

Animation régionale de Dakar
Réseau des chercheurs “Droit de la Santé”
Agence Universitaire de la Francophonie

La gestion des déchets biomédicaux au Sénégal :
«←Un vide juridique à combler→»

Ndiaye Dior Fall

Etudiant du DEA « Droit de la Santé », UCAD

Introduction

Notre intervention porte sur un sujet actuel et complexe, qui justifie l’opportunité qu’il y a d’emblée à préciser ses principaux termes.

Le “**déchet**” est défini par la doctrine et la législation. Selon les dictionnaires *Larousse* et *Robert*¹, les déchets sont « des débris, restes sans valeurs de quelque chose » ou « la perte la diminution qu’une chose subit dans l’emploi qui en est fait ».

Le *Code de l’environnement*² du Sénégal reprenant dans une certaine mesure la *Convention de Bâle*³ assimile le “déchet” à « toute substance solide, liquide, gazeuse ou résidu d’un processus de production, de transformation ou d’utilisation de toute substance éliminée, destinée à être éliminée ou devant être éliminée en vertu des lois et règlements en vigueur ».

Le terme “**biomédical**” quant à lui, vient de “*bio*” qui veut dire “vie” et “médical” qui est relatif à la pratique médicale. En l’absence de toute définition légale dans notre pays, nous pouvons, pour mieux comprendre cette notion, nous référer aux définitions française et canadienne. Pour la première, les DBM sont ceux « issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif et palliatif dans le domaine de la médecine humaine et vétérinaire »⁴. Pour la seconde, ces types de “déchet” sont ceux « produits par les établissements de santé ou les établissements d’hygiène vétérinaires, des établissements de recherche et d’enseignement médical des établissements en soins de santé, des laboratoires d’essai ou de recherche clinique ou des établissements dans la production ou l’essai de vaccin »⁵.

Par “**vides juridiques**”, il faut comprendre, les insuffisances, les manquements, ou encore le fossé à combler dans la réglementation dans ce domaine précis.

Il faut avant d’aller plus loin, signaler que les DBM sont des éléments dont la substance est très infectieuse et dont les modes d’éliminations sont capables d’affecter la santé humaine et son environnement. C’est ainsi qu’ils demeurent une équation universelle, poussant les organisations à multiplier les rencontres, conférences et conventions dans la perspective d’une réglementation internationale. Les pays du Nord ont de leur côté pris leurs précautions. Nous pouvons citer l’exemple

¹ Voir le petit *Robert* et le grand « *Larousse* ».

² Voir l’article 2, titre I alinéa 6 de la loi 2001-01 du 15 janvier 2001 portant *Code de l’environnement*.

³ Voir la *Convention de Bâle sur le Contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux*, mars 1989.

⁴ Voir le décret n°97-1048 du 6 novembre 1997 relatif « à l’élimination des DAS à risque infectieux et assimilés et des pièces anatomiques, modifiant le code de la santé publique ».

⁵ Définition tiré du règlement sur *Les mouvements à l’intérieur du Canada des DBM et des produits recyclables dangereux*, janvier 2002.

de la France qui, à travers des textes ponctuels, repris dans le *Code de la santé publique*, a juridiquement très bien cerné cette problématique.

Par contre, en Afrique nous voyons presque partout un *vide réglementaire*. Le Sénégal a certes édicté quelques textes, mais qui ont une portée trop générale, aussi sont ils peu adaptés, avec à l'arrivée des manquements considérables. Parfois même ils sont inapplicables pour défaut de décret d'application (exemple du *Code de l'Hygiène publique*) ou de publication. Face à ces vides législatifs notoires, nous ne pouvons pas manquer de nous poser un certain nombre de questions. En l'absence d'un cadre juridique adéquat la gestion des DBM ne risque pas d'être laxiste voir anarchique ? Quels seront les véritables problèmes dans la gestion ? Quelles en seront les conséquences ? Que faut-il proposer comme alternative ?

L'étude d'une telle problématique comporte des enjeux de taille. Les pouvoirs publics sont débiteurs du droit de la population « à la santé et à un environnement sain ». A ce titre ils n'ont pas le droit de se décharger sur les producteurs de déchets comme semble être le cas. Ils ont plutôt l'obligation de mettre sur pied un cadre juridique adapté mais aussi des moyens financiers, logistiques et matériels suffisants en vue d'une bonne gestion des DBM. Les professionnels de santé de leur côté sont liés par le serment d'Hippocrate qui leur demande de ne « point nuire », de « supprimer un effet nocif », et de le prévenir.

