



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI



ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE

Espaces, Cultures et Développement

FORMATION DOCTORALE SOCIOLOGIE-ANTHROPOLOGIE

OPTION : Sociologie et Anthropologie de la Santé

MEMOIRE DE MASTER RECHERCHE

SUJET

**LOGIQUES ET PRATIQUES DE GESTION DES DECHETS
BIOMEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES AU CENTRE
NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE
COTONOU**

Présenté et soutenu par :

Isidore M'po SIMBIA

Sous la direction de :

Dr Roch A. HOUNGNIHIN

Maître de Conférences des Universités / CAMES

Et

Dr Abdoulaye BENON MONRA

Maître-Assistant, Enseignant-Chercheur à l'UAC

MEMBRES DU JURY

Présidente : Dr Sidonie HEDIBLE (MC)

Rapporteur : Dr Roch A. HOUNGNIHIN (MC)

Co-Rapporteur : Dr Abdoulaye BENON MONRA (MA)

Examineur : Dr Karl Martial NASSI (MA)

Note : 17/20 **Mention :** Très-Bien

Soutenu, le 09 Janvier 2020

Année Académique : 2019-2020

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.....	11
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE.....	12
CHAPITRE II : CADRE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE	29
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS .	47
CHAPITRE III : GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES AU CNHU : ACTEURS, ROLES ET CIRCULARITE DES DECHETS	48
CHAPITRE IV : LOGIQUES DES ACTEURS ET PRATIQUES SOCIALES LIEES A LA GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES AU CNHU/HKM.....	61
DISCUSSION	73
CONCLUSION.....	78
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	80
ANNEXES	83
TABLES DES MATIERES	99

DEDICACE

A

- mes parents N'koué SIMBIA et Madeleine TENNA ;
- ma très chère épouse Bernadette MASSARIKOU.

REMERCIEMENTS

Je voudrais, au terme de cette formation, adresser mes remerciements au Docteur Roch HOUNGNIHIN (Maître de Conférences des Universités/CAMES), pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire.

Je remercie également le Dr Abdoulaye BENON MONRA, Maître-Assistant, co-encadreur, pour la qualité de ses observations et de ses conseils.

Je remercie également tous les enseignants-chercheurs de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales qui ont cru à ce projet de formation.

Je voudrais par ailleurs exprimer ma gratitude et mes sincères reconnaissances au Docteur Karl Martial NASSI (Maître-Assistant), pour ses multiples contributions et assistances.

Mes remerciements vont également à l'endroit de tous mes parents et proches pour leur appui sans condition.

Je m'en voudrais de n'avoir pas à remercier mon épouse Bernadette Marie MASSARIKOU et mes enfants pour leur sens de sacrifice et leur soutien indéfectible.

Enfin, je remercie sincèrement les responsables du Centre National Hospitalier et Universitaire qui travaillent inlassablement pour une meilleure gestion des déchets biomédicaux et pharmaceutiques, ainsi que tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce document.

SIGLES ET ACRONYMES

ABE	: Association Béninoise pour l'Environnement
AES	: Accident d'Exposition au Sang.
ANTS	: Agence Nationale de Transmission Sanguine
ASS	: Afrique Santé Service
BSP	: Brigade de Salubrité Publique
CEB	: Communauté Électrique du Bénin
CHDO/P	: Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé/Plateau
CLIN	: Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CNHU-	: Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou
HKM	Maga
CUGO	: Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique
DBMP	: Déchet Biomédical et Pharmaceutique
DHAB	: Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
DSM	: Déchet Solide Ménager
DSMP	: Déchet Solide Médical et Pharmaceutique
: FASHS	: : Faculté des Sciences Humaines et Sociales
FSS	: Faculté des Sciences de la Santé
IAGU	: Institut Africain de Gestion Urbaine
IFC	: Institut Français de Cotonou
ISBA	: Institut des Sciences Biomédicales Appliquées
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ORL-CCF	: Oto-Rhino-Laryngologie-Chirurgie Cervico-Faciale
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAMU	: Service d'Aide Médicale des Urgence
SG-CNHU	: Surveillant Général du CNHU
SHH	: Service d'Hygiène Hospitalière
SMAU	: Service Médical d'Aide des Urgences

SMI	: Service de Médecine Interne
SNV	: Structure Non Gouvernementale
SPAR	: Service Polyvalent d'Anesthésie et Réanimation
SSI	: Service des Soins Infirmiers
UAC	: Université d'Abomey Calavi
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
EDP	: École Doctorale Pluridisciplinaire

Liste des tableaux

Tableau I: catégorisation des DBMP	27
Tableau II: Centres de documentation et nature des informations obtenues.	38
Tableau III: Type de personnes interrogées et nature des informations obtenues	40
Tableau IV: Répartition des enquêtés	43

Liste des planches

Planche 1: Sacs et boîtes inviolables contenant des DBMP	54
Planche 2: Exemple de poubelle et une partie du dépotoir central du CNHU.....	55
Planche 3: Une portion du dépotoir central du CNHU	56
Planche 4: Transport des DBMP du CNHU à travers la ville de Cotonou	57
Planche 5: DBMP déversés sur le dépotoir de Gbégamey.....	59
Planche 6: les agents chargés du ramassage des déchets du CNHU pour les dépotoirs publics.	60
Planche 7: exemples de pratiques de gestion des DBMP au CNHU	71

Résumé

La gestion des déchets biomédicaux est une des composantes du secteur de l'environnement, de l'assainissement et de la santé. Elle mobilise plusieurs acteurs aux logiques et pratiques variées.

La présente recherche vise à analyser les logiques et pratiques d'acteurs liées à la gestion des déchets biomédicaux et pharmaceutiques au CNHU de Cotonou. La question est de savoir : quelles sont les logiques et pratiques des acteurs intervenant dans la gestion des déchets biomédicaux et pharmaceutiques au CNHU de Cotonou ?

Pour conduire cette recherche, l'approche qualitative est utilisée pour produire les données relatives aux logiques et représentations des acteurs face aux déchets hospitaliers. Par ailleurs, l'approche quantitative a permis de faire la typologie desdits déchets. L'observation directe et l'entretien semi-directif ont été utilisés pour la collecte des données. 45 acteurs ont été approchés à l'aide d'un guide d'entretien et d'un questionnaire.

Partant de cette approche méthodologique, il ressort que les déchets sont dangereux pour certains et pour d'autres, ces déchets constituent des opportunités d'affaire. Par ailleurs, ces déchets sont utilisés pour le remblai ou pour des pratiques culturelles et mystiques.

Mots clés : Perceptions, pratiques, déchets biomédicaux et pharmaceutiques, acteurs sociaux, CNHU/HKM.

Abstract

Biomedical waste management is a component of the environmental sector, sanitation and health. It mobilizes several players at different perceptions and practices.

This research aims to understand the perceptions and practices of actors associated with biomedical waste management and pharmaceutical CNHU in Cotonou. The question is: what are the perceptions and practices of the actors involved in the management of biomedical waste and pharmaceutical CNHU to Cotonou?

To conduct this research, the qualitative approach is used to produce data on perceptions and representations of the actors deal with hospital waste. Moreover, the quantitative approach has helped make the typology of such waste. Direct observation and semi-structured interview were used for data collection. 45 players have been approached with an interview guide and questionnaire.

From this methodological approach, it appears that the waste is hazardous for some and for others, this waste constitute the business opportunities. Moreover, these wastes are used for backfill or for worship and mystical practices.

Keywords: Perceptions, practices, waste biomedical and pharmaceutical, social actors, CNHU/HKM.

INTRODUCTION

Dans le contexte mondial actuel d'explosion démographique et de développement industriel, gérer les déchets de manière efficace devient une préoccupation de plus en plus importante pour l'ensemble de la communauté internationale. Parmi tous les types de déchets, compte tenu du risque que ceux-ci représentent aussi bien pour l'environnement que pour la santé humaine, les déchets biomédicaux (DBM) méritent une attention particulière (Billau, 2008).

Ainsi, afin de répondre aux appels des conférences internationales de Johannesburg (Afrique du Sud) en 2002 et de Rio de Janeiro (Brésil) en 1992 et 2012, et de se conformer au décret n°2002-484 du 15 novembre 2002 portant sur la gestion rationnelle des déchets biomédicaux en République du Bénin, le Ministère de la Santé s'est penché sur la question et a abouti à la conception d'une politique nationale d'hygiène hospitalière. Cette politique a été approuvée en conseil des ministres le 8 mars 2006 suite à un état des lieux en hygiène hospitalière et la mise en place des orientations stratégiques et des mécanismes de suivi-évaluation. L'opérationnalisation de ce décret a été effective en 2007 avec la création d'un service d'hygiène hospitalière au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. Maga (CNHU-HKM) de Cotonou.

Au Bénin, malgré les efforts consentis dans le domaine de la gestion des Déchets Biomédicaux et Pharmaceutiques (DBMP), des inquiétudes persistent. En effet, le grand public peut être infecté par des déchets de soins médicaux soit directement ou indirectement par plusieurs voies de contaminations (OMS, 1999). Déposer des déchets de soins médicaux dans des espaces ouverts peut avoir de graves effets négatifs sur les populations. La plupart des déchets biomédicaux se retrouvent dans les décharges en mélange avec les ordures ménagères (OMS, 1999), et les populations n'ont pas souvent conscience des dangers qu'elles courent en les manipulant au cours des séances de tris effectuées manuellement le plus souvent et qualifiées de dangereuses par l'OMS.

Dans cette dynamique de gestion des déchets biomédicaux, les établissements

de soins publics et privés sont concernés à double titre :

- en tant que producteurs de déchets et donc responsables de leur bonne élimination, car conscients de leur dangerosité ;
- en tant qu'acteurs de santé et normalement soucieux d'une bonne hygiène pour la protection de la population et de l'environnement.

De ce fait et conscient de la nécessité et de l'obligation de résoudre la situation engendrée par la problématique des Déchets Biomédicaux et Pharmaceutiques (DBMP) au Bénin, le Ministère de la Santé est en quête permanente d'une gestion rationnelle et écologique de ces déchets. Des directives ministérielles de gestion des DBMP, dans ce sens, ont été transmises aux hôpitaux publics mais souffrent encore d'un défaut d'application.

La présente recherche analyse les logiques et les pratiques de gestion des Déchets Biomédicaux et Pharmaceutiques au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou. La première partie de cette recherche aborde le cadre institutionnel. Dans sa deuxième partie, elle aborde le cadre théorique et méthodologique pour déboucher sur les résultats et les discussions.

PREMIERE PARTIE :
CADRE THEORIQUE ET
METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre comprend deux sous chapitres : le premier est réservé à la problématique qui débouche sur les hypothèses et les objectifs de la recherche ; le second sous chapitre évoque la clarification conceptuelle.

1.1. Problématique

1.1.1 Problème

La poussée démographique spectaculaire que connaît la plupart des pays en voie de développement actuellement, s'est accompagnée d'une multiplication rapide des établissements de soins tant publics que privés (OMS, 2011). Ces établissements génèrent, de par leurs activités, des quantités considérables de déchets contenant des éléments infectieux, pathologiques, radioactifs et toxiques particulièrement dangereux pour la santé de l'homme et pour l'environnement (OMS, 2011).

En effet, une gestion inappropriée des déchets médicaux et pharmaceutiques au niveau des formations hospitalières, accroît les risques traumatiques, infectieux, toxiques, radioactifs et psycho-émotionnels pour les professionnels de santé et les usagers des hôpitaux (OMS, 2014). Seulement, le constat est qu'au niveau des décharges publiques souvent non contrôlées dans les pays en voie de développement, ces déchets s'infiltrent et engendrent des risques de contamination microbienne physicochimique du sol et des eaux souterraines, à l'origine de la pollution de l'écosystème et de l'apparition d'un certain nombre d'état morbide (choléra, typhoïde, hépatites...) dans la population (OMS, 2014).

Une étude menée en 2002 par l'OMS auprès de 22 pays en voie de développement, a montré que 18 à 64 % des établissements de soins n'éliminent pas correctement leurs déchets. Aussi, la fouille dans les décharges à ordures et le tri manuel des déchets dangereux dans les établissements de soins entraînent des risques supplémentaires. Ces pratiques sont courantes dans de nombreuses régions du monde, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les acteurs qui manipulent ces déchets risquent de se blesser avec une aiguille et d'être exposés à des matières toxiques ou infectieuses (OMS, 2002).

En Afrique, la majorité des hôpitaux n'assurent pas correctement la gestion de leurs déchets médicaux, ce qui représente un risque de contamination tant pour la population que pour l'environnement (Fomba, 2012).

Le Bénin n'en est pas épargné. En effet, au Bénin, d'après une étude réalisée pour le compte du secrétariat permanent de lutte contre le Sida en 2006, la manipulation des matériels infectés par la gestion inappropriée des déchets biomédicaux (collecte, transport, stockage, élimination) constitue un risque majeur, principalement pour le personnel des formations sanitaires et les populations. La gestion actuelle de ces déchets prédispose le personnel soignant et les usagers de ces formations sanitaires à des infections nosocomiales et à des risques de maladies telles que le VIH-sida, le tétanos, les hépatites virales B et C, etc (Faye, Adjadj, & Hoteyi, 2006). D'après les estimations antérieures (Taylor & Kane, 2005) et les mises à jour récentes, l'OMS, cité par Billau a estimé que 23 millions d'infections par les virus de l'hépatite B, de l'hépatite C et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) avaient été provoquées en 2000 par des injections avec des seringues contaminées.

Malgré les avertissements donnés par les structures spécialisées sur le caractère dangereux de ces déchets, il se fait que ces derniers se retrouvent le plus souvent sur les tas d'ordures.

Dans la pratique, certains acteurs, au lieu de percevoir les DBMP du Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) comme une source de maladies, les considèrent plutôt comme des biens commercialisables, donc sans dangers pour la santé et pour l'environnement. Ceci montre la défaillance de la gestion des DBMP alors qu'un équipement technique, plus ou moins approprié à l'élimination de ces déchets, existe dans le centre.

C'est donc dans la perspective de mieux appréhender les logiques des acteurs sociaux de la gestion des déchets biomédicaux et pharmaceutiques que cette recherche est menée. Notre préoccupation scientifique liée à cette recherche est: les logiques des acteurs sociaux face aux déchets biomédicaux expliqueraient leurs pratiques de gestion dits déchets.

Dans le but de comprendre donc les logiques des acteurs sociaux dans la gestion des déchets biomédicaux et pharmaceutiques, la question de recherche suivante a été formulée: quelles sont les logiques et pratiques des acteurs intervenant dans la gestion des déchets biomédicaux et pharmaceutiques au CNHU de Cotonou? Les hypothèses et objectifs de cette recherche permettront de répondre à cette question.

1.1.2. Hypothèses de recherche

1.1.2.1. Hypothèse générale

L'hypothèse générale se formule comme suit : les pratiques de gestion des DBMP sont fonction des logiques des acteurs sociaux intervenant dans la gestion desdits déchets.

1.1.2.2. Hypothèses spécifiques

Pour la présente recherche, les hypothèses suivantes ont été formulées :

- un nombre important d'acteurs avec des rôles différents interviennent dans la gestion des DBMP ;
- les logiques des acteurs sociaux à l'endroit des DBMP expliquent les pratiques dédiées à la gestion desdits déchets ;
- les pratiques induites en matière de gestion des DBMP se fondent sur des préoccupations d'ordre financier, matériel et organisationnel.

1.1.3. Objectifs de la recherche

1.1.3.1. Objectif général

Cette recherche vise à analyser les logiques et les pratiques induites en matière de gestion des DBMP au CNHU/HKM de Cotonou.

1.1.3.2. Objectifs spécifiques

- Identifier les acteurs impliqués dans la gestion des DBMP et leurs rôles perçus au CNHU/HKM ;
- Analyser les logiques des acteurs sociaux impliqués dans la gestion des DBMP au CNHU/HKM ;
- Décrire les pratiques induites en matière de gestion des DBMP au CNHU/HKM.

Pour atteindre ces objectifs, une enquête exploratoire de terrain a été menée auprès des acteurs de la gestion des DBMP.

1.1.4. Cadre conceptuel de la recherche

Le cadre conceptuel est une caricature, une schématisation du problème que pose le sujet de recherche et les diverses implications possibles. Le présent cadre conceptuel a une variable indépendante et trois variables dépendantes.

- **Variable dépendante** : le concept-problème du présent sujet s'évertue à comprendre et à expliquer les logiques des acteurs sociaux et leurs pratiques liées à la gestion des déchets biomédicaux et pharmaceutiques. En se basant sur les discours et les pratiques des acteurs, on comprend que les pratiques induites en matière de gestion des déchets biomédicaux et pharmaceutiques s'expliquent par plusieurs variables.
- **Variables indépendantes** : de ces variables résultent celle dépendante.

Elles sont classées suivant leurs sources et sont réparties en trois catégories essentielles : variable socio-anthropologique, économique et organisationnelle et institutionnelle.

- La variable socio-anthropologique : elle met en évidence le poids des perceptions et logiques sociales dans la gestion des déchets biomédicaux et pharmaceutiques. Elle prend en compte l'influence des valeurs, des normes et de la culture de chaque acteur.
- La variable économique et organisationnelle : cette variable, quant à elle, met en lumière le lien entre la gestion des DBMP et les moyens

financiers mis à disposition pour cette gestion. Elle considère également la structuration et l'organisation des acteurs intervenant dans la gestion de ces déchets.

- Enfin, la variable institutionnelle relève un point essentiel de la faiblesse du système dans la formation des acteurs et la mise en place d'un cadre d'échange d'informations quant à la dangerosité des DBMP et le suivi de la gestion desdits déchets.

Le cadre conceptuel ci-dessous fait la synthèse de l'influence de ces variables dans la gestion des DBMP.

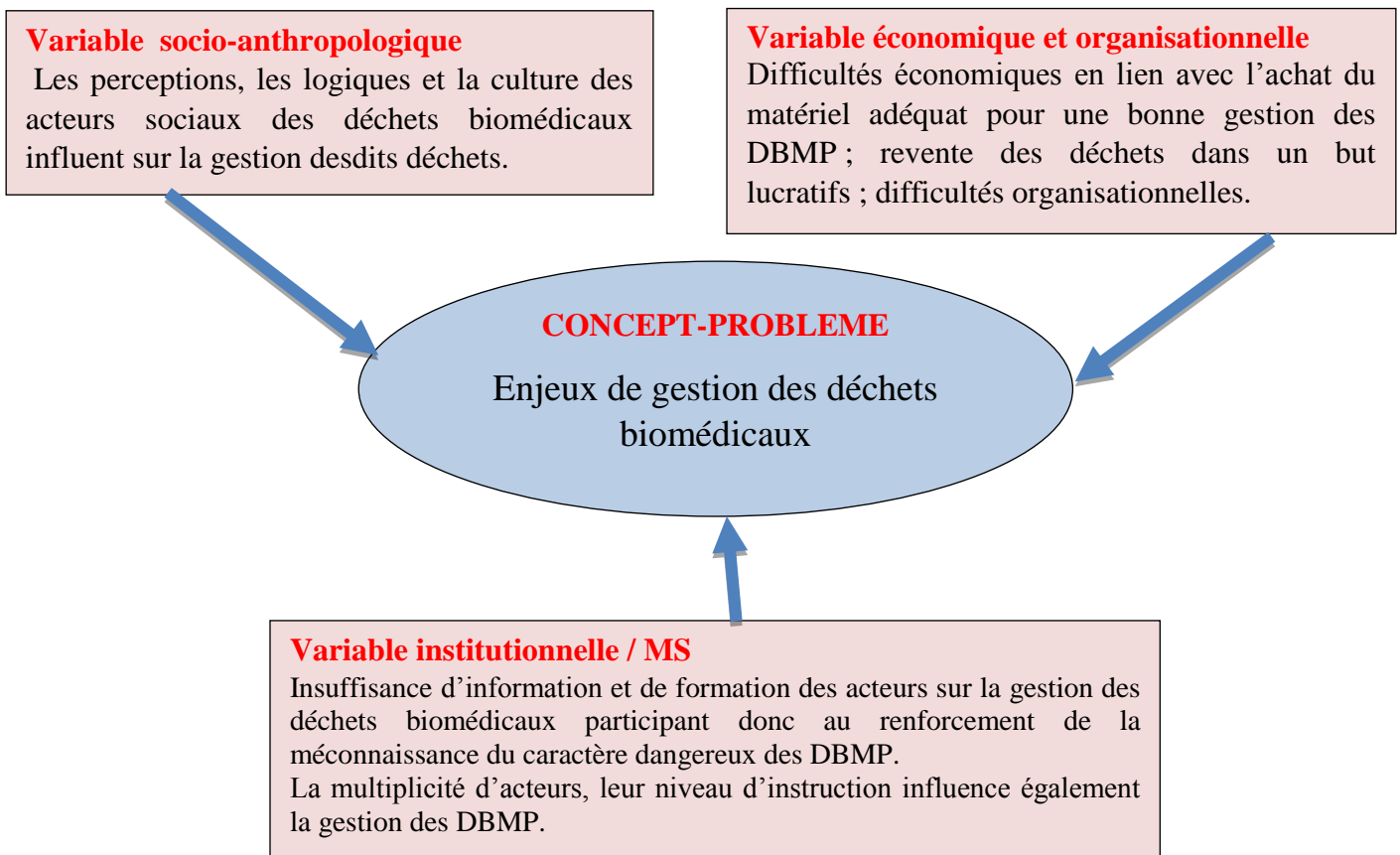


Figure : Cadre conceptuel de la recherche

1. 2. Justification du choix du sujet

Les débats sur les dangers liés aux déchets biomédicaux et pharmaceutiques sont de plus en plus récurrents et nécessitent que des actions concrètes soient menées pour essayer de résoudre ce problème.

