

MEMOIRE DE MASTER RECHERCHE EN SCIENCES DE GESTION

Master 2 en Sciences de Gestion
Spécialité : Prospective, Innovation, Stratégie, Organisation

Année Académique : 2010-2011

THEME

***COMPORTEMENTS DES ORGANISATIONS FACE A LA
REGLE : CAS DE LA GESTION DES DECHETS
BIOMEDICAUX A COTONOU DANS LE CADRE DU
DECRET INTERMINISTERIEL N°2002-484 DU 15
NOVEMBRE 2002***

Réalisé par :

Emile M. ADANKANHOUNDE

Direction :

Yvon PESQUEUX

Avec l'implication de Jean-Jacques
PERSEIL et Yoann BAZIN

**LES OPINIONS EMISES DANS LE PRESENT
MEMOIRE DOIVENT ETRE CONSIDEREES
COMME ETANT PROPRES A SON AUTEUR**

DEDICACE

Je dédie ce mémoire

**A tous ceux qui sont intéressés de comprendre les motivations
des comportements des individus et des organisations.**

REMERCIEMENTS

Je voudrais au terme de cette formation, adresser mes remerciements au Professeur Yvon PESQUEUX pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire. Sa disponibilité a été totale et je tiens à lui dire sincèrement merci.

Je remercie également tous les enseignants et chercheurs de CNAM qui ont cru à ce projet de formation et qui ont accepté une ou plusieurs fois le déplacement de Cotonou notamment le Professeur PESQUEUX, les enseignants Jean-Jacques PERSEIL, Yoann BAZIN, Philippe DURANCE, Faouzi BENSEBAA, et Karim MEDJAD. Je voudrais par ailleurs exprimer ma gratitude et mes sincères reconnaissances à Monsieur Christian DABLAKA, Directeur de l'Institut Supérieur des Organisations (ISOR) de Cotonou, pour son sens d'organisation et de persévérance. Mes remerciements vont également à Monsieur Urbain T. LONTCHEDJI, Chef du Service Suivi-Evaluation de DCAM Bethesda et son assistant Raoul AKINDES pour leur appui technique sans condition et sans faille.

Je m'en voudrais de n'avoir pas remercié le directeur de DCAM Bethesda, Dr Victor GBEDO et les responsables des formations sanitaires qui travaillent inlassablement pour une meilleure gestion des déchets biomédicaux au Bénin.

Enfin, je remercie sincèrement mon épouse Solange KPAKPO et mes enfants Marie-Princelle et Sem Emmanuel pour leur sens de durs sacrifices et leur soutien indéfectible.

SIGLES ET ACRONYMES

SIGLES	: DEFINITIONS
AMCES	: Association des Œuvres Médicales privées Confessionnelles et Sociales
BENEAU	: Benin Eau
CAFIP	: Centre Agro pastoral de Formation et d'Insertion Professionnelle
CDIP	: Centre de Documentation d'Information et de Publication
CEPE	: Certificat d'Etudes Primaires Elémentaires
CETG	: Collège d'Enseignement Technique et Général
CNHU	: Centre National Hospitalier Universitaire
COGEC	: Comité de Gestion de la Commune
CSA	: Comité de Sante de l'Arrondissement
CSCOM	: Comité de Santé de la Commune
DBM	: Déchets BioMédicaux
DCAM	: Développement Communautaire et Assainissement du Milieu
DHAB	: Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
FS	: Formation Sanitaire
HOMEL	: Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune
ISSUE	: Integrated Support for a Sustainable Urban Environment
ISOR	: Institut Supérieur des Organisations
KEN	: Knowledge Node
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PAGED	: Projet d'Appui à la Gestion des Déchets et à la Décentralisation
PE	: Police Environnementale
PEBCo	: Programme d'Epargne à Base Communautaire
PGDU	: Projet de Gestion des Déchets Urbains

PHABEP	: Projet d'Hygiène Assainissement de Base et Eau Potable
PS	: Police Sanitaire
ROBS	: Réseau des ONG Béninoises pour la Santé
SAGAP	: Service Administratif chargé de la Gestion Administrative du Personnel
SPSE	: Service de la Planification et du Suivi-Evaluation
SRMF	: Service des Ressources Matérielles et Financières
UVS	: Unité Villageoise de Santé

LISTE DES TABLEAUX

	TITRES	PAGE
<i>Tableau 1</i>	: Synthèse panoramique sur l'échantillonnage	15
<i>Tableau 2</i>	: Production journalière des DBM	40
<i>Tableau 3</i>	: Evolution des abonnements des formations sanitaires	57
<i>Tableau 4</i>	: Pourcentage des formations sanitaires par modèle organisé	58
<i>Tableau 5</i>	: Comportements de respect ou de non respect des dispositions du décret par les formations sanitaires	58
<i>Tableau 6</i>	: Comportements des formations sanitaires disposant d'un incinérateur	58
<i>Tableau 7</i>	: Comportements des formations sanitaires ayant signé des contrats avec un hôpital de zone	59
<i>Tableau 8</i>	: Comportements des formations sanitaires ayant signé des contrats avec DCAM	59
<i>Tableau 9</i>	: Vue panoramique des comportements et les causes et facteurs les favorisant	60
<i>Tableau 10</i>	: Perception des formations sanitaires sur les dispositions du décret	62

LISTE DES GRAPHISMES

	TITRES	PAGES
<i>Figure 1</i>	: Carte de la ville de Cotonou	..... 36
<i>Figure 2</i>	: Champ organisationnel des déchets biomédicaux	..... 42
Schéma 1	: Courbe de la transgression en fonction de la sanction	..... 29
Schéma 2	: Courbe de l'évolution des abonnements des formations sanitaires	..... 57
Illustration 1	: Modèle basé sur l'auto gestion	..... 45
Illustration 2	: Modèle basé sur le système polaire	..... 47
Illustration 3	: Modèle basé sur le système d'abonnement à un centre de traitement des déchets	..... 54

LISTE DES PHOTOS

	TITRES	PAGES
Photo 1	: Etat délabré d'un incinérateur	..... 45
Photo 2	: Entreposage non indiqué des déchets biomédicaux	..... 46
Photo 3	: Brûlage des déchets biomédicaux à l'air libre	..... 47
Photo 4	: Véhicule de transport en commun déchargeant des déchets biomédicaux	..... 48
Photo 5	: Brûlage des déchets biomédicaux dans des tonneaux usagés	..... 48
Photo 6	: Présence des déchets biomédicaux sur les dépotoirs des ordures ménagères	..... 53
Photo 7	: Tricycle transportant les déchets des formations sanitaires vers les incinérateurs	..... 55
Photo 8	: Schéma technique de la gestion des déchets biomédicaux	..... 56
Photo 9	: Poubelles étiquetées	..... 56
Photo 10	: Poubelles entreposées dans des enclos	..... 56

RESUME

La gestion des déchets biomédicaux, une des composantes du secteur de l'environnement et de l'assainissement, revêt une importance capitale dans le monde entier en général et au Bénin en particulier. Elle mobilise plusieurs acteurs qui, œuvrant dans un champ organisationnel, ont une variété d'intérêts, d'objectifs, de passions et de traditions.

Dans cette perspective, il a été nécessaire, pour conserver une certaine cohésion, stabilité ou identité malgré les divergences d'intérêts entre les organisations qui composent le champ des déchets biomédicaux, de mettre en place des règles qui régulent l'activité : le décret interministériel N°2002-484 du 15 Novembre 2002 portant gestion rationnelle des DBM.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons répondu à la question de savoir comment les différentes organisations dudit champ se comportent face à cette règle et quels sont les causes et facteurs expliquant ces comportements.

Pour conduire cette recherche, nous nous sommes inscrits dans une perspective interprétativiste pour tenter d'apporter des réponses à notre questionnement. Notre approche a été purement qualitative et basée sur les théories néo institutionnelle, de la régulation sociale et de la transgression.

Les résultats auxquels nous sommes parvenus sont de deux ordres : d'une part des organisations ont des comportements de transgression et d'autre part certaines se conforment à la réglementation. Pour celles qui transgressent, ce comportement est dû (i) à la non acceptation de la règle, (ii) au faible niveau de coercition, (iii) à la méconnaissance des dispositions de la règle et (iv) à la non pertinence de certaines dispositions.

Par contre, le comportement de conformisme de certaines organisations est dû à leur appartenance sectorielle.

Mots clés : Déchets biomédicaux ; Règle ; Institution ; Organisation ; Transgression ; Isomorphisme.

ABSTRACT

The biomedical waste management (BMW), a component of the environmental and sanitation sector, is critical throughout the world in general and Benin in particular. It involves several actors which, working in an organizational field, have a variety of interests, goals, passions and traditions. In this context, it was necessary, to maintain certain cohesion, stability and identity despite the divergence of interests between organizations that make up the field of biomedical waste, to set up rules that regulate the activity: the inter-ministerial decree N° **2002-484 of November 15, 2002** for rational management of BWM.

As part of this research, we have answered the question about how different organizations behave in the face to this rule and what are the causes and factors behind those behaviors. To conduct this research, we registered an interpretivist perspective in attempt to provide answers to our questions. Our approach has been purely qualitative and based on the new institutional, regulation and transgression theories.

The results we have achieved are twofold: first, some of the organizations have transgression behaviors and certain comply with the regulation. For those which contravene, this behavior is due to (i) the non-acceptance of the rule, (ii) the low level of coercion, (iii) the disregard of the provisions of the rule and (iv) the irrelevance of some provisions. On the other hand, conformist behavior of some organizations is due to sectorial affiliation.

Keywords: Biomedical Waste; Rule, Institution, Organization; Transgression; isomorphism

SOMMAIRE

DEDICACE	ii
SIGLES ET ACRONYMES	iv
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES GRAPHISMES	vi
LISTE DES PHOTOS	vi
RESUME	vii
ABSTRACT	viii
SOMMAIRE	ix
INTRODUCTION	1
II-CADRE DE RECHERCHE	4
2.1-CONSTATS	4
2.2-PROBLEMATIQUE	5
2.3- PROPOSITIONS ET OBJECTIFS.....	8
2.3.1- Propositions	8
2.3.2- Objectifs de l'étude	9
2.4- EPISTEMOLOGIE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	9
2.4.1- Posture épistémologique : définition et choix	9
2.4.2- METHODOLOGIE DE RECHERCHE	11
III- ETAT DE L'ART	19
3.1- CADRE CONCEPTUEL	19
3.1.1- DEFINITION DES TERMES CLES	19
3.2- CADRE THEORIQUE	22
3.2.1- LA THEORIE NEO INSTITUTIONNELLE	23
3.2.2- LA THEORIE DE REGULATION	27
IV- PRESENTATION DES RESULTATS	36
4.1-RESULTATS PRELIMINAIRES : Organisation du Système de gestion des déchets biomédicaux dans la ville de Cotonou	36

4.1.1- Présentation sommaire de la ville de Cotonou	36
4.1.2- Cadre législatif et institutionnel de la gestion de déchets bio médicaux.....	42
4.2- RESULTAS PAR PROPOSITION.....	44
4.2.1-PRESENTATION DES RESULTATS LIES A LA PROPOSITION 1	44
4.2.3-PRESENTATION DES RESULTATS LIES A LA PROPOSITION 3	53
V. DISCUSSIONS ET ANALYSE DES RESULTATS	63
5.1- LES MECANISMES DE CREATION ET DE MAINTIEN DE LA REGLE COMME FACTEURS DE LA TRANSGRESSION.....	63
5.1.1- Le processus de création et les différentes dispositions du décret.....	63
5.1.2 - La non pertinence des dispositions de la règle	63
5.1.3- L'absence du contrôle institutionnel et la faible volonté des formations sanitaires	64
5.1.4- L'obsolescence de la règle.....	66
5.1.6- Le manque de qualification des agents chargés de la gestion des DBM.....	66
5.2-ISOMORPHISME ET MISE EN ŒUVRE DE LA REGLE	67
5.2.1- La loi : facteur favorisant l'adoption.....	67
5.2.2 Le mimétisme comme mécanisme explicatif de l'adoption	67
VI. - CONCLUSION SUR LA RECHERCHE.....	70
6.1. - CONCLUSION GENERALE	70
6.2.- APPORT ET ENSEIGNEMENT.....	70
6.2.1.- processus de création et de diffusion du décret.....	70
6.2.2.- Modalités inductrices d'isomorphisme	71
6.3. - LIMITES ET PERSPECTIVES	71
6.3.1- Limites liées aux analyses des enquêtes	71
6.3.2- Limites liées aux théories.....	72
6.4- PERSPECTIVES.....	72
BIBLIOGRAPHIE.....	73
ANNEXES	75
TABLE DES MATIERES.....	76

INTRODUCTION

Le thème « *Comportements des organisations face à la règle : Cas de la gestion des déchets biomédicaux à Cotonou dans le cadre du décret interministériel N°2002-484 Du 15 Novembre 2002* » est un thème choisi au terme des activités de la deuxième promotion de la formation en Master2 en sciences de gestion, organisée par le Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) de Paris en partenariat avec l'Institut Supérieur des Organisations (ISOR) du Bénin.

Le thème est axé sur les comportements des organisations face à la règle qui, en tant que principe structurant est indispensable à la vie des organisations. Loin d'être une monade isolée du reste du monde, l'organisation est en perpétuelle interaction avec son environnement et ne peut faire abstraction des régulations extérieures notamment celles d'origine étatique. Dans cette optique, l'environnement des organisations est un espace régi par des règles, des codes de bonne conduite, des normes professionnelles. Plusieurs lois, règlements, conventions, décrets, arrêtés et autres textes sont créés pour organiser les actions collectives.

Malheureusement, il a été constaté que malgré tous les efforts et les mécanismes mis en place pour assurer le maintien d'une règle dans un champ organisationnel, les acteurs, pour des raisons diverses développent des comportements tantôt isomorphiques tantôt de transgression dans le cadre de la mise en œuvre de ladite règle. Le secteur de la gestion des déchets biomédicaux n'échappe pas à cette situation. En effet, 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.

Au Bénin, plusieurs séminaires et rencontres ont été organisés pour réfléchir sur les questions de protection de l'environnement en général et sur la gestion des déchets biomédicaux en particulier. Après le vote de la loi N° 87-015 du 21 septembre 1987 portant code de l'hygiène publique qui définit, entre autre, le cadre général de la gestion des déchets, la situation ne s'était pas pour autant améliorée. Ainsi, suite à plusieurs évaluations des modes de gestion des déchets biomédicaux, le décret N° 2002-484 du 15 novembre 2002 portant gestion rationnelle des desdits déchets a été pris. Ce décret comporte exclusivement des dispositions relatives à la

gestion des déchets produits par les formations sanitaires. Ces formations, après la prise du décret, adoptent selon leurs intérêts, certains comportements que nous avons voulu comprendre dans le cadre de nos recherches.

Les travaux ont été encadrés par d'éminents professeurs du CNAM de Paris et sous la direction du Professeur titulaire de la Chaire Yvon PESQUEUX. Plusieurs sessions d'encadrement ont été organisées à l'ISOR à Cotonou, durant les missions académiques des professeurs du CNAM courant la période de Décembre 2010 à Mai 2011. Le thème a été étudié sous les paradigmes théoriques du néo institutionnalisme , de la régulation sociale et de la transgression. Ce corpus théorique nous servira d'instruments d'analyse des résultats obtenus sur le terrain, lesquels sont relatifs aux facteurs et causes des comportements de mise en œuvre ou de non respect de la règle.

Le présent document de mémoire a été libellé en six (06) grands chapitres que sont :

- Motivations ;
- Cadre de la recherche ;
- Etat de l'art ;
- Présentation des résultats des travaux ;
- Discussions et Analyses ;
- Conclusion

I-MOTIVATIONS

Notre formation académique de base « Auditeur et Contrôleur de gestion », nous pousse souvent à nous intéresser à tout ce qui s'apparente à l'écart à la règle, au non respect des procédures et conventions. Nous avons aussi l'ambition de comprendre les raisons qui peuvent justifier la mise en œuvre des dispositions qui sont contenues dans un contrat.

Depuis cinq (05) ans, nous travaillons à travers une organisation de développement communautaire nommée DCAM-Bethesda, laquelle œuvre depuis 1999 à assurer un cadre de vie sain aux populations à travers une bonne gestion des déchets biomédicaux. Depuis ce temps, malgré les lois, décrets et arrêtés pris par les pouvoirs législatif et exécutif, la situation demeure déplorable.

Nous sommes par ailleurs intéressés de comprendre, dans le but d'éclairer l'opinion nationale et internationale en général, la manière dont les formations sanitaires ont réagi face à cette règle et quels sont les fondements qui motivent ces réactions. La collecte des données a duré quatre (04) mois et a couvert la période de Mai à Août 2011, et organisée en plusieurs missions d'immersion dans le cadre empirique. Cinquante huit (58) entretiens ont été réalisés dans le but de conduire une recherche sur le thème, avec des outils de recherche de données qualitatives pour la plupart. Des techniques d'entretien, de triangulations ont été utilisées et les données recueillies ont donné lieu à des interprétations à partir de tableaux, graphes, illustrations, photos, en vue de comprendre les comportements adoptés par les différentes organisations sanitaires face à la mise en place de la règle.

Ces motivations nous amènent à porter les travaux de recherche sur le thème :

« COMPORTEMENTS DES ORGANISATIONS FACE A LA REGLE : CAS DE LA GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX A COTONOU DANS LE CADRE DU DECRET INTERMINISTERIEL N° 2002-484 DU 15 NOVEMBRE 2002 ».

Pour bien cerner le thème, le champ de l'étude a été réduit aux formations sanitaires d'une (01) commune, celle de Cotonou dans le Sud de la République du Bénin, Département du Littoral.

Une grille de recherche documentaire, des guides d'entretien, une grille d'observations, ont aidé à collecter conséquemment les données empiriques et à en faire des interprétations.

II-CADRE DE RECHERCHE

2.1-CONSTATS

Les soins de santé représentent une activité qui contribue au bien être physique, moral et social des communautés. L'exercice de cette activité nécessite des outils et équipements qui, après utilisation constituent des déchets. Ces déchets, à défaut d'une bonne gestion ont des conséquences néfastes sur la santé et l'environnement. Dans le monde entier, on estime à douze (12) milliards par an le nombre d'injections administrées. Si toutes les seringues et aiguilles ne sont pas évacuées de manière appropriée, on assistera à un risque énorme de blessures et d'infection des populations et du personnel de santé. Au Bénin, la croissance rapide de la population des villes et l'extension continue de l'espace occupé engendre d'énormes difficultés dans la gestion, la protection et l'assainissement de l'environnement. Au nombre des difficultés, celles relatives à la gestion des déchets biomédicaux créent d'énormes problèmes du fait de leur nature dangereuse.

Conscientes de cette situation, les autorités politico-administratives ont signé plusieurs conventions et pris plusieurs textes qui réglementent la gestion des déchets biomédicaux.

Sur le plan international, le Bénin a signé entre autres, le protocole de Montréal, la convention cadre des nations Unies sur les changements climatiques, la convention de Rotterdam et la convention de Bâle.

Sur le plan national, notre pays dispose des textes suivants :

- La loi N° 87-015 du 21 septembre 1987 portant code de l'hygiène publique et son décret d'application N° 97-616 du 18/12/1997 ;
- L'arrêté N° 3667/MSP/DC/SGM/DNPS/SSHCC fixant les conditions et normes des établissements sanitaires, objets de la loi 97-020 de juin 1997 précisant les normes de construction que doivent remplir les structures sanitaires privées ;
- Le décret N° 2002-484 du 15 novembre 2002 portant gestion rationnelle des déchets biomédicaux.

Ce dernier texte, objet de nos travaux de recherche définit clairement les différentes conditions pour assurer :

- la séparation à la source des déchets à travers l'identification des différentes catégories des déchets ;
- le maintien de la séparation par la mise en place des poubelles distinctes pour recueillir les différentes catégories de déchets ;
- le tri, l'entreposage et l'élimination correcte des déchets ;
- la construction des incinérateurs ;
- l'exploitation commune des installations et équipements d'élimination des déchets.

Malgré l'existence de ces textes, des constats majeurs relatifs à la gestion des déchets biomédicaux sont faits. Il s'agit entre autres (i) de la présence des déchets biomédicaux sur des dépotoirs et dans des marécages, (ii) du mélange de ces déchets et des ordures ménagères, (iii) de leur brûlage à l'air libre ou dans des équipements non appropriés et (iv) du transport à l'aide des véhicules non appropriés desdits déchets.

2.2-PROBLEMATIQUE

Dans le contexte mondial actuel d'explosion démographique et de développement industriel, le problème de l'assainissement et de l'hygiène devient de plus en plus préoccupant. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) visent à réduire de moitié la proportion de la population mondiale n'ayant pas accès à un service de base en assainissement d'ici 2015. Le programme d'évaluation conjoint OMS/UNICEF pour l'accès à l'eau et à l'assainissement a montré que plus de 2,6 milliards de la population mondiale n'ont pas encore accès à des ouvrages d'assainissement adéquats. Les déchets connaissent une production sans cesse croissante dans tous les pays et leurs dangers augmentent au regard de leur nature et de la quantité produite. Leur gestion convenable en vue d'une élimination qui minimise les risques pour la santé et l'environnement, représente un coût élevé, ce qui accentue les problèmes subséquents dans les pays en voie de développement.