Alors, une mauvaise gestion des DBM ne serait-il pas en porte-à-faux avec cette allégeance ? Les populations en ce qui les concerne sont exposées en permanence aux pollutions, nuisances et risques sanitaires de grande envergure.

En effet, dans la pratique nous assistons à des méthodes de gestion irresponsables. La plupart des structures ignorent les étapes les plus élémentaires de la gestion, que se soit dans les phases de la précollecte, de la collecte, du tri, du stockage ou de la destruction. Ainsi, les DBM de toutes sortes sont mélangés et éliminés dangereusement ; soit par la décharge, soit par l'enfouissement, ou encore par les systèmes du brûlage et de l'incinération dans des machines souvent défectueuses. Et, nous savons que toutes ces pratiques ont des conséquences incalculables sur l'environnement et la santé de l'Homme, avec les menaces de maladies comme : le sida, les hépatites, le cancer..., mais également les pollutions de l'air, du sol, de l'eau, et des nuisances.

Pour renverser cette tendance nous pensons qu'il y'a une seule alternative : combler les vides juridiques par une réglementation plus spécifique et mieux adaptée. En suivant cette logique, nous bâtirons notre intervention sur trois axes majeurs. De prime abord nous exposerons l'état de la réglementation lacunaire des DBM (I), ensuite nous nous attarderons sur leurs conséquences avant de plaider en faveur d'une réglementation plus adéquate.

I. Une réglementation très lacunaire des déchets biomédicaux conduisant à leur mauvaise gestion

Cette réglementation lacunaire s'explique par des défaillances dans la législation (1) qui se répercute sur la mauvaise gestion des déchets biomédicaux (2).

1. Les lacunes de la réglementation

Au Sénégal nous n'avons pas un « *vide juridique total* » en matière de gestion des déchets biomédicaux. Notre pays a manifesté très tôt une certaine volonté de lutter contre ce fléau en s'engageant à travers notre constitution à « *assurer à tout citoyen un droit à la santé et à un environnement sain* »⁶. Cette préoccupation s'est traduite par la participation, la reconnaissance et la ratification de certaines déclarations, conférences et conventions internationales Nous citerons à titre d'illustration : la **Déclaration d'Alma Ata de 1978**, la **Convention de Bâle** sur le « contrôle des

⁶ Voir l'article 8 de la Constitution sénégalaise de 2001, adoptée par référendum.

mouvements transfrontières des déchets dangereux » en mars 1989, la **Convention de Bamako** sur « l'interdiction des déchets dangereux et le contrôle de leurs mouvements transfrontières en Afrique »⁷

A coté de cette réglementation internationale nous avons l'adoption de certaines dispositions nationales dont l'énumération nous paraît opportune. Il s'agit respectivement du décret 74-368 portant évacuation des ordures ménagères (article 8). Cet article est repris par la loi 83-71 du 5 juillet 1983 « portant code de l'hygiène publique » aux articles 33, 34 en ces termes : « il est interdit de mélanger aux ordures ménagères des déchets anatomiques ou contagieux, des produits pharmaceutiques et tout autre produit toxique ainsi que les déchets et issus d'abattoirs » (article 33). Et l'article 34 de renchéirir « les hôpitaux et les formations sanitaires publiques ou privées sont tenues de détruire par voie d'incinération les déchets anatomiques ou contagieux ». A cela, s'ajoute le code de l'environnement (loi n° 2001-01 du 15 janvier 2001), à travers son titre II chapitre III (article 30 et suivants), qui a tenté de réglementer les déchets de toute nature comme l'attestent les dispositions de l'article 30 « les déchets doivent être éliminés ou recyclés de manière écologiquement rationnelle afin de réduire leurs effets nocifs sur la santé de l'homme, sur les ressources naturelles, la faune, ou la qualité de l'environnement. Les dispositions du présent article s'appliquent à toutes les catégories de déchets y compris les déchets biomédicaux »⁸. En examinant cette législation nous allons nous rendre compte facilement de ses insuffisances, manquements et vides à combler.