D'après le Plan National de Gestion de Déchets de Soins Médicaux dans son « Manuel Guide (1999) », le traitement des déchets biomédicaux et pharmaceutiques est d'abord une question de gestion avant d'être une question technique et dépend de ce fait, totalement, de l'engagement de l'ensemble du personnel des établissements sanitaires et de tous les acteurs sociaux intervenant dans cette gestion. Cet engagement n'est possible que si les acteurs sont, avant tout, correctement formés et sensibilisés sur les risques que pose ce type particulier de déchets. D'un autre côté, 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, ...) (OMS, 2010). Il se pose alors un problème de santé publique auquel les États se doivent de trouver une solution. D'ailleurs, selon la Constitution de la République du Bénin, en son Article 8 de la loi n° 90-32 du 11 décembre 1990, « la personne humaine est sacrée et inviolable. L'État a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. Il lui garantit un plein épanouissement. À cet effet, il assure à ses citoyens, un égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi ». Les ressources humaines étant indispensables pour le développement d'une nation, il importe donc de prendre toutes les dispositions nécessaires pour mieux limiter les maladies dues à la manipulation des déchets biomédicaux et pharmaceutiques.

Les acteurs sociaux, en ayant une idée du danger que constituent les DBMP, vont changer de comportement vis-à-vis de ces derniers. C'est la raison pour laquelle la présente recherche est réalisée, pour faire une analyse des logiques et des pratiques de gestion des DBMP au CNHU/HKM de Cotonou.

1.3. Clarification des concepts

Dans les règles relatives à l'observation des faits sociaux, Durkheim affirme que : « la première démarche du sociologue doit être de définir les choses dont il traite, afin que l'on sache et qu'il sache bien de quoi il est question. C'est la première et la plus indispensable condition de toute épreuve et de toute vérification » (Emile Durkheim, 1895). Pour faciliter la compréhension du sujet de recherche, certains concepts ont été définis.

Perception : selon Grawitz, la perception est la fonction par laquelle notre esprit se forme une représentation des objets extérieurs (Grawitz, 2000). En effet, d'après Danic, dès la fondation de la sociologie comme discipline à projet scientifique, la notion de représentation apparaît (Danic, 2006). En 1898, dans un article de la Revue de métaphysique et de morale, Durkheim distingue trois réalités (les processus physico-chimiques du cerveau, les représentations individuelles, les représentations collectives) et définit ces dernières comme croyances et valeurs communes à tous les membres d'une société, intrinsèquement distinctes de l'addition des représentations de ces individus (Durkheim, 1898). Quand ses contemporains ne voyaient que des représentations individuelles, Durkheim révèle leur nature sociale et s'oppose aux approches psychologisantes ou naturalisantes de l'époque. En fournissant une interprétation du monde physique et du monde social, les représentations collectives assurent l'emprise de la société sur l'individu. Par la notion de représentations collectives, Durkheim a le grand mérite de permettre de penser les représentations en tant que réalité sociale, de désigner ce pan du réel à prendre en compte pour expliquer les faits sociaux. Pour autant, la notion de « représentations collectives », en englobant toutes les constructions représentatives collectives (sens commun, idéologie, religion, science, mythe...), ne constituent pas un concept opératoire de recherche. Dans les travaux sociologiques, l'importance et la fonction des représentations sociales diffèrent grandement selon les cadres théoriques mobilisés. En schématisant, on peut distinguer :

- des approches objectivistes qui envisagent les représentations sociales comme produits de la réalité, comme simples perceptions-interprétations de l'environnement physique et social.
- des approches subjectivistes qui conçoivent les représentations sociales comme productrices de la réalité. Pour l'ethnométhodologie ou la phénoménologie, les acteurs ne se confrontent pas à une réalité pré-constituée mais la produisent par la mise en œuvre de leurs représentations. Dans cette perspective, il faut partir des représentations des acteurs sociaux pour comprendre un phénomène social.
- des approches dialectiques : les critiques multiples de ces perspectives objectivistes et subjectivistes aboutissent à des tentatives de dépassement de l'opposition objectivisme/subjectivisme, en particulier par les théories constructivistes, qui sans constituer un courant homogène partage des postulats. Le premier est que la réalité est construite historiquement, dans la durée, et reconstruite, reproduite, transformée dans les pratiques et les interactions quotidiennes. Ce processus de construction génère un monde à la fois objectivé et intériorisé : nous faisons nôtre le monde objectivé que nous trouvons à notre naissance, les espaces, les objets, les institutions, les règles, le langage, etc., qui constituent autant d'éléments contraignants et structurants de nos actions. Simultanément, nous l'intériorisons sous la forme de perceptions, de connaissances, de représentations qui nous permettent d'agir.

Logiques des acteurs

La notion de logique d'action invite à une multipolarité théorique et réintroduit les dimensions culturelles, historiques et psychologiques dans l'analyse stratégique. Comment la définir ? Rendre compte des logiques d'action, c'est rechercher ce qui fonde les choix des acteurs, c'est comprendre quelles rationalités sont à l'œuvre derrière chaque action (approche compréhensive). Mais la logique d'action n'est pas une structure causale immuable, car l'acteur n'existe pas en soi mais il est construit

et défini comme tel par son action, et par conséquent les logiques évoluent en fonction des actions envisagées et non des acteurs pris en eux-mêmes (ainsi peuvent coexister des logiques stratégiques et coopératives). La logique d'action réunit deux entités élémentaires, l'acteur et la situation d'action. De la rencontre de ces deux dimensions naissent des interactions à travers lesquelles les logiques d'action vont se matérialiser.

Dans le cadre d'une sociologie des logiques d'action, il existe une pluralité d'instances qui accueillent ces logiques en construction. Ceci induit la possibilité et la nécessité d'un pluralisme théorique. Mais comment justifier épistémologiquement ce pluralisme théorique ? En s'opposant à l'ascétisme dominant des épistémologies bachelardiennes et popériennes, on recourt à trois positions épistémologiques complémentaires :

- ✓ tout d'abord, en suivant l'anarchisme épistémologique de Paul Feyerabend, non seulement les théories rivales ne peuvent pas forcément être confrontées les unes aux autres car les propositions et les faits qu'elles décrivent en sont dépendants, mais en outre, certains faits ne pourraient être révélés sans recourir à des théories rivales ;
- ✓ selon Robert Pahre et Mattei Dogan, les objets, les concepts doivent être déplacés d'un champ à l'autre, d'une discipline à l'autre. Cette posture peut s'avérer très prometteuse en termes d'innovation scientifique (Pahre, 1991) ;
- ✓ Enfin, l'introduction du réseau comme élément déterminant de la construction du fait scientifique, qu'on doit à Michel Callon et Bruno Latour, tend à justifier la reconnaissance d'une épistémologie non rationaliste (Latour, 2007).

Pour les tenants de la sociologie de l'action, il importe donc peu que la combinaison de théories aussi diverses que celles de Michel Crozier, Luc Boltanski, Renaud Sainsaulieu et Michel Callon soit une hérésie, à partir du moment où le problème d'organisation peut gagner en limpidité suite à la confrontation de théories différentes, voire contradictoires entre elles.

Pratiques sociales

Les pratiques sociales sont l'une des catégories des affaires humaines, les pragmata. Les loisirs, le travail, les activités domestiques, l'acquisition des savoirs, le développement personnel et l'engagement comptent parmi les principaux domaines des pratiques sociales. Une pratique sociale désigne en sociologie une façon de faire, une action (individuelle ou collective) socialement transmise ou envisagée dans un contexte social. Le terme fait l'objet de conceptualisations différentes, en fonction des diverses approches théoriques qui analysent ce phénomène.

Déchets biomédicaux :

Il s'agit de déchets anatomiques humains constitués de tissus, d'organes et de membres humains (placenta, utérus, vésicule biliaire, etc.) à l'exception des dents, des cheveux et des ongles. Ou encore de déchets anatomiques non humains comme des objets piquants ou tranchants pouvant perforer ou couper la peau (aiguilles, seringues, lames, etc.) mis en contact avec du sang, un liquide ou un tissu biologique ou un contenant de sang ou du matériel imbibé de sang. Ils peuvent aussi être des vaccins de souche vivante, des tissus biologiques, des cultures cellulaires ou de microorganismes provenant d'un laboratoire. Ces déchets sont produits par les établissements de soins de santé, les établissements de recherche et d'enseignement médicaux et vétérinaires, les établissements d'enseignement des soins de santé, les laboratoires d'essais et de recherches cliniques et les établissements qui s'occupent de la production ou de l'essai de vaccins.

Lors de la manipulation de déchets biomédicaux, il y a un risque de transmission de certaines maladies, dont le VIH, l'hépatite et différentes infections bactériennes ou virales. C'est entre autres pour cette raison qu'il est essentiel de définir un ensemble de bonnes pratiques de gestion de ces déchets (et surtout de les respecter!) par exemple : l'utilisation de contenants spécifiques et adaptés au type de déchets, bien identifiés et localisés près du lieu où les déchets sont produits. Il

faut savoir que les sacs à déchets biomédicaux et les contenants pour objets pointus et tranchants sont toujours rouges ou jaunes. Rouges pour les articles qui doivent être incinérés (principalement les éléments cytotoxiques et anatomiques) et jaunes pour ceux qui seront envoyés à la stérilisation à la vapeur (surtout les articles contaminés par du sang).

Déchets pharmaceutiques

Le terme « déchet Pharmaceutique » sert une multitude d'objets ou de matériel comme les emballages des produits, les médicaments périmés, les résidus issus de la fabrication des médicaments. Il inclut également des préparations allant des infusions aux métaux lourds contenant des médicaments très spécifiques. De ce fait, la gestion de ces déchets nécessite l'utilisation d'une approche différenciée. Les déchets pharmaceutiques sont divisés en 3 classes. Leur traitement s'effectue d'une manière spécifique à chaque classe :

- déchets pharmaceutiques non dangereux ;
- les déchets pharmaceutiques dangereux :
- les déchets pharmaceutiques potentiellement dangereux.

1.4. Délimitation thématique et modèle d'analyse

La présente recherche s'inscrit dans les champs de la sociologie de l'environnement et de la sociologie-anthropologie de la santé ; la sociologie de l'environnement, parce que les DBMP qui sont déversés dans la nature affectent d'une manière ou d'une autre, la flore et la faune d'une part, et constituent une menace pour l'assainissement du cadre de vie d'autre part. Par exemple, certains DBMP en plastiques sont avalés par les animaux, tandis que d'autres, les bouteilles et les seringues notamment, peuvent blesser, infecter et contaminer les populations de diverses maladies pouvant entraîner la mort. La sociologie-anthropologie de la santé est indiquée parce que les DBMP sont gérés par des acteurs sociaux. Ces derniers, du fait des manipulations inadéquates, et du non-respect des consignes en matière de traitement de ces déchets, sont exposés et exposent les autres acteurs sociaux, les usagers de l'hôpital et la population

entière, à plusieurs maladies tels que le choléra, le sida, les hépatites virales, etc. Dans le cadre de cette recherche, l'analyse stratégique de Crozier (1981) est le modèle utilisé pour analyser les contraintes à la gestion des DBMP au CNHU/HKM de Cotonou. L'analyse stratégique a permis de mettre en exergue les stratégies des acteurs chargés de la gestion des DBMP et de comprendre les raisons de leurs actions. À cette approche est combiné l'interactionnisme symbolique de Blumer (1987), pour mieux cerner les perceptions et les pratiques des acteurs dans la gestion desdits déchets. Elle permet également de comprendre les phénomènes sociaux sous l'angle des interactions qui lient les différents acteurs. Dans cette recherche, cette approche a permis de mettre en exergue les règles qui régissent le traitement des DBMP, et les pratiques des différents acteurs qui sont chargés de cette gestion.

1.5. Revue de la littérature

De nombreux travaux réalisés par différents auteurs sur la gestion des déchets biomédicaux et pharmaceutiques ont permis une meilleure assise théorique en rapport avec le sujet de recherche.

1.5.1. Sociologie du risque des DBMP

Dans un rapport de l'OMS sur le Plan national de gestion des déchets de soins médicaux au Togo, on estime que, chaque année, 16 milliards d'injections sont effectuées dans le monde mais toutes les aiguilles et les seringues usagées ne sont pas correctement éliminées. Mieux, les déchets liés aux soins de santé peuvent contenir des micro-organismes dangereux susceptibles d'infecter les patients hospitalisés et tout autre usager de l'hôpital, le personnel soignant et le grand public (OMS, 2014). L'organisation relève la pollution due à ces déchets, en affirmant que dans certains cas, les déchets liés aux soins de santé sont incinérés et leur combustion peut entraîner l'émission de dioxines, de furanes et d'autres polluants et toxiques. Par exemple, en 2015, il est ressorti d'une évaluation conjointe de l'OMS et de l'UNICEF qu'à peine plus de la moitié (58 %) des établissements sur lesquels a porté une enquête, dans 24 pays, disposaient de systèmes adaptés pour éliminer les déchets liés aux soins de santé en toute

sécurité.

Selon Douglas, quand nous aurons détaché la pathogénie et l'hygiène de nos idées sur la saleté, il ne nous restera de celles-ci que notre vieille définition : c'est quelque chose qui n'est pas à sa place (Douglas, 2001). Pour cet auteur, au-delà de ce socle commun, la différence entre les sociétés et les cultures repose entre autres sur les variations des représentations des notions de sale et de propre. À travers une réflexion anthropologique sur le péril fécal, Epelboin note que, contrairement à une idée communément admise, l'hygiène n'est pas un dogme universel et immuable, mais une représentation variable du sale et du propre, du souillé et du pur, liée aux connaissances et idéologies, aux contraintes mésologiques et économiques spécifiques aux sociétés étudiées (Epelboin, 1998). Certaines civilisations n'imaginent pas pouvoir manipuler les déchets humains (matières fécales), alors que d'autres les utilisent depuis des temps séculaires comme engrais, voire à des fins médicales. Dans de très nombreuses sociétés, la manipulation des déchets corporels est du domaine exclusif des jeteurs de sort, des envoûteurs et des sorciers.

Parmi les actions qui permettent de créer une symbiose entre l'habitant et son habitat figure l'entretien de celui-ci. Cette mise en ordre correspond aux attentes de l'habitant sur son habitat et peut se traduire entre autres par la gestion des déchets issus de l'activité domestique.

L'hygiène, en revanche, se révèle une excellente piste si nous savons la suivre en profitant des connaissances que nous avons de nos propres sociétés : plus nous connaissons les religions primitives, plus il nous apparaît qu'il y a, dans leurs structures symboliques, une place pour la méditation sur la saleté qui est aussi une réflexion sur le rapport de l'ordre au désordre, de l'être au non-être, de la vie à la mort.

Bernier, en étudiant les perceptions des risques industriels et nucléaires affirme que le rapport au risque apparaît avant tout, comme une construction sociale, dans le sens où les habitants subissent des risques induits par des choix économiques et politiques d'une société à un moment donné. Ils bénéficient

des produits générés par ces types d'industries mais ils sont exposés à des risques qui leur échappent. Pour les pays qui décident d'exploiter l'énergie nucléaire, le risque est déclaré sous contrôle suivant des critères de rationalité scientifique comme le choix de l'utiliser répond à une argumentation logique. L'évaluation d'un risque résulte de valeurs et de normes intériorisées par les personnes et il est illustré par leurs comportements. La lèpre, par exemple, est une maladie qui a généré beaucoup de méfiance et de rejet collectif vis-à-vis des personnes atteintes, par crainte de contamination. Pourtant, elle n'était pas contagieuse au sens où on l'entendait dans le sens commun. Qu'il s'agisse de contamination par des maladies, par la radioactivité, par les pollutions chimiques ou toxiques, la volonté collective est de chercher à limiter la possibilité d'y être exposé (Bernier, 2007). Toujours selon Bernier (2007), la perception des risques se construit lors de la socialisation des individus qui apprennent à délimiter ce qu'est un risque ou non dans leurs attitudes quotidiennes. Les frontières des situations perçues comme des risques ou non vont leur permettre d'évaluer et de déterminer un seuil d'acceptation ou d'évitement. La notion de risque demeure ambivalente, dans le sens où un comportement peut ne pas être considéré comme un risque à un moment de l'histoire puis passer à une dénonciation et à une non-acceptation dans la perception des personnes à un autre moment de l'histoire.

Douglas pense que chaque société admet un certain nombre de risques en fonction des règles qui la régissent et elle définit des seuils d'acceptabilité en rapport avec les normes sociales existantes (Douglas, 1992).

Les résultats d'une étude effectuée en Inde par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) montrent qu'il est primordial que les objets tranchants infectieux soient déposés dans des contenants résistants, désinfectés et « détruits » afin d'assurer la sécurité des travailleurs, et plus largement de la communauté tout entière (Billau, 2008). En plus des risques de blessure accidentelle, la réutilisation des seringues contaminées, représente un risque majeur pour la santé publique. Pourtant, des règles, conventions et normes ont été prises dans le secteur et offrent le cadre réglementaire pour une bonne gestion de ces déchets. Le problème de la gestion des déchets biomédicaux reste posé dans notre pays, et

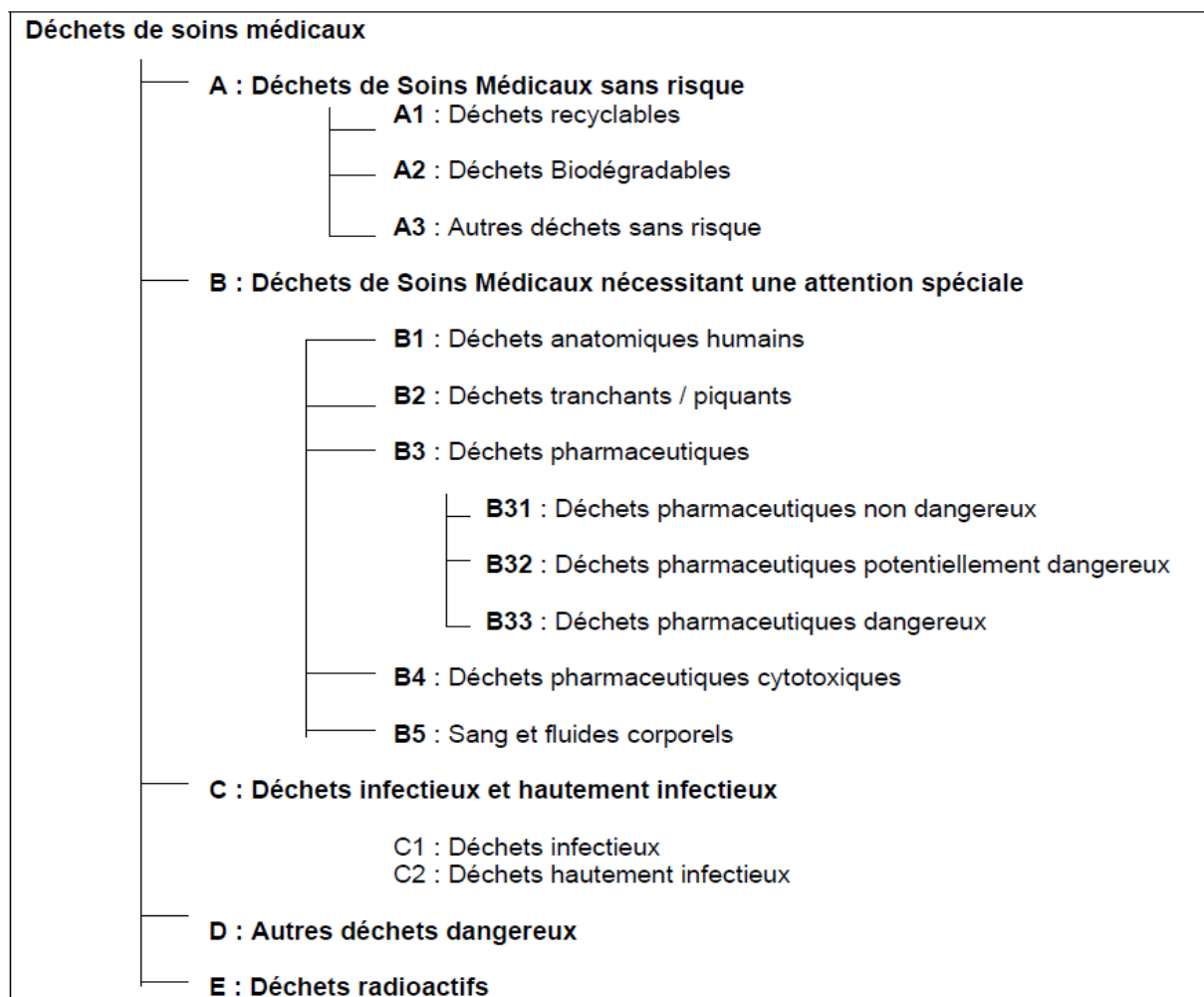
ce, malgré les efforts consentis pour la rédaction des textes de lois pour leur bonne gestion et en faveur de la protection de l'environnement contre ces types de déchets dangereux.