Cependant, le manque de moyens ne doit pas servir d'excuse pour l'inaction car la situation relative aux déchets pourrait progresser positivement avec une meilleure prise de conscience des intervenants locaux et une amélioration de leur gestion.

Parmi les différentes composantes de ce volet se trouvent les déchets biomédicaux. Ce type de déchets que produit une partie de la population mérite une attention particulière compte tenu des risques qu'ils représentent aussi bien pour l'environnement que pour la santé humaine. On peut citer notamment des émissions potentielles de dioxines et furannes chlorés, des rejets

de mercure dans l'environnement, la contamination et la propagation des maladies telles que les hépatites et le sida par des objets tranchants comme les seringues usagées, l'irradiation des déchets radioactifs lors des différents traitements. Ces différents risques appellent à une bonne gestion des déchets biomédicaux produits dans nos formations sanitaires.

Au nombre de plus de cinq cents (500) à Cotonou, les formations sanitaires produisent plus de quatre (4) tonnes¹ de déchets biomédicaux (DBM) par jour. La caractérisation² de ces déchets réalisée par OXFAM Québec montre qu'ils comportent une importante quantité des objets tranchants. Cette catégorie est l'une des plus dangereuses parmi les DBM produits par les formations sanitaires. Que ce soit durant les soins ou la vaccination, les injections sont responsables de la production de la plupart des objets tranchants infectieux. 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 (Pascal BILLAU, 2008). En plus des risques de blessure accidentelle, la réutilisation des seringues contaminées, représente un risque majeur pour la santé publique. D'après des estimations antérieures (Kane *et al*, 2000) et des mises à jour récentes, l'OMS, cité par Pascal BILLAU a estimé que vingt trois (23) millions d'infections par les virus de l'hépatite B, de l'hépatite C et 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.

Une étude³ menée en 2002 auprès de vingt deux (22) pays en voie de développement par l'OMS a montré que 18 à 64 % des établissements de soins n'éliminent pas correctement leurs déchets. Les injections par seringues contaminées sont responsables de :

- 21 millions d'hépatite B (32 % des nouveaux cas) ;
- 2 millions d'hépatite C (40 % des nouveaux cas) ;
- 260 000 cas de VIH Sida (5 % des nouveaux cas).

¹Pascal BILLAU, Estimation des dangers de déchets biomédicaux pour la santé et l'environnement au Bénin en vue de leur gestion : Essai présenté au Centre Universitaire de Formation en Environnement à l'Université de SHERBROOKE en vue de l'obtention du grade de maître en environnement, 2008

² OXFAM (Oxford committee for famine relief), Québec, ACIDI et mairie de Cotonou (2006) : Rapport de l'enquête sur la production et la gestion des déchets biomédicaux dans la ville de Cotonou.

³ Abdelkrim JAAFAR, La gestion des déchets Médicaux et Pharmaceutiques, 2008

Selon cette étude, le risque intervient (i) lors du tri et du conditionnement, (ii) lors de la collecte, (iii) de l'entreposage, (iv) du transport et du traitement.

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 en faveur de la protection de l'environnement et contre ces types de déchets dangereux. La problématique sera alors de chercher à comprendre « Quels sont les déterminants des comportements des différentes organisations sanitaires à se conformer ou non à une règle dont la mise en vigueur les oriente vers une gestion rationnelle? » C'est se fondant sur ces considérations, que nous avons choisi de travailler dans le cadre de notre mémoire de master de recherche en science de gestion sur le thème : « **Comportements des organisations face à la règle : cas de la gestion des déchets bio médicaux à Cotonou dans le cadre du décret interministériel N° 2002-484 du 15 Novembre 2002** ».

Il s'agira de voir durant les travaux quels sont les différents comportements adoptés par les différentes organisations opérant dans le secteur de la santé en l'occurrence sur les DBM, après la prise dudit décret interministériel et quels sont les motivations qui sous-tendent ces comportements.

Plusieurs recherches sur les comportements des individus et des organisations dans l'univers des règles et des normes ont été faites. On peut citer :

- l'article de la transgression en sciences des organisations du professeur Yvon PESQUEUX qui met en exergue les contenus des différentes notions de conformité, de conformisme, de transgression, de la triche et de déviance et les liens qui existent entre elles. L'article du professeur, tout en examinant quelques causes et manifestations de ces notions a fait aussi cas de l'incivilité qui est une manifestation du phénomène de la déviance.
- l'article de Olivier BABEAU en 2007 sur la transgression comme une dimension oubliée de l'organisation cherche à réhabiliter le rôle de la transgression des règles dans l'organisation. Critiquant la condamnation systématique de tout phénomène transgressif par les sciences de gestion, l'auteur a montré qu'une partie du phénomène ne doit pas être comprise comme une pathologie de l'organisation, mais bien comme un élément de son

fonctionnement normal. Olivier BABEAU a mobilisé les écrits d'autres auteurs comme CROZIER et FRIEDBERG et Jean Daniel REYNAUD pour montrer combien l'acte transgressif peut avoir une dimension positive dans le fonctionnement organisationnel.

- Une autre recherche est la thèse de Olivier BABEAU en 2005 sur le thème : le manager et la transgression ordinaire des règles : cas des sociétés de conseil en management, qui a étudié le phénomène de transgression en entreprise basée sur le comportement de l'individu. La quintessence de ce travail repose sur les aspects de l'influence du déterminisme de la culture sur la transgression sans exclure la rationalité individuelle dans le phénomène. L'auteur, après avoir défini la règle et ses différentes composantes, propose une grille de lecture qui permet de synthétiser les différentes manipulations du phénomène: on peut citer :
 - Le type de la règle violée ;
 - Le type d'auteur de la transgression ;
 - Les motivations de l'auteur de la transgression et
 - Le type d'effet sur l'organisation.

2.3- PROPOSITIONS ET OBJECTIFS

2.3.1- PROPOSITIONS

Les conjectures qui permettent de construire des fils conducteurs devant guider les recherches sont les suivantes :

Proposition 1 : Le faible niveau de coercition dans le cadre de la mise en place d'une règle, favorise la transgression de cette dernière durant la mise en œuvre de l'action réglementée.

Proposition 2 : Le degré de perception et de connaissance des dispositions des règles par des organisations et l'ignorance des risques liés à leurs actions favorisent la transgression.

Proposition 3 : L'acceptation d'une règle par des organisations et les comportements isomorphiques induits dépendent de l'appartenance de ces dernières à un groupe social basé sur des valeurs éthiques.

2.3.2- OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif général de cette recherche est de contribuer à la détermination des divers comportements subséquents à la prise du décret interministériel dans le cadre de la gestion des déchets biomédicaux et les facteurs pouvant les expliquer. Spécifiquement, il s'agit de :

Objectif spécifique 1 : Apprécier le niveau de coercition existant et son lien avec le respect ou le non respect de la règle instituée ;

Objectif spécifique 2 : Identifier les relations entre les perceptions et le niveau de connaissance des organisations d'une part et les comportements de transgression d'autre part ;

Objectif spécifique 3 : Apprécier les éléments d'acceptation (de légitimité consentie), les comportements isomorphiques et les facteurs qui les expliquent.

2.4- EPISTEMOLOGIE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

2.4.1- POSTURE EPISTEMOLOGIQUE : DEFINITION ET CHOIX

2.4.1.1- Définitions et explications

Le terme « épistémologie » vient du grec épistèmê (connaissance, science) et de logos ('discours sur' mais aussi 'logique de'). Selon Nadeau, elle « étudie de manière critique la méthode scientifique, les formes logiques et modes d'inférence utilisés en science ; de même que les principes, concepts fondamentaux, théories et résultats des diverses sciences, et ce, afin de déterminer leur origine logique, leur valeur et leur portée objective »⁴.

En recherche scientifique, on distingue fondamentalement trois approches : Le positivisme, le constructivisme et l'interprétativisme comme postures épistémologiques. Selon J. L. LEMOIGNE cité par Yvon PESQUEUX, (2011), les deux premières postures permettent de situer la question méthodologique en sciences des organisations. La troisième quant à elle, est empruntée pour l'interprétation des deux (02) premières. En effet, le positivisme « recouvre l'ensemble des propositions d'Auguste Comte⁵ dont le premier élément à souligner est bien qu'il s'agit d'une doctrine qui repose sur une vision rationaliste de la nature dont il convient de rechercher les lois à partir des causalités constatées ». Ce qui importe dans cette posture positiviste, c'est la recherche des lois et régularités qui gouvernent les faits sociaux par

⁴ NADEAU R., Vocabulaire technique et analytique de l'épistémologie, PUF, Paris, 1999, cité par PESQUEUX Yvon dans son cours de master, pour une épistémologie des organisations.

⁵ A. Comte cité dans le cours de Yvon PESQUEUX, 2009, 2011

l'observation empirique. Pour ce qui concerne les sciences des organisations, il s'agira alors de faire des organisations des entités « objectives ».

Contrairement à la posture positiviste, Peter L. BERGER et Thomas LUCKMANN⁶ montrent que le constructiviste cherche à découvrir la manière dont la réalité sociale et les phénomènes sociaux sont « construits » c'est-à-dire créés, institutionnalisés et transformés en traditions. Pour Yvon PESQUEUX (2011), le constructivisme est une « attitude qui vise le contexte de découverte « et » de justification, et non seulement celui de la seule justification ». Il montre ainsi que dans cette logique, le chercheur produit la réalité avec les acteurs sociaux, dans un processus dynamique, à partir des interactions fondées sur les interprétations et la connaissance de cette réalité, réalité non objective mais subjective. Le constructivisme, sur le plan ontologique, considère le monde comme il le connaît. Il ne perçoit pas l'objet comme une entité séparée du chercheur. Au contraire, il y a des interactions entre l'objet et lui. L'objectif du constructiviste n'est donc pas de découvrir des lois générales, mais de construire des connaissances.

2.4.1.2- Choix du positionnement épistémologique

S'appuyant sur notre question de recherche, qui du point de vue gnoséologique consiste à étudier "le respect" ou "le non respect" de la réglementation dans le domaine de la gestion des déchets biomédicaux à travers l'analyse du comportement des acteurs, nous avons abordé le sujet dans une posture interprétativiste. Dans la perspective interprétative, les réalités subjectives et intersubjectives sont considérées, non seulement comme des objets de connaissance scientifique, mais aussi comme des instruments de recherche.

Le choix de cette posture se justifie parce que nous avons, au cours de cette recherche, fait parler les acteurs, observé leurs comportements, cherché à savoir le "pourquoi des choses" et les interpréter. Par ailleurs, toujours dans la même perspective, la connaissance n'est possible que par la collaboration étroite entre chercheurs et acteurs sociaux qui, par un effort conjoint pour comprendre les réalités étudiées, peuvent construire des perspectives de compréhension plus complexes que celles construites exclusivement à partir du point de vue du chercheur et des théories existantes.

⁶ (www.aci-multimedia.net): *The Social Construction of Reality* (page consultée le 15 Juin 2011)

Dans cette perspective épistémologique, nous avons emprunté la logique d'intervention inductive qui part de l'inutilité de faire des hypothèses selon I. HACKING⁷. En effet, l'induction consiste à trouver une règle générale qui pourrait rendre compte de la conséquence si l'observation empirique était vraie. La logique inductive permet de formuler les propositions de recherche à partir d'observations empiriques.

2.4.2- METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Les questions de méthodologie et de méthode sont importantes en sciences des organisations, raison pour laquelle le chercheur doit clarifier sa méthodologie et choisir ses méthodes. Sans cette clarification préalable, le travail réalisé s'égaré dans la confusion et perd toute sa rigueur.

La méthodologie procède d'un processus (ou démarche) constitué d'étapes dont la mise en œuvre vise la réalisation d'objectifs de recherche. La méthode quant à elle participe des moyens pour dérouler la méthodologie choisie. Avec des nuances, les étapes méthodologiques en sciences des organisations peuvent varier. QUIVY et CAMPENHOUDT⁸ distinguent sept étapes : question de départ, exploration, problématique, construction du modèle d'analyse, observation, analyse des informations et conclusions. Cette proposition, à visée pédagogique, fait une description complète de la démarche du chercheur.

La méthodologie définit le fil conducteur de la recherche et permet au chercheur d'éviter la navigation à vue. Ce faisant, le chercheur identifie clairement le problème qu'il veut résoudre, ses logiques d'investigation (induction, déduction ou abduction), sa posture épistémologique (positivisme, constructivisme ou interprétativisme) et sa méthode (quantitative ou qualitative).

Dans le cadre de nos travaux de recherche, notre démarche méthodologique s'est articulée autour des points suivants :

- le périmétrage du thème ;
- la technique de l'échantillonnage ;
- les méthodes et outils utilisés ;
- le traitement, l'analyse des données et l'interprétation.

⁷ Albert DAVID, Mai 1999, « Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion »,

⁸ Quivy et Campenhoudt, 2006, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3^e édition, Dunod, Paris, 256 p.

Le périmétrage

Le périmétrage nous a permis de définir quels sont les contours de notre recherche, jusqu'où nous voulons aller en terme de curiosité, d'intérêt de recherche. Sur le plan théorique nous avons étudié deux principales théories : la théorie néo institutionnelle pour analyser le comportement isomorphe de certaines organisations et la théorie de régulation pour expliquer ce qui pourrait être à la base de la non mise en œuvre de la règle par d'autres acteurs. Quant à l'objet empirique, nous avons exhumé pour notre compréhension et celle des autres, les modes de gestion des DBM à Cotonou, les perceptions, les attitudes et les sentiments des acteurs sur la règle, les déterminants des comportements isomorphiques ou de transgression, la légitimité de la règle instituée, les processus, les mécanismes. Le cadre empirique est la commune de Cotonou dans le sud de la République du Bénin. La recherche, pour être plus complète, s'étend non seulement aux formations sanitaires mais aussi aux structures déconcentrées de l'Etat chargées de faire appliquer la règle. Elle couvre par ailleurs la période de la prise du décret en 2002, jusqu'à nos jours.

La nature de l'étude

La présente recherche s'appuie sur une enquête dans les formations sanitaires de Cotonou en vue de comprendre et d'interpréter leurs comportements face à la mise en place d'une règle : **le décret interministériel N° 2002-484 du 15 Novembre 2002** et donc une enquête qualitative. Ce sont des études qualitatives qui s'appliquent à étudier les comportements, les motivations, les phénomènes sociaux d'un groupe ou d'une société. Elles permettent la conjugaison d'une vue rapprochée avec une perspective générale. Selon Faouzi BENSEBAA (2011), elles consistent en un ensemble de pratiques interprétatives et matérielles qui rendent le monde visible et qui le transforment. Une étude qualitative ne cherche donc pas à extrapoler les résultats obtenus à l'ensemble de la population, mais recherche à aller en profondeur et à comprendre les attitudes, les perceptions et les sentiments. Dans notre cas, cette méthode a permis de comprendre les perceptions, les innovations, le dynamisme des pratiques des acteurs dans le secteur des déchets biomédicaux en face de la dynamique institutionnelle.

L'échantillonnage et outils de collecte des données

Pour des raisons de temps et de coûts, nous n'avons pas pu interroger tous les acteurs intervenant dans le secteur de la gestion des déchets biomédicaux. Mais suite à l'étude

exploratoire, nous les avons classés en deux catégories qui à leur tour sont classées en sous catégories. La première catégorie est composée des formations sanitaires qui sont supposées respecter la règle et la deuxième catégorie celles qui sont supposées transgresser ladite règle. Nous avons réalisé des entretiens à un échantillon de la population sélectionné sur la base d'un choix raisonné. Les variables prises en compte sont relatives à la transgression ou non de la règle, l'acceptation des dispositions de la règle et l'existence des comportements isomorphiques. A cet effet, la ville de Cotonou étant divisée en quatre (04) zones sanitaires, nous avons choisi par zone sanitaire quatre formations sanitaires publiques et quatre formations sanitaires privées. Ce nombre, ajouté aux dix (10) formations sanitaires disposant d'un incinérateur, à deux (02) organes de régulation et aux deux (02) centres de traitements des déchets biomédicaux donne un échantillon de quarante six (46).

Des questions spécifiques ont été adressées chacune à un effectif situé entre un (01) et trois (03) répondant. Ce sont de petits sous-échantillons dont les enquêtés sont choisis selon leur disponibilité ou par rapport à leur degré d'implication dans le centre d'intérêt concerné. Le choix raisonné est également orienté vers une certaine ancienneté dans le centre (au moins deux ans) ou sur la base d'un niveau de responsabilité. Les critères de ce choix raisonné ont permis de travailler avec les responsables des formations sanitaires, les responsables financiers, les responsables chargés de la gestion des déchets biomédicaux, les infirmiers, les agents d'entretien des formations sanitaires, les responsables du centre de traitement des déchets, les responsables des centres de régulation et des personnes ressources ayant travaillé sur notre dynamique sociale etc.

La petitesse des sous-échantillons est due au nombre réduit du personnel des formations sanitaires, de personnes ressources susceptibles de se prêter à une entrevue, de la sensibilité de l'objet de recherche surtout pour les formations sanitaires qui sont supposées transgresser la règle.

L'échantillon dans le cas présent a été illustratif (Sandra CHARREIRE, Isabelle HUAULT, 2001) et non représentatif. Il est formé de plusieurs sous-échantillons spécifiques selon les centres d'intérêts en jeu. Le choix s'est porté sur une analyse qualitative du secteur des déchets biomédicaux. Le recueil des données s'est opéré tout d'abord à travers la réalisation d'entretiens semi-directifs. Chaque entretien, recueilli principalement sur le lieu de travail, a duré entre une heure et deux heures et a été enregistré et retranscrit intégralement. Nous avons questionné dix sept (17) directeurs de formations sanitaires, cinq (05) responsables financiers,

vingt trois (23) agents hospitaliers (médecins, infirmiers, sages-femmes, autres agents), deux agents (02) de la police environnementale, deux (02) agents de la police sanitaire, deux (02) agents de la DHAB, six (06) agents de DCAM et un agent de ONG-ALAFIA. Au total, Cinquante huit (58) personnes ont été interrogées sur les sujets comme :

- (i) les nuisances causées par les déchets biomédicaux ;
- (ii) la perception des acteurs sur le contenu du décret inter ministériel ;
- (iii) les dispositions prises pour s'approprier le contenu du décret ;
- (iv) les motivations du respect ou non des dispositions contenues dans le décret ;
- (v) le mécanisme de contrôle mis en place ;
- (vi) la volonté politique des structures de l'Etat ;
- (vii) le manque de moyens ;
- (viii) la hiérarchisation des priorités ;
- (ix) le processus d'élaboration du décret ;
- (x) la vulgarisation du décret ;
- (xi) les connaissances des dispositions du décret.
- (xii) la nature des sanctions en cas de non respect des règles

Tableau n° 1: Synthèse panoramique sur l'échantillonnage

Outils de collecte	Destinataires	Effectif	%
1- Connaissance des nuisances causées par les déchets biomédicaux	les agents des formations sanitaires, des organes de régulation et des centres de traitement des déchets	58	100
2- Perception des acteurs sur le contenu du décret inter ministériel ;	Responsables des hôpitaux, responsables des institutions de régulation, responsables de DCAM	20	34
3- les dispositions prises pour s'approprier le contenu du décret	Responsables des hôpitaux	17	29
4- les motivations du respect ou non des dispositions contenues dans le décret	Les agents hospitaliers, DCAM	52	90
5- Perception du mécanisme de contrôle mis en place	Les institutions de régulation, les responsables des formations sanitaires	23	40
6- la volonté politique des structures de l'Etat	Les institutions de régulation	7	12
7- le manque de moyens	Les institutions de régulation, les responsables des formations sanitaires	23	40
8- la hiérarchisation des priorités	Les responsables des formations sanitaires	17	12
9- le processus d'élaboration du décret	Les institutions de régulation	7	12
10- la vulgarisation du décret	Les institutions de régulations, les responsables des formations sanitaires, DCAM, les agents hospitaliers	58	100
11- les connaissances des dispositions du décret	Les agents hospitaliers, les responsables des formations sanitaires	45	78
12- la nature des sanctions en cas de non respect des règles	Les responsables sanitaires et les institutions de régulation	23	40

Source : Résultats de nos recherches

La méthode : définition et choix

La méthode, qui vient du mot grec *methodos*, signifie la poursuite ou la recherche d'une voie pour réaliser quelque chose (www.wikipedia.org). Pour le dictionnaire mediadico.com, la méthode est un ensemble des procédés raisonnés pour résoudre un problème. En sciences sociales, la notion de méthode est rattachée à la démarche pour collecter les données.