Dans un premier temps, aucune des dispositions en présence n'a donné de définition des déchets biomédicaux. **L'article 34** du code de l'hygiène publique fait vaguement allusion aux « déchets anatomiques » ou « contagieux », des « déchets pharmaceutiques ou toxiques ». Cette absence de définition est une source potentielle de dérapage, car elle ne permet pas de tracer les contours de cette notion et d'identifier de façon exhaustive les différentes structures de production.

Dans un second moment, la réglementation a omis une phase fondamentale qui se trouve être la précision des étapes et méthodes de gestion des déchets biomédicaux.

- Comment doit s'effectuer le tri ?
- Quels matériaux doit-on utiliser ?
- Par quels moyens peut se faire la collecte, le conditionnement, le transport des déchets et leur élimination ?
- Quelle est la durée nécessaire pour chaque étape de ce processus ?

Sur toutes ces interrogations le législateur sénégalais n'a pas encore apporté de réponses.

En troisième position, nous voyons que les textes responsabilisent les producteurs de déchets (article 34 déjà cité), sans que cette responsabilisation soit définie ou délimitée.

Enfin, nous avons une inexistence de mesures, de sanctions et d'indemnités des dommages et violations des règles de gestion.

En plus de ces vides juridiques, nous avons d'autres lacunes d'ordre réglementaire.

Notre législation en ce domaine est disparate. Nous avons des textes dispersés sans aucune articulation entre eux, et il y a aussi une ineffectivité de la réglementation dans la mesure où les textes sont méconnus et inappliqués, soit par défaut de publication ou de décret d'application (code de l'hygiène publique).

Cette réglementation très lacunaire des déchets biomédicaux nous a entraîné dans une gestion irrationnelle voir anarchique.

⁷ Il faut signaler que cette législation internationale ne règle pas le souci de la gestion au niveau local mais interdit plutôt l'importation et la destruction des déchets dangereux d'un Etat à un autre moyennant compensation.

⁸ Voir le titre 2 chapitre 3 article 30 et suivant du code de l'environnement du Sénégal : « loi n° 2001-01 du 15 janvier 2001.

2. La mauvaise gestion des déchets biomédicaux

En 1998 l'Institut Africain des gestions urbaines, procédant à une étude des déchets biomédicaux dans quatre villes ouest Africaines dont Dakar, a montré que la gestion de tels déchets était « *désespérante chaotique et représente un danger permanent pour l'homme et son environnement* »⁹.

En 2001 un rapport provisoire¹⁰ effectué par un consultant en environnement après une visite des régions médicales du Sénégal a établi le même constat.

Dans le cadre de notre mémoire de DEA en droit de la santé (2004-2005) sur les « déchets biomédicaux »¹¹, nous avons visité plusieurs structures de gestion pour nous persuader des mêmes réalités. Il y'a véritablement des difficultés dans la gestion des déchets biomédicaux. Pour le précollecte et la collecte, « la plupart des structures sanitaires utilisent des poubelles en plastique, souvent sans couverture ou encore des seaux. Ces supports ont tendance à recevoir sans distinction toute sorte de déchets à l'exception des lames, et autres matériaux piquants et tranchants »¹². Cependant il arrive que ces déchets piquants ou tranchants se retrouvent dans les bacs à ordures qui doivent être recueillis par les camions et déversés à la décharge publique, situation que nous avons vécue personnellement à Abass Ndao.

Le tri se confond très souvent au conditionnement et au stockage. Pratiquement seules les seringues aiguilles et autres objets piquants subissent un traitement particulier. Pour « les aiguilles ,ils sont conditionnés pour la plupart du temps dans des flacons en verre bouteille en plastique remplies d'eau de javel ». Toutefois, nous constatons que certains services sanitaires commencent à utiliser des « *boîtes de sécurité* ». De même certaines formations hospitalières ont tendance à acquérir des sachets en plastiques et des poubelles avec des couvercles de couleurs différentes. Mais ce matériel n'est pas une entrave à la mauvaise gestion du fait du non-respect des consignes, selon certains professionnels rencontrés. Pour ce qui est de l'élimination, bon nombre de structure signe des contrats avec des *GIE* comme AMA/Sénégal ou contracte directement avec des particuliers. Ce personnel non averti est pourtant chargé d'acheminer les déchets biomédicaux des points de collectes aux différentes zones de destination. Le *Rapport provisoire* de 2001 précité montre que l'élimination par la filière des ordures ménagères est la plus utilisée (Hôpital régional de Louga, de Saint-Louis, Hôpital de Fann...). D'autres services favorisent le système du brûlage à l'air libre, soit dans l'enceinte dudit service ou en dehors, après un long séjour sur la voie publique (hôpital de Ndioum et Kolda)¹³.