Giddens fait une analyse de l'évolution du monde. Selon lui, les sociétés actuelles sont de plus en plus « réflexives » : elles posent sur elles-mêmes, leurs institutions et leurs traditions, un regard critique systématique. Les sociétés du risque se caractériseraient par des risques produits par elles-mêmes et moins probabilisables. Outre la pollution et les risques, elles seraient confrontées à une perte de sens. Cependant, l'importance du risque dans les préoccupations quotidiennes des individus et des gouvernements peut aussi s'interpréter comme le prix à payer pour des sociétés plus tournées vers l'avenir que vers le passé (Giddens, 1994). Il soutient aussi que les risques omniprésents deviennent une source d'inquiétude vis-à-vis de laquelle il importe de se protéger. Se développent alors les notions de sécurité, prévention ou encore précaution.

1.5.2. Catégorisation des déchets biomédicaux et pharmaceutiques

Les DBMP sont regroupés en plusieurs sous- groupe, selon qu'ils soient liquides ou solides, moins dangereux ou très dangereux.

Tableau 1: catégorisation des DBMP



Source : Manuel de gestion des DBMP du CICR, 2002

Le tableau ci-dessus, renseigne sur la catégorisation des DBMP. Une lecture de ce tableau permet de comprendre que ces déchets ont été catégorisés en cinq groupes (A, B, C, D, E), chaque groupe pouvant contenir des sous-groupes. Par exemple, au niveau des déchets du groupe A qui sont des déchets sans risques, il y a trois sous-groupes : le sous-groupe A1 qui concerne les déchets recyclables, le sous-groupe A2 qui concerne les déchets biodégradables et le sous-groupe A3 qui prend en compte d'autres déchets sans risques. Le groupe B dans lequel se retrouvent les déchets de soins médicaux nécessitant une attention spéciale, compte cinq (05) sous-groupe : le sous-groupe B1 dans lequel se retrouvent les déchets anatomiques humains, le sous-groupe B2 dans lequel

se retrouvent les déchets tranchants/ piquants. Le sous-groupe B3 est subdivisé en 3 sous-groupes à savoir : le B3-1 dans lequel se retrouvent les déchets pharmaceutiques non dangereux, le B3-2 dans lequel se retrouvent les déchets pharmaceutiques potentiellement dangereux et le B3-3 dans lequel se retrouvent les déchets pharmaceutiques dangereux. La catégorie B4 concerne les déchets pharmaceutiques cytotoxiques ; ceux de la catégorie B5, le sang et les fluides corporels. Les déchets de la catégorie C où sont logés les déchets infectieux et hautement infectieux sont subdivisés en deux sous-groupes. Ceux de la catégorie D comportent les autres déchets, et, enfin, la catégorie E comporte les déchets radioactifs.

Au CNHU/HKM, il a été observé que presque toutes ces différentes catégories de déchets sont entreposées en un même lieu. Ce qui constitue une source potentielle de maladies non seulement pour les agents de santé et les agents chargés du ramassage et du transport, mais aussi pour les usagers de l'hôpital et les populations.

CHAPITRE II : CADRE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre comporte deux parties : la première comprend la délimitation du champ d'investigation qui met en exergue la justification du cadre de la recherche, le cadre physique, l'état de la population et l'organisation socioculturelle du milieu de la recherche. La seconde partie est consacrée à la démarche méthodologique.

2.1. Délimitation du champ d'investigation : le CNHU/HKM

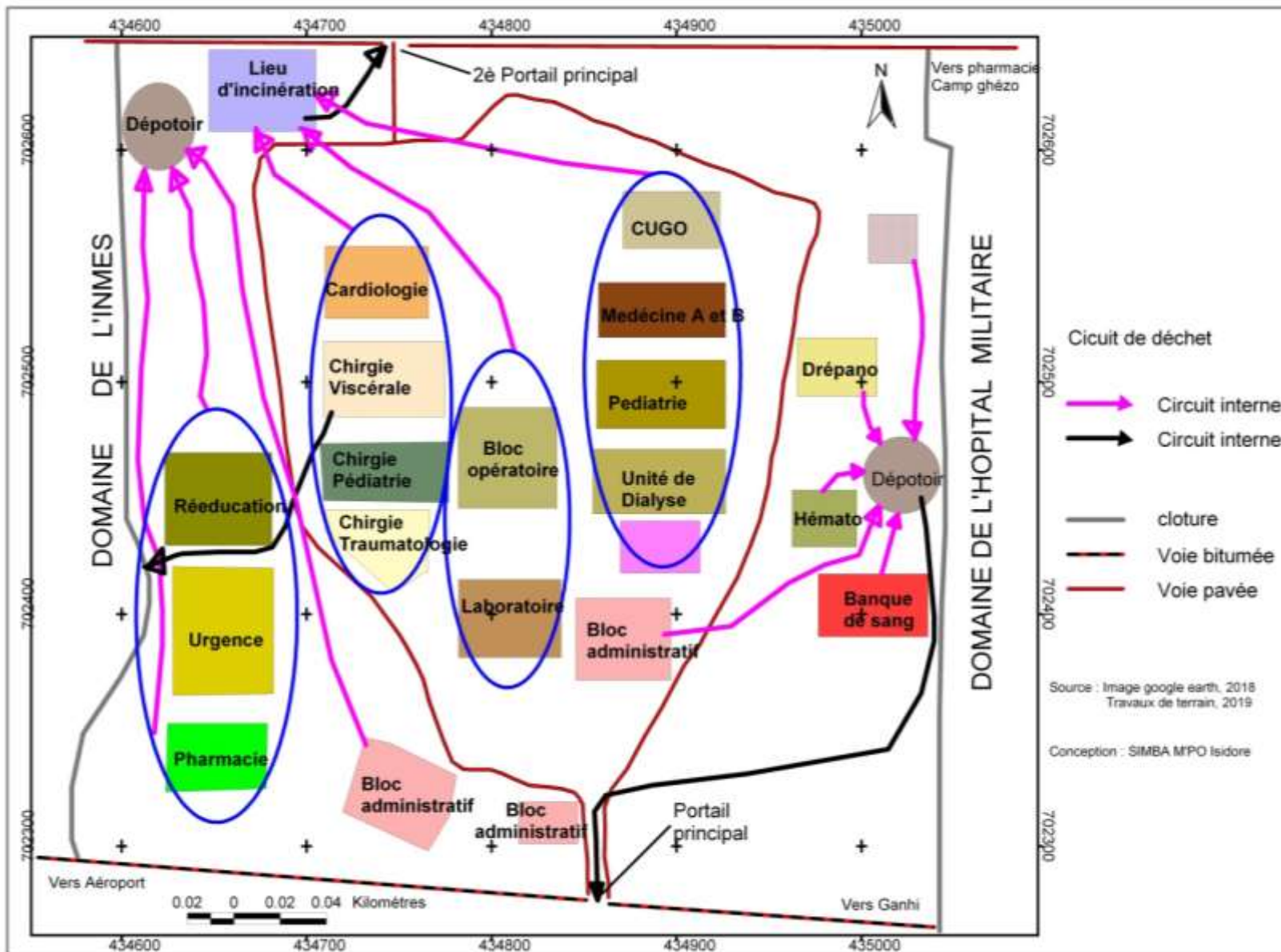
- Justification du cadre de la recherche

La ville de Cotonou dans laquelle est implanté le plus grand hôpital du Bénin (CNHU/HKM) se prête bien à l'exploration des perspectives théoriques de cette recherche. Plusieurs raisons militent en faveur du choix de l'hôpital de cette ville dans laquelle travaillent plusieurs agents de santé ciblés ainsi que les autres acteurs sur lesquels porte notre recherche ; il s'agit notamment de la proximité et du nombre important de ces acteurs exerçant leurs activités. Par ailleurs, il s'agit de l'hôpital de référence nationale et l'on peut s'imaginer que les pratiques qui y sont appliquées devraient refléter la pratique de l'ensemble des hôpitaux de tout le territoire national. En effet, la recherche se propose d'étudier les perceptions et pratiques de gestion des déchets biomédicaux et pharmaceutiques au centre national hospitalier et universitaire de Cotonou.

- Cadre physique

La ville de Cotonou dans laquelle est situé l'hôpital faisant l'objet de notre recherche est située sur le cordon littoral qui s'étend entre le lac Nokoué et l'océan atlantique. Elle représente la seule commune du département du littoral. Elle est limitée au nord par la commune de Sô-Ava et le lac Nokoué, au Sud par l'océan Atlantique, à l'est par la commune de Sèmè Kpodji et à l'ouest par celle d'Abomey-Calavi. Elle couvre une superficie de 79 km². À l'ouest de Cotonou se trouvent le port autonome et l'aéroport international, deux principales portes d'entrée ou de

sortie qui font de cette ville, la plus attrayante tandis que l'est dispose d'une vaste zone industrielle.



Carte du CNHU avec la circularité des déchets biomédicaux

Quant au CNHU-HKM, il est limité au Nord par le camp militaire Ghézo et l'hôpital militaire, au sud par la présidence de la république, à l'est par l'institut Français et à l'ouest par l'institut médico-sanitaire. Jusqu'au 31 décembre 2013, l'effectif du personnel du CNHU était de 1030 agents toutes catégories confondues. Depuis cette date, les statistiques concernant le personnel ne sont pas encore mises à jour selon les informations reçues.

- État de la population

La ville de Cotonou est la plus peuplée du Bénin ; elle concentre à elle seule la majorité des activités économiques et elle regroupe la quasi-totalité des ressortissants des différentes régions du pays et des locuteurs des principales langues nationales (Fon, Goun, Mina, Aïzo, Dendi, Bariba etc.). Sa population est estimée à 750000 habitants (RGPH4). En raison du coût de la vie, de la pollution atmosphérique et de l'inondation saisonnière, les populations résidentes migrent vers les localités des Communes environnantes (Abomey-Calavi et Sèmè Kpodji).

2-1-1. Historique du CNHU/HKM

Le 30 Octobre 1962 par la loi n° 62-36 portant création d'un hôpital et le dotant de l'autonomie financière, le CNHU/HKM fut créé. Il fut inauguré en présence des responsables français de la coopération et des cadres dahoméens sous le nom de « Hôpital de Hubert MAGA » ou vulgairement appelé « hôpital 350 lits ». Cette dénomination de « hôpital 350 lits » lui vient du fait qu'à l'origine il ne contenait que 350 lits d'hospitalisation. Le décret No 465/PR-MSPAS du 02 Novembre 1962 portant Organisation de l'hôpital de Cotonou sous forme d'établissement public autonome vient consolider sa création. En 1963, il a acquis effectivement son autonomie et devient « Hôpital Autonome de Cotonou » suite au changement de régime intervenu l'année-là. Par le décret N° 490 du 21 Décembre 1966, il change encore de statut et devient « Centre National Hospitalier ». Avec la création en 1970 de l'université et des enseignements supérieurs du Dahomey par le décret No 70-217/CP/MEN du 21 Aout 1970, il devient « Centre National

Hospitalier et Universitaire de Cotonou » CNHU-C. Par le décret No 73-8 du 10 Janvier 1973, le Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou (CNHU-C) est créé et réorganisé. La réorganisation et le fonctionnement du CNHU-C ont été sanctionnés par le décret No 85-559 du 30 Décembre 1985. Les statuts du CNHU-C ont eu leur approbation par le décret No 90-0103 du 11 Juin 1990. Le 13 Mai 1993, le CNHU-C a acquis son statut d'office à caractère social et scientifique.

Dans le souci d'immortaliser la mémoire de son Excellence le Président MAGA, son initiateur, il devient le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA » (CNHU-HKM) à l'occasion de l'inauguration de l'unité de scannographie en Novembre 2001.

2-1-2. Missions du CNHU

Le Centre National Hospitalier et universitaire Hubert Koutougou Maga de Cotonou a pour mission de :

❖ assurer en permanence l'accueil et les soins :

Le CNHU est doté d'une infrastructure lui permettant :

- l'accueil et le traitement des urgences par l'intermédiaire du Service Médical d'Accueil des Urgences (SMAU), du Service Polyvalent d'Anesthésie-reanimation (SPAR) et des Services de Médecines Interne (SMI) (A&B) ;
- l'accueil des consultants dans les services de consultations externes ;
- l'hospitalisation des malades et parturientes dans les différents services

❖ assurer une mission de formation :

La formation clinique des Étudiants et des Médecins Spécialistes en médecine, chirurgie, gynécologie, pédiatrie est assurée par l'ensemble des services. La formation du personnel para-médical est assurée par l'Institut National Médico-Sanitaire (INMeS).

❖ Assurer la Recherche en liaison avec la Faculté des Sciences et de la Santé.

2.1.3. Les services du CNHU

Afin de mieux accomplir sa mission, le CNHU dispose d'une diversité de service.

Entre autres, nous avons:

Les services administratifs

Ils comprennent la direction général, la directeur général adjoint, le secrétariat particulier, le service de contrôle de gestion et statistiques, le service informatique, le service archive et documentation

Les services cliniques

Ils se composent des services ORL - Chirurgie Cervico-Faciale (ORL-CCF), des maladies du sang, de neurologie, de pédiatrie et génétique médicale, de dermatologie - vénérologie, de cardiologie, de psychiatrie, d'ophtalmologie, d'anesthésie - Réanimation, de stomatologie de la CUGO (Clinique Universitaire de la Gynécologie et d'Obstétrique), des urgences, de la médecine interne, de la néphrologie - hémodialyse et de la kinésithérapie et réadaptation.

Les services médico-techniques

Ce se ont : la banque de sang, la radiologie et imagerie médicale, l'appareillage Orthopédique, la rééducation fonctionnelle, l'exploration digestive, la pharmacie, le bloc opératoire & stérilisation.

Services hébergés

Ce sont : l'Agence Nationale de Transfusion Sanguine, le centre de prise en charge et femmes et nourrissons atteints de drépanocytose, le Service d'Assistance Médicale et des Urgences du Bénin (SAMU-Bénin)

2.1.4. Fonctionnement du CNHU

Les instances et organes chargés de la gestion du CNHU sont :

- **Le conseil d'administration**

Le conseil d'administration est composé de 14 membres avec voix délibérative.

Il est présidé par le représentant du ministre de la santé.

○ **Le Staff de direction**

Il est composé du directeur général et des chefs des services administratifs.

○ **Commission médicale consultative**

Elle est composée de tous les chefs de Service et des représentants élus des médecins et pharmaciens.

○ **Comité d'établissement**

Organe consultatif composé de la direction et des représentants du personnel, il est présidé par le directeur général.

○ **Commissariat aux Comptes**

Conformément au décret n° 2012-422 du 06 novembre 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM), le Directeur Général (du CNHU) coordonne la gestion du centre et dispose à cet effet des pouvoirs définis comme suit :

- il assure l'exécution des décisions prises par le Conseil d'Administration à qui il rend compte et qui le contrôle ;
- il assure la mise en œuvre de la politique générale définie par le Conseil d'Administration ;
- il est l'ordonnateur du budget du Centre et veille à son exécution tant en recettes qu'en dépenses ;
- il soumet chaque année à l'approbation du conseil d'administration, au plus tard trois (03) mois avant la fin de l'exercice, le projet de budget sur les perspectives d'activités pour l'exercice suivant ;
- il a autorité sur tous les personnels employés par le centre ; il les note et procède à leurs affectations et mutations au sein de l'hôpital sur proposition des Chefs de Service ;
- il représente l'établissement vis-à-vis des tiers dans les limites des pouvoirs qui lui ont été délégués par le conseil d'administration

- il représente l'établissement en justice ;
- il assiste avec voix consultative aux délibérations de la commission médicale d'établissement ;
- il assure le secrétariat du conseil d'administration.

Par ailleurs, il est responsable du développement des activités de l'établissement dans le cadre de la politique générale définie par le Conseil d'Administration.

Il est assisté d'un Directeur Général Adjoint dans la gestion quotidienne du CNHU-HKM qui le supplée en cas d'absence ou d'empêchement.

2.2. Démarche méthodologique

Cette importante étape a conduit aux résultats dans le cadre de la présente recherche.

2.2.1. Sources d'information

Constituées des sources écrites et orales, les sources de collecte de données nous ont permis d'approfondir notre connaissance sur notre sujet de recherche et de parfaire nos objectifs et hypothèses

2.2.1.1. Sources documentaires

Pour obtenir des informations sur le sujet de recherche en vue d'approfondir notre connaissance sur la gestion des DBMP, plusieurs sources d'informations écrites ont été sollicitées :

- **le centre de documentation du Service d'hygiène du CNHU :**

Dans ce centre, nous avons eu accès aux documents qui nous ont permis de comprendre le fonctionnement du service d'hygiène hospitalière du CNHU, son rôle dans la gestion des DBMP du CNHU, son programme d'action, ses objectifs, les comptes rendus de ses différentes supervisions des services producteurs des DBMP, l'état des lieux en terme de gestion des DBMP au CNHU et enfin les informations générales de ce service.

○ **le service des archives, des statistiques et l'administration du CNHU**

Dans ces services, nous avons obtenu les documents relatifs à l'administration et à la statistique de tous les services de l'hôpital; du nombre de consultants annuel, des services producteurs des DBMP, en passant par l'organigramme du CNHU. L'administration nous a également donné des documents mentionnant la circularité des déchets.

○ **le ministère de la santé** : Celui-ci nous a fourni des documents généraux sur le processus d'élaboration du document cadre de gestion des DBMP dans tous les hôpitaux publics et cliniques privés ou confessionnels de tous les centres de santé exerçant sur toute l'étendue du territoire national. Les documents relatifs au processus de création du service d'hygiène hospitalière du CNHU nous ont également été donnés.

○ **l'institut Français de Cotonou (IFC)** : Cette institution française nous a permis de recueillir des informations et documents généraux relatifs à l'état des lieux de la gestion des Déchets hospitaliers en Europe et dans le monde ainsi que les différentes conventions et normes internationales relatives à cette gestion.

○ **le centre de documentation de la FASHS, le ministère du cadre de vie et du développement durable, l'internet et la bibliothèque centrale de l'Université d'Abomey Calavi** nous ont fourni des documents et informations permettant le développement de la problématique ainsi que des informations générales sur la gestion des déchets de tout genre.

Le tableau ci-après donne un aperçu des centres de documentation parcourus ainsi que la nature des documents et types d'informations recueillies.

Tableau 2: Centres de documentation et nature des informations obtenues.

N° d'ordre	Centres de documentation	Nature des documents	Informations obtenues
1	Centre de documentation (FLASH)	Mémoire	Informations générales et méthodologiques
2	Bibliothèque Centrale (UAC)	Ouvrages généraux	Informations générales et méthodologiques ; Développement de la problématique
3	Institut Français de Cotonou (IFC)	Ouvrages généraux	Informations générales et méthodologiques ; Développement de la problématique Constitution de la bibliographie
4	Ministère de la Santé	Mémoires et articles	Informations générales et méthodologiques ; Développement de la problématique
5	Ministère du Cadre de vie et du Développement Durable	Mémoires et articles	Informations générales et méthodologiques ; Développement de la problématique

Source : Enquête de terrain, 2018

2.2.1.2. Sources orales

Les sources orales sont les personnes approchées lors de la recherche à travers les entretiens. Il s'agit essentiellement :

○ **des agents de santé du CNHU**: Ceux-ci sont constitués des médecins, des infirmiers, des sages-femmes, des aides-soignants et des techniciens de laboratoires. Les informations recueillies chez eux sont relatives à la façon dont ils gèrent, chacun en ce qui le concerne, les DBMP et ce qui revient à chacun comme rôle et responsabilité. Aussi, nous ont-ils informés sur la circularité des DBMP tout en nous expliquant chacun son rôle à chaque étape de la chaîne.

