène hospitalière et bio-nettoyage au niveau EHU d'ORAN	127
4.1 Objectif du service hygiène hospitalières.....	128
4.2 L'action de l'unité de l'hygiène hospitalière.....	128
4.3 Description des méthodes et protocoles de l'hygiène hospitalière	128
4.3.1 Hygiène des surfaces communes	129
4.3.2 Hygiène alimentaire	136
4.3.2.1. Définition	136
4.3.2.2. Objectifs	136
4.3.3 Suivi des déchets.....	136
4.3.3.1Le circuit d'élimination des déchets hospitaliers	136
a. La production du déchet.....	137
b Le tri des déchets	141
b.1 Définition Le tri	141
b.2 Le tri à la source.....	142
b.3 L'objectif du tri.....	142
b.4 L'organisation du tri	142
b.5 Les critères de la réussite d'un tri.....	145
c. Les conditionnements des déchets hospitaliers	146
c.1 Les objectifs	146
c.2 Le choix de conditionnement.....	147
c.3 La filière utilisé pour les catégories des déchets hospitaliers au niveau de EHU d'ORAN.....	148
c.4 L'approvisionnement en moyens matériels	148
c.5 Une gestion méticuleuse des déchets de soin est la condition indispensable pour écarter tout contact avec une matière ou un objet potentiellement dangereux.....	148
c.6 Les caractéristiques des emballages des DASRI.....	151
c.7 Les critères et précautions de conditionnement des DASRI....	151
d.Le stockage intermédiaire	152
d.1 Le local d'entreposage ou le stockage central	152
d.2 Descriptions des locaux d'entreposage ou de stockage de l'EHU d'ORAN	153
d.3 Les conditions de stockage selon le poids selon la loi	153
d.4 Le protocole d'entretien du local et des conteneurs	154
e. Le transport des déchets hospitaliers.....	154
e.1 L'objectif de transport des déchets DASRI	155
e.2 Les caractéristiques du véhicule de transport des DASRI.....	155
f. L'élimination finale (le traitement)	156
f.1 L'objectif de l'élimination des déchets	156
f.2 Les avantages ou les intérêts de l'incinération pour l'établissement producteur.....	156
f.3Les contraintes de l'incinération pour l'établissement producteur.....	157
5. Le suivi des filières d'élimination.....	157
5.1 Le bordereau de suivi	157
5.2 La convention	157
5.3Le coût d'incinération des déchets hospitaliers.....	158

6. La formation et l'information du personnel.....	159
6.1 La formation de personnels de l'hôpital.....	159
6.1.1 La formation du personnel paramédical	160
6.1.2 L'objectif de la formation.....	160
6.1.3 La formation du personnel de médecine	161
6.1.4 La formation des femmes de ménage et des agents de la collecte.....	161
6.2 Conception de supports d'information	161
7. Hygiène la sécurité du personnel	162
8. La description des points forts et les points faibles de la gestion des déchets au niveau de l'EHU.....	163
8.1 Les points forts à identifier	163
8.2 Points faibles à revoir	163
Conclusion	164
Conclusion générale	166
Annexes.....	169
Bibliographie	179
Sommaire.....	182

« Le management des déchets hospitaliers au niveau des structures de santé »

Résumé :

Le secteur sanitaire joue un rôle important dans la protection et la prévention et la promotion de la sante dans la société, mais d'un autre cote est générateur d'une pollution spécifique et dangereuse qui peut nuire la sante et l'environnement s'il elle n'est pas éliminée en respectant les règles d'hygiène et de la sécurité. Et pour cette raison la gestion des dechets de soins prend de plus en plus d'importance dans le domaine de la sante. La gestion de déchets de soins fait appel à une réglementation spécifique, des connaissances, des moyens financiers, des ressources humaines qualifiées, des formations et des sensibilisations, des pratiques simples, des programmes d'action, nécessite le respect de tous les soignants du "tri" a la source de production. Une prise de conscience collective (des soignants et des gestionnaires surtout)

Mots clefs : Déchets hospitaliers, l'impact et les risques des déchets de soins, la gestion des déchets de soins.

«تسيير النفايات الاستشفائية في الهياكل الصحية»

المخلص

للقطاع الصحي دور كبير في حماية ووقاية صحة المجتمع، هذا من جهة، لكن من جهة أخرى فهو يعتبر مصدر في تلوث المحيط وذلك بسبب نفايات النشاطات الاستشفائية التي ينتجها أثناء الخدمة التي يقدمها والتي قد تضر صحة الفرد في حالة عدم احترام قوانين النظافة والأمن والتي تفرض كيفية رمي وازالة هذه النفايات بطرق صحيحة. وعليه فان تسيير نفايات النشاطات الاستشفائية خاصة تلك التي تحتوي على أخطار متفاوتة الخطورة والعدوى. ولهذه الأسباب فان تسيير نفايات النشاطات الاستشفائية لها أهمية كبيرة في القطاع الصحي.

ان تسيير نفايات النشاطات الاستشفائية تحتاج الى منظومة وقوانين خاصة، الى معارف، موارد مالية، موارد بشرية ذو كفاءة، الى تكوين مستمر وتحسيس في كيفية فرز النفايات ودرجات خطورتها حسب كل نوع من أنواعها سواء بالنسبة لعمال القطاع أو بالنسبة للمجتمع وهذا من أجل الحد من التلوث البيئي الذي يضر صحة الفرد والمجتمع

الكلمات المفتاحية : نفايات النشاطات الاستشفائية- أخطار و تأثيرات نفايات النشاطات الاستشفائية- تسيير نفايات الهياكل الصحية

« Treatment of medical waste within all medical centres »

Abstract :

The health sector plays an important role in the protection, prevention and promotion of health in society, but on the other hand it generates a specific and dangerous pollution which can be detrimental to health and the environment if it is not eliminated by respecting HSE (hygiene and safety) rules. The management of medical waste is becoming more and more important in health field. Management of healthcare waste requires specific regulations, knowledge, financial means, qualified human resources, training and awareness raising, simple practices, action programs. It requires also the respect of all caregivers from " sorting" to the production. A collective awareness (caregivers and managers especially)

Key words: hospital waste, the impact and hazards of health care waste, management of health-care waste.