Il y a aussi ceux qui s'adonnent à l'enfouissement des déchets biomédicaux (exemple le district de Nabil Choucaire. Enfin nous avons l'incinération avec des incinérateurs de diverses fortunes notamment ceux qui sont vieux et défectueux, laissant échapper gaz et fumée nocif pour l'homme et l'environnement dans lequel il vit.

II. — La présence à grande échelle de menaces sanitaires et environnementales

Les vides et l'ineffectivité de la législation ont pour corollaire des menaces de grandes envergures sur la santé publique et l'environnement dans lequel nous vivons.

1. Les atteintes à l'environnement

L'environnement est le milieu dans lequel un être vivant fonctionne. Ce milieu inclut l'air, le sol, les ressources naturelles, la faune, la flore et les êtres humains. Un tel trésor qui doit être préservé durablement est cependant gravement exposé aux effets d'une mauvaise gestion des déchets

⁹ Voir Mbengue M.F., « Déchets biomédicaux en Afrique de l'Ouest, problème de gestion et esquisse de solution », IAGU, octobre 1998.

¹⁰ Doucouré Djibril, « La gestion des DBM au Sénégal, analyse situationnelle et plan de gestion », rapport provisoire, 2001

¹¹ Fall Ndiaye Dior « Les déchets biomédicaux », mémoire de DEA de droit de la santé 2004-2005.

¹² Voir le rapport 2001 précité.

¹³ Voir ledit rapport.

biomédicaux que sont les pollutions et nuisances.

En ce qui est des pollutions, celle de l'air peut être appréhendée, soit « comme une modification de la composition idéale de l'air soit comme toute émission entraînant le dépassement d'un certain seuil de qualité de l'air considéré comme dangereux pour la santé publique ».

En effet, une telle pollution passe par le canal du vent et des fumées à cause de certaines pratiques comme l'entreposage, l'incinération et le brûlage. La poussière provenant des tas de déchets biomédicaux, la fumée dégagée par les incinérateurs et le système de brûlage, contiennent des substances de gaz et couches toxiques, des particules riches en acide chlorhydriques, en azote et en oxyde de soufre et autres vecteurs de maladies par inhalation.

Les autres types de pollution concernent les eaux et les terres par l'intermédiaire des déversements et de l'enfouissement. L'usage de l'une ou de l'autre technique nous plonge dans des espaces inondés des déchets dangereux. Il s'y ajoute la destruction de la nappe d'eau phréatique car la pluie fait descendre des agents pathogènes au niveau des eaux souterraines les rendant du coup impropre à toute consommation sans un traitement préalable.

A Dakar, l'étude faite sur la décharge de Mbeubeuss¹⁴ a révélé « une forte pollution de la nappe aquifère¹⁵ par les nitrates ». De même, les cours d'eau par le déversement et le système des canalisations servent de dépositaires à des déchets solides et liquides (sang, déchets toxiques), prétraités ou pas. Pour finir signalons les nuisances de tous bords accompagnés de la destruction de la couche d'ozone et l'émission des gaz à effet de serre à l'image des vapeurs d'eau des dioxines de carbone, des solvants chlorés pouvant occasionner des conséquences incommensurables : hausse des températures, fonte des glaces polaires avec une augmentation du niveau de la mer engendrant des inondations et un bouleversement du niveau des climats. Tous ces facteurs sont parmi d'autres préjudiciables à la santé humaine.

2. Les atteintes à la santé de l'homme

Les DBM mal traités sont à l'origine de certaines maladies comme le sida, les hépatites, le cancer, les infections nosocomiales.

Parmi les modes de transmission du sida et des hépatites nous avons le contact avec du sang infecté par piqûre ou coupure d'objets tranchants ou coupants comme les seringues accompagnées de leur aiguille. L'infection peut survenir au niveau des formations de production ; dans ce cas, les groupes à risques sont constitués des travailleurs notamment des agents soignants et le personnel subordonné car ce sont eux qui manipulent ces déchets à tout moment. En dehors de ces structures plusieurs catégories sociales sont exposées. D'abord les enfants et les récupérateurs qui sillonnent les décharges. En deuxième et dernier lieu les populations surtout les malades en auto traitement et les drogués par voie intraveineuse par l'achat d'objets souillés mal nettoyés dans le marché parallèle.