○ **le personnel administratif** : À ce niveau, nous avons reçu des informations relatives à la difficulté éprouvée dans la gestion des DBMP ainsi que le rôle de chaque acteur dans cette gestion. Aussi, nous ont-ils donné des conseils et orientations sur la méthode d'approche des acteurs lors de nos entretiens. Pour finir, ils nous ont exhortés à rester discrets dans nos recherches afin de ne pas créer la panique, la méfiance ou les critiques au sein du personnel.

○ **les agents chargés du ramassage des ordures du CNHU pour les dépotoirs publics** : Ces derniers nous ont donné des informations sur la façon dont ils perçoivent les DBMP, les opportunités qu'ils y trouvent et la gestion qu'ils font des déchets.

Le tableau ci-dessous renseigne sur le type de personne interrogées et la nature des informations obtenues.

Tableau 3: Type de personnes interrogées et nature des informations obtenues

N° d'ordre	Type de personnes interrogées	Informations obtenues
1	Les agents de santé du CNHU	Gestion des DBMP au niveau du poste de chaque agent
2	Agents d'entretien du CNHU	Perceptions des DBMP, gestion des déchets
3	Autorités administratives du CNHU administratif	Difficultés dans la gestion de DBMP et le rôle de chaque acteur
4	Les agents chargés du ramassage des ordures du CNHU pour les dépotoirs publics	Perceptions des DBMP, opportunités et la gestion
5	Les malades et garde-malades	Leurs perceptions des DBMP, gestion des déchets

Source : Enquête de terrain, 2018

2.2.2. Nature de la recherche et populations cibles

2.2.2.1. Nature de la recherche

La présente recherche est développée suivant une approche qualitative, et compréhensive. Au regard de la délicatesse du sujet, la recherche s'est appuyée sur des outils méthodologiques assez souples qui s'adaptent au mieux aux réalités de ce terrain en vue d'éviter au maximum d'heurter les sensibilités et surtout de mieux comprendre les déterminants sociaux des pratiques liées à la gestion des DBMP dans le centre.

Selon Déslauriers (1992) « la recherche qualitative est une recherche qui produit et analyse les données telles que les paroles écrites ou dites et le comportements observables des personnes ». Ainsi, les techniques d'analyse documentaire, d'entretien et d'observation directe ont été utilisées pour la collecte des données.

2.2.2.2. Populations cibles

Les différentes cibles concernées par la présente recherche sont les acteurs impliqués dans la gestion des DBMP (les agents de santé, les agents chargés du transport des DBMP hors de l'hôpital, les agents d'entretien du CNHU/HKM, les agents chargés de l'incinération des DBMP et les autorités administratives, les gardes malades et les malades.).

Tous ces acteurs ont été retenus en fonction de leur implication directe ou indirecte dans la gestion des déchets.

D'abord, les agents de santé sont ceux qui produisent les déchets ; ensuite les agents d'entretien sont responsables de la collecte et du stockage des déchets au cours des soins dans chaque service ; les acteurs chargés de l'incinération des déchets s'en occupe au niveau des incinérateurs ; les agents chargés du ramassage et du transport des déchets du CNHU pour la décharge publique assurent ce rôle et enfin, les autorités administratives coordonnent toutes les activités de gestion des DBMP du CNHU.

2.2.3. Technique d'échantillonnage

La technique d'échantillonnage « par choix raisonné» a permis de collecter les informations sur le terrain.

Cette technique d'échantillonnage qui est une technique non probabiliste qui résulte d'un choix conscient ou raisonné du chercheur de travailler avec une catégorie précise d'unités au sein d'une population mère qu'il considère comme les plus concernés par le phénomène étudié, a été utilisée.

Le choix de cette technique résulte du fait que tous ces acteurs sont impliqués dans la gestion des DBMP.

Ainsi, pour obtenir les informations nécessaires à la réalisation de cette recherche, il a fallu se rendre sur leur lieu de travail et y mener des observations et des entretiens.

Ces entretiens ont permis de recueillir des informations à travers les discours relatifs aux perceptions et pratiques sociales liées à la gestion des DBMP.

Le traitement des données collectées est fait de façon manuelle. L'analyse s'appuie sur les techniques classiques utilisées dans une recherche qualitative. La phase du dépouillement et de traitement des données recueillies a succédé à celle de l'enquête de terrain. Les matériaux d'enquête, entretiens, notes de terrain, observation, que Moreau (2010) désigne par le vocable de « l'univers du discours », ont été transcrits et saisis à l'aide du logiciel Word 2013. De façon manuelle, ces données ont été regroupées par thématique suivant les différentes articulations des guides d'entretien.

Ce qui a permis de nous entretenir sur la base des guides d'entretien élaborés pour la circonstance avec 45 acteurs.

2.2.4. Taille et composition de l'échantillon

Selon le degré d'implication dans la gestion des DBMP au CNHU/HKM, la recherche a pris en compte au total quarante et cinq (45) acteurs répartis comme suit :

Tableau 4: Répartition des enquêtés

Groupes cibles	Enquêtés		Effectifs
	Hommes	Femmes	
Agents chargés du ramassage des déchets du CNHU pour la décharge publique	11	0	11
Agents de santé du CNHU/HKM	07	4	11
Agent chargés de l'incinération des DBMP du CNHU/HKM	09	0	9
Agents d'entretien du CNHU/HKM	05	5	10
Autorités administratives	02	02	04
Total	34	11	45

Source : enquête de terrain, 2018

2.2.5. Techniques de collecte des données

Cette partie renseigne sur la manière dont les informations du terrain ont été collectées et traitées. Les informations ont été recueillies grâce à l'entretien, l'observation et l'analyse documentaire.

Pour produire des données qualitatives, nous avons fait recours aux entretiens semi-directifs et à l'observation. Trois types d'outils ont été utilisés:

- les guides d'entretien ;
- les enregistreurs audio ;
- une grille d'observation.

L'entretien semi-directif: il institue un processus d'interaction et de communication entre deux individus dont l'un sollicite des informations auprès de l'autre et l'interroge en fonction d'un objectif préalablement défini. Dans le souci de parfaire le processus de collecte des données empiriques, sont mis à profit, des entretiens individuels et ceux de groupe.

À cette technique, est associé l'outil correspondant qui est le guide d'entretien composé de listes des thèmes principaux et secondaires à aborder. Il a permis de produire les données nécessaires à l'exercice de la vérification des hypothèses de recherche. Ainsi, ont été réalisés et utilisés trois guides d'entretien : un guide à l'endroit du personnel soignant médical et paramédical et des agents d'entretien, le second à l'endroit des agents chargés du ramassage des déchets du CNHU pour la décharge publique et les agents chargés de l'incinération des déchets, et enfin le troisième à l'endroit des autorités administratives.

Afin d'accumuler différents points de vue pour investiguer les aspects convergents, la recherche a également fait appel à :

- **l'observation directe**: elle nous a permis de comprendre le processus de production des DBMP, la circularité desdits déchets ainsi que leur traitement. Aussi, nous a-t-elle permis d'apprécier les pratiques sociales liées à la gestion desdits déchets. Avec cette technique, nous nous sommes intéressés à tout le processus de gestion Des déchets depuis leur production jusqu'à leur élimination en passant par leur transport.

- **la compulsions de certains documents** tels que les documents qui sont en rapport avec les actions menées par les différents intervenants concernant le processus de la gestion des DBMP ; nous avons aussi recherché l'existence des circulaires ministérielles, des guides et procédures de gestion des DBMP ainsi que des informations internationales relatives à la gestion desdits déchets.

Nous avons aussi longuement discuté avec la surveillante du Service d'Hygiène Hospitalière du CNHU qui nous a donné beaucoup d'informations.

2.2.6. Technique de traitement et d'analyse des données

Les données collectées ont été traitées aussi bien manuellement que par les logiciels Word 2013 et Excel. Le traitement a consisté en la transcription des discours issus des différents entretiens. Les réponses plus ou moins identiques sont classifiées par centre d'intérêt et sont analysées en référence au problème et aux

hypothèses de la recherche, dans le but de vérifier si ces dernières sont confirmées ou non.

2.2.8. Difficultés rencontrées

Cette recherche ne s'est pas déroulée sans difficulté. En effet, les principales contraintes sont respectivement observées au cours de la phase de définition de la thématique et celle de la collecte des informations. Vu que le souci majeur est de bien circonscrire la thématique compte tenu de la pertinence du problème abordé afin de parvenir à identifier des variables clés pour mieux agréger les données à analyser, cela n'a pas été facile. Heureusement, les échanges et les orientations des encadreurs ont aidé à ne pas s'éloigner de l'objectif préalablement défini. D'autres contraintes sont liées à la mobilité et l'occupation des agents enquêtés. En effet, les agents interrogés ne sont pas tous du même service ni de la même structure et les tours de garde diffèrent d'un agent à un autre en fonction du poste qu'il occupe. Ils sont toujours au travail chaque fois que nous passons et ils ne disposent pas forcément de temps pour nous. Il a donc fallu la patience et l'endurance pour parvenir d'une part à administrer les questionnaires et d'autre part à avoir des entretiens avec eux. Par ailleurs, certains agents comme le personnel de laboratoire et les chargés d'incinération étaient, au départ, réticents ; il était très difficile d'entrer en contact avec eux. Mais l'intervention du Surveillant Général (SG) du CNHU les a rassurés et notre collaboration est devenue franche. Aussi, les agents chargés du ramassage et du transport des déchets de l'hôpital pour la décharge publique nous détestaient au départ car nous les suivions à chaque fois qu'ils quittaient le CNHU avec les déchets dans les tricycles. Mais il nous a fallu les rassurer en leur faisant comprendre que nous ne sommes que des chercheurs avant qu'ils acceptent la collaboration. Somme toute, les difficultés rencontrées lors de cette recherche, de mon point de vue, est une expérience constructive qui nous a permis de faire le point sur les acteurs de la gestion des DBMP, leurs rôles respectifs ainsi que leurs perceptions et pratiques liées à la gestion des DBMP.

2.2.9. Considérations éthiques et déontologiques

Sur le plan éthique et déontologique, les autorités du CNHU ont été informées et prévenues de la recherche. Leurs autorisations et consentements ont été requis et obtenus grâce aux explications que nous leur avons fournies sur notre recherche et à la compréhension qu'ils en ont. Ainsi, une confiance mutuelle s'est établie entre nous.

Quant aux acteurs ayant participé à cette recherche, il leur a été expliqué clairement le but de la recherche. C'est sur la base de leur consentement éclairé que nous avons mené notre recherche à leur niveau. Ils ont été informés sur les objectifs de la recherche et sur le caractère confidentiel et non obligatoire de leur participation. Ils étaient libres de se retirer de l'étude à tout moment sans que cela n'impacte leur statut dans l'entreprise.

**DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION
ET ANALYSE DES RESULTATS**

CHAPITRE III : GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES AU CNHU : ACTEURS, ROLES ET CIRCULARITE DES DECHETS

3.1. Acteurs et rôles perçus en matière de gestion des DBMP

Plusieurs acteurs interviennent dans la gestion des déchets biomédicaux et pharmaceutiques au CNHU/HKM de Cotonou. Au nombre de ces acteurs, nous avons : les acteurs institutionnels, les chargés de l'enlèvement et du transport des déchets, les malades et garde-malades.

3.1.1. Les acteurs institutionnels

-Les autorités administratives : ce sont les premiers responsables en charge de la surveillance du maintien en bon état de salubrité du centre. Pour cela, elles veillent en permanence sur l'hygiène du CNHU en général et, en particulier, sur la propreté des salles dans lesquelles le CNHU offre ses services. Leur rôle s'élargit jusqu'à l'organisation des soins et la gestion des services en collaboration avec les chefs de service, la sensibilisation du personnel soignant en ce qui concerne la gestion des DBMP. Aussi, sont-elles chargées des décisions relatives à la formation du personnel sur la gestion desdits déchets.

En matière de gestion des DBMP, il faut dire qu'elles y accordent une grande importance. D'après les informations recueillies sur le terrain, le fonctionnement du CNHU n'est possible sans elles.

« Comme dans toutes les autres institutions, l'administration est capitale ici ; nous nous chargeons de l'organisation et de l'approvisionnement de tous les services. Les problèmes des différents services sont gérés par nous et nous coordonnons toutes les activités techniques. Pour ce qui concerne la gestion des DBMP, c'est nous qui signons les contrats avec les prestataires intérieurs comme extérieurs. Le contrôle des activités de gestion des déchets est assuré par le SG et le service d'hygiène hospitalière, en collaboration avec le CLIN. Mais il faut avouer que lorsque les déchets sortent de l'hôpital, ils échappent totalement à notre contrôle ». (Autorité administrative, CNHU, 51 ans).

-Les chargés d'incinération des DBMP : ce sont des acteurs institutionnels très impliqués dans la gestion des DBMP car ils sont au premier rang dans le traitement final desdits déchets dans l'institution. Ils sont chargés d'incinérer les

DBMP dans des incinérateurs à fours prévus à cet effet. Cette incinération se fait après la sériation des déchets selon leur résistance au feu ou au degré de température nécessaire pour leur fusion totale et la destruction des micro-organismes.

« Ici, le travail est très difficile. Je suis en contact direct avec les déchets et ça fait que, lorsque les déchets ne sont pas traités au jour le jour, on arrive très vite à la putréfaction. À cause de ça, ici sent très mauvais parfois, vu que les fours d'incinération sont vétustes et ont donc du mal à incinérer facilement. En plus, ils sont en nombre insuffisant. J'ai comme charge d'introduire dans l'incinérateur les déchets et suivre leur incinération pendant la durée requise. Après, je sors du four toute la cendre ou le reste de tout ce qui est brûlé et j'en remets à nouveau d'autre, ainsi de suite » !
(Agent chargé d'incinérer les DBMP, CNHU, 52 ans).

Le témoignage de cet agent montre l'exposition, des chargés d'incinération, aux risques de contamination par ces déchets. En outre, la vétusté des incinérateurs complique les choses ; ce qui fait que l'hygiène des environs de l'incinérateur, au CNHU, laisse à désirer. Cette grande exposition aux déchets est la preuve tangible de l'ignorance totale de la dangerosité des DBMP par les agents de cette activité. Nous voyons également que ces agents n'ont bénéficié d'aucune formation leur permettant de se prémunir contre les risques liés à ces déchets. Dans le but de témoigner de la dangerosité du travail d'incinération des DBMP, un responsable administratif confie le cas d'un jeune homme qui fut récemment recruté par le CNHU pour étoffer l'équipe au poste d'incinération :

« C'est un jeune-homme qui venait d'être recruté pour intervenir au niveau des incinérateurs. Quelques temps après son recrutement, alors qu'il manipulait un sac contenant les DBMP envoyés pour l'incinération, il s'est fait piqué par une aiguille usagée. Aussitôt, il lui a été demandé de se rendre dans le service chargé des prélèvements pour faire un prélèvement témoin ; par négligence, il a trouvé que c'était une petite piqûre et que cela ne valait pas la peine. Environ un mois après, le jeune homme a fait une forte fièvre et en est décédé sans même qu'on ait eu le temps de diagnostiquer ce dont il souffrait ». (Responsable administratif, CNHU, 45 ans).

Cet extrait témoigne de l'ignorance dont font preuve certains agents par rapport à la dangerosité des DBMP. Aussi, les conséquences liées à la mauvaise gestion des DBMP sont-elles catastrophiques. Le comportement de cet agent témoigne de l'absence de formation à l'endroit des agents de cette catégorie de travailleurs. Notons qu'il n'existe pas de données statistiques sur la quantité de DBMP produite au CNHU/HKM.

« Les DBMP sont énormes ici. On ne les quantifie même pas. Mais il faut dire que leur gestion pose un sérieux problème. Il suffit de passer une seule journée au CNHU pour se rendre compte que la gestion de ces déchets est un véritable enfer ». (Statisticien CNHU, 38 ans).

-Le personnel soignant : C'est l'équipe qui produit les déchets à travers les soins aux malades. Elle se compose des médecins, des infirmiers, des sages-femmes, des aides-soignants, des cols-verts, des laborantins, des radiologues, des pharmaciens. Le personnel soignant se plaint également de la gestion qui est faite des DBMP au CNHU/HKM.

« Chaque jour, nous faisons des pansements ici. Mais si les agents d'entretiens ne viennent pas vite vider les poubelles, personne ne peut plus respirer. Tellement ça sent mauvais ! Vous-même regardez comme c'est déjà rempli alors que c'est la troisième fois qu'on a vidé la poubelle et la journée n'est même pas encore terminée. Parfois, certains malades refusent même de se faire soigner, et ils ont raison (rire). Tu ne peux pas venir te faire soigner dans la saleté et les mauvaises odeurs ! Même nous, agents de santé, on n'est pas en sécurité. Malgré tout ça, certains collègues vont fouiller ces poubelles pour y trier des choses ! C'est Dieu seul qui nous protège ». (Aide-soignante CNHU, 42 ans).

Des propos de l'enquêtée, il ressort que les DBMP sont produits en grande quantité à cause des traitements des blessés ou des patients venus pour des pansements ou des contrôles d'usage. La gestion de ces déchets est d'autant plus difficile que les déchets sont importants. Il faut régulièrement vider les poubelles pour maintenir le milieu de travail propre. La question de la sécurité du personnel soignant a été également évoquée par l'enquêtée. En revanche, certains d'entre eux trouvent en ces déchets, des opportunités à ne pas rater.

-Les agents d'entretien : leur rôle consiste à maintenir le cadre de vie propre. Par exemple, ils nettoient les bureaux du personnel administratif et sont chargés également de vider les poubelles des salles de traitement ou d'hospitalisation.

Retenons que ces derniers sont également confrontés à des difficultés dans l'exercice de leur fonction. En effet, leur effectif réduit ne facilite pas la collecte régulière des déchets dans les salles de soins. Aussi, du fait des réalités socioculturelles, ils n'arrivent pas à bien nettoyer les salles d'hospitalisation.

On travaille beaucoup ici. Vraiment, notre nombre est insuffisant, alors que le travail que nous faisons est important, et il y a trop de déchets ici. On peut même dire que le CNHU est le premier producteur de déchets (rire) ; et les déchets, il y en a de toutes sorte : bouteilles de sérum, aiguilles, tampons, pansements sales avec du sang ou du pus etc. Pour ce qui concerne les parties du corps humains, on aide celui qui est chargé de l'incinération dans le transport. Nous vidons les poubelles sans repos. Si tu ne sais pas faire, c'est la faim qui va te tuer. Et puis, surtout dans les salles d'hospitalisation, il faut dire que nous n'arrivons pas à bien faire notre travail. Il y a des malades qui mettent des canaris avec des gris-gris et autres effets sous leur lit ; s'il n'y a pas un parent à côté pour déplacer ces effets, on est obligé de laisser l'endroit comme ça. (Agent d'entretien du CNHU, 35 ans)

Les propos de cet enquêté montrent l'importance de ces agents dans la gestion des DBMP. Nous remarquons, dans ces propos, la diversité des déchets. Les propos révèlent également les difficultés que ces agents d'entretien rencontrent dans leur métier. Selon lui, les pesanteurs socioculturelles influencent parfois la propreté des salles d'hospitalisation ; car les canaris de gris-gris qu'ils trouvent sous les lits des patients les empêchent de faire correctement leur travail.

Cet enquêté montre également l'importance des agents d'entretien dans la gestion des DBMP au CNHU/HKM. Il dénonce le traitement dont ils font l'objet par certains usagers et quelques autres agents de santé, malgré leur « importance » dans la chaîne de la gestion des DBMP.

« C'est nous qui travaillons pour la propreté du CNHU. C'est vrai que c'est pour cela que nous avons été recrutés. Mais les conditions dans lesquelles nous travaillons ne sont pas bonnes. Et pourtant, nous travaillons comme nous le pouvons, pour la bonne santé de tout le monde. Ici, les déchets sont trop, et si on ne les gère pas bien, c'est très dangereux pour tout le monde ». (Agent d'entretien CNHU, 31 ans).

3.1.2. Les garde-malades

Ce sont les parents accompagnateurs des malades et qui assurent leur surveillance lors de la période d'hospitalisation. Ces personnes sont également considérées comme des acteurs dans la gestion des déchets biomédicaux dans la mesure où ces dernières ramassent parfois les flacons de sérums, les perfuseurs déjà utilisés oubliés sous les lits des patients par le personnel soignant. L'un d'eux nous confie :

« Le matériel déjà utilisé comme les flacons de sérums, les perfuseurs, devrait nous revenir car c'est notre argent qui a servi à acheter ça. Pourtant les « doto » les ramassent et les emportent sans même notre avis. Pourtant on a besoin de ça pour utiliser à la maison. Si tu n'es pas vigilant, tu partiras d'ici sans même une seule bouteille vide de toutes les bouteilles que tu as achetées. ». (Garde-malade CNHU, 28ans).