Plusieurs méthodes s'offrent au chercheur après la définition du cadre théorique et la circonscription de son champ d'analyse. Il peut utiliser les méthodes quantitatives ou qualitatives pour la collecte et l'analyse des données. Selon notre posture interprétativiste et notre logique d'intervention inductive, nous avons choisi de faire une enquête qualitative fondée sur les méthodes de recherche telles que l'analyse documentaire, des interviews, des entretiens, des observations participantes, et sur des interprétations à partir de tableaux et graphiques. Les enquêtes ont été organisées en plusieurs phases de collecte de données à savoir :

La première a eu lieu en Mai 2011 et a consisté à mobiliser les documents disponibles sur la ville de Cotonou et sur sa monographie. La recherche documentaire s'est aussi portée sur le document de la stratégie nationale de la gestion des déchets biomédicaux, le guide de gestion des déchets biomédicaux dans la ville de Cotonou, la loi portant code d'hygiène publique et le décret portant gestion rationnelle des déchets biomédicaux et autres documents. Nous avons utilisé pour ce faire les bibliothèques et centres de documentation de la Direction de l'Hygiène et de l'assainissement de Base (DHAB), du CDIP DCAM Bethesda et de OXFAM Québec.

La seconde phase de collecte des données secondaires s'est tenue en Mai et en Juin 2011 et a été axée sur l'identification d'ouvrages et articles pertinents par rapport au thème dont notamment, ceux de MEYER et ROWAN et de DIMAGGIO et POWEL sur le néo institutionnalisme, de Jean Daniel REYNAUD sur la régulation sociale, de Olivier BABEAU et de Yvon PESQUEUX sur la transgression dans les organisations, Etc. Elle a été aussi faite à travers les sites de recherche scientifique de l'Internet. Cette phase a facilité l'élaboration de l'état de l'art sur le thème, la familiarisation avec les théories, les écrits d'autres chercheurs qui se sont intéressés à la problématique des comportements isomorphiques et de transgression. En somme, elle a permis de recenser des données théoriques pertinentes, de mieux comprendre et synthétiser les données relatives au phénomène de comportement des acteurs face à une règle.

La troisième phase des travaux a été consacrée à la collecte des données empiriques organisée en trois (03) missions de terrain.

La première mission a eu lieu à DCAM Bethesda dans la première semaine du mois de Juillet 2011 et a duré cinq (05) jours. Elle était consacrée à sonder les perceptions des responsables de ce centre de traitement des déchets biomédicaux par rapport aux différents

éléments contenus dans la règle instituée, les dispositions prises pour sa mise en œuvre, leurs commentaires sur les attitudes des différentes formations sanitaires et le rôle que doivent jouer les organes de contrôle que sont la police sanitaire, la DHAB et la police environnementale.

La deuxième mission de cette session s'est déroulée durant le mois de Août 2011. Elle s'est focalisée sur les comportements des formations sanitaires. Cette étape a facilité la collecte des données qui permettent de répondre aux questions « comment ? » et « pourquoi ? ». L'entretien individuel *semi-structuré*, réalisé sur la base d'un guide d'entretien et d'une grille d'observations est une technique de recherche qui nous a permis de faire la collecte, sans forcément rechercher à nous en tenir à une chronologie ou à une formulation stricte, ou sans restreindre ou dénaturer les données. Il a permis à l'informateur de donner sa représentation des choses, sa perception à travers des témoignages, des descriptions des processus et des causes subséquentes, des préjugés et des impressions.

Quant à la troisième mission, elle s'est déroulée dans le mois Septembre 2011 auprès des organes de contrôle qui sont garants du respect du décret interministériel. Cette mission nous a permis de comprendre les problèmes qui se posent dans le secteur des déchets biomédicaux et leur perception sur le rôle que doit jouer chaque acteur. Globalement, il s'est agit pour nous d'apprécier le poids que représentent les activités relatives à la gestion des déchets biomédicaux dans la mise en œuvre de leurs cahiers de charges.

Une grille d'observation directe et parfois participante était réalisée parallèlement et simultanément avec les autres enquêtes, dans le but de réduire les incertitudes liées, à la bonne foi de l'interlocuteur, à sa capacité à comprendre ce que nous lui demandions et à exprimer ce qu'il pense, à son statut social, à ses perceptions. Cette méthode nous a permis d'avoir la preuve des données obtenues à partir des premières méthodes d'enquête utilisées. Elle a également permis de prendre des images de certains états. Elle était également l'occasion pour vérifier (a) les registres de signature qui devraient témoigner du passage des agents de la police environnementale, (b) les affiches devant montrer soit des dispositions à prendre pour éviter une manipulation des déchets soit des extraits du décret, (c) le respect des couleurs des poubelles, (d) le tri, (e) l'état des incinérateurs, (f) l'usage fait des moyens de transport des déchets et (g) le non mélange desdits déchets avec les ordures ménagères, etc.

Traitement, analyse des données et interprétation

Le dépouillement des fiches d'enquête a été fait de façon manuelle mais assisté par le logiciel Excel pour recueillir et compiler les données. L'analyse faite tout aussi de façon manuelle à partir de tableaux, a consisté en un rapprochement des données de même nature, en une comparaison, une triangulation en vue des vérifications, de rejeter les incohérences et augmenter la fiabilité de la recherche. L'interprétation pour un meilleur compte rendu, a été faite entre autres, à partir des graphiques.

Validité des données de l'étude

Durant les travaux, nous étions régulièrement animés par la mise en œuvre d'une procédure rigoureuse et explicite de recherche permettant au lecteur de comprendre les perceptions et comportements adoptés par les acteurs. Nous nous sommes également évertués à mettre en évidence de façon méthodique, les mécanismes de production des connaissances et à choisir les cheminements les plus pertinents pour leur interprétation.

La validité des connaissances exhumées est fonction de la qualité, de la véracité des données et des interprétations produites. Cette validité est déterminée par les éléments ci après :

- la triangulation des sources et des outils de collecte : plusieurs sous-échantillons - sources spécifiques - ont été consultés sur les mêmes centres d'intérêt. Différemment, sur la question du tri des déchets par exemple, l'enquête a procédé aussi bien par guide d'entretien avec des personnes ressources, que par observation. Cette technique a permis de faire une moisson enrichissante - perceptions, discours contraires, explications rivales, mais aussi de confronter, de comparer et d'éliminer les incohérences flagrantes ;
- l'utilisation d'enquêteurs travaillant dans le secteur et imprégnés des réalités : l'enquêteur principal avait déjà travaillé au niveau du centre de traitement des déchets (DCAM Bethesda) en qualité d'agent de sensibilisation des formations sanitaires; ce qui a permis de détecter des biais contenus dans les réponses et de les corriger ;
- Feedback itinérant : l'utilisation de la restitution itinérante permanente a permis à l'équipe de recherche de faire valider autant que faire se peut les données de la collecte par les usagers. Cette validation a été faite régulièrement surtout dans les entretiens à base d'un guide, où l'enquêteur à travers des conclusions partielles et progressives soumises à l'enquêté obtient l'approbation de ce dernier ;

III- ETAT DE L'ART

Nous y présentons un cadre conceptuel et un cadre théorique bâti autour du néo institutionnalisme, de la régulation sociale et de la transgression.

3.1- CADRE CONCEPTUEL

3.1.1- DEFINITION DES TERMES CLES

Dans le cadre de cette recherche, nous avons retenu de clarifier les termes suivants susceptibles de nous aider à mieux cerner notre sujet. Il s'agit de : déchets biomédicaux, tri, incinération, formations sanitaires, organisation, institution, règles, décret.

3.1.1.1- Déchets Biomédicaux (DBM)

Selon le décret 2002-484 du 15 novembre 2002, est considéré comme tel, tout déchet d'origine biologique ou non résultant des activités médicales ou paramédicales. Ce sont des déchets issus des activités de soins ou assimilés. Ils sont produits dans les hôpitaux, les centres de santé, les laboratoires de recherches et d'analyses biomédicales, les banques de sang et tout autre lieu d'activités connexes. Le guide de la caractérisation de l'OMS les définit comme étant des déchets qui proviennent des formations sanitaires et qui sont des extrants de leurs modes opératoires (OMS, 2004).

3.1.1.2- Tri

C'est la séparation des déchets, organisée selon les destinations futures disponibles. Il se fait dans un lieu transitoire aménagé en conséquence, (CTDPA - DCAM/ Béthesda, 2004). Ainsi, selon le guide de gestion des déchets Biomédicaux dans la ville de Cotonou de Décembre 2008, le tri des déchets biomédicaux se fait suivant trois (03) catégories. Ce sont les déchets anatomiques humains, les déchets non anatomiques infectieux, les déchets infectieux pointus ou tranchants.

3.1.1.3- Incinération

Elle consiste en la destruction des DBM à partir d'un matériel appelé incinérateur ; il peut être électrique ou de type artisanal comme les incinérateurs MontFort. C'est le mode de traitement autorisé par la législation en vigueur⁹.

⁹La loi n° 87-015 du 21 septembre 1987 portant code de l'hygiène publique.

3.1.1.4- Formations sanitaires

Une formation sanitaire est une organisation, une entité, qui exerce des activités de soins générant des déchets biomédicaux.

3.1.1.5- Organisation

Définir l'organisation n'est pas chose aisée, car le point de départ de toute organisation est ce que les sociologues appellent « *l'action organisée : la nécessaire coopération entre plusieurs individus, qui vont réaliser ensemble quelque chose* » (Livian, 2000 : 7)¹⁰. L'organisation procède donc d'une entité complexe dans laquelle la coopération est non seulement nécessaire, mais aussi obligatoire. En effet, les hommes qui sont réunis par des besoins de travail n'ont pas des intérêts identiques ; ils peuvent avoir des intérêts qui se complètent, mais jamais, ils ne seront unanimes sur leurs attentes de l'organisation qu'ils servent. Personne n'a jamais vu une organisation, ni la doigter ni la saluer. Cependant, on peut la cerner sous les prismes de rétribution, de résultats financiers, de division de travail et de comportement. L'organisation n'est plus seulement située dans un environnement économique, mais également dans un environnement social constitué par un réseau d'acteurs soumis ou partageant le même contexte institutionnel. Au regard de ces deux définitions, l'organisation désigne un groupe de personnes mues par la réalisation d'objectifs communs en même temps qu'elle est structurée c'est-à-dire que ses différentes composantes sont agencées et articulées selon des règles formelles et/ou informelles (Charpentier, 1997 : 146).

Nous pouvons retenir que le concept d'organisation fait appel aux notions de groupes de personnes, de hiérarchie ou de contrôle social exercé par certains membres, de règles ou de procédures, de relations entre des individus ou des groupes d'individus, etc.

3.1.1.6- Institution

La notion d'institution a été introduite par J.R. Commons en 1931. Il la définit comme « *l'action collective dans le contrôle, la libération et l'expansion de l'action individuelle* ». Cela est rendu possible par la mise en place d'un ordre de compromis représenté par des règles de fonctionnement. Pour W.R. Scott, l'institution serait dotée d'une double fonction : celle de contrôler les actions des individus au travers d'un système de règles et celle de réduire l'incertitude des actions futures. Ces deux dimensions ont été reprises par de nombreux travaux par la suite, notamment ceux qui s'articulent autour du concept de règle. Deux grands types d'institutions sont mis en évidence :

¹⁰ Livian, 2000 Cité dans le cours de Yvon PESQUEUX, 2011

- les institutions informelles, telles que les coutumes ou les représentations collectives, qui ont un rôle cognitif et informationnel ;
- les institutions formelles, qui complètent les premières du fait de leurs insuffisances pour organiser le système économique et qui ont un rôle cognitif et structurel. Par conséquent, les institutions formelles correspondraient à une structure organisée autour d'un ensemble de règles et de pratiques collectives qui évoluent dans le temps (J.R. COMMONS, 1931).

Nous pouvons retenir que les institutions sont définies comme les règles, établies par la société et les hommes qui contraignent les comportements possiblement arbitraires et opportunistes dans les interactions humaines.

Yvon PESQUEUX¹¹, faisant ressortir la « tension » entre la perspective de l'institution et celle de l'organisation démontre qu'il y a de l'universel dans l'institution là où il y a du général dans l'organisation. L'institution peut se désinstitutionnaliser alors que l'organisation ne se désorganise pas mais change (ou disparaît), en devenant une « autre » organisation.

Toutefois, la définition commune en français confond souvent les institutions avec les organisations, qui sont un arrangement systématique de ressources qui visent à atteindre un but spécifique (Douglass C. NORTH).

3.1.1.7- Règle

La règle est l'ensemble de contraintes institutionnelles auxquelles un individu ou une organisation doit se conformer. Selon Terssac (2003), « la règle est une prescription d'ordre morale, intellectuelle ou pratique s'appliquant à une conduite ». Elle est un guide de comportement, un étalon permettant de juger une action en mettant de l'ordre dans le chaos. De la diversité des sources de prescription découlent de la multiplicité de leurs formes. On distingue les règles de droit, les règles de gestion, les règles religieuses et les règles morales. Certaines s'appliquent à la société dans son ensemble, d'autres à certaines professions, d'autres encore à des groupes très restreints. Ces différentes formes de règles, ayant chacune son périmètre d'application, ont des valeurs institutionnelles différentes. A cet effet, transgresser une convention internationale, une loi, un décret, un ordre d'un supérieur hiérarchique ou une note de service dans une entreprise n'entraîne pas le même niveau de sanction. Il ne serait pas pertinent de confondre ces règles ou de nier leur diversité et leur

¹¹ Yvon PESQUEUX, « Institution et organisation »

importance relative. Dans le cadre de notre recherche, nous allons nous appesantir sur une règle de droit : le décret d'application pris en conseil des ministres.

D'après Jérôme BONNARD¹², la règle de droit désigne « l'ensemble des règles juridiques qui régissent les individus et les organisations dans la vie commune, et dont la violation est sanctionnée par l'autorité publique ».

Selon la hiérarchie des règles, on distingue, dans cette catégorie et de la plus grande valeur vers la plus petite, la constitution, les conventions internationales, les lois, les décrets, les arrêtés et les circulaires.

La différenciation et la hiérarchisation des règles auraient un intérêt certain pour un juriste soucieux de faire la part des obligations légalement sanctionnées mais elle n'est pas directement pertinente pour un chercheur en gestion dont le but est de comprendre les phénomènes dans leur entièreté et leur complexité. Comme Jean Daniel REYNAUD, nous avons considéré les règles de droit comme des règles sociales car elles constituent des contraintes qui s'imposent soit à un individu soit à une organisation dans son environnement.

3.1.1.8 Décret

Le terme décret vient du latin "*decretum*" qui signifie, décision, sentence. C'est un acte exécutoire émis par le pouvoir exécutif qui ordonne ou règle quelque chose. Le décret, dont les effets sont analogues à ceux d'une loi, est l'une des manifestations du pouvoir réglementaire de l'exécutif. Sa portée peut être générale, lorsqu'il formule une règle de droit, ou individuelle lorsqu'il ne concerne qu'une seule personne. On distingue les décrets autonomes, les décrets d'application et les décrets de répartition.

3.2- CADRE THEORIQUE

Ce paragraphe présente les différentes théories que nous avons mobilisées pour analyser nos données. La théorie néo-institutionnelle (J. MEYER et B. ROWAN, 1977, P. DIMAGGIO et W. POWELL, 1983), la théorie de régulation de Jean-Daniel REYNAUD et les réflexions sur les comportements de transgression. Si la théorie néo-institutionnelle tente d'expliquer

¹²Jérôme BONNARD, Agrégé de droit privé et docteur d'État dirige le diplôme d'études supérieures spécialisées en droit des affaires et fiscalité de l'université Paris-VIII-Saint-Denis.

l'homogénéisation des structures organisationnelles, les processus de diffusion de pratiques managériales, en insistant sur les pressions sociales et culturelles et la nécessité pour les agents de se conformer, la théorie de régulation quant à elle, explique les motivations qui sous-tendent les comportements de déviance et de transgression.

3.2.1- LA THEORIE NEO INSTITUTIONNELLE

3.2.1.1- Définition et généalogie

En s'inspirant de la psychologie sociale et de l'anthropologie, le néo-institutionnalisme a introduit une dimension cognitive et culturelle dans ses modèles. En effet, les premiers sociologues institutionnalistes ont pu très largement se reconnaître dans le modèle de Spencer et Summer (1876-1896) dans lequel les institutions assurent les fonctions vitales d'harmonisation des sociétés avec leurs contextes. Le concept d'institution a été pendant longtemps considéré comme un pilier dans le champ de la sociologie (Barley et Tobert, 1997), mais ce n'est qu'à partir de la fin des années 70 qu'il a commencé à attirer l'attention des chercheurs en organisation (MEYER et ROWAN, 1977 ; ZUCKER, 1977, 1983; DIMAGGIO et POWELL, 1983, 1991).

Le néo-institutionnalisme trouve ses origines en sociologie, avec les travaux de SELZNICK (1949), qui mit en évidence que le comportement et la structure des organisations dépendent non seulement de contraintes internes, mais aussi de contraintes culturelles et sociales qui font partie des valeurs portées par la société. La théorie du néo-institutionnalisme s'efforce d'expliquer le phénomène de l'homogénéité dans les organisations et aussi l'influence de l'environnement institutionnel sur les organisations.

Les fondateurs de la théorie néo institutionnelle (TNI) à travers leur réflexion se sont démarqués des représentations structuro-fonctionnalistes en insistant sur la dimension subie des pressions institutionnelles auxquelles se soumettent les organisations. Ainsi, pour les néo-institutionnels, « les organisations ne sont pas seulement en concurrence pour des ressources et pour des clients mais aussi pour obtenir un pouvoir politique et une légitimité institutionnelle » (DiMaggio & Powell, 1983). La survie de l'organisation requiert donc une certaine conformité aux normes sociales et le moteur de l'évolution de l'organisation n'est pas la recherche de l'efficience mais la contrainte de légitimité (Meyer & Rowan, 1977).

3.2.1.2- Niveau d'application de la théorie néo institutionnelle

Le niveau d'analyse de la théorie néo-institutionnelle est celui des champs organisationnels, qui sont définis par DIMAGGIO et POWELL (1983) comme un ensemble d'organisations qui « agrégées, constituent une aire de vie institutionnelle reconnue: fournisseurs clés, consommateurs de ressources et produits, institutions réglementaires, et autres organisations qui produisent des services ou produits similaires ¹³». On peut y ajouter les organismes gouvernementaux, les groupements d'intérêt, les associations professionnelles, l'opinion publique, la presse économique, les structures déconcentrées de l'Etat, les entreprises publiques, etc. La notion de champ occupe une place déterminante dans l'architecture conceptuelle de la TNI, puisque cette dernière s'est développée à la fin des années 70 contre les théories behavioristes en niant l'épaisseur organisationnelle et en soulignant le déterminisme structurel du champ. Scott rejoint les autres auteurs en affirmant que le champ institutionnel permet d'étudier précisément la construction sociale des attentes et pratiques, leur élaboration et leur reproduction au sein des organisations (Scott, 2001). Les interactions entre organisations à l'intérieur d'un même champ poussent à l'homogénéisation des structures et au développement d'une rationalité collective propre au champ. Comme le reconnaissent (POWELL et DIMAGGIO, 1991), l'entreprise est donc soumise à des contraintes qui vont influencer son comportement au sein de son champ organisationnel.

3.2.1.3- Nature des contraintes exercées sur les organisations

Les contraintes exercées par l'environnement sur les organisations peuvent être de nature coercitive c'est-à-dire des lois et réglementations qui régulent le pays dans lequel évolue l'organisation et qui traduisent les valeurs qui y prédominent, ou de nature normative qui prend en compte non seulement l'émergence des normes professionnelles, mais aussi des normes plus implicites liées à la détermination de ce qu'est un comportement approprié, constituant un cadre cognitif contraignant. La contrainte peut, par ailleurs, être mimétique c'est-à-dire faite de pressions concurrentielles qui amènent les entreprises à copier les modes de fonctionnement de leurs adversaires les plus rentables.

¹³ Marie Laure BUISSON, Septembre 2005, « Réconcilier l'économie et le social : une approche par le concept de légitimité », Centre d'Etudes et de recherches sur les organisations et la gestion

3.2.1.4- Comportements isomorphiques des organisations face aux pressions

3.2.1.4.1-La notion d'isomorphisme

La notion d'isomorphisme a été mobilisée par DIMAGGIO et POWELL (1983) pour trouver une solution à leur préoccupation principale qui est de savoir pourquoi les organisations deviennent de plus en plus semblables. Après plusieurs travaux de recherches, ils ont compris que cette ressemblance vient d'un processus de conformité de ces organisations à leur environnement. Cette tendance vers la conformité, nommée isomorphisme, est un élément central de la théorie institutionnelle.

Dans cette perspective, la quête de similitude par les organisations obéit plus, à une logique de légitimité que d'efficacité. La similarité facilite en effet l'acquisition d'une légitimité par les organisations dans la mesure où les éléments copiés que sont par exemple les structures formelles, les technologies et les outils de gestion sont ceux qui ont été préalablement validés socialement. Dans la recherche de légitimité, les organisations s'ajustent à la société selon une rationalité collective. MEYER et ROWAN, rapporté par BAZIN dans sa note de lecture informe que cet isomorphisme aura des conséquences importantes sur la vie des organisations car non seulement elles incorporent des éléments possédant une légitimité externe dans leur structure formelle plutôt qu'une efficacité démontrée, mais aussi la valeur de ces éléments ne sera plus mesurée que selon des critères externes et cérémoniels ; dans un autre registre, cette dépendance envers les institutions, limite les perturbations et génère une certaine stabilité.