Quant aux Infections respiratoires nosocomiales, elles guettent toutes les fréquentations de la chaîne hospitalière à cause de l'exposition dans des couloirs fréquentés des poubelles de déchets infectieux et des habitudes culturelles et sociales des acteurs.

Le cancer serait une conséquence des moyens d'éliminations à l'instar du brûlage des incinérations par l'effet des gaz cancérigènes dégagés. D'ailleurs des études faites ont établi un lien entre le taux élevé de cancer et le fait de vivre à proximité d'un incinérateur surtout chez les enfants car la période de latence est longue. Les déchets ionisants produits surtout au niveau des laboratoires sont une autre cause de transmission de cancer.

¹⁴ C'est une localité de Dakar qui reçoit des déchets de toute nature.

¹⁵ Diop Abdou « La gestion des déchets biomédicaux au Sénégal : les exemples de l'hôpital Le Dantec et l'hôpital Fann », thèse de doctorat d'Etat en médecine.

Enfin nous constatons ces dernières années le rebondissement de certaines maladies comme la tuberculose, la fièvre jaune, le choléra, qui pourtant avaient tendance à disparaître du paysage africain.

Pour lutter contre cette problématique des DBM, l'alternative la plus pressante est à notre avis l'adoption d'un cadre réglementaire adopté.

III.— L'urgence d'un cadre réglementaire adapté

Tout encadrement juridique doit passer par deux canaux. Le premier serait de combler les vides juridiques (1), le second consiste à mettre à jour un code de la santé publique au Sénégal.

1. Une nécessité à combler les vides juridiques

Nous ne devons pas nous voiler la face : de simples dispositions d'articles insérées dans des textes épars ne suffisent pas pour réglementer un aspect aussi sensible que celui des DBM. C'est la raison pour laquelle nous demandons au nom de tous les intellectuels ici présents, au nom des étudiants du DEA, des représentants du ministère de la santé, de concert avec tous ceux qui sont concernés, d'ouvrir un débat dans les instances habilitées, en vue de pousser le législateur à se prononcer sur les vides juridiques constatés par des lois et règlements spécifiques à ce type de résidus. Cela passera certainement par un certain nombre d'actes concrets.

- La définition des DBM, à l'image de la loi française du 15 juillet 1975 portant « définition de déchets DBM »¹⁶.
- La réglementation harmonisée des techniques de gestion allant de la collecte à l'élimination. Les textes doivent exiger que le tri soit uniquement de la compétence du personnel soignant du fait de sa connaissance du malade qu'il a soigné. Et pour cette phase capitale de la gestion, les déchets seront séparés en quatre catégories et collectés dans autant de récipients en jouant sur la couleur visuelle. Nous proposons par exemple qu'il ait des poubelles de couleur verte pour les déchets assimilés aux simples ordures ménagères, des récipients de couleur bleue pour les déchets alimentaires. En ce qui est des objets tranchants et coupants nous encourageons le système des boîtes de sécurité initié d'ailleurs par le PEV¹⁷. Les autres déchets infectieux après emballage dans des sacs à plastique seront conservés dans des conteneurs jaunes. Enfin les déchets liquides après prétraitement doivent être déversés dans des fosses étanches construites selon des normes bien définies.

Si cette réglementation était appliquée, ce serait d'un intérêt capital, car toute personne (professionnel de la santé, visiteur, accompagnant, malade) qui quitterait un poste de santé pour se rendre dans un centre, un hôpital ou dans le secteur privé, retrouvera les mêmes couleurs, donc les mêmes habitudes.

Le stockage serait plus commode dans un local muni d'un dispositif rendant impossible la pénétration des animaux¹⁸.

Pour la collecte, il faut revendiquer un itinéraire précis de nature à réduire le passage des chariots chargés de déchets dans les aires de traitement.

Les véhicules spécialisées servant uniquement à cette cause, achemineront les résidus de préférence la nuit à des heures tardives afin d'éviter toute collision fatale dans la circulation.