De ces propos, nous notons la confirmation de l'intrusion des garde-malades dans la gestion des déchets biomédicaux. Ces derniers récupèrent habilement certains déchets issus des soins pour des usages domestiques ou même commerciaux.

3.1.3. Les agents chargés de l'enlèvement et du transport des déchets du CNHU aux dépotoirs publics

Ces agents font partie des acteurs de la gestion des DBMP. Composés des agents des sociétés ou ONG ayant des contrats avec la mairie ou le CNHU, ils ont pour rôle d'assurer le ramassage des déchets du dépotoir central du CNHU pour les convoier vers les décharges publiques. Visiblement, les structures pour lesquelles ces derniers travaillent ne disposent pas ou peu de moyens ; ce qui les oblige à assurer le transport desdits déchets avec des tricycles comme le montre les images (voir photo N°4). Le ramassage des déchets se fait à la main nue et parfois, quand c'est possible, avec la pelle (voir image N°5).

« Notre rôle est de ramasser les déchets pour aller les jeter sur les dépotoirs publics. Nous souffrons beaucoup car nos conditions de travail, comme vous le constatez, sont dérisoires. Nous sommes très mal payés et nos patrons disent que le CNHU ne paie pas ses factures à temps, ce qui fait qu'ils ne peuvent plus louer les camions et acheter le carburant pour le transport des déchets. Du coup, ils nous obligent à ramasser et à transporter les déchets avec des tricycles. Nous ne disposons ni de gants ni de bottes ni de bavettes de sécurité. Nous sommes très exposés ; et pourtant les déchets sont souillés de sang, des pansements et des aiguilles » (Agent de ramassage, 35 ans).

Du point de vue de cet enquêté, en raison des difficultés financières, le CNHU n'arrive pas à régler les factures des prestataires. En conséquence, ceux-ci manquent les moyens pour la location des camions et l'achat du carburant pour le ramassage des déchets ; d'où l'utilisation des tricycles, vu que ceux-ci sont moins coûteux en carburant que les camions mais moins adaptés pour cette activité. Au fait, il convient de comprendre ici que la gestion des DBMP exige des moyens supplémentaires que le CNHU n'est pas en mesure de déboursier. Il se pose bien évidemment des problèmes financiers.

3.2. Circularité des DBMP du CNHU/HKM

Une gestion correcte des DBMP nécessite de bien maîtriser leur circularité jusqu'à leur élimination correcte ou traitement. Ainsi, la circularité des DBMP se fait à deux niveaux : à l'intérieur du CNHU et à l'extérieur du CNHU.

3.2.1. Circularité des DBMP à l'intérieur du CNHU

Le circuit des déchets s'intègre généralement dans les circuits prédéfinis et respecte souvent les règles classiques de flux propres et sales, habituellement préconisées par l'administration de l'hôpital en collaboration avec les services spécialisés.

- Le tri à la source et le conditionnement des DBMP

Dès la production des DBMP au cours des soins, ceux-ci sont normalement et systématiquement triés et séparés par le principe du tri à la source dans chaque service de soins (voir planche 1).



Photo 1

Photo 2

Photo 3

Planche 1: Sacs et boîtes inviolables contenant des DBMP

Source : SIMBIA, 2018

Le conditionnement des déchets souillés de pansement comme les compresses, les sparadraps imbibés de liquides biologiques, sanguinolents, purulents ou séreux se fait dans des poubelles en sacs plastiques rouges ou jaunes en polyéthylène, ayant une résistance mécanique suffisante, dépourvus de ficelles. Le volume de ces sacs varie entre 40 et 100 litres, le nombre utilisé est en fonction du rythme de la collecte ainsi que le service concerné.

Les objets tranchants ou coupants comme les aiguilles avec seringues, les bistouris usagers, des lames de laboratoire et autres sont normalement conditionnés dans des boîtes spécifiques inviolables de couleur jaune ou rouge (voir planche 1). Les déchets anatomiques comme les placentas, les membres amputés, les fœtus morts etc., sont conditionnés dans des sacs plastiques de couleur rouge.

Les ordures et déchets ménagers sont contenus dans des sacs noirs.

Contrairement aux normes, le tri à la source est un vrai désastre au CNHU-HKM de Cotonou ; il n'est pas rare de retrouver dans des déchets ménagers des aiguilles avec des seringues déjà utilisées, des poches de sang usagées, des pansements défaits, des flacons de sang, des reins artificiels usagers etc... (Voir planche 2,3,5). Le dépotoir central du CNHU est régulièrement jonché de ces déchets dangereux.



Photo 1



Photo 2

Planche 2: Exemple de poubelle et une partie du dépotoir central du CNHU/HKM

Source : SIMBIA, 2018

Les images ci-dessus montrent respectivement un exemple de poubelles dans lesquelles les DBMP sont jetés par de négligents agents de santé, et une partie du dépotoir central du CNHU/HKM où ces déchets sont transposés.

- Le stockage des DBMP

C'est le stockage qui se fait dans chaque service avant d'être convoyé vers le dépotoir central du CNHU ou à l'incinération et ce, normalement dans la même journée. Au CNHU, cela fait parfois 2 voire 3 jours de leur production avant que les déchets n'arrivent au dépotoir central ou à l'incinération. Cela explique d'ailleurs la colère des agents chargés d'incinération de ces déchets à cause des odeurs de putréfaction.

- Le transport des DBMP

Il est assuré par des brancardiers ou des agents d'entretien et permet d'acheminer les DBMP vers le dépotoir central du CNHU ou vers les incinérateurs. Ce transport se fait au moyen des chariots prévus à cet effet.

- L'incinération des DBMP au CNHU

C'est l'étape finale du processus de gestion des DBMP à l'intérieur du CNHU. Elle permet la réduction en cendre des DBMP.

- Le dépotoir Central du CNHU

L'hôpital dispose d'un endroit où les déchets ménagers sont entreposés avant leur récupération pour être transportés vers la décharge publique. Les DBMP, une fois évacués des unités de soins, sont censés être stockés d'une façon hygiénique et sécuritaire au niveau d'un local avec une double chambre séparée, aérée, facilement nettoyable, muni d'un point d'eau et d'une serrure non accessible au public (OMS, 1990). C'est en quittant ce local que les déchets passent par les étapes de traitement.

Malheureusement, au CNHU/HKM, ce n'est pas le cas ; ces déchets sont déversés à l'air libre derrière les WC et en face de la morgue ou encore derrière le service d'hématologie, directement accessible aux usagers de l'hôpital (après notre passage et suite à de nombreuses critiques, le dépotoir est déplacé et se situe actuellement derrière la citerne de traitement des eaux souillées). En plus, ce dépotoir central censé recevoir rien que les déchets ménagers et Assimilés, se retrouve inondé de DBMP comme les poches de sang usagers, les transfuseurs et perfuseurs, le matériel de l'hémodialyse tels que les reins artificiels, les tubulures etc. (voir images ci-dessous).



Photo 1



Photo 2

Planche 3: Une portion du dépotoir central du CNHU

Source : SIMBIA, 2018

3.2.2. Circuit des déchets à l'extérieur du CNHU

- Le transport des déchets à l'extérieur du CNHU

L'évacuation des déchets en dehors de l'hôpital se fait normalement par l'intermédiaire des camions à ordures à benne couverte. Le ramassage se fait normalement quotidiennement (y compris les jours fériés). Malheureusement, cette périodicité n'est jamais respectée. Pour cause, de fréquents contentieux entre l'hôpital et les prestataires rythment cette opération. Ces contentieux sont généralement liés aux soucis financiers. Aussi, l'indisponibilité des camions à benne couverte laisse-t-elle place à des tricycles qui transportent ces déchets à travers la ville sans aucune précaution préalable de sécurité desdits déchets. (Voir images ci-dessous)



Photo 1

Photo 2

Planche 4: Transport des DBMP du CNHU à travers la ville de Cotonou

Source : SIMBIA, 2018.

La photo ci-dessus montre deux tricycles utilisés pour le transport des DBMP hors du CNHK/HKM. Nous les avons suivis depuis le CNHU. Ces engins transportant des déchets biomédicaux à ciel ouvert remplacent généralement les camions à benne couverte qui sont censés ramasser les DBMP.

Une fois chargés, ils quittent le CNHU/HKM et se volatilisent parfois dans la nature. Selon les enquêtés, c'est à l'extérieur du CNHU/HKM que les autres acteurs chargés de la collecte de ces déchets interviennent véritablement. En effet, les agents collecteurs trient certains déchets, notamment les bouteilles, les perfuseurs et les seringues usagées et autres types de déchets qu'ils s'en vont revendre dans les marchés. D'autres déchets comme des tampons imbibés de sang, sont également récupérés pour des fins mystico-religieuses et cultuelles, d'après les enquêtés.

« Si tu ne sais pas, tu vas dire que tout est mauvais dans les déchets que nous ramassons au CNHU. Il y a beaucoup de choses que l'on peut revendre et gagner beaucoup d'argent. Par exemple, mes collègues et moi, nous vendons les bouteilles aux commerçantes à Dantokpa ou au marché St Michel. Aussi, y a-t-il des gens qui nous demandent de leur trouver du sang ou l'os de l'homme, c'est pour faire des gris-gris, ou bien ils diluent les tampons imbibés de sang dans de l'eau pour donner à leurs fétiches. On peut faire beaucoup de choses avec les déchets. Il faut connaître les réseaux et c'est fini, tu vas gagner pour toi. Par ailleurs, les gens qui veulent construire dans des marécages achètent aussi nos déchets pour le remblai des parcelles ».
(Agent chargé du ramassage des déchets, 35 ans).

Les propos de cet enquêté montrent que les DBMP sont convoités par plusieurs acteurs, pour des raisons diverses : les uns pour faire du commerce, les autres pour des pratiques mystiques et religieuses. Seulement, ils ne mesurent pas les dangers auxquels ils sont exposés et exposent d'autres personnes dans la manipulation de ces déchets. Cette marchandisation des déchets peut provoquer des affections de toutes sortes au sein de la population.

- Les décharges publiques

C'est l'endroit ultime du traitement final des déchets qui consiste à les enfouir dans le sol ou à les brûler le plus souvent incomplètement ou encore à les revendre pour servir de remblai des basfonds en vue des constructions des maisons.



Photo 1



Photo 2

Planche 5: DBMP déversés sur le dépotoir de Gbégamey

Source : SIMBIA, 2018

-Les mesures de protection prises avant et après la manipulation des DBMP

Parlant des risques liés à la manipulation des DBMP, il a été observé sur le terrain en l'occurrence au niveau de l'incinération des DBMP que les règles de sécurité ne sont pas respectées. Le responsable de cette activité ne porte jamais l'habillement recommandé (gant de protection, bavette, lunettes, bottes...) lors de la manipulation des déchets.

« Avec les gants, ça glisse. Je n'arrive pas à bien garder les sachets. Les bébés morts ainsi que les membres amputés retombent des sachets comme des ignames (rire) ; c'est pourquoi depuis des années, je n'essaie même plus d'en mettre. Je me sens à l'aise comme ça pour travailler. De toute façon, je suis habitué (rire) ». (Agent chargé d'incinération des DBMP, 41 ans).

Par contre, les transporteurs des DBMP des structures externes expliquent la cause du non-port des gants à leur niveau.

« Nous sommes conscients qu'il faut porter les gants avant de manipuler tous ces sales déchets ; mais nos responsables ne nous en fournissent pas. Que peut-on faire ? Nous voulons du boulot ! Donc on oublie ce détail et on travaille pour gagner notre vie ! » (Agent chargé du ramassage des DBMP, 32 ans).



Photo 1



Photo 2



Photo 3

Planche 6: les agents chargés du ramassage des déchets du CNHU pour les dépotoirs publics.

Source : SIMBIA, 2018

En effet, chez ces agents de transport extérieur des DBMP du CNHU, les raisons liées au non port des équipements de protection individuelle sont relatives à l'absence de fourniture de ces équipements par leur employeur. Selon lesdits agents, cette situation serait dû au fait que le CNHU ne règle pas régulièrement ses factures envers ces structures partenaires, créant ainsi des difficultés dans leur capacité de fonctionnement.

En somme, plusieurs acteurs avec des rôles différents interviennent dans la gestion des DBMP. Aussi, la circularité des DBMP ne respecte pas les normes établies par le ministère de la santé et les organismes internationaux de santé et de l'environnement.

CHAPITRE IV : PERCEPTIONS DES ACTEURS ET PRATIQUES SOCIALES LIEES A LA GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES AU CNHU/HKM

4.1. Perceptions des acteurs sociaux impliqués dans la gestion des DBMP au CNHU/HKM

Les acteurs sociaux impliqués dans la gestion des DBMP du CNHU/HKM ont des perceptions diversifiées face à ces déchets. En effet, chaque groupe d'acteurs voit et pense différemment des DBMP.

4.1.1. Les DBMP sont de véritables dangers publics

Selon les autorités administratives, tous les déchets biomédicaux et pharmaceutiques doivent être considérés, à priori, comme dangereux. Elles sont conscientes que ces déchets doivent être systématiquement détruits ou traités pour ne pas polluer le cadre de vie, et surtout pour ne pas faire des victimes. Elles reconnaissent que les conditions dans lesquelles les DBMP sont gérés actuellement au CNHU/HKM, ne respectent pas les normes de gestion imposées par le ministère de la santé et mondialement reconnues. En réalité, selon ces mêmes autorités, la gestion des déchets demande d'énormes moyens qui sont hors de la portée de leur bourse ; et que le ministère de tutelle n'accompagne pas toujours :

« Les déchets biomédicaux présentent d'énormes risques et constituent un danger pour non seulement le personnel soignant, mais aussi les usagers de l'hôpital et la population entière. Il est capital qu'ils soient traités le plus rapidement possible afin d'éviter toute contamination et surtout de provoquer les infections nosocomiales ». (Autorité administrative CNHU, 45 ans).

Le personnel soignant semble être plus précis sur les conséquences liées à la mauvaise manipulation des DBMP comme nous le témoigne cette infirmière dans la salle de soins, à la chirurgie traumatologique :

« Les déchets de soins sont très dangereux ; en les manipulant de façon inadéquate, vous pouvez attraper l'hépatite B, l'hépatite C, le sida et même beaucoup d'autres maladies plus graves. C'est pourquoi vous nous voyez mettre les objets piquants et coupants comme les aiguilles usagers, les lames de bistouri et autres objets dangereux, dans des boîtes sécurisées pour éviter qu'ils ne piquent quelqu'un ». (Infirmière Diplômée d'État, 48 ans).

De ces deux points de vue, il ressort que les DBMP sont d'une extrême dangerosité et qu'il faut vraiment éviter tout contact non sécurisé avec eux. Tous les déchets doivent être détruits ou mis dans un état tel qu'ils ne puissent pas être utilisables par quiconque, déjà au niveau de leur production au sein des différents services producteurs de déchets au CNHU. En conséquence, il faudrait à tout prix éviter que ces déchets se retrouvent au niveau de la décharge publique où aucun contrôle de leur traitement n'est possible.

D'après les observations faites sur le terrain, aucune disposition n'est prise pour empêcher la survenue de telles situations, au point où les DBMP n'arrêtent d'inonder les dépotoirs publics du CNHU. Les DBMP représentent un véritable danger pour tous les usagers du CNHU ainsi que le personnel soignant et l'administration. Cela est certainement lié aux conditions dans lesquelles ces déchets sont produits et la perception que les autres acteurs ont de ces déchets. Des quantités énormes de DBMP sont produites quotidiennement au CNHU-HKM et il urge de prendre des dispositions appropriées pour mieux gérer ces déchets afin de garantir un environnement sain aux usagers et à la population.

Toujours d'après les autorités, il existe une politique sanitaire au sein du CNHU-

HKM de Cotonou. Cette dernière consiste à veiller rigoureusement sur l'hygiène dans les salles de soins et d'hospitalisation. Pour ce faire, le personnel soignant en l'occurrence les médecins, les infirmiers, les sages-femmes et les laborantins sont régulièrement formés sur les dangers que constituent les DBMP et sur la nécessité de les éliminer rapidement et convenablement pour éviter toute contagion.

D'après les informations recueillies sur le terrain, les autorités administratives sont conscientes du danger que constituent les DBMP pour ce centre de référence nationale. Seulement, la politique sanitaire actuelle doit être appliquée pour mieux gérer ces déchets.

De même, selon ces mêmes autorités, les normes internationales de gestion des DBMP doivent être mises en application au CNHU-HKM de Cotonou, pour davantage rehausser l'image de marque de l'hôpital et garantir la sécurité du personnel et des usagers. Ces dernières affirment également que les populations s'exposent à des maladies en utilisant certains DBMP comme les seringues, les aiguilles et même les bouteilles de sérums. Très souvent, ces objets sont infectés.

Enfin, d'après ces mêmes autorités, les DBMP ne doivent pas être recyclés par les acteurs impliqués dans la gestion car trop dangereux.

4.1.2. La gestion des DBMP, une affaire de Dieu

Les agents chargés d'incinérer les DBMP au CNHU font parties des acteurs les plus impliqués dans la gestion de ces déchets. Selon les informations obtenues du terrain, ces agents ne respectent aucune règle en matière de gestion des déchets.

« Moi je suis ici depuis plus de 15 ans. J'ai vu beaucoup de DG du CNHU passer. La gestion de ces déchets est une affaire de Dieu. C'est Dieu qui veille sur nous. Quand le SG crie sur moi de porter les gants et autres, je ris seulement car il ne suffit pas de porter les gants pour ne rien risquer! En tout cas, moi je ne porte rien mais je n'ai rien depuis toutes ces années. Je me porte très bien. Quand je porte les gants, je n'arrive plus à prendre les sachets des déchets car ça glisse de mes mains.». (Agent chargé d'incinération des DBMP, 55 ans).

Selon cet acteur, c'est dieu qui est au-dessus de tout, qui les protège, et qu'il ne vaut pas la peine de faire semblant de se protéger. Ce groupe d'acteurs ignorent totalement la dangerosité des DBMP. En effet, selon d'autres sources, les formations sur la gestion des DBMP est une affaire des autorités ou des supérieurs qui ne touchent même pas aux déchets. Cette situation est très critiquée du

personnel de soutien. Mais les intéressés n'en démordent pas car, il y a de l'argent à la clé.

4.1.3. Les DBMP, un complément important de salaire

La perception des DBMP pour les agents chargés du ramassage des déchets du CNHU pour les décharges publiques diffère totalement de celle des autorités administratives et du personnel soignant. Pour ces agents, tout est utile dans les DBMP. En effet, ils récupèrent les déchets pour les revendre dans le marché noir. Étonnés de voir les agents chargés du ramassage des déchets du CNHU pour la décharge publique trier lesdits déchets sur la route lors du transport, nous avons questionné un agent qui nous explique :

« Dans ces déchets, il y a plus à gagner que le salaire qu'on nous paie et ce, plusieurs fois dans la semaine ! (rire). Les seringues et aiguilles, les perfuseurs, les bouteilles de sérums, les poches de sang, les cotons imbibés de sang, tout ça est à revendre. Si tu connais bien les réseaux, tu peux même négocier avec le vieux qui est à l'incinérateur pour les membres amputés, les fœtus morts, les placentas et toutes autres parties du corps humain ! Il y a des gens qui cherchent ça avec les yeux rouges ! (Rire) ». (Agent chargé du ramassage des DBMP du CNHU pour le dépotoir, 35ans).

Malgré le fait qu'ils se fassent blesser par les objets tranchant, ils semblent ne pas percevoir les dangers auxquels ils sont exposés dans la manipulation des DBMP. Les conditions de vie précaires de ces derniers les amènent à prendre des risques énormes dans le tri manuel et sans protection, pour subvenir à leur besoin. Ils pensent plus au profit qu'ils vont tirer des DBMP qu'au danger encouru. La majorité des agents chargés du ramassage et du transport de ces DBMP n'ont pas une connaissance des risques liés à l'exercice de leur métier.

Somme toute, les agents chargés du ramassage et du transport des DBMP perçoivent ces déchets comme des sources de revenus potentielles. Presque tous les enquêtés de cette catégorie de travailleurs récupèrent les DBMP pour les revendre. Ce type de comportement nous permet d'affirmer que la pratique de gestion des DBMP est différente d'une catégorie d'acteurs à une autre.

4.2. Pratiques sociales liées à la gestion des DBMP au CNHU/HKM

Les pratiques de gestion des DBMP diffèrent d'un acteur à un autre. Aussi, ces pratiques diffèrent-elles selon le poste de travail. En effet, chaque acteur, à son niveau, gère en sa manière et selon sa compréhension les DBMP.