3.2.1.4.2-Différentes formes d'isomorphisme

Pendant que des organisations doivent faire face aux pressions formelles ou informelles de la part d'autres organisations dont elles sont dépendantes, en particulier de la part des organes de l'Etat, certaines subissent des pressions résultant de la professionnalisation de leurs activités qui, à travers la constitution d'associations professionnelles, favorisera l'adoption et la diffusion de standards d'action. La similarité des organisations peut enfin résulter d'un troisième processus, fondé sur le mimétisme qui est déclenchée par l'incertitude environnant les organisations. Lorsque leurs objectifs sont ambigus et les solutions à leurs problèmes inconnues, le meilleur moyen pour les organisations de préserver leur légitimité est d'imiter les modèles fournis par leurs homologues les plus couronnées de succès.

➔ Isomorphisme coercitif

Les pressions coercitives sont de nature légale ou politique, et correspondent aux lois et réglementations qui régulent le pays dans lequel évolue l'organisation. Un tel système formel

de régulation est nécessaire lorsque les interactions humaines se multiplient et que les acteurs ne partagent plus les mêmes valeurs et cadres cognitifs. La coercition apparaît avec « *des pressions formelles et informelles exercées sur l'organisation par d'autres organisations desquelles elles dépendent et des attentes de la société dans laquelle l'entreprise fonctionne* » (DIMAGGIO et POWEL, 1983). Autrement dit, le pouvoir est donc une variable centrale dans la coercition, il sert de base à l'influence institutionnelle qui encourage la conformité des comportements au moyen de « *mise en place de règles, de mécanisme de surveillance et des activités de sanction* » (Scott 1995). Trois *stakeholders* essentiels sont à même d'exercer des influences coercitives : les bailleurs de fonds qui disposent des ressources financières dont l'entreprise peut avoir besoin, les clients sans lesquels elle ne peut pas survivre et l'État qui édicte des règles sous forme de lois qui peuvent être contraignantes pour les organisations.

➤ **Isomorphisme normatif**

Les normes professionnelles (conventions collectives, etc.), qui forgent les philosophies professionnelles, constituent un cadre cognitif contraignant. Cette pression normative met en évidence des normes qui devraient non pas contraindre le comportement des acteurs, mais l'orienter dans ses prises de décisions (Bensedrine et Demil, 1998).

Au sein du monde des organisationnels, les professionnels ont un rôle de prescripteurs de pratiques, ces dernières étant adoptées d'abord parce qu'elles sont prescrites. Dans un second temps, elles sont transmises par le processus d'autorisation défini par Scott (1995). La professionnalisation des activités de gestion des entreprises est à la base de l'adoption de certaines structures et pratiques. En effet, la professionnalisation induit un isomorphisme normatif, c'est-à-dire fondé sur la transmission des normes. L'isomorphisme normatif pour exister, suppose la réunion de deux éléments : une transmission de normes par des professionnels et un mécanisme de prescription.

➤ **Isomorphisme mimétique**

Face à l'incertitude de l'avenir et au risque de disparition, les organisations se modèlent les unes aux autres. L'imitation consiste à accorder une place centrale aux organisations similaires dans ses choix (DIMAGGIO et POWELL, 1983). Autrement dit, les gestionnaires des entreprises faisant face à une situation d'incertitude, adoptent plus volontiers des comportements similaires de ceux des organisations auxquelles ils se comparent, soit les entreprises exerçant la même activité, soit les entreprises ayant les mêmes bailleurs de fonds ou bien encore les entreprises les plus talentueuses (*leaders*). L'adoption mimétique suppose

la réunion de trois éléments : une incertitude au regard des effets de l'outil, un modèle copié et adopté et un mécanisme qui fait le lien entre les deux premiers éléments (la légitimité cognitive). En effet, lorsqu'il est difficile de connaître la « bonne solution », il semble légitime de copier ce que font les concurrents. En imitant ces pratiques ou structures qu'elles jugent performantes, ces organisations veulent améliorer leur légitimité à l'intérieur de l'environnement organisationnel et réduire leur vulnérabilité. Une des grandes motivations du mimétisme organisationnel est la recherche de comparabilité, car la similarité a comme conséquence que les organisations peuvent travailler plus facilement ensemble (DiMaggio et Powell, 1983).

Pendant que l'isomorphisme fonde l'acte de ressemblance, et donc quelque part les perspectives de l'institutionnalisation de même qu'inversement, l'acte de dissemblance fonde les perspectives de la transgression, compte tenu (ou non) des espérances de récompense (au nom de la conformité) et de sanction (au nom de la transgression) sur la base du critère de plus ou moins grande obéissance ou désobéissance aux « règles » ; ces concepts sont abordés et expliqués par la théorie de régulation, concoctée dans les pages qui suivent.

3.2.2- LA THEORIE DE REGULATION

3.2.2.1- Définition et Polysémie

Selon l'encyclopédie Universalis, la régulation se définit comme l'ajustement, conformément à quelques règles ou normes, d'une pluralité de mouvements ou d'actes et de leurs effets ou produits que leur diversité ou succession rend d'abord étranger les uns les autres.

Plusieurs recherches ont été menées sur le concept par des courants de pensées divers. L'école de régulation dont les acteurs les plus célèbres, Michel AGLIETTA et Robert BOYER s'est intéressée aux mécanismes institutionnels et économiques assurant la régulation des systèmes capitalistes, ceux-ci étant considérés comme affectés par des crises intrinsèques. Quant au courant de l'économie publique dont certains des auteurs sont Jean Jacques Laffont et Jean Tirole, il estime que le bon déroulement de la concurrence économique, ainsi que la gestion des externalités et des défaillances des marchés, doivent être assurés par des *agences de régulation* indépendantes et décentralisées et non plus par une autorité centralisée qui gère simultanément plusieurs activités (un ministère par exemple), ou par la mise en place de services publics traditionnels disposant du monopole sur un marché.

Notre recherche a tiré également ses sources dans la théorie de régulation vue par Jean-Daniel REYNAUD.

3.2.2.2- Fondement de la théorie de régulation de Jean-Daniel REYNAUD

La théorie de la régulation telle abordée par cet auteur dans son livre intitulée : "Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale se fonde sur des concepts pivots comme les règles et l'action collective. Pour lui, les règles qui coordonnent et régulent l'action s'organisent en systèmes qui possèdent des caractéristiques propres et qui répondent à une finalité propre. En quelque sorte, la règle n'est autre chose qu'une contrainte réfléchie, pensée et négociée par les acteurs engagés dans les interactions sociales, dotée d'une certaine inertie et canalisant les actions de manière à assurer une action collective ou un ordre social.

Une fois en place, ces règles exercent une contrainte bien réelle sur le comportement des acteurs, et assurent de ce fait une coordination entre l'univers symbolique d'un côté et la praxis individuelle et collective de l'autre.

En résumé, la théorie de la régulation sociale distingue et relie entre elles trois (3) dimensions analytiques principales :

L'acteur

C'est l'individu qui peut poser un acte. L'acteur est compris selon le nouveau Petit Robert 2008 comme une personne qui prend une part active, joue un rôle important dans la réalisation d'un objectif. C'est aussi celui qui prend une part déterminante dans une action. Une telle action n'est nécessairement pas rationnelle mais généralement raisonnable au sens de Raymond Boudon. Elle doit pouvoir se justifier et on doit pouvoir en communiquer le sens. L'acteur en cherchant à justifier ses actions, produit les règles de l'action.

La règle

L'organisation étant un espace de droit et un sous-espace de l'espace social, elle se trouve «réglée» par tout un ensemble de règles qui viennent d'ailleurs : les règles juridiques issues de la loi, les règles morales, les règles coutumières etc. la règle est un principe organisateur opérant dans le champ symbolique et qui régule les interactions sociales. Toutefois, les règles ne peuvent être comprises pleinement en dehors de l'activité de régulation qui pour REYNAUD recouvre les activités de création, de modifications, de maintien ou de destruction des règles à l'intérieur des systèmes sociaux. La règle juridique n'existe que parce qu'un intéressé l'invoque, une autorité la mobilise, un juge affirme sa pertinence, et parce que le

jugement éventuel (la sanction, l'indemnisation) sera appliqué (REYNAUD, *in* de Terssac, 2003, p. 186).

D'un point de vue organisationnel, on peut remarquer que la règle a deux composantes essentielles et suffisantes : une prescription à laquelle est associée une sanction. Pour qu'une règle existe, s'il n'est pas nécessaire qu'elle soit toujours respectée ou que la sanction suive inmanquablement toute transgression, il reste, qu'une règle, jamais sanctionnée devient peu à peu désuète. Le déclin de la force de la règle suit mécaniquement la rareté de la sanction. A l'inverse une règle toujours sanctionnée sera presque toujours respectée.

Le schéma suivant permet de rendre compte de ce que la transgression est une fonction décroissante de la sanction.

Sanction

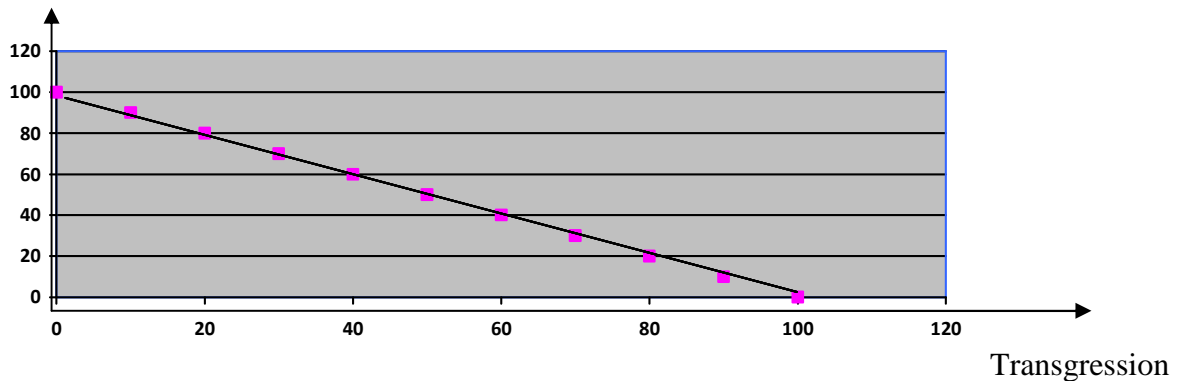


Schéma 1: Courbe de la transgression en fonction de la sanction

L'action collective

L'action collective est l'action commune qui engage les acteurs dans un projet. L'orientation, la finalité, l'intention définissent alors le groupe : un regroupement d'acteurs qui partagent des règles communes et une finalité, un projet partagé. Or, une telle action collective ne peut s'effectuer et se consolider que sur la base d'une régulation collective, car sans elle, il paraît improbable que les acteurs coordonnent correctement leurs activités. Par conséquent, « les règles sont propres à la vie sociale, mais elles sont d'origine collective, elles tirent leur caractère contraignant du fait qu'elles sont les conditions d'une collectivité ».

L'activité de régulation

Postuler que les règles définissent l'organisation de systèmes sociaux ne suffit pas à appréhender pleinement l'action sociale organisée, sinon on négligerait deux dimensions centrales : (i) l'activité de régulation, c'est-à-dire la façon dont se créent, se transforment, se

maintiennent, se suppriment ou se diffusent ces règles, et (ii) la concurrence entre les différentes régulations au sein des systèmes sociaux, qui définit les situations où des régulations antagonistes ou complémentaires portées par des groupes sociaux différents, sont confrontées les unes aux autres. L'activité de régulation dans ce cas est dans une perspective dynamique : les règles sont inséparables de l'activité qui les crée et les maintient. En agissant de façon raisonnable, suivant une règle bien comprise, je produis cette règle, ou du moins je la rends légitime et lui confère un sens.

Les propositions de REYNAUD pour expliquer le maintien et la cohérence des règles sociales, donc la cohésion sociale, ne diffèrent guère, comme il l'admet lui-même, des réponses qu'on rencontre habituellement en sociologie. Il repère trois « mécanismes » primordiaux qui reviennent de façon récurrente : la sanction, l'accord et la légitimité.

3.2.2.3- Les formes de régulation

La théorie de régulation sociale repose sur la distinction entre la régulation de contrôle et la régulation autonome. Jean Daniel Reynaud, à travers sa théorie veut décrire les mécanismes d'apparition et de développement des règles sociales qui ne fonctionnent pas en tant que prescriptions tangibles mais en tant que référence, étalon à partir duquel pourra être évaluée l'action. L'auteur distingue deux modes de formation des règles : l'imposition de la règle par le haut qualifiée de régulation de contrôle et la production par les acteurs puis leur remontée qui est la régulation autonome.

La régulation de contrôle

Parlant de cette régulation, elle consiste à assurer le maintien des règles et à lutter contre la déviance par des moyens institutionnels ou des sanctions spontanées. Concernant la régulation de contrôle, Reynaud remarque que cette part de l'activité de la société consiste à assurer le maintien des règles et à lutter contre la transgression soit par le moyen des appareils institutionnels soit par la pression diffuse qu'exerce la réprobation soit par les sanctions qu'elle provoque. Cette activité n'existe que parce qu'on assiste en permanence à des pratiques transverses.

La régulation autonome

La régulation autonome part du fait que les exécutants veulent en permanence l'existence d'une référence normative libre. Ce type de régulation tente d'échapper au contrôle et aspire à restaurer la marge de manœuvre de l'exécutant. Pendant que la première régulation cherche à contrôler, la seconde tente d'échapper et de restaurer la marge de manœuvre de l'exécutant.

Néanmoins, Jean Daniel REYNAUD ne partage pas l'idée de Roethlisberger et Dikson (1939) qui tente d'opposer les deux types de régulation car la régulation dite autonome n'est pas seulement un acte hostile de l'exécutant mais aussi une forme de zèle au service de l'entreprise, un dépassement des insuffisances des règles formelles. Selon JDR, il existe un point commun entre les deux types de régulation qu'il nomme régulation conjointe. Elle est le produit d'une négociation explicite ou implicite et s'inscrit dans un accord. Elle crée des règles qui sont acceptables par les deux parties. En l'absence de cette régulation, on assiste à des comportements de transgressions.

3.2.2.4-Définition de la Transgression

Etymologiquement, transgresser c'est passer de l'autre côté, traverser, dépasser, franchir des frontières ou des interdits. Elle désigne l'ensemble des actions qui, dans l'organisation, sont en contradiction avec les règles (lois, règlements intérieurs, ordres du supérieur) ou les normes (« méta-règles » souvent tacites). Cette définition sera incomplète si nous n'établissons pas les rapports avec le terme similaire qui est la déviance.

3.2.2.4.1-Définition de la déviance

De nombreuses définitions de la déviance existent dans la littérature managériale (Honoré, 2006) renvoyant à des héritages psychologiques ou sociologiques (Groenemeyer, 2007). La déviance sera définie comme un comportement individuel ou collectif non-conforme à une règle, l'écart par rapport à cette règle pouvant être marginal ou radical. Cette approche relativiste de la déviance s'inscrit explicitement dans la lignée des travaux de Becker (1963) dans le sens où c'est l'existence même de la règle créée par un acteur qui peut conduire à un comportement déviant, mais également c'est la désignation de la déviance qui conduit à qualifier le comportement de transgression. La définition proposée par Robinson & Bennett (1995) a cependant marqué significativement les travaux récents sur la déviance (Warren, 2003; Henle, 2005). Celle-ci est définie comme un comportement volontaire qui se détourne significativement des règles organisationnelles (des règles et pas des valeurs; règles concernant l'organisation dans son ensemble et pas uniquement celles adoptées par un groupe) et qui représente une menace pour l'organisation ou pour un individu.

En mettant en avant la notion d'intention, Y. VARDI & Y WIERNER (1996) rapporté par Yvon PESQUEUX¹⁴ parlent de pôles de déviance et distinguent le pôle « S » (*benefit of the self*) où la transgression est effectuée au profit de l'agent organisationnel, du pôle « O »

¹⁴ Yvon Pesqueux, « De la transgression en sciences des organisations »

(*benefit the organization*) où elle est effectuée dans l'intention de créer un bénéfice pour l'organisation et du pôle « D » (*damage the organization*) avec pour objet la détérioration du matériel ou des locaux.

3.2.2.4.2-Transgression et déviance : deux termes différents

Du point de vue social, il existe une différence nette entre transgression et déviance. Selon la théorie de l'étiquetage de Becker (1963), le qualificatif de déviant ne peut être apposé que par un extérieur qui étiquète ainsi un acte. Pour cet auteur, « le respect des normes est imposé sélectivement en fonction du type de personne, du moment et de la situation. »

A ce niveau, il faut aller chercher les raisons qui motivent les uns à qualifier de déviants des comportements des autres. Comme le souligne Becker (1963/1985, p.54) "être pris et publiquement désigné comme déviant constitue probablement l'une des phases les plus cruciales du processus de formation d'un mode de comportement déviant stable".

En outre, la transgression est un acte qui n'est pas forcément identifié comme tel. Il n'est pas encore étiqueté. Il ne le sera peut-être jamais, si l'acte reste secret ou s'il se situe dans les limites d'une zone de tolérance. La transgression introduit également l'idée de « motif » là où la déviance est plutôt redevable de l'acte.

3.2.2.4.3-Transgression et déviance : deux termes synonymes

La définition de la déviance nous permet de noter qu'on ne peut parler de comportement déviant que lorsqu'il existe des règles qui sont clairement établies et sans équivoque car nous sommes d'accord avec Reynaud lorsqu'il affirme que dans les organisations, les règles ne sont jamais fondamentalement complètes. Cette situation d'imprécision de la règle peut amener les acteurs à l'adapter et justifier leur comportement déviant. La règle est ce dont on peut dévier. Sans règle pas de déviance. Par conséquent on peut dire que dévier c'est toujours transgresser la règle. La qualification de « transgression et de déviance » n'est pas analogue à la qualification de la taille et de la couleur d'un objet. La transgression peut être assimilée au processus de déviance qu'avait décrit Becker (1985), mais ce sont les extérieurs, ceux qui restent dans la norme, qui la désignent ainsi, pas ceux qui la pratiquent par opportunité interne. Pour nous, déviance et transgression sont synonymes car seule une reconnaissance par un tiers les sépare. Nous ne voulons pas donner au terme déviance, le sens que lui donne la sociologie de déviance. Dans notre étude, nous nous permettons d'utiliser l'un ou l'autre des concepts sans entretenir un flou conceptuel.

3.2.2.5- Les causes de transgression

Il existe plusieurs formes de transgressions. Elles sont tantôt des entorses aux règles d'activité (procédures), tantôt des subversions organisées pour transformer l'ordre établi, tantôt des remises en cause de valeurs ou de types de rationalité servant de cadre à l'action. Elles ne sont pas toujours volontaires. Elles peuvent être liées à l'ignorance ou à l'incompétence de l'acteur ou encore découler de l'ambiguïté de la règle elle-même (BABEAU, 2007). Au-delà, se mettre hors norme peut correspondre à des attitudes de bravade, d'intérêt personnel, d'appartenance éthique ou de sentiment identitaire (par rapport à un groupe, à des valeurs sociales, etc.).

Selon Savall et Zardet (1995), on peut distinguer deux courants dans les sciences sociales pour essayer de discerner les actes transgressifs. Le structuralisme qui affirme la prédominance des structures sur les comportements et le comportementalisme qui met le comportement humain au centre des résultats. Pour le premier courant, l'acte de transgression résulte des conséquences involontaires des contraintes de la structure et pour le second cela est dû aux comportements volontaires des acteurs.

Toutefois, l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg nous montre combien l'acte transgressif peut avoir une dimension positive dans le fonctionnement organisationnel. Il est possible de mettre en évidence en particulier le fait que la transgression joue dans l'organisation le rôle de conciliateur des contraintes contradictoires des organisations

3.2.2.5.1- La transgression involontaire

La transgression étant considérée comme un écart à la règle, on peut concevoir que les acteurs puissent transgresser de manière involontaire. Ces transgressions involontaires ont été étudiées par Reason (1990) et Leplat (1985). Pour Leplat, elle est « un écart entre l'action exécutée par l'opérateur et l'action correspondant à la tâche ». Nous sommes d'avis avec cet auteur pour qualifier cette transgression d'innocente. Plusieurs raisons peuvent être à la base d'une telle forme de transgression. On peut citer :

➤ La transgression par incompétence

Ici, Leplat évoque le cas où l'incompétence de l'acteur est l'acte déclencheur de la transgression. Devant une tâche où l'on ne perçoit pas la nature exacte, il est naturel que l'acteur soit amené à déformer celle-ci, et donc à entrer parfois en contradiction avec les

prescriptions initiales. L'incompétence peut aussi prendre la forme d'une inadaptation des capacités de l'acteur face aux exigences ou aux défauts du système technique qu'il manipule.

➤ **L'ignorance ou la méconnaissance d'une règle**

Si l'adage « nul n'est censé ignorer la loi » est la condition indispensable de l'efficacité d'un système de norme quel qu'il soit, il demeure néanmoins difficile de connaître la totalité des règles en vigueur. Dans une organisation, l'expansion des normes et la diversité des canaux de communication constituent des obstacles pour une meilleure connaissance des dispositions réglementant la mise en œuvre des activités. Dans ce cas, la transgression ne serait que le reflet de l'ignorance de la règle violée.