En ce qui concerne les moyens de destruction, toute réglementation doit interdire formellement la mise en décharge, le brûlage, le déversement et l'enfouissement non réglementaire, et opter plutôt

¹⁶ Voir la loi n°75-633 modifiée par la loi 92-646 du 13 juillet 1992 aussi le décret 97-1048 de 1997 relative à « l'élimination des déchets d'activité de soin à risque infectieux et assimilés et des pièces anatomiques ».

¹⁷ C'est le programme élargi de vaccination qui a mis sur pied une technique efficace pour l'élimination des objets piquants et tranchants à travers des boîtes de sécurité.

¹⁸ Certains animaux comme les rats, les chats, chiens et mouches sont vecteurs de maladie comme le choléra.

pour l'enfouissement réglementaire¹⁹ et l'incinération, avec bien évidemment des incinérateurs de qualité²⁰. Il serait même louable d'envisager des pôles d'incinérateurs, ce qui va consister à doter chaque centre de santé de référence d'un incinérateur de grande capacité, placé dans un endroit hors de portée de nuire et qui recevra ceux de tous les services le composant. Et cela est également possible pour les hôpitaux.

Dans un souci d'effectivité, le législateur édictera des mesures de sanction civiles, pénales à côté de celles d'ordre moral, éthique et déontologiques. Toutefois, des cas d'indemnisations par la solidarité nationale seraient les bien venus. En effet, il arrive des situations exceptionnelles qui ne permettent pas d'identifier le ou les responsables parce qu'il y a absence de faute, présence de cause étrangère ou d'autres facteurs. Prenons l'hypothèse où un récupérateur ou bien un enfant se fait piquer par des aiguilles de seringues dans une décharge publique comme celle de Mbeubeuss et contracte le sida ou une hépatite ; il sera dans l'impossibilité de savoir d'où proviennent ces déchets. Doit-il s'en prendre à lui-même ?

Dans un souci d'équité, il est tant de créer un mécanisme d'indemnisation à travers une « caisse de sécurité et de garantie » à l'image de la loi française du 4 mars 2002 instituant « l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales ». Pour terminer, il serait salutaire que toutes ces règles soient renforcées et intégrées dans un « Code de la Santé Publique ».

2. La mise sur pied d'un code de la santé publique

Notre intervention sur la nécessité de mettre à jour un « Code de la santé » au Sénégal sera très brève, car ce thème va être traité par Monsieur Charles Becker, chercheur au CNRS et animateur au DEA du droit de la santé. Toutefois nous jugeons inconcevable que le Code de la santé français continue d'être appliqué dans notre pays, ne serait-ce que par souci de commodité étant donné que l'environnement et les réalités sociales et culturelles diffèrent.

Nous espérons que ces journées d'échanges et de réflexion seront profitables à tous les Etats de notre sous-région, surtout pour notre pays qui doit rapidement rectifier le tir non seulement en matière de réglementation des DBM, mais également dans d'autres domaines révélés par la technique, la science et les savoirs médicaux. Le Sénégal n'a pris aucune disposition juridique sur l'expérimentation sur le corps humain, sur le clonage à des fins de reproduction, ou encore sur les considérations éthiques et bioéthiques, sur les OGM, la médecine traditionnelle et j'en passe...

Nous devons tous plaider fortement en faveur d'une réglementation plus adaptée, plus effective par l'adoption des lois et règlements ponctuels qui seront par la suite intégrés dans un code de la santé.

Conclusion

Parallèlement à ce sombre tableau de gestion des déchets biomédicaux, signalons de manière objective que certaines structures comme l'hôpital Principal et le secteur privé dérogent à cette règle. En plus de cela, l'Etat est entrain de faire des efforts, notons à ce titre le projet de révision de la loi et de décret d'application de 2001 sur les rayonnements ionisants en 2004, les lois sur la biosécurité et sur les infections nosocomiales en 2005.

Sur le plan matériel, le ministre de la santé de la prévention médicale annonce un budget de trois milliards²¹ pour l'achat d'incinérateurs afin de couvrir la plupart des structures de production des ces

¹⁹ Par l'intermédiaire des fosses dont le modèle sera prédéfini par les textes.

²⁰ Le gouvernement peut à l'instar des mesures prises sur l'importation des véhicules interdire l'entrée sur notre territoire les vieux incinérateurs.

²¹ Le Soleil, 18 mars 2005

déchets. Cependant, cela s'avère insuffisant. Si nous voulons lutter contre les effets de la mauvaise gestion, nous devons nous doter le plus rapidement possible d'un cadre législatif adéquat qui se traduit par l'élaboration de normes ponctuelles mais aussi d'un code de la santé.