4.2.1. La gestion des DBMP, une des causes de l'essoufflement financier du CNHU

Les autorités administratives ne sont pas en contact directe avec les DBMP. Elles se contentent de donner des directives à suivre dans la gestion desdits déchets et comptent le plus souvent sur le service d'hygiène hospitalière (SHH) et le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) pour assurer le contrôle de la bonne gestion interne des DBMP. Aussi, se plaignent-elles des difficultés liées aux finances dans la gestion des déchets.

« Chaque jour, le personnel soignant, dans son travail, produit d'énormes déchets qu'il urge de gérer. Mais cette gestion se heurte à des difficultés surtout financières. Nos équipements de gestion des déchets sont vétustes ou inadéquats. Nos incinérateurs ne répondent plus aux multiples sollicitations vues leur âge, leur nombre réduit et l'augmentation constante au fil des années de la quantité des déchets à incinérer. De l'autre côté, les structures extérieures chargées du ramassage des déchets veulent être réglées dans l'immédiat alors que nous souffrons d'un manque cruel de liquidité. Nous n'arrêtons de prier le Ministère de la santé de nous aider » ! (Autorité administrative, 51 ans).

Des propos de cet enquête, nous constatons que le CNHU est limité dans ses décisions de gestion des DBMP à cause des difficultés financières auxquelles se heurte cette gestion. En effet, le SHH et le CLIN sont qualifiés ici de structures budgétivores car, selon certaines personnes, ces structures ne font pas d'entrée financière au CNHU mais font plutôt sortir beaucoup d'argent pour l'achat des matériels de gestion des DBMP et de formation du personnel.

4.2.2. Le tri à la source, un désastre aux inconvénients multiples

Le personnel soignant est très impliqué dans la gestion des DBMP par le fait qu'il en est le principal producteur. En effet, lors des soins, les DBMP sont générés.

Dès lors, ils sont normalement triés et séparés suivant le principe de tri à la source. Le conditionnement des déchets souillés de pansement comme les compresses, les sparadraps imbibés de liquides biologiques sanguinolents, purulents ou séreux se fait dans des poubelles en sacs plastiques rouges ou jaunes en polyéthylène, ayant une résistance mécanique suffisante et dépourvus de ficelles. Le volume de ces sacs varie entre 40 et 100 litres. Le nombre de sacs utilisés est en fonction du rythme de la collecte ainsi que du service concerné.

Les objets tranchants ou coupants comme les aiguilles avec seringues, les bistouris usagers, des lames de laboratoire et autres sont normalement conditionnés dans des boîtes spécifiques inviolables de couleur jaune ou rouge et remplis seulement au 3/4. Les déchets anatomiques comme les placentas, les membres amputés, les fœtus morts etc., sont conditionnés dans des sacs plastiques de couleur rouge. Les ordures et déchets ménagers sont contenus dans des sacs noirs.

Contrairement aux normes, le tri à la source est un vrai désastre au CNHU-HKM de Cotonou ; il n'est pas rare de retrouver dans des déchets ménagers des aiguilles avec des seringues déjà utilisées, des poches de sang usagées, des pansements défaits, des flacons de sang, des reins artificiels usagers, etc. (Voir planche 2, 3,5). Le dépotoir central du CNHU est d'ailleurs régulièrement inondé de ces déchets dangereux.

« Nous le personnel soignant, nous connaissons tous les dangers liés à la mauvaise gestion des DBMP, puisqu'on a été formé à cela. Pourtant, si vous regardez dans les poubelles, vous constaterez qu'il y a toujours un mauvais tri des déchets. Les flacons, les seringues et aiguilles usagées, les poches de sang usagers, les pansements décollés se retrouvent régulièrement dans les poubelles à déchets ménagers. C'est tout un mélange de déchets avec tous les risques que cela comporte. Certains collègues se permettent même parfois de rechercher dans ces déchets des choses dont ils disent avoir besoin comme les bouteilles de sérums déjà utilisées ». (Sage-femme, 55 ans).

Des propos de cette enquêtée, le personnel soignant est bien conscient des dangers liés à la mauvaise gestion des DBMP. Seulement, il se pose au niveau de certains d'entre eux, un problème de conscience professionnel. En effet, selon certains enquêtés de la même catégorie professionnelle, certains de leurs collègues récupèrent parfois les bouteilles et autres déchets normalement destinés à la poubelle, pour aller les vendre au marché ou les utiliser à domicile. C'est dire que même au niveau du personnel soignant, tous les DBMP ne sont pas destinés à la poubelle.

Donc, pour des raisons pécuniaires, il n'est pas rare de trouver certains agents de santé qui récupèrent certains déchets. Ces derniers estiment prendre les dispositions nécessaires pour minimiser les risques de contamination alors qu'ils ne portent même pas forcément de gants lors des tris de ces déchets. Certains d'entre eux vont même jusqu'à catégoriser les DBMP dans la mesure où ils affirment que tous les déchets ne sont pas forcément contaminés parce qu'ils prennent le soin de ne pas toujours les mélanger aux déchets infectieux.

« Je récupère uniquement les bouteilles dans les poubelles. Je fais très attention à tout ce qui est pointu ou susceptible de me blesser. Lorsqu'on prend des précautions, il n'y a généralement pas de problème. D'ailleurs, ce ne sont pas des bouteilles cassées que je récupère. Moi-même, je conseille à ceux qui me les achètent, de les désinfecter avec de l'eau de javel. Maintenant, s'ils ne le font pas, c'est un autre problème, et ça ne m'engage pas, (rire) ». (Aide-soignante, 48 ans).

En entendant cette enquêtée, on se rend compte que la perception des DBMP et la conception de leur dangerosité au niveau des agents de santé, dépend du niveau de formation et de compréhension de chacun. Pendant que les infirmiers, les sages-femmes, les médecins, les techniciens de laboratoire sont régulièrement formés à la gestion des DBMP et ont une notion très claire de leur dangerosité, les aides-soignants les colverts et autres personnel de soutien ne bénéficient d'aucune formation en la matière. En revanche, lors des activités de soins, les infirmiers leur font des reproches et des enseignements sur le tas. Ce qui est bien loin d'une formation. C'est à ces occasions qu'ils apprennent que les DBMP sont

dangereux et assistent à la façon dont il faut les gérer.

« Les formations sur la gestion des déchets, c'est pour nos patrons ; alors que c'est nous qui sommes plus en contact avec ces déchets et c'est nous qui vidons les poubelles tout le temps. Mais comme il y a de l'argent à la clé, nos patrons préfèrent aller eux-mêmes. Toutefois, ils n'hésitent pas à nous crier dessus comme des enfants et tout comme si nous étions formés à cette gestion. Ce type de collaboration nous écœure beaucoup ». (Aide-soignante, CNHU, 39 ans).

Retenons que, pour ce qui concerne la fouille des poubelles et la récupération de certains DBMP, tout le personnel soignant ne pratique pas cette activité. Pendant que certains veillent sur la quantité des bouteilles et autres objets à récupérer, d'autres affirment ne pas s'y adonner parce qu'ils trouvent qu'il y a un réel danger dans la manipulation de ces déchets. Selon cette autre catégorie d'acteurs de la même corporation, c'est le désir de gagner plus qui pousse certains de leurs collègues à fouiller dans les poubelles en dépit du fait qu'ils soient informés du réel danger encouru.

« Nos collègues qui récupèrent les DBMP sont en partie responsables de la contamination de ceux à qui ils vont les livrer. Ils sont agents de santé et cela suppose qu'ils maîtrisent la déontologie de leur métier. Mais ce n'est pas le cas. Ils se rendent malade, rendent malade leur entourage et se plaignent après. C'est, à la limite, criminel pour un agent de santé! Et on ne peut pas continuer d'admettre ça dans un centre comme le CNHU ». (Infirmière Diplômée d'État, CNHU, 50 ans).

Ce propos montre, une fois encore, que tout le personnel soignant n'a ni la même logique, ni les mêmes pratiques de gestion des DBMP. Les raisons pécuniaires ne doivent pas, selon certains enquêtés, pousser des agents de santé à fouiller dans les poubelles des DBMP. Plusieurs acteurs approchés ont confié qu'il serait important de sanctionner ceux qui s'adonnent à de telles pratiques. Une enquêtée confie :

« Les autorités doivent prendre leurs responsabilités et sanctionner tous ceux qui s'adonnent à cette honteuse besogne. Certes, on a tous besoin d'argent ; mais pas au point de prendre des risques de mourir et de donner méchamment la mort à autrui ! Ce qui se passe dans cette histoire des déchets là est très grave. Les gens vont jusqu'à salir notre métier! Ce n'est pas bon. Ils n'ont qu'à arrêter. Ceux qui le font n'honorent pas notre corporation, et c'est une honte pour nous tous ».
(Technicien de laboratoire, CNHU, 44 ans).

4.2.3. Les DBMP, une denrée commercialisable

La pratique de gestion des DBMP de cette catégorie d'acteurs est encore plus dramatique et inquiétante que tous les autres acteurs. En effet, ce groupe d'acteurs qui est chargé de ramasser les DBMP du dépotoir central du CNHU pour les décharges publiques, n'emporte même pas tous les déchets et toutes les fois à la décharge publique. Le transport est très régulièrement détourné pour d'autres fins.

« Oui, c'est vrai que, lorsque les entrepreneurs ou les propriétaires des parcelles se situant dans les basfonds nous proposent de l'argent pour remblayer leurs terrains, nous utilisons ces déchets après avoir trié ce qu'on peut revendre là-dedans au marché. Nous ne les jetons pas toujours au dépotoir public. De toute façon, lorsque les déchets sont ramassés de l'hôpital, personne ne veut plus d'eux (rire) ; même pas l'hôpital qui les a produits (rire). Donc nous on s'en débarrasse comme ça nous arrange. Mais surtout quand ça peut encore nous donner un peu d'argent, c'est meilleur ». Agent de ramassage des DBMP, CNHU, 32 ans.

Des propos de cet acteur, les déchets ramassés finissent parfois à la revente sur des parcelles situées dans des basfonds afin de servir de remblai. Cela témoigne de la méconnaissance de la dangerosité desdits déchets que ce soit par les acteurs eux-mêmes ou par les propriétaires desdites parcelles. Aussi, la pratique de gestion des DBMP par ces acteurs est un désastre écologique et sanitaire. Parfois, avant de servir de remblai, les déchets sont passés aux peignes fins afin d'y trier ce qui est revendable en détail. Un acteur nous explique :

« Je trie les seringues, les aiguilles et les tuyaux des perfuseurs déjà utilisés pour aller les revendre aux bonnes dames et gagner un peu d'argent. Il y a des gens qui ont besoin de ça. Comme on est mal rémunéré par nos patrons, c'est ça qui nous aide. Dans ces déchets, on y trouve parfois de l'or (rire)! Il suffit de connaître bien le réseau et tu ne vas même pas te plaindre du salaire. Surtout le réseau de revente du coton imbibé de sang ou des poches de sang périmées ou usagées ! Ceux qui nous les achètent sont toujours prêts à déboursier une fortune ! Dans ces déchets, il y a plus à gagner que le salaire qu'on nous paie (rire) ». (Agent de ramassage des déchets, 35ans).

De ces propos, nous constatons que les DBMP font objet de grande convoitise par un publique beaucoup plus élargi que ces simples acteurs. La pratique de gestion de ces déchets reste une grande catastrophe aussi bien pour leurs manipulateurs que pour l'environnement. En dépit du fait qu'ils sont susceptibles de se blesser par des objets tranchants ou piquants ou d'être infectés, les acteurs de cette catégorie semblent ne pas percevoir les dangers auxquels ils sont exposés dans la manipulation des DBMP. La recherche du gain supplémentaire les amène à prendre des risques énormes dans le tri manuel et sans protection des déchets, pour subvenir à leur besoin. Ces derniers pensent plus au profit qu'ils vont tirer de ces déchets qu'aux risques encourus. La majorité des agents de collecte et de transport de ces déchets n'ont pas une connaissance des risques liés à l'exercice de leur métier. Ils ne perçoivent pas les déchets comme des objets qu'il faille obligatoirement détruire. D'ailleurs, pour être à l'aise, ils préfèrent généralement faire le tri à l'extérieur du CNHU-HKM.

« Nous on fait attention quand on fouille les déchets de sorte à ne pas nous faire piquer par des aiguilles et tout autre objet. D'ailleurs, on le fait calmement à l'abri des regards comme vous le constatez. C'est pourquoi la bagarre s'est éclatée tout à l'heure là-bas car aucun groupe n'a le droit d'aller fouiller dans les déchets de l'autre ». (Agent de ramassage des déchets, 28 ans).

La pratique de gestion dont fait objet les DBMP chez cette catégorie d'acteurs est pour le moins inquiétant car ces acteurs sont devenus des trafiquants de DBMP au risque de s'infecter eux-mêmes, d'infecter leurs acheteurs et de

polluer l'environnement avec toutes les conséquences imaginables sur la population. Il est impérieux que des dispositions soient prises pour arrêter le plus tôt possible cette ignoble pratique.



Photo 1



Photo 2

Planche 7: exemples de pratiques de gestion des DBMP au CNHU

Source : SIMBIA, 2018

Les images ci-dessus, montrent les conditions dans lesquelles les agents chargés du ramassage des DBMP au CNHU/HKM travaillent. Ces derniers ne portent pas l'équipement de protection (bottes, gants, lunettes, casques, blousons) appropriés, lorsqu'ils sont en contact avec les DBMP.

De façon générale, tous le personnel administratif et les médicaux et certains paramédicaux intervenant dans la gestion des DBMP s'accordent sur le fait qu'il reste beaucoup à faire pour améliorer la gestion desdits déchets.

4.2.4. Pratique de gestion des DBMP : l'alcoolisme et l'occultisme

La pratique de gestion des DBMP des chargés d'incinération est d'autant plus importante qu'ils sont au premier plan dans la gestion finale des déchets à l'intérieur de l'hôpital. L'ignorance de la dangerosité des DBMP et l'absence de rigueur administrative dans la gestion desdits déchets amènent les chargés de l'incinération à ne respecter aucune règle de sécurité. Le port des gants est totalement inexistant, celui des bavettes et les bottes est occasionnel et la

consommation de l'alcool y est légion. Bref, c'est l'incompréhension dans la pratique de gestion des DBMP au sein de ce groupe d'acteurs. L'un d'entre eux nous confie ceci :

« Je bois de l'alcool parce qu'on ne peut pas travailler ici comme ça. Vous ne sentez pas ces odeurs-là ? C'est parce que les déchets tels que les placentas, les fœtus morts et les membres amputés ont commencé par se putréfier que ça sent. On ne peut pas supporter cette odeur si on ne boit pas. Certaine personne viennent même négocier certains organes destinés à l'incinération pour leurs activités occultes ». (Agent chargé d'incinérer les DBMP CNHU, 55 ans).

Du propos de cet enquêté, nous notons que la pratique de gestion des DBMP au niveau de cette catégorie d'acteurs n'obéit à aucune règle de protection individuelle ou collective.

De façon générale, telles que imposées par les autorités administratives du CNHU, les recommandations ministérielles et internationales, la pratique de gestion des DBMP au CNHU de Cotonou reste à parfaire.

Pendant que certains acteurs redoutent la dangerosité des DBMP et le risque d'atteinte à la santé humaine, animale et environnementale, d'autres foulent cette inquiétude au pied et considèrent ces déchets comme une source de revenu qui ne devrait jamais changer de manière d'être gérée. Pour cette catégorie d'acteurs, la consommation d'alcool est justifiée par le fait que les odeurs des déchets sont trop fortes à cause de la putréfaction de ceux-ci et surtout de certains organes amputés. La revente de certains organes destinés à l'incinération n'est plus à démontrer et le non port des équipements de protection individuel se justifie par le fait que les gants font glisser les sachets des déchets des mains, les bottes donnent trop de chaleur aux pieds et les bavettes ne permettent pas de bien respirer. Aussi, ces acteurs se savent incontournables car personne ne souhaite travailler à leur place ; donc les affecter reviens très difficile. Les autorités, conscientes de toutes ces mauvaises pratiques, préfèrent fermer les yeux sur ces comportements.

Discussion

Le matériel et les méthodes utilisés, ainsi que les résultats obtenus dans notre recherche, nécessitent des commentaires et critiques.

La récolte des informations sur le terrain à travers les enquêtes et les visites diagnostiques nous a permis de comprendre que la gestion des DBMP constitue un véritable problème au CNHU de Cotonou à cause du risque que ceux-ci représentent pour les différents acteurs intervenant dans leur gestion, la population et l'environnement. C'est dans l'optique d'analyser les perceptions de ces acteurs sociaux que cette recherche de type qualitatif a été menée.

Notre échantillon de recherche est constitué de 45 acteurs institutionnels et non institutionnels.

Ces différents acteurs ont des perceptions variées des DBMP, ainsi que les théories et mécanismes dédiés à leur gestion. Selon nos données du terrain, certains acteurs trouvent que les DBMP sont très dangereux et méritent une attention particulière quant à leur traitement ; c'est le cas du personnel soignant (médecin, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants, techniciens de laboratoire...). Ces propos corroborent avec les résultats de travaux de Faye, Hoteyi, Adjadji dans « gestion des déchets biomédicaux, un péril sanitaire oublié ». Dans cet article, les auteurs ont montré le caractère dangereux des déchets biomédicaux ainsi que les insuffisances dans la gestion desdits déchets (Faye et al., 2006).

Toujours selon les données de notre recherche, d'autres acteurs sociaux de la gestion des déchets biomédicaux trouvent en ces déchets, les opportunités d'affaire en dépit de leur souillure et de leur caractère dangereux. Cette pratique de gestion des déchets biomédicaux confirme la thèse d'Epelboin. Selon cet auteur, les représentations du pur, de l'impur, du souillé, du sale perçues par tout individu ne relèvent pas seulement de théories scientifiques, mais également de pré-supposés non-conscients liés à sa propre histoire et culture. Selon Alain Epelboin, l'hygiène n'est pas un dogme universel et immuable, mais une

représentation variable du sale et du propre, du souillé et du pur, liée aux connaissances et idéologies, aux contraintes mésologiques et économiques spécifiques aux sociétés étudiées (Epelboin, 1998). Certaines civilisations n'imaginent pas pouvoir manipuler les déchets humains (matières fécales), alors que d'autres les utilisent depuis des temps séculaires comme engrais, voire à des fins médicinales. Dans de très nombreuses sociétés, la manipulation des déchets corporels est du domaine exclusif des jeteurs de sort, des envoûteurs et des sorciers (Epelboin, 1998).

Le transport des DBMP par des tricycles sans aucune autre forme de précaution préalable est contraire aux recommandations de l'OMS/PNUE (2005). Quant à l'entreposage, la durée et le mode de stockage des DBMP dans les différents services de production, ceux-ci ne respectent pas les recommandations du PNUE (2005), qui stipulent que la durée maximale de stockage des déchets biomédicaux ne devrait pas excéder 24 heures. Dans ces recommandations, le mode d'entreposage et de transport de ces déchets y est également notifié.

Le tri à la source est un véritable désastre au CNHU ; les DBMP les plus dangereux comme les aiguilles usagées, les poches de sang usagées, les lames de bistouri usagées..., ne sont pas rares dans les sacs des déchets ménagers. Par ailleurs, les incinérateurs sont vétustes et inopérants pour la plupart. La collecte, le transport et le stockage des DBMP se font sans aucun moyen de protection. Le dépotoir des DBMP est à ciel ouvert et accessible au public. Toutes ces anomalies observées lors de notre recherche de terrain sont les mêmes que celles relevées par Ndiaye dans sa recherche sur « la gestion des déchets biomédicaux au Centre hospitalier régional de Ziguinchor ». Lors de cette étude, l'auteur y avait remarqué que l'incinérateur avait cessé de fonctionner depuis 1993. Les problèmes de gestion des DBM avaient été observés à tous les niveaux. Pendant la phase de collecte des déchets, il n'y avait pas d'identification ni de tri. Les poubelles étaient exposées un peu partout. Les manœuvres, à défaut de porter les poubelles sur le dos ou la tête, utilisaient une table roulante. Les déchets

aboutissaient dans une crevasse peu profonde à ciel ouvert où ils étaient périodiquement brûlés. La collecte, le stockage et le transport se faisaient sans aucun moyen de protection (gants, bottes, masques, tabliers, etc.). Les déterminants essentiels de cette mauvaise gestion seraient l'insuffisance de moyens financiers et de formation des agents chargés du nettoyage, l'inconscience du personnel, et l'utilisation de pratiques non standardisées, par manque de programme (Ndiaye, Fall, Diedhiou, 2003).