➤ **La règle floue**

Selon une citation de Ogien (1995), « les prescriptions sont intrinsèquement floues, les infractions étonnement indéterminées, les sanctions partiellement indéterminées, les individus généralement indociles ». L'existence de règles floues est une constante de toute organisation. Lorsque les dispositions contenues dans une règle ne sont suffisamment claires pour orienter les comportements des acteurs, chacun l'interprète à sa manière pour atteindre ses objectifs. Aussi, si les différentes parties de la règle se contredisent, serait-il difficile à une organisation de la mettre en œuvre.

3.2.2.5.2-La transgression volontaire

Cette qualification de la transgression réside dans le fait que des acteurs sont animés par des volontés qui les poussent à dévier de la règle. Ces volontés peuvent être mues par des inerties de la règle ou de la pratique. Selon ce déterminisme, celui qui transgresse une règle a toujours une bonne raison de le faire. On peut citer une fidélité à une croyance religieuse et aux préceptes qu'elle impose, un intérêt économique etc. Lorsque le bénéfice à tirer du non respect de la règle est supérieur au coût à en engager pour la respecter, l'acte de transgression est commis.

L'explication la plus évidente d'une transgression volontaire généralisée d'une règle est la caducité de cette dernière. Une règle a été édictée à une époque pour répondre à une situation donnée, mais la situation a tellement changé que la règle n'a plus d'objet. Cette norme, si elle n'est pas remplacée sera constamment transgressée. L'obsolescence des normes est le seul cas reconnu par la théorie classique de l'organisation dans lequel la transgression est qualifiée de légitime. Aussi, par manque de volonté politique et de moyens adéquats de répression, il peut

arriver que la règle ait été changée sans que la pratique ne suive immédiatement. Dans ce cas, la répression et le contrôle doivent s'accompagner d'un véritable changement de mentalité pour parvenir à faire rentrer la nouvelle norme dans les habitudes.

IV- PRESENTATION DES RESULTATS

4.1-RESULTATS PRELIMINAIRES : Organisation du Système de gestion des déchets biomédicaux dans la ville de Cotonou

4.1.1- PRESENTATION SOMMAIRE DE LA VILLE DE COTONOU

La ville de Cotonou¹⁵, cadre empirique de la présente recherche, est située sur le bassin sédimentaire côtier du sud-Bénin, dans la plaine littorale d'altitude basse et sablonneuse entre 6°20' et 6°23' de latitude Nord et 2°22' et 2°30' de longitude Est. Elle est limitée au Nord par le lac Nokoué, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par la Commune de Sèmè-Kpodji et à l'Ouest par la Commune d'Abomey-Calavi.

La ville de Cotonou couvre une superficie de 79 km² dont 70% sont situés à l'ouest du chenal de l'océan Atlantique. Trente trois pour cent (33%) de la superficie de Cotonou sont constitués de zones marécageuses et 67% de zones en terre ferme et urbanisées.

Figure 1 : Carte de la ville de Cotonou

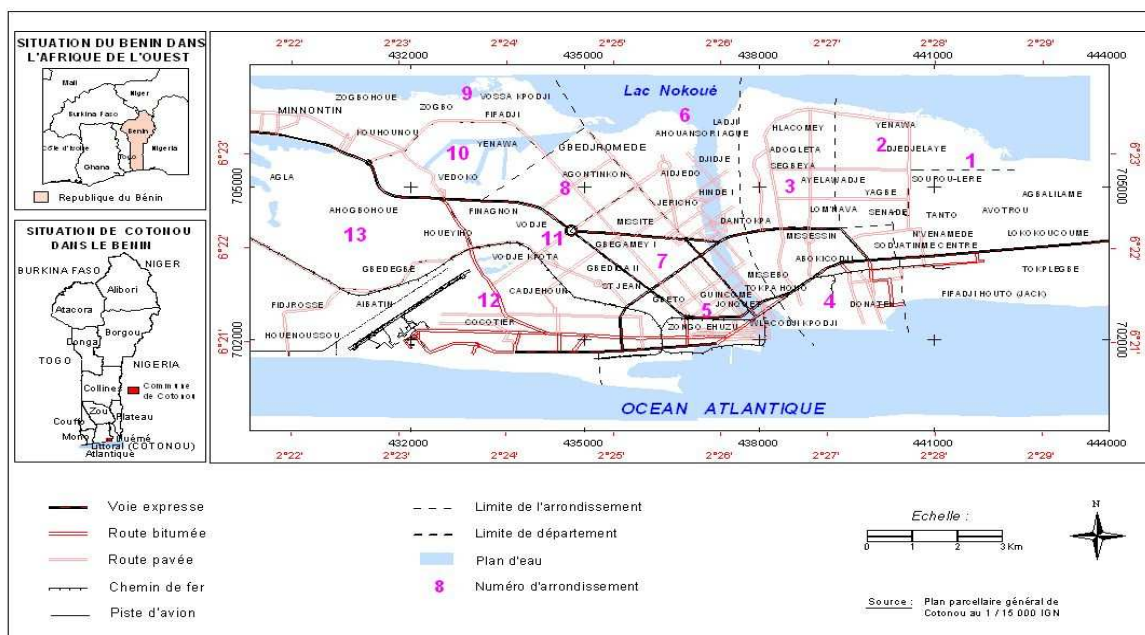


Figure 1 : Ville de Cotonou

¹⁵ Lazare AKOMAGNI, Avril 2006 : Monographie de la ville de Cotonou

4.1.1.1- Etat Administratif

Sur le plan administratif, la ville de Cotonou (ville à statut particulier à l'instar de Porto-Novo et de Parakou), constitue à elle seule, le département du Littoral et regroupe treize (13) arrondissements et s'étend de part et d'autre du chenal qui relie le lac Nokoué à l'Océan Atlantique.

4.1.1.2- Caractéristiques humaines

Elles prennent en compte les données démographiques et l'habitation d'une part et les activités économiques d'autre part.

Du point de vue démographique, la ville de Cotonou qui abrite 10% de la population totale du Bénin, comptait en 2009, 764.515 habitants et attire les $\frac{3}{4}$ des populations qui quittent les milieux ruraux pour s'installer dans les centres urbains. Cette situation est le fait de la concentration des activités économiques qui, tout en faisant de la ville de Cotonou la ville la plus équipée en infrastructures du Bénin, ne garantit pas cependant des conditions de vie satisfaisantes pour ses habitants. La croissance démographique a été remarquable dans la ville de Cotonou. Si, en 1910, Cotonou ne comptait que 1954 habitants, il ressort que la ville de Cotonou a connu une croissance démographique fulgurante de 1910 à 2009 ; ainsi sur une période de 100 ans, la population a connu une augmentation de 762.561 habitants.

4.1.1.3- Etat de salubrité

Selon plusieurs observateurs, Cotonou, la capitale économique du Bénin, est construite sur un tapis d'ordures. Chaque terrain et chaque chaumière nouvellement érigée dans la métropole reposent en grande partie sur un remblai de déchets. La ville étouffe chaque jour un peu plus sous le poids des détritiques qui jonchent les rues, les trottoirs, les marchés, les rives, les canalisations pluviales...

Près d'un million d'êtres humains se côtoient dans les rues de Cotonou qui n'en ont qu'un seul site d'enfouissement dans sa proximité. Les services de gestion des ordures n'arrivent pas à couvrir la demande en la matière. Le résultat de cette situation est un paysage triste, nauséabond et dangereux. Des seringues côtoient les terrains de jeux et des femmes puisent de l'eau dans des puits alimentés par une nappe phréatique de qualité douteuse. Les amoncellements de détritiques servent de nids de propagation pour la vermine, les insectes et les maladies. Dans certains quartiers populaires, les berges de la jadis jolie lagune de Cotonou, tout près de l'Atlantique, sont autant de latrines à ciel ouvert !

4.1.1.4- Etat sanitaire de la ville de Cotonou

Les principales maladies rencontrées à Cotonou selon les statistiques du CNHU sont : les maladies obstétriques (22,7%), les maladies infectieuses (15,8%), les maladies du sang (13,8%), les lésions traumatiques (8,2%), les maladies de l'appareil circulatoire (7,4%), les maladies de l'appareil digestif (5,6%), les maladies de l'appareil uro-génital (4,3%), les maladies de l'appareil respiratoire (4,1%), les tumeurs (2,7%) et les néonatalogies (2,6%).

4.1.1.5 Présentation du champ organisationnel du secteur des DBM

Un champ organisationnel est difficile à délimiter pour tout chercheur, cet exercice étant emprunt de subjectivité (P. DiMaggio, 1988). Cependant, dans le cadre de la présente recherche, nous avons essayé de distinguer trois (03) catégories d'acteurs à savoir :

- les formations sanitaires (FS) ;
- les centres de traitement des déchets ;
- l'Etat.

4.1.1.5.1 Les formations sanitaires (FS)

Les formations sanitaires sont les plus nombreuses dans le champ organisationnel. Plus de cinq cent (500) à Cotonou, ce sont elles qui produisent les déchets biomédicaux et donc chargées en premier lieu de mettre en pratique les dispositions prescrites dans le décret.

Infrastructures et organisation

L'organisation du secteur de la santé, public et privé, est basée sur la décentralisation administrative du pays en 12 départements et 77 communes. Le niveau périphérique du système de santé est la zone sanitaire, dénomination locale du district sanitaire; c'est donc le niveau de traduction en actions concrètes des projets et programmes nationaux de développement sanitaire et le niveau de l'offre de soins de santé de base aux populations. On en compte 34 dans le pays, avec une population moyenne de couverture comprise entre 100 000 et 200 000 habitants. Chaque zone sanitaire est constituée d'un réseau de services de premier contact et d'un hôpital de référence. Les services de premier contact regroupent les unités villageoises de santé (UVS), les centres de santé d'arrondissement (CSA), les centres de santé de commune (CSCOM) et des formations sanitaires privées. Les organes de gestion du premier échelon sont constitués du comité villageois au niveau UVS, du comité de gestion d'arrondissement (COGEA) pour les CSA et du comité de gestion de la circonscription sanitaire de commune (COGEC) pour les CSCOM. Par ailleurs, des associations de

développement, poursuivant un objectif plus large de bien être des populations, existent dans les communes. Au niveau de la référence, le conseil de gestion de l'hôpital de zone, le comité de santé et l'équipe d'encadrement de zone administrent respectivement l'hôpital et la zone sanitaire. L'équipe d'encadrement de la zone sanitaire est dirigée par le médecin coordonnateur de zone et comprend plusieurs autres cadres sanitaires, administratifs, financiers et techniques. Bien que la quasi-totalité des quatre (04) zones sanitaires de Cotonou soient fonctionnelles, deux (02) seulement possèdent un hôpital de zone. Il s'agit des zones sanitaires de Cotonou 2- 3 et de Cotonou 5.

Par ailleurs, Cotonou abrite les principales infrastructures sanitaires à caractère national. Il s'agit de :

- Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. MAGA ;
- Centre National Neuro Psychiatrique de JACQUOT ;
- Centre National Hospitalier de Pneumo Phtysiologie;
- Centre National de Gérontologie ;
- Hôpital de la Mère et de l'Enfant de la Lagune (HOMEL).

Le secteur privé sanitaire est constitué du secteur humanitaire et du secteur privé libéral.

Le secteur humanitaire comprend les structures confessionnelles et les ONG. La plupart des structures confessionnelles est intégrée dans le Système national d'information et de gestion sanitaires dans le cadre d'accords de partenariat avec le Ministère de la santé publique. La coordination de ce secteur est assurée par l'Association des Œuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales (AMCES). Au sein des ONG, le Réseau des ONG béninoises de Santé (ROBS) se donne pour mission « d'assurer des services de santé de proximité et de qualité aux communautés par la coordination des initiatives des organisations membres, le renforcement de leurs capacités et le plaidoyer». Comme structure faîtière, le ROBS a son siège à Cotonou et regroupe une centaine d'ONG réparties à travers le pays. Il accorde une priorité aux services de santé à base communautaire, au renforcement des initiatives locales et à la décentralisation du système de santé. En son sein, on peut citer :

- Centres de santé confessionnels : St Luc, BETHESDA, St Jean de Mènontin, Ste Marie des Anges, St Jean de Gbégamey, PADRE PIO de Akpakpa.
- Centres de santé non confessionnels : Clinique BONI d'Akpakpa, Clinique les GRACES, Clinique Coopératives (trois), Clinique Roseraie et Clinique les Cocotiers.

A ces infrastructures s'ajoutent une multitude de cabinets médicaux privés qui drainent aujourd'hui une bonne partie de la population de Cotonou.

Le secteur privé de soins est surtout développé en milieu urbain à travers les cliniques et autres cabinets de soins.

Montage institutionnel

Sur le plan opérationnel, depuis la table ronde du secteur de la santé en janvier 1995, le système a évolué de façon horizontale, vers le concept de zone sanitaire avec trente quatre (34) zones sanitaires au niveau national dont quatre (04) à Cotonou¹⁶ (Rapp table ronde secteur de la santé, 1995) ;

De façon verticale, le système présente une pyramide à trois (03) niveaux dont (i) le niveau central est animé par le Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou, (ii) le niveau intermédiaire par les Centres Hospitaliers Départementaux et (iii) le niveau périphérique par les Hôpitaux de zone, les Centres de santé de Commune (CSCOM), les Centres de santé d'Arrondissement (CSA), les Unités Villageoises de Santé (UVS) et les Structures Sanitaires Privées. Cette organisation met en évidence les centres de production des déchets biomédicaux. Ainsi, à Cotonou, la production des déchets biomédicaux est répertoriée dans le tableau ci-après.

Tableau 2 : Production journalière des DBM

Types d'Établissements	Effectifs	Productions journalières par établissement (Kg/J)	Productions Journalières (Kg/J)
Hôpitaux	5	407,68	2038,4
Centres de santé	31	134,26	4162,06
Cliniques	43	103,95	4469,85
Cabinets	390	32,55	12694, 5

Source : Oxfam Québec *et al* (2006)

4.1.1.5.2 Les Centres de traitement des déchets

Ce sont des centres qui, disposant plus de moyens que les autres et soucieux des enjeux environnementaux organisent l'activité de gestion des déchets biomédicaux. Durant notre enquête, nous avons identifié l'ONG DCAM Bethesda qui mène entre autres, des activités dans le domaine de la protection de l'environnement et de l'assainissement.

En effet, le Développement Communautaire et Assainissement du Milieu (DCAM) est l'un des trois (03) départements de l'ONG BETHESDA, une organisation non gouvernementale,

¹⁶ Table ronde Secteur de la santé, 1995, citée par le Guide de Gestion des Déchets Biomédicaux dans la ville de Cotonou, Décembre 2008

apolitique et à but non lucratif. Elle a été créée en 1990 et vise la promotion du bien être mental, physique et social à travers des actions de soins curatifs et préventifs. Son premier département est l'Hôpital BETHESDA et le troisième PEBCo BETHESDA.

Pour la mise en œuvre des activités, le DCAM évolue dans une approche-projets. Ces projets opèrent directement auprès des communautés avec l'accompagnement technique de quatre (04) services administratifs que sont (i) le Secrétariat Administratif chargé de la Gestion Administrative du Personnel (SAGAP), (ii) le Service des Ressources Matérielles et Financières (SRMF), (iii) le Service Planification et Suivi Évaluation (SPSE) et (iv) le Service des Etudes, de la Prospection et des Projets (SEPP).

Les projets que DCAM développe en 2011 sur le terrain sont (i) le Projet d'Appui à la Gestion des Déchets et à la Décentralisation (PAGeD-2), (ii) le Projet d'Hygiène et Assainissement de Base dans l'Alibori (PHABEP), (iii) le Projet de Gestion des Déchets Urbains à Cotonou et à Porto Novo (PGDU) qui englobe la gestion des DSM et des DBM, (iv) le Projet ECOLE (CETG-BETHESDA), (v) le Centre Agro-pastoral de Formation et d'Insertion Professionnelle (CAFIP), (vi) le projet BENIN EAU (BENEAU).

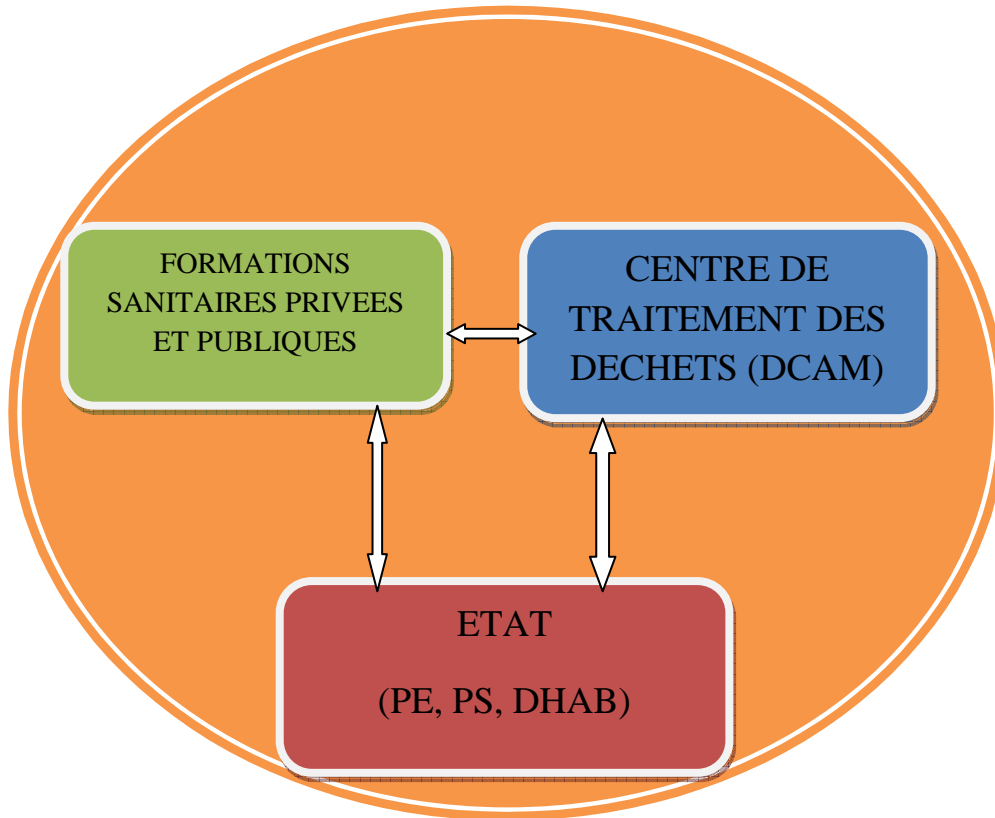
Pour la gestion des déchets biomédicaux, DCAM-Bethesda a mis en place un système que nous avons développé plus loin dans la stratégie basée sur le système d'abonnement à un centre de traitement.

4.1.1.5.3 L'Etat

L'Etat joue un rôle très important dans le champ organisationnel des DBM dans la mesure où il doit réguler le secteur. Dans ce secteur, l'Etat est représenté par la DHAB, la police sanitaire et la police environnementale. Ce sont des structures de contrôle mises en place dans le cadre de la gestion des déchets et du respect de la loi portant code de l'hygiène publique. Il est prévu, dans le cadre de leurs activités, que les formations sanitaires soient soumises à des contrôles inopinés afin de s'assurer du respect des normes en vigueur. Le comportement des autres acteurs du champ dépend de la forte implication ou non des structures de régulation de l'Etat. Ce sont elles qui peuvent imprimer une dynamique au champ soit en apportant des ressources financières soit en mettant en œuvre des dispositifs de sanction. Cette dynamique peut entraîner des comportements d'isomorphisme coercitif au sein des formations sanitaires.

Les différentes catégories d'acteurs identifiées sont synthétisées visuellement dans la figure ci-après qui représente le champ organisationnel des DBM au Bénin:

Figure 2 : Champ organisationnel des DBM



Source : Résultats de nos recherches

4.1.2- CADRE LEGISLATIF ET INSTITUTIONNEL DE LA GESTION DE DECHETS BIO MEDICAUX

Historique de gestion de la filière des DBM

Selon les données recueillies auprès des acteurs, la promotion des incinérateurs de type DHAB a démarré vers les années 90¹⁷. Les notices techniques obtenues auprès des services de la surveillance sanitaire du CNHU de Cotonou ont mis en évidence que les deux (02) incinérateurs du Centre hospitalier, de marques italienne et japonaise ont été respectivement mis en place en 1987 et en 1995.

Si la plupart des incinérateurs de Cotonou sont de type DHAB et Monfort, leur essai a commencé ailleurs. Ainsi, le premier essai d'installation par l'Etat, d'un incinérateur de type DHAB remonterait aux années 1995/ 96. C'était à l'Hôpital l'Ordre de MALT à Djougou. Les

¹⁷ Résultats de nos recherches

années suivantes, la vulgarisation de cette technologie a été faite dans les Centres de santé des sous-préfectures, actuellement communes.