Par ailleurs, les pouvoirs publics devront mettre l'accent sur la formation et la sensibilisation des acteurs, mais aussi dotés les services de production des moyens humains, financiers, logistiques et matériels. « La santé n'a pas de prix », selon la sagesse populaire. Alors, unissons nos efforts pour enrayer de notre environnement tous les facteurs attentatoires à notre santé, et aussi pour dire, que « *santé et environnement sont étroitement liés* ».

Dès lors, un code intégré de la santé et de l'environnement n'est-il pas envisageable ?

Plan

Introduction

I – Une réglementation très lacunaire des déchets biomédicaux

- 1 – Les lacunes de la réglementation
- 2 – La mauvaise gestion des déchets biomédicaux

II – La présence à grande échelle des menaces sanitaires et environnementales

- 1 – Les atteintes à l'environnement
- 2 – Les atteintes à la santé de l'homme

III – L'urgence d'un cadre réglementaire adapté

- 1 – Une nécessité à combler le vide juridique
- 2 – La mise sur pied d'un code de la santé publique

Conclusion

Principales Abréviations

AMA	Agence Municipale d'Assainissement
CNRS	Centre National de Recherche Scientifique
DBM	Déchets Biomédicaux
DEA	Diplôme d'Etudes Approfondies
EDRA	Ecole Doctorale Régionale Africaine
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
IAGU	Institut Africain de Gestion Urbaine
IN	Infection Nosocomiale
OGM	Organisme Génétiquement Modifié
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
UCAD	Université Cheikh Anta Diop

Bibliographie

1 - Ouvrages

Doucouré Djibril, *Profit environnemental sur la gestion des DBM à Dakar*, 1998.

Mbengue M.F., *Déchets biomédicaux en Afrique de l'ouest, problèmes de gestion et esquisses de solutions*, Institut africain de gestion urbaine et programme de gestion urbaine IAGD – PDG, octobre 1998.

Michel Prieur, *Droit de l'environnement* », 3^{ème} édition, Paris, Dalloz 1996.

OMS, *Programmes nationaux de lutte contre le cancer* », OMS, Genève, 1996.

2 - Articles et Revues

« Déchets biomédicaux : une pollution perverse et multiforme », *Le Soleil*, Dakar 28 novembre 2001.

Giroult Eric, « Impact sanitaire gestion des déchets hospitaliers », *Revue Médecine et hygiène*, 1993.

Washington Post, « Corrélation entre pollution, particule de l'air et le cancer du poumon », *Washington Post*, 6 mars 2002.

3 - Lois et règlements

Sénégal

Loi n°74-368 portant « évacuation des ordures ménagères ».

Loi n°83-71 du 5 juillet 1983 portant « Code de l'hygiène public ».

Loi n°2001-01 du 5 janvier 2001 portant « Code de l'environnement » et son décret d'application, n°2001-01 du 5 janvier 2001.

France

Loi du 15 juillet 1975 « définissant les déchets biomédicaux ».

Décret 97-1048 de 1997 relatif à « l'élimination des déchets d'activité de soin à risque infectieux et assimilés et des pièces anatomiques », modifié par le Code de la santé publique.

Le Code de la santé français de 2003.

4 – Déclarations et Conventions internationales

Déclaration d'Alma Ata de 1978.

Convention de Bale sur le « contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux », mars 1989.

Convention de Bamako sur « l'interdiction d'importer des déchets dangereux et le contrôle de leur mouvement transfrontière en Afrique » 1991.

5 – Thèses et mémoires

Diop Abdou, « *La gestion des déchets biomédicaux au Sénégal : les exemples de l'hôpital Le Dantec et de l'hôpital Fann* », thèse de doctorat d'Etat en médecine, UCAD de Dakar.

Ndiaye Abdoulaye « *Enquête sur les perspectives des infections nosocomiales, parmi le personnel soignant de l'hôpital Principal* », thèse de docteur d'Etat en médecine UCAD de Dakar 2004.

Fall Ndiaye Dior « *Les déchets biomédicaux* », mémoire de DEA en droit de la santé EDRA, UCAD Dakar 2005.

6 – Documents tirés du net

www.medisita.fr/quelsdechetsstriés

www.membreslycos.fr/ca1998/lagestionwebdechets