Certains acteurs estiment que la gestion des DBMP au CNHU est une affaire de Dieu et que c'est seulement Dieu qui veille sur eux et qui peut les sauver ; cette forme de pensée témoigne de l'existence des aspects culturo-religieux dans ce secteur d'activité et conforte les recherches de Kane (2005).

L'absence de formation des acteurs de gestion des DBMP au CNHU de Cotonou est contraire aux recommandations de l'OMS (2005) qui exige une formation de tous les acteurs impliqués dans la gestion de ces dangereux déchets. Dans sa recherche sur « hygiène hospitalière au Bénin : gestion des déchets biomédicaux, un péril sanitaire ignoré », Dossa (2012) avait fait les mêmes constats quant à l'absence de formation des intervenants dans la gestion des déchets biomédicaux. Concernant la législation des déchets et sa diffusion, les textes régissant la gestion rationnelle des déchets de soins existent, mais ne sont pas bien appliqués par les utilisateurs faute de dispositions d'application à savoir les arrêtés d'application du code de l'environnement. Ce même constat a été fait par Ndiaye (2005), qui, en étudiant la gestion des déchets biomédicaux sur le plan juridique à Dakar, a constaté l'existence d'un vide juridique qu'il fallait combler.

D'autres acteurs trouvent en ces déchets une aubaine d'enrichissement. En effet, la commercialisation des DBMP est une pratique utilisée par certains acteurs identifiés lors de notre enquête. Ces résultats sont semblables à ceux des travaux de Müller (2015) sur les déchets municipaux en Afrique de l'Ouest. Cette commercialisation des déchets dangereux constatée au CNHU de Cotonou semble également confirmée par Cissé (2012) dans ses résultats d'études visant à

évaluer les impacts de la décharge de Mbeubeuss à Dakar (Sénégal) sur les ressources environnementales, l'économie locale, la santé et les conditions d'existence des populations riveraines et des récupérateurs de déchets.

Au vu des risques d'infection potentielle des déchets de soins, Billau (2008), a estimé, dans ses travaux que ceux-ci méritaient une attention particulière. Au CNHU de Cotonou, ce risque de contamination semble échapper à l'attention des acteurs en charge de la gestion de ces déchets.

La pratique de gestion des DBMP du CNHU concorde avec les résultats des travaux de Fomba. Les résultats de cette recherche stipulent que la grande majorité des hôpitaux en Afrique n'assurent pas correctement la gestion de leurs déchets (Fomba, 2012). Le tri des déchets dans les poubelles au CNHU prédispose les acteurs de la gestion des déchets et conforte les travaux de recherche de Hoteyi, Adjadji, Faye, (2006), qui ont remarqué que la gestion des déchets dans les établissements de soins au Bénin, expose le personnel soignant à des risques d'infection. La vétusté des incinérateurs du CNHU et leur nombre insuffisant corrobore avec le rapport de l'OMS, UNICEF, (2015). Selon ce rapport, les pays en voie de développement ne disposent pas d'un système adapté pour l'élimination correcte de leurs déchets de soin. Par ailleurs, cette remarque conforte les résultats des travaux de recherche de Diedhiou (2003), sur les déchets biomédicaux à Dakar où l'auteur a remarqué que l'incinérateur était inexistant.

Sommaire, les acteurs ayant bénéficié d'une formation de gestion des DBMP (Médecins, sages-femmes, Infirmiers, techniciens de laboratoires...) tiennent un discours purement scientifique et intellectuel à propos des déchets biomédicaux. Par contre, ceux qui n'ont suivi aucune formation sur la gestion desdits déchets (aides-soignants, les chargés d'incinérations, agents d'entretien, les chargés du ramassage des déchets...) ont une perception tout à fait différente. Il urge donc, pour le CNHU et les autorités politico-administratives et sanitaires, de procéder à une sensibilisation de masse sur les DBMP et à la formation de

tous les acteurs intervenant dans la gestion desdits déchets. Ceci permettrait de contenir les risques de contamination des différents acteurs, du grand public et de l'environnement.

CONCLUSION

Dans ce contexte d'explosion démographique avec son corollaire de nouvelles affections, les services hospitaliers génèrent inexorablement des déchets qui peuvent être dangereux pour la santé et avoir des effets néfastes sur l'environnement. Certains de ces déchets comme les objets tranchants et piquants, les cultures des laboratoires médicaux ou le sang ou tout autre liquide biologique infecté, ont un potentiel d'infection plus élevé que celui de tout autre type de déchets. L'absence des mesures de gestion pour empêcher l'exposition aux déchets de soins médicaux dangereux génère d'importants risques pour le grand public, les patients ainsi que le personnel soignant.

Cette recherche qualitative menée au CNHU de Cotonou sur « les perceptions et les pratiques sociales liées à la gestion des déchets biomédicaux et pharmaceutiques » nous a permis de comprendre que plusieurs acteurs interviennent dans la gestion desdits déchets. Aussi, avons-nous compris que cette gestion mérite une attention particulière de la part des différents acteurs intervenant. Les perceptions, les rôles et les pratiques de gestion des DBMP de la part de ces acteurs témoignent de leur méconnaissance de la dangerosité de ces déchets. Ces perceptions des déchets de la part de ces acteurs sociaux influent sur la gestion de ces déchets. Il convient de noter tout de même que les acteurs intervenant dans la gestion de ces déchets ont différentes perceptions et pratiques liées à leur gestion. Pendant que certains acteurs se soucient des mesures à mettre en place afin d'améliorer la gestion quotidienne des DBMP dans cet hôpital de référence et réduire le risque d'infection et de contamination lié à la manipulation directe desdits déchets, d'autres pensent par contre qu'il s'agit d'une manne financière qui ne devrait jamais tarir et dont la pratique de gestion ne devrait jamais changer.

Au CNHU-HKM de Cotonou, la gestion des DBMP souffre, dans son ensemble, d'un manque de ressources humaines, matérielles et financières. En outre, l'organisation dans la gestion de ces déchets n'y est pas meilleure.

Cette recherche a tenté d'apporter un éclairage sur les perceptions et les pratiques liées à la gestion des DBMP dans cet hôpital de référence du pays. Ces perceptions et pratiques varient selon les enquêtés et les groupes socio-professionnels. Par contre, on assiste parfois à des clivages de perception dans un même groupe d'acteurs. Les usagers du centre et les populations doivent également être davantage sensibilisés sur les dangers que constituent ces déchets sur leur santé et sur l'environnement. Les perceptions qu'ont les acteurs sociaux des DBMP ainsi que leurs pratiques de gestion sont des pesanteurs qui handicapent la bonne gestion de ces déchets.

L'amélioration de cette gestion passe inévitablement par la levée de ces pesanteurs. Cette levée de pesanteurs nécessite une implication des responsables à divers niveaux, une coordination, une collaboration intersectorielle harmonieuse et efficace ainsi que la préparation et la mise en œuvre d'un plan, même simple, de gestion des déchets déterminant les objectifs, les activités, les acteurs et leurs attributions, les ressources nécessaires, ainsi que les mécanismes de suivi-évaluation, de supervision et de contrôle.

Une gestion saine des déchets biomédicaux et pharmaceutiques est une question fondamentale pour contrôler et réduire les infections nosocomiales au sein de cet hôpital de référence et garantir la protection de l'environnement et de tous.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bernier, B. (2007). Risk and Social Work Practice. *Australian Social Work*, 60(4), 395-409. <https://doi.org/10.1080/03124070701671131>
2. Billau, P. (2008). *Estimation des dangers de déchets biomédicaux pour la santé et l'environnement au Bénin en vue de leur gestion* (p. 86). Canada.
3. Billon-Descarpentries, J. (2003). Culture et santé publique, Raymond Masse, R. (1995). *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 31(1), 145-146.
4. Danic, I. (2006). *La notion de représentation pour les sociologues. Premier aperçu* 29. 4.
5. Douglas, M. (1992). Mary DOUGLAS : Risk and Blame. Essays in Cultural Theory, Londres, Routledge, 1992, xii, 323 p., index. *Anthropologie et Sociétés*, 16(3), 142. <https://doi.org/10.7202/015245ar>
6. Douglas, M. (2001). *De la souillure : Essais sur les notions de pollution et de tabou*. Consulté à l'adresse <https://mediatheques.montpellier3m.fr/Default/doc/CAMO/394346/de-la-souillure-essais-sur-les-notions-de-pollution-et-de-tabou>
7. Durkheim, E. (1898). Émile Durkheim (1898), *Sociologie et philosophie* : « Représentations individuelles et représentations collectives ». Consulté 11 septembre 2019, à l'adresse http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/Socio_et_philo/ch1_representations/representations.html
8. Durkheim, E. (1895). Les règles de la méthode sociologique. *Revue Française de Sociologie*, 31(3), 490. <https://doi.org/10.2307/3322292>

9. Epelboin, A. (1998). Culture, environnement et péril fécal : Réflexions anthropologiques. Consulté 2 octobre 2019, à l'adresse <http://www.pathexo.fr/pages/articles/1998/1998-5/PF17.html>
10. Faye, M. M., Adjadji, G. V., & Hoteyi, S. M. I. (2006). *Plan de gestion des déchets biomédicaux* (N° E1479; p. 1-44). Consulté à l'adresse The World Bank website: <http://documents.worldbank.org/curated/en/172711468013850482/Plan-de-gestion-des-dechets-biomedicaux>
11. Fgap, C. (2011). Gestion des déchets biomédicaux à Cotonou : Etat des lieux et stratégies pour une gestion rationnelle. *Journal de La Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*, 13(2), 121-128-128.
12. Fomba, H. (2012, août 10). L'absence de gestion des déchets médicaux pose un sérieux problème de santé (...)—24 Heures au Bénin. Consulté 29 septembre 2019, à l'adresse <https://www.24haubenin.info/?L-absence-de-gestion-des-dechets>
13. Giddens A. (1994). Anthony Giddens, Les conséquences de la modernité, 1994. *Les Annales de la Recherche Urbaine*, 64(1), 136-136.
14. Grawitz, M. (2000). Méthodes des sciences sociales—M. Grawitz—11^{ème} édition—Librairie Eyrolles. Consulté 11 septembre 2019, à l'adresse <https://www.eyrolles.com/Loisirs/Livre/methodes-des-sciences-sociales-9782247041138/>
15. Latour, B. (2007). *Changer de société, refaire de la sociologie*. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/changer-de-societe-refaire-de-la-sociologie--9782707153272.htm>
16. Ndiaye, P., Fall, C., Diedhiou, A., Tal-Dia, A., & Diedhiou, O. (2003). Gestion des déchets biomédicaux (DBM) au Centre hospitalier régional

(CHR) de Ziguinchor. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 13(3), 171-176.

17.OMS. (1999). OMS | Rapport sur la santé dans le monde, 1999 – pour un réel changement. Consulté 11 septembre 2019, à l'adresse WHO website:

<https://www.who.int/whr/1999/fr/>

18.OMS. (2002). OMS | Rapport sur la Santé dans le Monde 2002—Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Consulté 11 septembre 2019, à l'adresse <https://www.who.int/whr/2002/fr/>

19.OMS. (2010). OMS | Rapport sur la santé dans le monde 2010.

<https://doi.org//entity/whr/2010/fr/index.html>

20.OMS. (2011). OMS | Statistiques sanitaires mondiales 2011. Consulté 11 septembre 2019, à l'adresse WHO website:

https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2011/fr/

21.OMS. (2014). OMS | Statistiques sanitaires mondiales 2014. Consulté 11 septembre 2019, à l'adresse WHO website:

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/fr/

22.Pahre, M. D. et R. (1991). *L'Innovation dans les sciences sociales*.

<https://doi.org/10.3917/puf.dogan.1991.01>

23.Taylor, E., & Kane, K. (2005). Reducing the burden of HACCP on SMEs. *Food Control*, 16(10), 833-839.

<https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2004.06.025>

ANNEXES

Outils de collecte de données

Guide d'entretien

I- Identification de l'enquêté

- 1- Nom :
- 2- Prénoms :
- 3- Sexe : M F
- 4- Situation matrimoniale
 Marié Célibataire Veuve
- 5- Nationalité :
- 6- Profession :

II- Agents chargés du ramassage des DBMP du CNHU à la décharge publique

- 7- Que comprenez-vous par DBMP ?
- 8- Quel est votre rôle dans la chaîne de traitement des DBMP ?
- 9- Pourquoi ne portez-vous pas de gants et autres équipement de protection lors de la manipulation des déchets?
- 10- Où emmenez-vous les déchets que vous ramassez au CNHU ?
- 11- Pourquoi triezy-vous sur la route, les déchets que vous venez de ramasser au CNHU?
- 12- Quelle est la composition de ces déchets ?
- 13- En quoi les différents composants de ces déchets peuvent être utiles ?
- 14- À qui ces composants peuvent-ils servir ?
- 15- Pensez-vous que vous risquez quelque chose en fouillant et triant dans ces déchets ?
- 16- Avez-vous été piqués une fois en triant manuellement les déchets ?
- 17- A qui cédez-vous les déchets que vous triezy ?
- 18- Que faites-vous avec le reste des déchets ?

- 19- Pourquoi ce sont les tricycles que vous utilisez pour ramasser les déchets ?
- 20- Quel profit trouvez-vous dans ces déchets ?
- 21- Comment transportez-vous les déchets jusqu'au dépotoir final ou la décharge finale ?
- 22- Traversez-vous la ville avec ces déchets ?
- 23- Quels moyens de transport utilisez-vous pour le transport des déchets ?
- 24- Associez-vous les ordures ménagères et ceux de l'hôpital dans vos tricycles?
- 25- Quelle est la destination finale des déchets que vous ramassez au CNHU ?
- 26- Que pensez-vous de la gestion des déchets du CNHU ?
- 27- Êtes-vous formé pour la gestion des DBMP ?
- 28- Selon vous, pourquoi les déchets sont ainsi gérés ?

III- Agents chargés de l'incinération des DBMP

- 29- Que savez-vous des DBMP ?
- 30- Quel rôle jouez-vous dans le traitement des DBMP ?
- 31- Pourquoi ne portez-vous pas des gants ni des bavettes avant de manipuler les déchets ?
- 32- Pensez-vous être suffisamment protégés ainsi lors de la manipulation des déchets ?
- 33- Connaissez-vous les inconvénients ou danger que peuvent entraîner ces déchets ?
- 34- Arrivez-vous à incinérer la totalité des DBMP ?
- 35- Que faites-vous avec les résidus restants des déchets ?
- 36- Les déchets anatomiques humains sont-ils aussi correctement incinérés ?
- 37- Sinon, que faites-vous avec le reste des résidus de ces déchets anatomiques ?
- 38- Les déchets anatomiques humains sont-ils convoités ?
- 39- Par qui ?

- 40- Qu'en font-ils ?
- 41- Arrivez-vous à vous arranger avec les convoiteurs de ces déchets anatomiques humains?
- 42- Comment vous y prenez-vous ?
- 43- Et les poches de sang périmées ?
- 44- Comment vous prenez-vous y ?
- 45- Quelle est cette mauvaise odeur ici ?
- 46- Comment faites-vous pour pouvoir supporter et travailler dans ces odeurs ?
- 47- Que vous disent les autorités quand elles vous voient dans cet état?
- 48- Êtes-vous former pour la gestion des DBMP ?

IV-Personnel soignant du CNHU

- 49- Qu'appelle-t-on DBMP ?
- 50- Quelles sont les étapes de production et de gestion de ces déchets ?
- 51- Quels sont les risques liés à la mauvaise gestion de ces déchets ?
- 52- Quel rôle jouez-vous dans la chaîne de production, de transport et de traitement des DBMP ?
- 53- Pensez-vous que certains de vos collègues procèdent à des fouilles dans les poubelles ?
- 54- A la recherche de quoi ?
- 55- Pensez-vous qu'il est possible de commercialiser les DBMP ?
- 56- Comment percevez-vous ces DBMP ?
- 57- Qu'appelle-t-on tri à la source ?
- 58- Quelles sont les causes du mauvais tri à la source des DBMP ?
- 59- Comment se fait le tri à la source ?
- 60- Êtes-vous former pour la gestion des DBMP ?
- 61- Si oui, par qui et suivant quelle périodicité ?
- 62- Pourquoi les déchets sont ainsi gérés selon vou ?

V- Agents d'entretien

- 63- Quel rôle jouez-vous dans l'hôpital ?
- 64- Comment vous prenez-vous dans l'entretiens des salles d'hospitalisation ?
- 65- Quelles sont les difficultés liées à votre travail ?
- 66- Que savez-vous des DBMP ?
- 67- Quel rôle jouez-vous dans la production, le transport et le traitement des DBMP ?
- 68- Comment percevez-vous les DBMP ?
- 69- Que faites-vous des déchets une fois qu'ils sont produits ?
- 70- Comment vous prenez-vous avant de travailler sur les déchets ?
- 71- Êtes-vous formé pour la gestion des DBMP ?
- 72- Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre travail ?
- 73- Quel est le circuit de traitement des déchets ?
- 74- Pensez-vous qu'il est possible de commercialiser les DBMP ?
- 75- Si oui, expliquez.
- 76- Connaissez-vous les risques liés à la mauvaise gestion des déchets ?

REPUBLIQUE DU BENIN
 ***** MINISTERE DE LA
 SANTE

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA COTONOU

CELLULE DE CONTROLE DE GESTION ET DES STATISTIQUES

EFFECTIF DU PERSONNEL DU CNHU-HKM AU 31/12/2016

Catégorie socio-professionnelle	Effectif
STATISTICIEN CONTROLEUR DE GESTION	1
ARCHIVISTE	1
EMPLOYE DE BUREAU QUALIFIE	47
EMPLOYE DE BUREAU	86
AGENT D'ENTRETIEN ET DE SERVICE	7
GARDIEN	3
Total 3	155
PERSONNEL DE SOUTIEN	
INFORMATICIEN	2
TECHNICIEN SUPERIEUR EN ELECTRONIQUE	2
COUTURIER	2
ELECTRICIEN	4
FRIGORISTE	2
JARDINIER	2
MACON	1
MECANICIEN	2
PLOMBIER	5
AIDE-OUVRIER	2
Total 4	24
PERSONNEL D'HÔTELERIE	
CONDUCTEUR DE VEHICULE ADMINISTRATIF	5
CUISINIER	4
SERVEUR	26
Total 5	35
Total général	1030

Médecins	111
Infirmiers	330
Sage-femmes	37
Techniciens de Radiologie	15
Techniciens de Laboratoire	72
Autres techniciens (paramédicaux)	22
Aide-soignants	200
Administratifs	155
Personnel de soutien	24
Personnel hôtelier	
Effectif total	

LISTE DES SERVICES DU CNHU-HKM

Les Services Medicaux et Specialites Medicales

- 1 Clinique de Pediatrie et de Genetique Medicale - Neonatologie
- 2 Clinique Universitaire de Medecine Interne
- 3 Clinique Universitaire de Rhumatologie
- 4 Clinique Universitaire de Nephrologie et Hernodialyse
- 5 Clinique Universitaire de Neurologie
- 6 Clinique Universitaire d'endocrinologie et Maladies Metaboliques
- 7 Clinique Universitaire d'Hepato gastro-enterologie
- 8 Service des Maladies du Sang Hematologie -Immunologie
- 9 Unite de Soins d'Enseignement et de Recherche en Cardiologie
- 10 Service de Dermatologie - Venerologie
- 11 Service de Psychiatrie
- 12 Service Medical du Personnel

Les Services Chirurgicaux et Specialites Chirurgicales

- 13 Clinique Universitaire de Chirurgie Pediatrique
- Atelier d'Appareillage Orthopedique
- 14 Clinique Universitaire de Chirurgie Traumatologique d'Orthopedie
- 15 Service de Reeducation Fonctionnelle
- 16 Clinique Universitaire de Chirurgie Viscerale "A"
- 17 Clinique Universitaire de Chirurgie Viscerale "B"
- 18 Clinique Universitaire d'Urologie
- 19 Clinique Universitaire d'Ophtalmologie
- 20 Clinique Universitaire d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale
- 21 Service Polyvalent d'Anesthesie - Reanimation
- 22 Clinique Universitaire de Gynecologie-Obstetrique
- 23 Service Medical d'Accueil des Urgences
- 24 Service de Stomatologie

Service Chirurgical Commun

- 25 Consultations Chirurgicales et Pansements Externes
Bloc Operatoire Central- Sterilisation Centrale

Les Services Medico -Techniques

- 26 Laboratoire de Biochimie
- 27 Laboratoire d'Hematologie
- 28 Laboratoire de Microbiologie
- 29 Banque de Sang
- 30 Service d'imagerie Medicate
- 31 Service d'Hygiene Hospitaliere
- 32 Service Hospitalo-Universitaire de Pharmacie
- 33 Service Social Hospitalier