En 2000, l'Hôpital de Natitingou a été choisi pour recevoir l'expérimentation d'une nouvelle technologie qu'est l'incinérateur de type Monfort, après que l'Etat ait envoyé des techniciens béninois en formation au Mali sur financement de l'OMS. Cette technologie a été vulgarisée dans les centres de santé du nord vers le sud. Ce n'est qu'en 2003 que le CNHU de Cotonou a eu droit à ce type d'incinérateur qui est actuellement en vigueur au Bénin.

Principes de base

Les stratégies de gestion des DBM mises en place sont fondées sur un certain nombre de principes tirés pour la plupart de la loi n°87 - 015 du 21 Septembre 1987 portant code d'hygiène publique, de son décret d'application n°97 du 616 du 18 Décembre 1997 et du Décret N° 2002-484 du 15 Novembre 2002 portant gestion rationnelle des déchets biomédicaux en République du Bénin. Ces principes sont :

- La séparation obligatoire des déchets à la source basée sur les trois (03) grandes catégories issues de la caractérisation que sont (i) déchets anatomiques humains, (ii) déchets non anatomiques infectieux et (iii) déchets infectieux pointus et tranchants¹⁸ ;
- la destination des déchets à des récipients appropriés identifiables par leurs couleurs différentes ou de par leurs étiquettes visibles, selon le code OMS¹⁹ ;
- la séparation des biomédicaux d'avec les autres types de déchets durant l'entreposage avec un temps de stockage inférieur ou égal à 48 heures²⁰ ;
- l'identification du véhicule transportant les biomédicaux du lieu de production vers le lieu de traitement ou d'élimination par le pictogramme « déchets biomédicaux infectieux²¹ » ;
- l'interdiction formelle d'enfouissement des déchets biomédicaux non traités, ou de leur brûlage à l'air libre²² ;
- l'incinération obligatoire des déchets contaminés, des récipients à usage unique et une décontamination des autres récipients utilisés pour la collecte et le transport²³ ;

¹⁸ Décret N° 2002-484 du 15 Novembre 2002 portant gestion rationnelle des déchets biomédicaux en République du Bénin

¹⁹ *Ibid*

²⁰ *Ibid*

²¹ *Ibid*

²² *Ibid*

²³ *Ibid*

- la mise en place par chaque formation sanitaire d'un dispositif adéquat d'incinération des déchets biomédicaux ou le cas contraire signature d'un contrat de partenariat avec une formation sanitaire répondant auxdites exigences²⁴ ;
- l'enfouissement dans une fosse à cendres ou bien dans une décharge contrôlée des cendres produites par les opérations d'incinération²⁵ ;
- la soumission de l'ouverture d'un établissement où sont produits des déchets biomédicaux et autres déchets à risque, à une autorisation spéciale du Ministère chargé de la Santé²⁶ ;
- la soumission de toute structure devant intervenir dans la collecte, transport ou le traitement des déchets, à une autorisation conjointe préalable du Ministre chargé de la Santé et du Ministre chargé de l'Environnement²⁷.

4.2- RESULTAS PAR PROPOSITION

Lesdits résultats sont présentés dans cette rubrique proposition par proposition.

4.2.1-PRESENTATION DES RESULTATS LIES A LA PROPOSITION 1

Rappel de la proposition 1 : Le faible niveau de coercition dans le cadre de la mise en place d'une règle, favorise la transgression de cette dernière durant la mise en œuvre de l'action réglementée.

4.2.1.1- Les comportements de non respect de la règle par les formations sanitaires

Les enquêtes menées sur le terrain pour appréhender les dispositions que les différentes formations ont prises ont montré que les acteurs, s'inspirant des principes du décret, évoluent à travers diverses stratégies. Ces stratégies qui avaient pour objectif le respect de la règle, ont pour la plupart échoué du fait d'un manque de suivi et de contrôle.

4.2.1.1.1-Stratégie d'Auto Gestion (SAG)

Ce mode de fonctionnement a été fortement motivé par l'article 38 du Décret N° 2002-484 de manière que la plupart des formations sanitaires publiques et même des formations sanitaires privées ont eu leur incinérateur. Ainsi, chaque formation sanitaire dotée de son

²⁴ Décret N° 2002-484 du 15 Novembre 2002 portant gestion rationnelle des déchets biomédicaux en République du Bénin

²⁵ *Ibid*

²⁶ *Ibid*

²⁷ *Ibid*

propre équipement d'incinération comme l'indique le schéma ci-après s'occupe de gérer par elle-même ses déchets biomédicaux. L'initiative prise par dix (10) formations sanitaires a été bonne au départ, malheureusement de nos jours, la SAG, est complètement vouée à l'échec étant donné qu'aucune des normes pré citées n'est véritablement respectée. Dans ce mode de fonctionnement, le non respect de la règle sera examiné à travers le lieu d'implantation et l'état des incinérateurs, l'entreposage, le traitement et l'élimination.

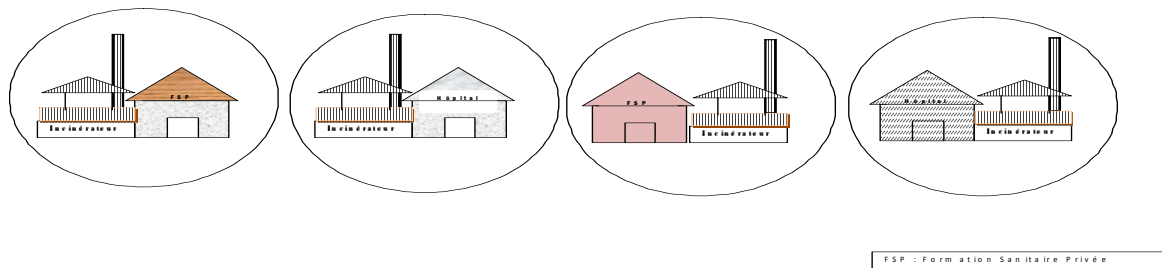


Illustration 1 : Modèle basé sur l'auto gestion

Nous avons constaté à travers nos enquêtes que 80% des formations sanitaires ne disposent pas d'un incinérateur en état normal de fonctionnement. D'autres constats faits au niveau de ces formations sanitaires montrent une violation flagrante de certaines dispositions contenues dans le décret. Il s'agit :

Lieu d'implantation et état des incinérateurs



La plupart des incinérateurs qui existent dans les formations sanitaires sont situés soit dans l'enceinte soit à côté du centre. Au CNHU de Cotonou par exemple, un incinérateur est même situé juste à 30 m du service de la néonatalogie et à 10 m de la cantine de l'hôpital. A l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune (HOMEL), l'incinérateur est situé juste derrière le grand lycée de la ville de Cotonou. Par ailleurs ces incinérateurs sont construits à l'air libre et favorisent une proximité avec les malades, les gardes-malades et autres personnels du centre de santé. Un autre type de conséquence est que la population riveraine est soumise à une nuisance olfactive et pollution atmosphérique massive à cause des fumées dangereusement toxiques. Les recherches sur le terrain ont permis de constater que 80% des

incinérateurs sont en mauvais état. La vétusté du matériel est mise en évidence par des cheminées endommagées, des chambres de combustion fissurées réduisant considérablement la température d'incinération, des fosses à cendre obstruées par le sable etc.

Entreposage des déchets



Photo 2 : Entreposage non indiqué des DBM

Pour cause de mauvais état, du manque d'entretien, de la faible capacité d'absorption des incinérateurs, de l'exiguïté des espaces, les déchets biomédicaux sont entreposés dans des récipients inappropriés et séjournent pendant près de deux mois, au-delà du délai réglementaire de 48 h. (90%) des structures visitées n'ont pas donné l'opportunité de voir un local de stockage aménagé et fermé, accessible aux seuls agents

chargés de la gestion des déchets. La pré collecte s'effectue par le biais de plusieurs types de récipients : poubelles en plastique ou à pédale en aluminium munies ou non de couvercle dans les services, petites caisses en carton, demi fûts. Tous ces supports de collecte reçoivent sans distinction pour la plupart les reliefs de repas, les emballages de médicaments, les ampoules pour injection, les pansements souillés, les bouteilles de perfusion, bouteilles, seringues, aiguilles, etc.

Les gants chirurgicaux sont réutilisés en salle de pansement après un processus de décontamination, rinçage, et stérilisation ; ce qui ne devrait pas être le cas.

Traitement et élimination

L'activité de traitement et d'élimination des déchets consiste à les introduire dans des chambres de combustion de l'incinérateur et à ajouter du pétrole. Après avoir mis le feu à cet ensemble, le tout est complètement consumé sous l'effet d'une température très élevée, laissant place à la cendre qui est convoyée vers la fosse à cendre réalisée sous l'incinérateur.

Par ailleurs, d'autres types de traitement sont constatés sur le terrain.

La désinfection par l'eau de javel est parfois utilisée pour les aiguilles triées, les placentas à remettre aux parents et le traitement par autoclave est employé pour la destruction des germes de milieu de culture. Les centres qui disposent d'incinérateurs de type Montfort incinèrent très tard dans la nuit ou en week - end du fait des plaintes des habitants mitoyens. Mais ces fours, ne fonctionnant pas en continu, engendrent de fortes variations de température. Or ces variations engendrent une combustion incomplète ainsi qu'une pollution d'air.



Photo 3 : Brûlage des DBM à l'air libre

Aussi, assiste-t-on souvent à un brûlage à l'air libre par des formations sanitaires lorsque l'incinérateur se trouve en panne. Il s'effectue généralement à l'air libre et/ou dans des trous. Cette pratique est préjudiciable à l'environnement, parce qu'elle est source d'une pollution de l'air et de nuisances pour les riverains. En outre, la méthode laisse une quantité importante de résidus non brûlés, de sorte que le problème de l'élimination reste entier. C'est à peine 30% des

déchets qui sont effectivement détruits.

Dans d'autres cas, le rejet direct des déchets de soins de santé dans la nature, à même le sol ou dans des bacs à ordures, très souvent mélangés aux ordures ménagères, constitue aussi une pratique très répandue au niveau des centres de santé dont les incinérateurs sont en panne. Cette pratique se traduit par la création de véritables décharges sauvages. Le rejet non contrôlé des déchets sanitaires comporte des risques environnementaux et sanitaires, notamment pour les enfants et les récupérateurs informels qui fréquentent les bacs à ordures et les dépôts sauvages.

4.2.1.2.2- Stratégie d'Encadrement Technique par l'Hôpital de Zone (SETHOZ)

Un autre mode de gestion comme l'indique le schéma ci-après, consiste à faire d'un hôpital public, généralement l'hôpital de zone, un pôle qui exerce son influence technique - droit de regard et de suivi de la gestion des DBM - sur d'autres formations sanitaires publiques et privées, majoritairement de sa compétence territoriale. Nous pourrions citer le cas de la zone sanitaire Cotonou 1-4, où le Centre Médical (CM) est en partenariat avec les trente quatre (34) autres formations sanitaires de ladite zone. C'est également le cas du CNHU de Cotonou avec autour, l'infirmerie du Corps de la Paix, l'Hôpital Départemental de l'Ouémé, le CSCOM d'Abomey-Calavi, etc.

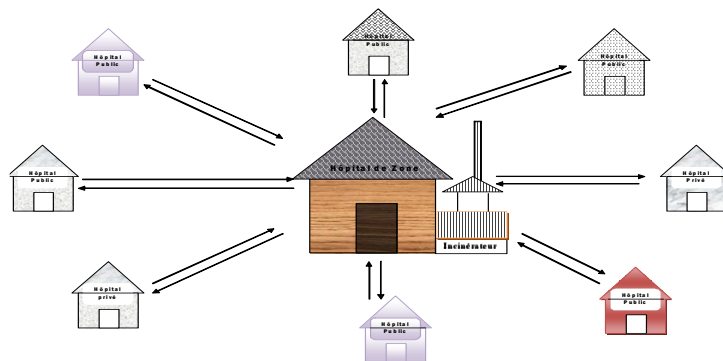


Illustration 2 : Modèle basé sur le système polaire



Photo 4 : Véhicule de transport en commun déchargeant des DBM

Cette stratégie n'a pas connu un grand succès pour les causes de manque de moyens afin d'assurer convenablement l'entretien des incinérateurs. A ce niveau, plusieurs dispositions du décret ne sont pas respectées notamment les articles liés au transport des déchets d'une formation sanitaire affiliée vers le centre du système polaire qu'est l'hôpital de zone et la durée d'entreposage. En effet, étant donné que l'incinérateur du centre principal tombe souvent en panne, les déchets des autres formations sanitaires affiliées qui ont un contrat avec ce centre séjournent tout le temps que l'incinérateur n'est pas réparé. Finalement, une bonne partie de ces déchets est envoyée sur des points de regroupement des ordures ménagères.

Le décret portant gestion rationnelle des DBM dispose que le moyen de transport de ces déchets doit être clairement identifié à l'aide d'un pictogramme et être à usage unique. Mais des formations sanitaires qui doivent envoyer leurs déchets vers d'autres hôpitaux utilisent des véhicules à usage collectif (commercial, administratif, etc.). La photo ci-dessus montre un véhicule de transport en commun déchargeant des DBM emballés dans des sachets dans un centre de grande réputation à Cotonou. Quelques minutes plus tard, ce véhicule a continué son activité habituelle, transportant des passagers.

4.2.1.1- Défaillance du mécanisme de suivi et de contrôle de la mise en œuvre de la règle

Par rapport au mécanisme de suivi installé, nous avons constaté l'existence de deux structures chargées de faire respecter la norme : La police environnementale et la police sanitaire. Ces



Photo 5 : Brûlage des DBM dans des tonneaux usagés

structures ont l'obligation de veiller à la bonne gestion des déchets en faisant des contrôles inopinés dans les formations sanitaires, en sensibilisant régulièrement toutes les personnes susceptibles de manipuler les déchets. Elles sont aussi chargées d'amender les structures sanitaires qui ne respectent pas les dispositions de la norme. Notre enquête a montré que sur les quarante deux (42) formations sanitaires enquêtées, trois (03) seulement ont reçu la visite de ces organes de régulation durant les douze derniers mois soit un pourcentage de 7%. Lors de ces visites, une formation sanitaire qui brûle ces déchets dans des vieux tonneaux vides a juste été conseillée de prendre des dispositions pour s'abonner à un centre de traitement des déchets. La raison essentielle énumérée par les

responsables de ces structures de l'Etat est le manque de moyens de transport pour la mise en œuvre des activités. Un des responsables qui devraient assurer la coercition nous a même confié : « A partir du moment où les responsables sanitaires connaissent les nuisances, ils doivent être leur propre gendarme ». Un autre de nous dire : « Il est de la responsabilité de chaque formation sanitaire de prendre les dispositions pour réduire les nuisances causées par la mise en œuvre de ses activités professionnelles ».

4.2.1.2- Causes et facteurs favorisant le non respect de la règle

Lieu d'implantation et état des incinérateurs

L'article 40 du décret portant gestion rationnelle des DBM stipule que : l'installation des incinérateurs doit respecter des normes bien définies. Toute installation doit être soumise au préalable à une autorisation conjointe du ministère de la santé et du ministère de l'environnement après étude du dossier par la DHAB. La disposition ajoute que lesdites installations sont soumises au contrôle périodique de la DHAB et des structures compétentes. Nous avons constaté que la plupart des incinérateurs ont été construits avant la prise du décret donc sans étude d'impact environnemental. Mais, aucun contrôle périodique n'est effectué pour permettre de suivre leur entretien pour leur bon fonctionnement. C'est ce laxisme de la part des organes de contrôle qui justifie la négligence des formations sanitaires en ce qui concerne l'affectation des ressources financières nécessaires à l'entretien des équipements.

Entreposage des déchets

Selon l'article 26 dudit décret, le délai de stockage des déchets ne doit pas dépasser quarante huit heures (48h). L'observation au cours de l'enquête nous a permis de constater que les déchets ont séjourné pendant près de deux mois dans un centre de santé. Cette situation pourrait être évitée si le système de contrôle et de suivi était efficace.

Traitement et élimination

La disposition de l'article 45 exige que nul n'a le droit de brûler à l'air libre les DBM. Cette disposition n'est pas respectée dans plusieurs formations sanitaires. Le brûlage des déchets dans des tonneaux est une pratique fréquente des agents hospitaliers. Aussi, le décret en son article 11 stipule-t-il qu'il est permis aux formations sanitaires de signer des contrats avec des entreprises privées pour le traitement de leurs déchets. Si les agents de la police sanitaire et de la police environnementale faisaient des contrôles inopinés tels stipulés dans l'article 47 dudit

décret, la situation se serait améliorée. Ils pouvaient tout au moins informer ces formations sanitaires de l'existence d'un centre de traitement à DCAM Bethesda.

4.2.2-PRESENTATION DES RESULTATS LIES A LA PROPOSITION 2

Proposition 2 : Le degré de perception et de connaissance des dispositions des règles par des organisations et l'ignorance des risques liés à leurs actions favorisent la transgression.

4.2.2.1-Perception par rapport aux dispositions contenues dans le décret

Perception de l'opportunité de la prise du décret

La totalité des enquêtés estiment que le décret portant gestion des déchets biomédicaux comporte tous les éléments pouvant permettre une bonne gestion de la filière. Pour ces acteurs, il était nécessaire que l'Etat prenne des dispositions afin d'arrêter le désordre qui s'observait dans le secteur. En effet, avant la prise du décret en 2002, toutes les formations sanitaires ne disposant pas d'incinérateurs jetaient leurs déchets dans les marécages, sur des dépotoirs, les mélangeaient avec les ordures ménagères, procédaient à un brûlage systématique ou à un enfouissement. Bien qu'ils aient déploré le fait de ne pas avoir été associés à l'élaboration du décret, ils estiment néanmoins que ce dernier vient mettre de l'ordre.

Perception des dispositions relatives à l'entreposage et à l'abonnement à un centre de traitement

Toutes les formations sanitaires soit 100% s'accordent à dire que les dispositions relatives au respect des couleurs des poubelles et de la sollicitation d'une entreprise d'incinération des déchets ne sont pas pertinentes. En effet, les poubelles exigées n'existent pas sur le marché local et il faut aller jusqu'au Ghana pour s'en approvisionner. Même, les boîtes de sécurité pour recueillir les aiguilles ne sont pas disponibles pour satisfaire le besoin en la matière. Le décret reste vague sur la création du centre qui doit s'occuper exclusivement du traitement des déchets. Selon les enquêtés, dix ans après la prise du décret, il n'existe aucun centre de traitement des déchets qui puisse leur permettre de contracter des abonnements. « *Nous avons bien la volonté de respecter la loi, mais les hôpitaux de zones qui devraient nous aider ne disposent pas d'incinérateurs en forme. Nos déchets pourraient séjourner auprès d'eux pendant plusieurs jours sans être traités. Face à cette situation, nous sommes obligés de trouver une solution intermédiaire ne sachant pas qu'il existe un centre qui traite les déchets*

sur la base d'un contrat spécifique » ont rapporté la plupart des responsables des formations sanitaires.

Perception de l'obligation de la construction d'un incinérateur et du transport par moyen spécifique

La plupart (85%) des formations sanitaires qui ne respectent pas les dispositions de la règle estiment qu'elles ne disposent ni de moyens pour implanter un incinérateur ni pour contracter un partenariat avec un centre de traitement de déchets. En effet, un incinérateur performant de type Monfort coûte selon les recherches, environ trois millions FCFA (3 000 000 FCFA) et il faut disposer d'importants moyens pour assurer son entretien. Aussi disent-elles qu'elles ne reçoivent pas beaucoup de patients et donc la quantité de déchets produits est insignifiante.

Par rapport au moyen de transport des déchets, 90 % des responsables des formations sanitaires estiment qu'on ne peut pas exiger de chacune d'elles, de disposer d'un véhicule spécifique du fait de leur faible capacité journalière à générer des DBM. Pour eux, la volonté politique de l'Etat n'est pas manifeste dans ce domaine.

Perception des dispositions relatives au tri

Tous les responsables des formations sanitaires ne disposant pas d'incinérateurs estiment que le système de tri tel que préconisé n'est pas pratique. En effet, le tri qui se fait lors de la précollecte est systématiquement inutile dès lors que des agents chargés de faire l'entreposage ou la collecte passent. Ces derniers transvasent tous les déchets triés dans la même poubelle avant de passer à l'incinération. Cette situation décourage ceux qui s'échinent à faire le tri sélectif dès la production des déchets.

4.2.2.2- Niveau de connaissance du décret

Vulgarisation du décret

'Nul n'est censé ignorer la loi' dit-on. Cependant toute règle établie doit être vulgarisée pour éviter d'être constamment violée par ignorance ou méconnaissance. Les dispositions de la présente règle ont été compilées dans une brochure qui est distribuée aux formations sanitaires par la Direction de l'Hygiène et Assainissement de Base (DHAB) du Ministère de la Santé lors des séances de sensibilisation du personnel de santé. L'enquête a montré que ce sont les responsables des centres qui participent à ces types de rencontres. Par ailleurs, ces derniers ne se donnent pas la peine de faire la restitution aux agents chargés de la gestion

directe des déchets. Les présentes enquêtes ont permis aussi de constater d'une part que le turn-over du personnel est élevé et d'autre part, que les programmes officiels de formation en santé prenant en compte la gestion des DBM ne font pas légion.