R1::PUBLIQUE DU BENIN

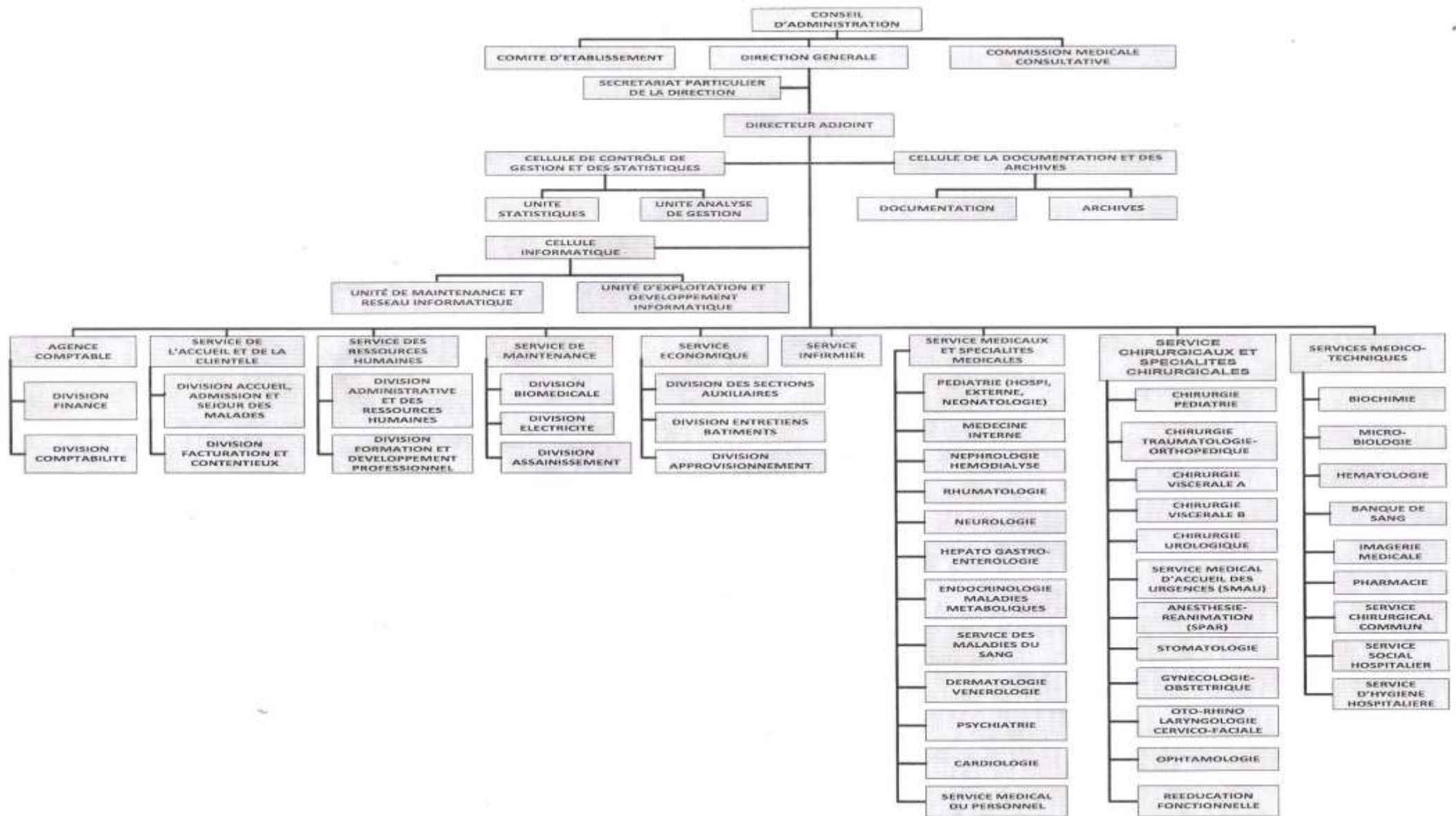
MINISTERE DE LA SANTE

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA COTONOU

CELLULE DE CONTROLE DE GEST10N ET DES STATISTIQUES

EFFECTIF DU PERSONNEL DU CNHU-HKM AU 31/12/2013

Categorie socio-professionnelle	EFFECTIF
PERSONNEL MEDICAL	
PROFESSEUR TITULAIRE	11
PROFESSEUR AGREGÉ	31
MAITRE ASSISTANT	13
PROFESSEUR ASSISTANT	14
CHIRURGIEN	10
CHIRURGIEN DENTISTE	4
MEDECIN SPECIALISTE	14
MEDECIN DIPLOME D'ETAT	12
PHARMACIEN	2
Total1	111
PERSONNEL PARAMEDICAL	
INSPECTEUR D'ACTION SANITAIRE INFIRMIER DIPLOME D'ETAT	9
CONTROLEUR D'ACTION SANITAIRE INFIRMIER DIPLOME D'ETAT	8
INFIRMIER DIPLOME D'ETAT TECHNICIEN SUP.	36
INFIRMIER DIPLOME D'ETAT ANESTHESISTE	15
INFIRMIER DE SANTE	33
INFIRMIER D'ETAT	2
INFIRMIER DIPLOME D'ETAT	227
CONTROLEUR D'ACTION SANITAIRE SAGE FEMME DIPLOME D'ETAT	2
SAGE FEMME DIPLOME D'ETAT PUERICULTRICE	1
SAGE FEMME DIPLOME D'ETAT	34
INSPECTEUR D'ACTION SANITAIRE TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE	3
TECHNICIEN DE RADIOLOGIE	4
TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE	2
INGENIEUR DES TRAVAUX EN IMAGERIE MEDICALE	6
INSPECTEUR D'ACTION SANITAIRE TECHNICIEN SUPERIEUR DE LABORATOIRE	1
TECHNICIEN DE LABORATOIRE NIVEAU B	35
TECHNICIEN DE LABORATOIRE NIVEAU C	1
TECHNICIEN SUPERIEUR DE LABORATOIRE	10
INGENIEUR DES TRAVAUX EN ANALYSE BIO-MEDICALE	25
MASSEURS KINESITHERAPEUTE	14
INSPECTEUR D'ACTION SANITAIRE MASSEURS KINESITHERAPEUTE	2
AIDE SOIGNANT	200
ASSISTANT DENTAIRE	2
ASSISTANT SOCIAL	3
TECHNICIEN SUPERIEUR DE L'ACTION SOCIALE	1
Total2	676
PERSONNEL ADMINISTRATIF	
ADMINISTRATEUR DES SERVICES DE SANTE	2
ADMINISTRATEUR CIVIL	1
ADMINISTRATEUR DES HOPITAUX	4
ATTACHE D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE	3



ORGANIGRAMME DU CNHU-HKM DE COTONOU

Quelques indicateurs d'act 2016 IHU HKM
Année 2013

Service	Nombre de lits	Nombre d'hospitalisés	Journées d'hospitalisation	DMS	TO	CR
Pédiatrie	81	3 410	19 195	5,6	64,9	42
Médecine Interne	18	470	4 432	9,4	67,5	26
Néphrologie	18	495	6 853	13,8	104,3	28
Rhumatologie	14	163	1 369	8,4	26,8	12
Gasrto-Entérologie	18	19	203	10,7	3,1	1
Endocrinologie	14	188	3 084	16,4	60,4	13
Neurologie	14	296	3 823	12,9	74,8	21
Maladies du Sang	15	375	3 273	8,7	59,8	25
Chirurgie Ped	42	637	10 584	16,6	69,0	15
Chirurgie Traumatologie	63	620	15 597	25,2	67,8	10
Chirurgie Viscérale A	22	427	3 979	9,3	49,6	19
Chirurgie Viscérale B	18	367	3 926	10,7	59,8	20
Chirurgie Urologie	40	270	6 271	23,2	43,0	7
SPAR	18	821	3 494	4,3	53,2	46
Gynéco-obstétrique	80	5 147	22 007	4,3	75,8	65
Néonatalogie	49	3 154	15 705	5,0	87,8	64
ORL	23	357	4 621	12,9	55,0	16
Ophtalmologie	16	12	50	4,2	0,9	1
Cardiologie	20	420	3 735	8,9	51,2	21
Psychiatrie	12	142	1 860	13,1	42,5	12
SMAU	43	5 689	26 197	4,6	166,9	132
Total	638	23 479	160 258	6,8	68,9	36,83

Source: CNHU-HKM

REPUBLIQUE DU BENIN
(Fraternité, Justice, Travail)

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE
MINISTERE DE LA SANTE

POLITIQUE NATIONALE D'HYGIENE HOSPITALIERE

ANNEE 2006

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

Décret N°2006-087 du 08 mars 2006
Portant approbation du document
de politique nationale d'hygiène
hospitalière en République du Bénin

**Le Président de la République,
Chef de l'Etat,
Chef du Gouvernement,**

- Vu** la Loi n° 90 -032 du 11 Décembre 1990 portant Constitution de la République du BENIN ;
- Vu** la Loi n° 87-015 du 21 Septembre 1987 portant Code d'Hygiène Publique ;
- Vu** la Loi n° 87-016 du 21 Septembre 1987 portant Code de l'Eau ;
- Vu** la Loi n° 99 -030 du 12 février 1999 portant loi - Cadre sur l'Environnement ;
- Vu** la Proclamation le 03 avril 2001 par la cour constitutionnelle des résultats définitifs de l'élection présidentielle du 22 mars 2001;
- Vu** le Décret n° 2006-031 du 27 janvier 2006 portant Composition du Gouvernement ;
- Vu** le Décret n° 2005-191 du 14 Avril 2005 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique ;
- Vu** le Décret n° 2005-110 du 11 Mars 2005 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère des Finances et de l'Economie;
- Vu** le Décret n° 2005-26 du 28 Janvier 2005 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme ;
- Vu** le Décret n° 2004-275 du 02 Mai 2004 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle;
- Vu** le Décret n° 2004-394 du 13 Juillet 2004 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité et de la Décentralisation;
- Vu** le Décret n° 2004-449 du 12 Août 2004 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique.
- Vu** le Décret n° 2005-085 du 03 mars 2005 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère Chargé de la Planification et du Développement ;
- Vu** le Décret n° 96 -115 du 02 avril 1996 portant création de la police Environnementale ;
- Vu** le Décret n° 97-624 du 31 Décembre 1997 portant Structure, composition et fonctionnement de la Police Sanitaire ;
- Sur** proposition du Ministre de la Santé Publique ;
- Le** Conseil des Ministres, entendu, en sa séance du 15 Février 2006

DECRETE :

Article 1er : Est approuvé, le document de Politique Nationale d'Hygiène Hospitalière tel qu'il est annexé à ce Décret.

Article 2 : Le Ministre d'Etat chargé de la Planification et du Développement, le Ministre de la Santé Publique, le Ministre des Finances et de l'Economie, le Ministre de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme, le Ministre de l'Intérieur, de la Sécurité et de la Décentralisation, le Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique et le Ministre de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent décret qui sera publié au journal Officiel.

Fait à Cotonou, le 08 Mars 2006

Par Le Président de la République
Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement,



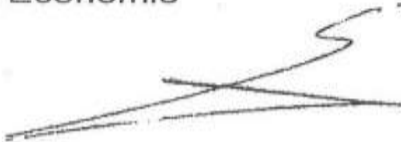
Mathieu KEREKOU

Ministre d'Etat chargé de la
Planification et du
Développement



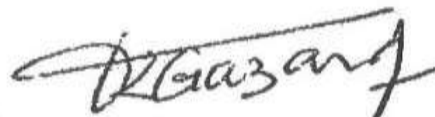
Zul Kif SALAMI

Ministre des Finances et de
l'Economie



Cosme SEHLIN

Ministre de la Santé Publique



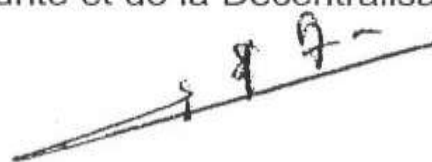
Dorothée Akoko KINDE GAZARD

Ministre de l'Environnement, de
l'Habitat et de l'Urbanisme



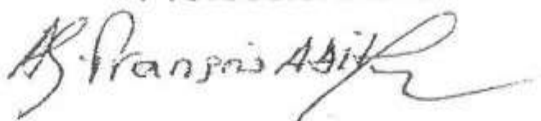
Jules Codjo ASSOGBA

Ministre de l'Intérieur, de la
Sécurité et de la Décentralisation,



Seidou MAMA SIKA

Le Ministre de l'Enseignement
Technique et de la Formation
Professionnelle



Alain F. ADIHOU

Le Ministre de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



Osséni Kémoko BAGNAN

AMPLIATIONS : PR 6 AN 4 CC 2 CS 2 HACC 2 CES 2 MECPD 4 MFE 4 MSP
MEHU 4 MISD 4 METFP 4 AUTRES MINISTERES 14 DGBM-DCF-DGTCP-
DGID-DGDDI 5 BN-DAN-DLC 3 GCONB-DCCT-INSAE 3 BCP-CSN - IGAA 3
UAC-ENAM-FADESP 3 UNIPAR - FDSP 02 JO 1.

PLAN

- Préface
- Préambule
- 1- Etat des lieux en hygiène hospitalière**
 - 1.1- Fréquence des infections nosocomiales
 - 1.2 - Formation en hygiène hospitalière
 - 1.3 - Gestion des déchets dans les établissements sanitaires
 - 1.4 - Barrières en matière d'hygiène hospitalière
 - 1.5 - Infrastructure et Equipements
 - 1.6 - Structures de promotion de l'hygiène hospitalière
- 2- Orientations stratégiques**
 - 2.1 - Cadre référentiel
 - 2.2 - Vision
 - 2.3 - Objectifs
 - 2.4 - Principes directeurs
 - 2.5 - Stratégies
- 3- Mécanisme de suivi-évaluation**
 - 3.1 - Cadre institutionnel
 - 3.2 - Cadre technique
 - 3.3 - Evaluation
- Conclusion**

REPUBLIQUE DU BENIN

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION D'HYGIENE
ET DE L'ASSAINISSEMENT DE BASE

DECRET N° 2002-484

DU 15 NOVEMBRE 2002

Portant gestion rationnelle des déchets
biomédicaux en République du Bénin

---;10 C8~---

REPUBLIQUE DU BENIN

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

Décret N° 2002-484 du 15 Novembre 2002

Portant Gestion Rationnelle des Déchets Biomédicaux en République du Bénin

Le Président de la République,

Chef de l'Etat,

Chef du Gouvernement,

- Vu La loi n°90-032 du 11 Décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin ;
- Vu La Proclamation le 3 avril 2001 par la cour constitutionnelle des résultats définitifs de l'élection présidentielle du 22 mars 2001 ;
- Vu La loi n°87-015 du 21 Septembre 1987 portant Code de l'Hygiène Publique ;
- Vu Loi n° 87-016 du 21 Septembre 1987 portant Code de l'Eau ;
- Vu Loi N° 90-030 du 12 février 1999 portant loi Cadre sur l'Environnement ;
- Vu le Décret N° 2002-082 du 20 Février 2002 portant modification des dispositions de l'article 1^{er} du décret n° 2001-170 du 07 Mai 2001 portant composition du Gouvernement ;
- Vu le Décret n° 2001-422 du 17 Octobre 2001 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique ;
- Vu le Décret n° 97-194 du 24 Avril 1997 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de l'Environnement de l'Habitat et de l'Urbanisme
- Vu le Décret n°96-115 du 02 Avril 1996 portant création de la Police Environnement ;
- Vu le Décret n° 97 -624 du 31 Décembre 97 portant structure, composition et fonctionnement de la Police Sanitaire ;
- Sur proposition conjointe du Ministre de la Santé Publique et du Ministre de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme,

Le Conseil des Ministres, entendu, en sa séance du 23 octobre 2002.

TITRE PREMIER

DES DISPOSITION GENERALES

CHAPITRE PREMIER : DE LA DEFINITION

Article 1^{er} : On entend par :

1. Déchet : tout résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, ou tout bien meuble abandonné ou destiné à l'abandon.
2. Déchet biomédical : Tout déchet d'origine biologique ou non résultant des activités médicales ou paramédicales.
3. Déchet biomédical infectieux : Tout déchet biomédical d'origine biologique contenant un agent infectieux, pathogène pour l'homme, ainsi que tout déchet d'origine non biologique contaminé par un tel agent.

Article 2 : Les déchets biomédicaux infectieux sont produits par :

- Les hôpitaux ;
- Les centres de santé ;
- Les cabinets de soins médicaux
- Les cabinets de soins infirmiers ;
- Les cliniques médicales ;
- Les cabinets de dentistes et cliniques dentaires ;
- Les laboratoires de recherches et d'analyses biomédicales ;
- Les banques de sang ;
- Les infirmeries ;
- Les unités villageoises de santé ;
- Les morgues et salons funéraires ;
- Tout autre établissement pouvant générer des déchets biomédicaux.

CHAPITRE II : DE LA CLASSIFICATION DES DECHETS BIOMEDICAUX

Article 3 : les déchets biomédicaux ainsi définis sont classés comme suit :

- Les déchets anatomiques humains ;
- Les déchets non anatomiques infectieux ;

Tables des matières

SOMMAIRE	2
DEDICACE	3
REMERCIEMENTS	4
SIGLES ET ACRONYMES	5
Liste des tableaux.....	7
Liste des planches	7
Résumé	8
Abstract	8
INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.....	11
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE.....	12
1.1. Problématique	12
1.1.1 Problème	12
1.1.2. Hypothèses de recherche.....	14
1.1.2.1. Hypothèse générale	14
1.1.2.2. Hypothèses spécifiques	14
1.1.3. Objectifs de la recherche.....	14
1.1.3.1. Objectif général.....	14
1.1.3.2. Objectifs spécifiques	15
1.1.4. Cadre conceptuel de la recherche.....	15
1. 2. Justification du choix du sujet.....	17
1.3. Clarification des concepts	18
1.4. Délimitation thématique et modèle d'analyse.....	22
1.5. Revue de la littérature	23
1.5.1. Sociologie du risque des DBMP	23
1.5.2. Catégorisation des déchets biomédicaux et pharmaceutiques	26

CHAPITRE II : CADRE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE	29
2.1. Délimitation du champ d’investigation : le CNHU/HKM.....	29
2-1-1. Historique du CNHU/HKM	32
2-1-2. Missions du CNHU	33
2.1.3. Les services du CNHU.....	34
2.1.4. Fonctionnement du CNHU	34
2.2. Démarche méthodologique	36
2.2.1. Sources d’information.....	36
2.2.1.1. Sources documentaires.....	36
2.2.1.2. Sources orales.....	38
2.2.2. Nature de la recherche et populations cibles.....	40
2.2.2.1. Nature de la recherche.....	40
2.2.2.2. Populations cibles.....	41
2.2.3. Technique d’échantillonnage	41
2.2.4. Taille et composition de l’échantillon.....	42
2.2.5. Techniques de collecte des données.....	43
2.2.6. Technique de traitement et d’analyse des données	44
2.2.8. Difficultés rencontrées	45
2.2.9. Considérations éthiques et déontologiques.....	46
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS .	47
CHAPITRE III : GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES AU CNHU : ACTEURS, ROLES ET CIRCULARITE DES DECHETS	48
3.1. Acteurs et rôles perçus en matière de gestion des DBMP	48
3.1.1. Les acteurs institutionnels.....	48
3.1.2. Les garde-malades	52

3.1.3. Les agents chargés de l'enlèvement et du transport des déchets du CNHU aux dépotoirs publics	52
3.2. Circularité des DBMP du CNHU/HKM	53
3.2.1. Circularité des DBMP à l'intérieur du CNHU	53
3.2.2. Circuit des déchets à l'extérieur du CNHU	57
CHAPITRE IV : LOGIQUES DES ACTEURS ET PRATIQUES SOCIALES LIEES A LA GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES AU CNHU/HKM.....	61
4.1. Logique des acteurs sociaux impliqués dans la gestion des DBMP au CNHU/HKM.....	61
4.1.1. Les DBMP sont de véritables dangers publics	61
4.1.2. La gestion des DBMP, une affaire de Dieu	63
4.1.3. Les DBMP, un complément important de salaire.....	64
4.2. Pratiques sociales liées à la gestion des DBMP au CNHU/HKM	65
4.2.1. La gestion des DBMP, une des causes de l'essoufflement financier du.....	65
CNHU	65
4.2.2. Le tri à la source, un désastre aux inconvénients multiples.....	65
4.2.3. Les DBMP, une denrée commercialisable.....	69
4.2.4. Pratique de gestion des DBMP : l'alcoolisme et l'occultisme.....	71
Discussion	73
CONCLUSION	78
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	80
ANNEXES	83
Tables des matières	99