Sur ce mode de vulgarisation, 60% des enquêtés estiment qu'on devait procéder autrement. Selon eux, dès la prise du décret, avant sa mise en vigueur, il devrait être expérimenté auprès de certaines formations sanitaires pour apprécier son applicabilité.

Le constat fait dans ces formations sanitaires enquêtées est que ces brochures restent dans les rayons des bibliothèques. Seules quatorze formations sanitaires soit 33% ont pris des dispositions pour vulgariser ledit décret. On peut observer l'affichage du schéma technique de la gestion des DBM dans leurs locaux.

En somme, l'enquête a donc révélé qu'il existe un déficit de communication sur le décret pour son opérationnalisation.

Connaissance du contenu du décret

100% des enquêtés estiment connaître les nuisances causées par une mauvaise gestion des déchets biomédicaux. Tous ont pu citer au moins deux maladies liées au mauvais traitement desdits déchets. Aussi, savent-ils tous qu'il existe un décret qui régleme sa gestion. Mais, par rapport à la connaissance de ses dispositions, seuls les responsables des centres connaissent de façon appréciable le contenu du décret. Ils ont été capables de nous décrire le schéma technique de la gestion des déchets (du tri au traitement). Malheureusement ils estiment que le décret est mal élaboré et ne peut être mis en œuvre surtout en ce qui concerne les couleurs des poubelles et l'abonnement à un centre de traitement des déchets. Ces responsables représentent (26%) de notre échantillon. Parmi les 74% restant, 60% n'ont pas été en mesure de dire exactement les différents comportements proscrits par la règle. Ils ont affirmé qu'ils n'ont jamais été sensibilisés à ce sujet.

Un des enquêtés déclare : *''l'essentiel pour nos responsables est de traiter des patients et se faire de l'argent. La gestion des déchets produits par leur activité ne les préoccupe guère''*. Un autre déclare : *'' la gestion des déchets dans notre centre est sous la responsabilité des agents d'entretien. Il ne revient pas au chef de suivre sa gestion''*. Une analyse du séjour de ces personnes qui gèrent ces déchets dans les formations sanitaires montre qu'ils ont en moyenne un (01) an de présence dans les centres.

Mise en œuvre du système de tri



Dans 76 % des formations sanitaires, la séparation des déchets n'est pas systématique. Les aiguilles sont mélangées avec d'autres déchets ou encore avec les ordures ménagères. La conséquence directe liée à cette situation est la présence des déchets infectieux sur des tas d'ordures ou dans le circuit de vente de matériels recyclés. Les causes de cette situation sont le manque de consignes, le manque de contrôle, la non sensibilisation du personnel hospitalier, l'absence de formation dudit personnel. La photo ci-après illustre bien la question d'absence de tri ou de séparation des déchets biomédicaux.

4.2.3-PRESENTATION DES RESULTATS LIES A LA PROPOSITION 3

Proposition 3 : L'acceptation d'une règle par des organisations et les comportements isomorphiques induits dépendent de l'appartenance de ces dernières à un groupe social basé sur des valeurs éthiques.

4.2.3.1- Mise en œuvre des dispositions de la règle par certaines formations sanitaires

Sur les 42 FS visitées, vingt (20) soit 48% respectent une bonne partie des dispositions du décret. Les raisons de ce comportement évoquées sont relatives à la connaissance des nuisances que causerait un mauvais traitement des déchets. Pour eux, ce n'est pas seulement un problème d'hygiène mais plutôt un problème de développement car les maladies liées à ces déchets sont très dangereuses. Dans ce cas, toute personne produisant des déchets et ne prenant pas des dispositions pour sa bonne gestion serait un "criminel". L'exemple des hépatites virales ou du VIH SIDA qui peuvent être propagées par une aiguille usagée a justifié cette expression. Ces responsables de formations sanitaires estiment que le manque de coercition ne saurait justifier le comportement de leurs pairs. C'est une question de mort et aucune indiscipline ne saurait être tolérée déclara un responsable. Un des responsables de ces centres nous a confié : « *Le développement de ce pays incombe à nous tous et chacun doit amener sa pierre à l'édifice* ». Face à la situation qui prévaut dans le secteur, certains responsables de ces centres ont choisi de s'abonner à DCAM Bethesda, d'autres disposent d'un incinérateur.

La troisième catégorie cumule les deux stratégies de sorte que lorsque leur incinérateur est en panne ou débordé, ils font appel au centre de traitement. Le modèle choisi par ces formations sanitaires se matérialise par l'illustration ci-après.

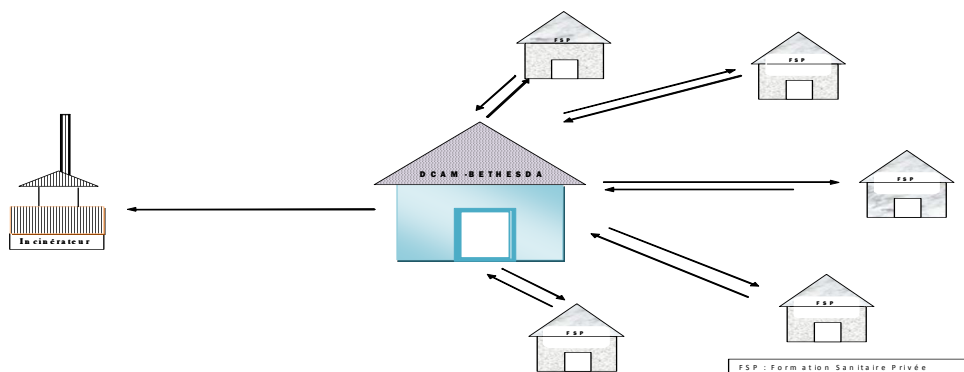


Illustration 3 : Modèle basé sur le système d'abonnement à un centre de traitement

Organisation mise en place

La stratégie décrite ci-dessus est également un système satellitaire. Elle est animée par un opérateur privé possédant plus de moyens que les autres et conscient des enjeux environnementaux. Ce dernier, offreur de services, suscite la mobilisation des formations sanitaires privées en vue d'une meilleure maîtrise du dangereux rebut. C'est le cas de DCAM-Béthesda à travers les villes de Cotonou et de Malanville et bientôt à Porto-Novo, Kandi et à Djougou selon les responsables de cette structure. Ce fût également le cas l'ONG ALAFIA Action-21 entre 2005 et 2008. Au niveau de cette stratégie, nous avons constaté le respect de la plupart des dispositions contenues dans le décret.

En effet, le centre de traitement des DBM de DCAM-Bethesda dispose de deux (02) incinérateurs situés à environ quarante (40) km de Cotonou qui lui permettent d'incinérer de façon formelle et professionnelle les déchets collectés auprès de ses clients. Ces incinérateurs de type Monfort ont une capacité de $3m^3$. Un système de maintenance trimestriel, assuré par un spécialiste, est mis en place pour permettre aux équipements d'être en bon état. En outre, ce centre dispose des véhicules réservés exclusivement à l'activité. Deux (02) véhicules assurent la collecte des déchets des centres de santé.



Photo 7 : Tricycle transportant les déchets des formations sanitaires

Pendant que le premier, de capacité de trois (03) tonnes, collecte les déchets des centres à faible production, le second, de capacité plus grande assure d'une part la collecte au niveau des centres qui produisent au moins quatre (04) m³ par jour et d'autre part, transporte tous les déchets vers le lieu d'incinération. En ce qui concerne les poubelles, DCAM dispose des bidons de couleur bleue qu'elle

met à la disposition des formations sanitaires affiliées pour recueillir les déchets non piquants. Un système de rotation est organisé au niveau de ces poubelles pour éviter la manipulation des déchets. Ainsi, des poubelles vides sont déposées en lieu et place de celles remplies de DBM. Ce mode évite le transvasement des déchets. Les déchets de chaque centre de santé sont collectés suivant un calendrier de sorte qu'ils ne séjournent pas plus de 48h après leur production.

Le personnel mis à disposition par le centre de traitement est composé de conducteurs de véhicules, d'assistants sociaux, d'agents incinérateurs et de techniciens en gestion des déchets disposant pour la plupart d'un contrat à durée indéterminée. Ce personnel est fréquemment formé sur les meilleures pratiques de gestion des déchets et dispose de matériels de protection tels que les gants, les bottes, les cache-nez, les blousons et des casques. Un système de suivi sanitaire desdits agents est mis en place pour prévenir d'éventuelles contaminations liées à la gestion des déchets biomédicaux.

Cette organisation, quoique permettant la mise en œuvre de certaines dispositions de la règle comporte quelques insuffisances relatives notamment au type d'incinérateur. En effet, l'incinérateur de type Monfort lors des incinérations dégage des fumées qui s'évaporent dans la nature polluant l'air et créant des nuisances olfactives aux riverains.

Manifestation de la volonté du respect de la règle



Photo 8 : Schéma technique de la gestion des DBM

Par rapport à la vulgarisation du décret, nous avons pu constater l’affichage des dispositions et les bonnes mesures à prendre dans le cadre de la manipulation des DBM. D’abord au niveau du tri des déchets, un schéma technique a été affiché à l’entrée de la plupart des centres affiliés et rappelle à tous usagers les comportements à adopter. Ces

dispositions sont relatives au décret et indiquent les couleurs des poubelles à utiliser pour chaque nature de déchets. Par exemple, à l’Hôpital de la Mère et l’Enfant-Lagune, les statistiques sont tenues de façon mensuelle et indiquent le nombre de poubelles triées. Dans cet hôpital, la norme est fixée à 80%.

Ensuite, par rapport aux poubelles, même si ces dernières ne sont pas exactement celles



Photo 9 : Poubelles étiquetées

préconisées par le décret, certaines formations sanitaires ont étiqueté celles qui étaient à leur disposition comme l’indiquent les photos ci après. Des inscriptions telles que : Bien gérer les déchets biomédicaux, c’est sauver des vies ont été marquées sur ces poubelles. Des boîtes de sécurité sont disponibles pour recueillir les aiguilles. On peut se rendre compte que ces organisations sanitaires ont trouvé le moyen de s’adapter aux

dispositions de la règle.

Par rapport à l’entreposage, les poubelles sont situées dans des enclos loin des malades et gardes-malades. Le pourtour de ces enclos, dans certains centres est relié par des barbelés en fil de fer. Seuls les agents chargés de la gestion des DBM y ont accès.



Photo 10 : Poubelles entreposées dans des enclos

4.2.3.1- Causes et facteurs explicatifs

Nous avons, au cours de notre enquête, poussé notre curiosité vers les causes et autres facteurs qui sous-tendent l’effort et la volonté du respect de la règle. Nous avons ainsi constaté que la plupart de ces formations sanitaires sont membres de l’Association des Œuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales (AMCES). En effet, l’AMCES est

une organisation qui regroupe des centres de santé confessionnels et a pour but d'œuvrer pour un service de qualité aux populations. Périodiquement, les formations sanitaires membres sont sensibilisées sur des questions telles que l'accueil des patients, la gestion des eaux usées, la gestion des déchets biomédicaux. Pour toutes ces formations sanitaires, il ne serait pas normal de laisser les déchets biomédicaux en vrac. Dans leur justification, toute action qui n'est pas le fruit d'une conviction est un manquement à Dieu et à la conscience. Ainsi, il faudra éviter de poser des actes qui gênent la conscience.

Le centre de traitement des déchets biomédicaux de DCAM, est l'un des départements de l'ONG Bethesda membre de l'Association Médicale (AMCES). Ayant démarré ces activités en 1999 de façon gratuite après des séances de sensibilisations, DCAM est progressivement passé à un service payant. Dans tout ce système, il s'est fait aussi aider par le premier département de l'ONG qui est l'hôpital. Ainsi les différentes formations sanitaires enquêtées se sont abonnées de la manière suivante :

Tableau 3 : Evolution des abonnements des formations sanitaires

Année	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	10
Effectif des abonnés	01	02	01	01	01	02	02	00	00	00	00	00	00
Effectif cumulé	01	03	04	05	06	08	10	10	10	10	10	10	10

Sources : Résultats de nos recherches

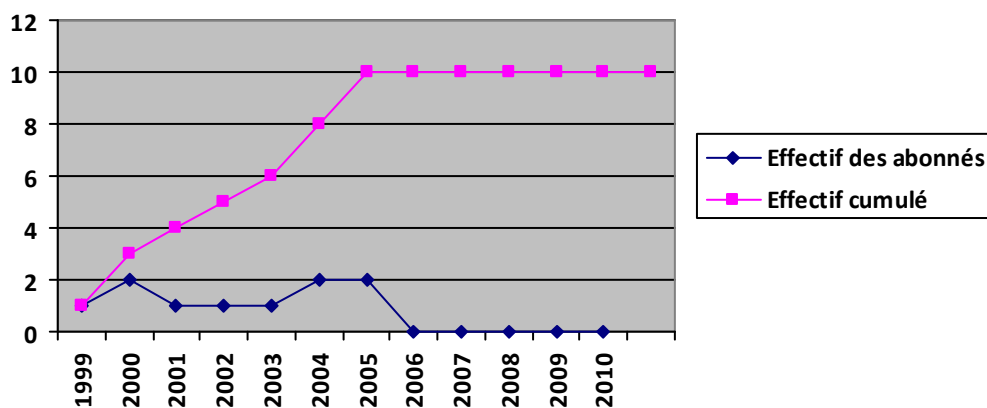


Schéma 2: Courbe de l'évolution des abonnements des formations sanitaires

Cette courbe montre l'allure de l'abonnement des formations sanitaires enquêtées affiliées à DCAM. Elle est marquée par une progression avant la phase de stagnation à partir de 2006.

Cette situation montre comment certaines formations sanitaires ont décidé de s'abonner après que d'autres aient fait l'expérience.

Le tableau suivant résume, suivant les trois propositions, les dispositions de la règle, les comportements de respect ou de non respect de la règle et les causes et facteurs de ces comportements.

Tableau 4: Pourcentage des formations sanitaires par stratégie

Stratégies	Nombre de formations sanitaires	%
Stratégie d'Auto Gestion	10	24
Stratégie d'Encadrement Technique d'un Hôpital de Zone	12	28
Stratégie d'Encadrement Public Privé	20	48
TOTAL	42	100

Source : Résultats de nos recherches

Tableau 5 : Comportements de respect ou de non respect des dispositions du décret par des formations sanitaires

Comportements	Nombre de formations sanitaires	%
Respect des dispositions du décret	20	48
Non respect des dispositions du décret	22	52
TOTAL	42	100

Source : Résultats de nos recherches

Tableau 6: Comportements des formations sanitaires disposant d'un incinérateur

Disposition du décret	Nombre de FS qui respectent la disposition	%	Nombre de FS ne respectent pas la disposition	%	TOTAL
Etat et lieu d'implantation des incinérateurs	02	20	08	80	100
Couleurs des poubelles	01	10	09	90	100
Tri	01	10	09	90	100
Entreposage	01	10	09	90	100
Traitement et élimination	02	20	08	80	100

Source : Résultats de nos recherches

Tableau 7: Comportements des formations sanitaires ayant signé un partenariat avec un hôpital de zone

Disposition du décret	Nombre de FS qui respectent la disposition	%	Nombre de FS ne respectent pas la disposition	%	TOTAL
Tri	01	08	11	92	100
Couleurs des poubelles	00	00	11	100	100
Entreposage	01	08	11	92	100
Transport	00	00	12	100	100

Source : Résultats de nos recherches

Tableau 8: Comportements des formations sanitaires ayant signé un partenariat avec DCAM

Disposition du décret	Nombre de FS qui respectent la disposition	%	Nombre de FS qui ne respectent pas la disposition	%	TOTAL
Couleurs des poubelles	16	80	4	20	100
Tri	8	40	12	60	100
Entreposage	20	100	00	00	100
Traitement et élimination	20	100	00	00	100

Source : Résultats de nos recherches

Tableau 9 : Vue panoramique des comportements et les causes de ces comportements par disposition du décret

Dispositions de la règle	Comportements de non respect des organisations	Causes et facteurs favorisant les comportements	Comportements de respect des organisations	Causes et facteurs favorisant les comportements
L'autorisation d'ouverture des cabinets médicaux est sujette à la description du mode de traitement des biomédicaux	Des cabinets médicaux sont ouverts sans autorisation préalable du ministère de la santé	Faible niveau de coercition de la part des organes de régulation	Les autorisations sont données par l'autorité de tutelle	Aptitudes à respecter la règle par les promoteurs
Toute installation doit être soumise au préalable à une autorisation conjointe du ministère de la santé et du ministère de l'environnement. La disposition ajoute que lesdites installations sont soumises au contrôle périodique de la DHAB et des structures compétentes	Les installations qui existaient après la prise du décret ne font pas objet d'entretien.	Faible niveau de coercition de la part des organes de régulation	La gestion des DBM est confiée à DCAM	Appartenance à un réseau
le délai de stockage des déchets ne doit pas dépasser quarante huit heures (48h)	Les déchets séjournent des fois pendant plus d'un mois	Faible niveau de coercition de la part des organes de régulation	Le partenariat avec DCAM a pris en compte cette disposition	Appartenance à un réseau
Tout personnel hospitalier, y compris les médecins et chirurgiens doit être informé des risques liés à la manipulation des déchets biomédicaux	La plupart des agents qui manipulent les déchets ne sont pas suffisamment informés	Mauvaise perception des dispositions de la règle	Des schémas techniques sont affichés à l'entrée des FS et le personnel régulièrement sensibilisé	Acceptation de la règle

Dispositions de la règle	Comportements de non respect des organisations	Causes et facteurs favorisant les comportements	Comportements de respect des organisations	Causes et facteurs favorisant les comportements
Les déchets biomédicaux doivent être séparés à la source et stockés dans des contenants spécifiques et identifiés par des couleurs	Les différentes catégories des DBM sont mélangées dans des contenants inappropriés	Faible connaissance des dispositions de la règle	Les déchets sont triés et stockés dans des poubelles étiquetées	Acceptation de la règle
Les déchets ne doivent pas être en contact avec d'autres types de déchets	Mélange fréquent des DSM avec les DBM	Ignorance des risques liés à la mauvaise gestion des déchets	Les DBM sont rarement mélangés au DSM	Acceptation de la règle
Le transport des déchets vers les lieux de traitement doit se faire à l'aide d'un véhicule spécifique marqué du pictogramme des DBM	Le transport est fait avec des véhicules de transport communs	Mauvaise perception de la disposition de la règle	Le partenariat avec DCAM a pris en compte cette disposition	Appartenance à un réseau
Nul n'a le droit de brûler à l'air libre les DBM	Les Déchets sont brûlés dans des vieux tonneaux usagés	Faible niveau de coercition	Le partenariat avec DCAM a pris en compte cette disposition	Appartenance à un réseau

Source : Résultats de nos recherches

Tableau 10: Perception des formations sanitaires sur les dispositions du décret

Dispositions du décret	Pertinente	Non pertinente	TOTAL
Perception de l'opportunité de la prise du décret	100	00	100
Perception des dispositions relatives à l'entreposage	100	00	100
Perception relative à l'abonnement à un centre privé de traitement des déchets	48	52	100
Perception de l'obligation de la construction d'un incinérateur	19	81	100
Perception de la disposition relative au transport par moyen spécifique	31	69	100
Perception des dispositions relatives au tri	100	00	100
Perception relative à l'exigence des couleurs des poubelles	00	100	100

Source : Résultats de nos recherches

V. DISCUSSIONS ET ANALYSE DES RESULTATS

5.1- LES MECANISMES DE CREATION ET DE MAINTIEN DE LA REGLE COMME FACTEURS DE LA TRANSGRESSION

5.1.1- LE PROCESSUS DE CREATION ET LES DIFFERENTES DISPOSITIONS DU DECRET

Le décret portant gestion rationnelle des DBM a été institué le 15 novembre 2002. Mais avant cela, la norme en vigueur était la loi N°87-015 du 21 septembre 1987 portant Code d'Hygiène Publique au Bénin, et son décret d'application N°97-616 du 12 décembre 1997. Cette loi comporte des insuffisances qui fragilisent son efficacité notamment la non prise en compte du caractère spécifique de la gestion des DBM et le faible effectif des agents sanitaires et de la police environnementale. Quand le besoin s'est fait sentir de doter le secteur d'une réglementation spécifique, toutes les formations sanitaires n'ont pas été consultées. C'est un comité technique composé des cadres du ministère de la santé, du ministère de l'Environnement et quelques responsables de certains centres de santé, qui a réalisé le travail. Cette méthodologie n'est pas participative. Elle a créé un problème de manque d'acceptation de la règle par des acteurs devant la mettre en pratique et a favorisé la transgression. Des formations sanitaires qui ne se sentent pas concernées par ce décret n'ont pas fait l'effort nécessaire pour respecter les dispositions qui y sont contenues. Pour certains responsables de formations sanitaires enquêtés, la meilleure formule aurait été de faire participer un nombre important de formations sanitaires aux travaux. Lorsque le décret se serait élaboré en tenant compte de toutes les observations, une campagne de vulgarisation serait faite par les médias. Après cette étape, on devrait tester la loi sur un échantillon pilote avant de la généraliser. Ceci permettrait de créer les conditions favorables pour la mise en œuvre et le maintien de cette loi. Nous nous rendons compte que le décret n'a pas été un construit collectif comme l'a préconisé Reynaud dans sa théorie.

5.1.2 - LA NON PERTINENCE DES DISPOSITIONS DE LA REGLE

Lorsque l'on parcourt le décret portant gestion rationnelle des DBM on se rend compte de la non pertinence de certaines dispositions qui y sont contenues.

D'abord, les dispositions relatives aux couleurs des poubelles, aux entreprises privées devant intervenir dans le mécanisme et à la description d'un mode de traitement des déchets biomédicaux avant l'ouverture d'un centre de santé pourraient être considérées comme des éléments de prestige dont leur application est difficile. En effet, les autorités ne prennent

aucune disposition pour être informées de la création des centres de santé. Nous avons constaté sur le terrain, dans notre échantillon, l'existence d'une dizaine de formations sanitaires dont nous taisons les noms qui ne sont pas autorisées par l'institution compétente.

Par ailleurs, aucune disposition n'est prise pour faciliter l'approvisionnement en poubelles dont l'offre sur le marché est faible.

Ensuite, l'utilisation d'un moyen de transport spécifique par formation sanitaire ne saurait être économiquement et financièrement rentabilisée du fait de la quantité de déchets produite par chacune d'elles. Cette disposition de la règle n'est pas à notre avis pertinente.

Enfin, la règle fait obligation aux formations sanitaires de traiter leurs déchets et au même moment les autorise à les confier à une entreprise privée opérant dans le secteur. Ces entreprises privées peinent à avoir l'agrément auprès de la DHAB. Selon les présentes recherches, DCAM Bethesda a introduit une série de demandes d'agrément en 2006, 2007 et en 2008 mais jusque là n'a pas obtenu l'autorisation effective. Toutes ces dispositions non pertinentes favorisent la transgression des acteurs car comme l'indique Reynaud, une règle n'existe que lorsqu'elle est pertinente, mobilisée et accompagnée des sanctions (Reynaud, *in* de Terssac, 2003, p. 186). Eu égard à ces différents éléments, ce décret ne saurait être réellement contraignant.

Ces incohérences au niveau du décret favorisent la transgression ; les sanctions à appliquer aux formations sanitaires n'ont pas été définies. IL a été demandé de se référer à la loi portant Code d'Hygiène Publique et à la loi Cadre de l'environnement pour prendre en compte les dispositions relatives aux répressions des infractions prévues dans le contenu de ces règles.

5.1.3- L'ABSENCE DU CONTROLE INSTITUTIONNEL ET LA FAIBLE VOLONTE DES FORMATIONS SANITAIRES

Dix ans après la prise du décret, il n'y a pas eu la création de son arrêté d'application. Ce vide juridique ne permet pas l'exécution des dispositions contenues dans le décret et de sanctionner les organisations en cas de transgression. Aussi, nos travaux sur le terrain ont-ils montré, combien les organes de contrôle ont démissionné. La police sanitaire, la police environnementale et le ministère de la santé à travers la direction de l'hygiène et assainissement de base, qui devraient être garants de la mise en œuvre des dispositions contenues dans le décret végètent dans une léthargie administrative. Selon les enquêtes, aucun indicateur de performance n'a accompagné leurs cahiers de charges. Les dernières visites de

ces organes dans une formation sanitaire datent d'au moins douze (12) mois. Lors de notre passage à la police sanitaire en août 2011, un agent nous a confié qu'en 2011, aucune visite n'a encore été organisée. Il estime qu'ils ont des revendications que l'Etat n'a pas satisfaites. Pire, me dit-il, ils ne disposent pas de moyens adéquats pour faire le travail.

Une structure prévue pour assurer le contrôle des activités des établissements privés et ONG agréés dans la collecte, le stockage, le transport des déchets devait être installée pour le suivi de la mise en œuvre du décret. Cette structure n'a pu être créée depuis dix (10) ans. Les mécanismes de maintien de la règle sont totalement absents dans le secteur de la gestion des déchets biomédicaux. Comme nous l'avons vu plus haut, on ne peut, à notre avis, n'assister dans ces conditions, qu'à des comportements de transgressions de la part des organisations, étant entendu que la transgression est une fonction décroissante de la sanction. Reynaud, dans son ouvrage « les règles du jeu – L'action collective et la régulation sociale » explique que la régulation de contrôle consiste à assurer le maintien des règles et à lutter contre la transgression soit par le moyen des appareils institutionnels, soit par la pression diffuse qu'exerce la réprobation. Les transgressions des dispositions du décret N° 2002-484 du 15 novembre 2002, à force de ne jamais être sanctionnées finiront par le rendre désuet car une règle jamais sanctionnée devient peu à peu désuète.

Quant à certaines formations sanitaires, elles manquent de volonté pour appliquer le décret. En effet, nos enquêtes ont révélé que les redevances perçues par le centre de traitement des déchets sont fonction de la quantité de déchets produits. Ces redevances varient entre 2 500 et 120 000 FCFA. Les formations sanitaires qui estiment ne produire qu'une petite quantité ne devraient payer qu'au plus 2 500 FCFA par mois. Ces moyens ne leur manquent pas pour la plupart, étant donné que plusieurs parmi elles perçoivent des frais de consultations qui varient entre 2 000 et 8 000 FCFA par patient et reçoivent pour la plupart au moins cent (100) patients par mois. Plusieurs parmi elles disposent de leur propre immeuble. Nous pourrions retenir qu'elles profitent des dispositions non pertinentes, des faiblesses du cadre de coercition pour ne pas respecter la règle.

Au regard de cette dimension économique de l'analyse, on pourrait se demander si ces responsables sanitaires veulent vraiment que les déchets qu'ils produisent soient bien gérés. En effet, certaines formations sanitaires sont des entreprises commerciales et leur survie est fonction du nombre de patients qu'elles reçoivent. Plus ce nombre décroît, plus ce centre tend vers la fermeture de ses portes et le dépôt de son bilan. Ainsi, les discussions ont montré qu'il

ne serait pas pertinent pour elles de travailler à réduire les risques de contamination des maladies nosocomiales. Cette cause ne saurait être officielle, car ces responsables seront considérés comme des criminels. Ici la transgression est volontaire et rapporte des gains économiques aux organisations. Nous sommes bien dans le cadre de la transgression au bénéfice de l'organisation comme le décrit VARDI et WIENER (1996) s'intéressant aux comportements organisationnels. Ces auteurs identifient trois facteurs qui justifient des comportements de transgression. Il s'agit de ceux qui ont pour objet la recherche d'un bénéfice pour l'individu, ceux qui recherchent un intérêt pour l'organisation et ceux qui envisagent la détérioration de matériels ou de locaux.

5.1.4- L'OBSOLESCENCE DE LA REGLE

L'explication la plus évidente d'une transgression généralisée d'une règle est la caducité de cette dernière. Une règle a été édictée à une époque pour répondre à une situation donnée, mais la situation a tellement changé que la règle n'a plus d'objet. Cette norme, si elle n'est pas remplacée sera constamment et davantage transgressée. Au moment où le décret a été pris en 2002, la commune de Cotonou disposait d'environ deux cents (200) formations sanitaires. Aujourd'hui la ville est plus urbanisée et est à plus de cinq cents (500). Nous en déduisons que les hôpitaux de zones ne peuvent plus servir de centrale principale de traitement des déchets des autres centres de santé environnants ; plusieurs d'entre eux existaient d'ailleurs sans autorisation préalable.

Le décret était établi dans l'espoir que les poubelles soient disponibles sur le marché local. Dix ans après, il faut aller jusqu'au GHANA pour s'en procurer. Les entreprises privées tardent à s'investir dans le secteur faute d'organisation et de volonté politique. Dix ans après, c'est toujours la seule ONG (DCAM Bethesda) qui a démarré en 1999 qui poursuit toujours ses activités. Pire, elle peine à être agréée par les structures compétentes du ministère de la santé. Cette situation l'empêche de vulgariser ses actions pour permettre à un plus grand nombre de s'abonner.

5.1.6- LE MANQUE DE QUALIFICATION DES AGENTS CHARGES DE LA GESTION DES DBM

L'incompétence est définie comme l'incapacité d'un agent à comprendre correctement l'implicite de sa tâche. Dans le cas d'espèce, la plupart de ceux qui sont responsabilisés dans la gestion des déchets biomédicaux sont les agents d'entretien et les agents communément appelés "des garçons ou filles de salles". Ce sont des agents pour la plupart sans diplôme ou ne disposant que du CEPE et qui travaillent dans les centres de santé pour s'occuper soit du

nettoyage soit de l'accueil et de l'orientation. Ce sont ces agents qui s'occupent de la gestion des DBM dans la plupart des formations sanitaires. Un paradoxe est que, lorsque des séminaires de sensibilisation sont organisés, ce sont les responsables qui y participent et ne transmettent plus le savoir à leurs subordonnés. La conséquence directe de cette situation est que les agents à la tâche sont incapables de gérer les DBM de façon rationnelle conformément aux dispositions du décret.

Nous sommes du même avis que Leplat qui estime que devant une tâche où un acteur n'arrive pas à percevoir la nature exacte, il est naturel qu'il soit amené à déformer la nature du contenu de celle-ci et à entrer en contradiction avec les prescriptions initiales surtout qu'il n'existe pas dans certains centres un système clair de gestion des DBM. A cela vient s'ajouter la méconnaissance du décret par cette catégorie d'agents. En effet, certains responsables des centres n'ont aucune volonté de sensibiliser leurs collaborateurs, créant ainsi de leur part une méconnaissance totale des principales prescriptions du décret.

5.2-ISOMORPHISME ET MISE EN ŒUVRE DE LA REGLE

5.2.1- LA LOI : FACTEUR FAVORISANT L'ADOPTION

Avant l'adoption du décret portant gestion rationnelle des déchets biomédicaux, la plupart des formations sanitaires déversaient leurs déchets dans les marécages ou les mélangeaient avec les déchets solides ménagers. Les incinérateurs n'existaient pas pour autant. Les formations sanitaires résistaient à l'abonnement auprès du centre de traitement des déchets. Mais après la prise du décret en 2002, plusieurs centres de santé ont confié la gestion de leurs déchets à cette ONG. Même si au cours de l'enquête, les formations qui respectent la règle n'ont pas reconnu que la règle a favorisé le changement de comportement, nous estimons qu'elle y a participé fortement. Les dispositions du décret en son article 6 stipule que « Toute personne physique ou morale qui produit ou détient des déchets biomédicaux de nature à porter atteinte à la santé humaine et à son environnement, est tenue d'en assurer l'élimination immédiate et correcte ».

5.2.2 LE MIMÉTISME COMME MÉCANISME EXPLICATIF DE L'ADOPTION

L'imitation consiste à accorder une place centrale aux organisations similaires dans ses choix. (DiMaggio et Powell, 1983). Face à des situations d'incertitude, lorsque le lien entre l'apparence et la substance n'est pas établi, les organisations se modèlent les unes aux autres. Autrement dit, les gestionnaires des entreprises faisant face à une situation d'incertitude adoptent plus volontiers des comportements similaires de ceux des organisations auxquelles

ils se comparent, soit les entreprises exerçant la même activité, soit les entreprises ayant les mêmes bailleurs de fonds ou bien encore les entreprises les plus talentueuses. Ce comportement mimétique suppose la réunion de trois éléments : une incertitude au regard des effets de l'outil, un modèle copié et adopté et un mécanisme qui fait le lien entre les deux premiers éléments (la légitimité cognitive). Dans ce cas précis, toutes les formations sanitaires d'obédience confessionnelle enquêtées ont confié la gestion de leurs déchets à l'ONG de traitement. Elles sont pratiquement de la même taille (environ 150 000 patients par an, et 5m³ de déchets produits par jour) et sont situés dans un rayon de 2km. La première formation sanitaire à s'abonner est l'un des départements de l'ONG qui traite lesdits déchets. Elle a pu, lors des réunions de l'AMCES, sensibiliser ses pairs à lui emboîter le pas. Ce que tous les autres centres de santé ont progressivement fait. Nous sommes plus convaincus qu'il s'agit d'un mimétisme lorsque nous nous sommes rendus compte que les responsables de ces centres ne se préoccupent pas tellement de la manière dont DCAM Bethesda gère les déchets qu'elle collecte. Certains d'entre eux, lors de l'enquête nous ont confié : « *DCAM travaille pour la protection de l'environnement et ne saurait traiter autrement nos déchets* ». D'autres nous ont dit : « *Nous avons déjà joué notre rôle ; si DCAM gère mal lesdits déchets, elle va rendre compte à l'Etat qui l'a autorisée* ». Nous partageons les mêmes lignes de réflexions que Neu (1992) pour dire que la variable *appartenance sectorielle* a été significative dans l'adoption mimétique. Ces formations sanitaires dites confessionnelles ne voulant pas être citées au rang des entités ne respectant pas les règles se sont conformées aux dispositions du décret.

Cette situation répond aux idéaux du néo-institutionnalisme qui considère que l'environnement de l'organisation est culturel autant que technique ou économique et que les organisations n'adoptent pas nécessairement telle ou telle pratique par souci d'efficacité mais plutôt pour se conformer aux pressions institutionnelles de leur environnement, ou pour réduire les risques, en imitant des pratiques qui semblent réussir ailleurs et/ou qui sont valorisées dans la communauté à laquelle elles appartiennent.

Ajoutons que le mimétisme est rendu possible par la réceptivité des managers. Les perceptions des individus jouent donc un rôle de catalyseur dans les choix.

Perceptions des managers : Éléments favorisant le mimétisme

Dans certains centres qui ne disposent pas d'incinérateurs, les responsables ont signé des contrats avec l'ONG opérant dans le secteur. Ces responsables, convaincus de l'adoption des

valeurs morales dans lesquelles ils se sont moulés, se préoccupent de la bonne gestion de leurs déchets. En effet, Ils ont confié la gestion des déchets biomédicaux à des infirmiers ayant des notions de responsabilité sociale de l'entreprise, qui stipule que chaque entreprise est socialement responsable des conséquences des actions qu'elle mène et doit prendre volontairement des dispositions idoines pour les réparer. Ici, le respect de la règle se fait sur une base volontaire et pas en réponse à une contrainte que les normes ont adoptée.

VI. - CONCLUSION SUR LA RECHERCHE

6.1. - CONCLUSION GENERALE

La présente recherche a été motivée par la curiosité de comprendre pour nous-mêmes et pour les autres, comment les différentes formations sanitaires se comportent face à la prise par l'Etat, d'un décret qui organise le secteur de la gestion des déchets biomédicaux et les différents fondements des comportements subséquents. Elle a été conduite de mai à Août 2011 à Cotonou et a mis en évidence les mécanismes de création du décret et les sources de motivations des comportements isomorphiques ou de transgression des formations sanitaires. Elle a également mis en évidence les perceptions de ces acteurs des différentes dispositions contenues dans la règle. Trois principales théories ont été explorées pour expliquer les trois (03) conjectures projetées au départ de la recherche. Il s'agit des théories néo institutionnelle, de la régulation sociale et de la transgression. Ces théories ont permis de comprendre que dans le secteur des DBM, les transgressions sont de plusieurs natures et diffèrent par leurs motivations.

6.2.- APPORT ET ENSEIGNEMENT

La découverte progressive - par tâtonnement, comparaison, restitution/ validation itinérante, - des fondements des comportements des organisations sanitaires, permet d'interpréter avec les populations enquêtées, et plusieurs responsables politiques et administratifs, et d'établir les conclusions génériques ci-après.

6.2.1.- PROCESSUS DE CREATION ET DE DIFFUSION DU DECRET

La non acceptation du processus de création du décret par les acteurs, l'absence des dispositifs de contrôle institutionnel et des parties prenantes, la faible volonté des organisations sanitaires, l'obsolescence de la règle et le manque de qualification des agents chargés de la gestion des déchets des DBM témoignent d'un mauvais processus de création et de diffusion du décret N° 2002-484 du 15 novembre 2002. Ces différents éléments ont favorisé les comportements de transgression observés dans le secteur. Les différentes parties prenantes du champ organisationnel ne se sont pas vues obligées de respecter la règle du fait d'un faible niveau de coercition. Seulement, nous n'avons pas noté que ces comportements de transgression ont été mus par le besoin d'enrichir la règle en cherchant à l'interpréter dans sa volonté au delà de la forme qu'elle prend. Au terme de nos recherches, nous ne saurions

parler du phénomène de la transgression, tel que nous l'avons observé, comme une opportunité.

6.2.2.- MODALITES INDUCTRICES D'ISOMORPHISME

Les travaux ont fait comprendre que l'appartenance à des réseaux fondés sur des valeurs morales ou éthiques, induit des comportements d'isomorphisme dans le cadre de la mise en œuvre de la règle, par crainte de blâme ou d'étiquetage par ces pairs d'organisations déviantes. Le cas de conformisme noté dans nos travaux n'est ni coercitif ni normatif car le système mis en place n'est pas suffisamment accompagné de modalités de sanctions, des accréditations et des certifications. Nous avons conclu l'existence d'un isomorphisme mimétique.

Nous pourrions alors dire, dans un contexte basé sur la pluralité d'acteurs, une règle, si elle ne suit pas un processus normal de création, de maintien ; si elle n'est pas suffisamment claire et n'intègre pas les éléments de contrôle sera constamment transgressée. Toutefois, cette règle pourrait être diffusée dans les organisations et mise en œuvre si elles concernent des acteurs appartenant à des associations croyant au respect des valeurs morales.

6.3. - LIMITES ET PERSPECTIVES

6.3.1- LIMITES LIEES AUX ANALYSES DES ENQUETES

Une première catégorie des limites de la recherche est liée à la non représentativité de l'échantillon qui est illustratif, et qui ne permettra pas de faire une inférence statistique par exemple, mais une inférence analytique. L'unicité du cadre empirique va dans le même sens. En effet, le fait que la ville de Cotonou soit une ville à forte densité de population, regorgeant de plusieurs formations sanitaires pourrait justifier la situation de laxisme qui est observée dans le secteur.

Une deuxième, réside dans la nature déclarative des données, même si elles ont été recueillies de vive voix, doit conduire le chercheur à une grande prudence. En effet, il existe un risque de biais assez élevé à faire parler les individus sur leur propre activité surtout dans le cadre de l'évaluation des comportements supposés d'actes de transgression. Nous avons tenté de limiter ce risque en réalisant une double triangulation des sources et des données, grâce à des observations et des entretiens avec les acteurs.

Notre statut d'apprenti en recherche scientifique a certainement joué sur certains aspects de la recherche, étant donné que nous n'avons pas encore le sens aigu, le flair et les réflexes d'un chercheur junior.

6.3.2- LIMITES LIEES AUX THEORIES

6.3.2.1 Théorie néo institutionnelle

Dans le développement de la théorie néo institutionnelle, les auteurs se sont appesantis sur le conformisme social. Cette approche s'avère incapable d'expliquer le changement institutionnel, le phénomène de transgression, et, plus généralement, de prendre en compte l'action, et de confondre conformisme social et légitimité. En effet, la théorie ne prend pas en compte les capacités stratégiques des agents mais expliquent comment les agents s'adaptent aux pressions institutionnelles. Aussi, la théorie ne fait –elle pas cas des spécificités organisationnelles qui pourraient constituer une base d'analyse pertinente de certains comportements.

6.3.2.2 La théorie de régulation sociale

La théorie de régulation sociale a mis l'accent sur la régulation autonome qui part du fait que les exécutants veulent en permanence l'existence d'une référence normative libre. Elle n'a pas tenu compte dans son analyse de l'importance de l'Etat dans la régulation sociale. Cette situation est due à la non prise en compte de la notion de marché où on pourrait noter l'intervention de l'Etat. Jean Daniel Reynaud, dans son approche, ne fournit pas les bases d'analyse des comportements dans un environnement régulé par l'Etat.

6.4- PERSPECTIVES

Malgré ces limites, nos travaux ouvrent la voie à des prolongements et des pistes de recherche. Les résultats de cette recherche confirment la nécessité d'appréhender les conditions de passage d'une règle impérative non respectée à une règle non impérative respectée. On pourrait aussi analyser les comportements isomorphiques ou de transgression dans d'autres secteurs où fonctionnent excellemment les dispositifs de coercition ou normatifs. De même, Il serait intéressant d'appréhender les fondements des actes de transgression courants et quotidiens qui sont posés à l'intérieur de certaines organisations par des agents.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- 1- Jean-Daniel REYNAUD, Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale. (Armand Colin, 1997)
- 2- Michel Crozier & Erhard Friedberg [1977], Acteurs et système, Edition du Seuil

Articles pris sur Internet

- 3- Albéric TELLIER, La dynamique des champs organisationnels : quels enseignements tirer du cas de la vidéo numérique ?, Université de Caen
- 4- Bernard LECA, Pas seulement des « lemmings ». Les relations entre les organisations et leur environnement dans le néo institutionnalisme sociologique
- 5- Christel BEAUCOURT Laëticia LAUDE, Diriger : une analyse de la relation dynamique entre compromis et transgression, Maître de Conférences Professeur IAE de Lille, LEM (UMR CNRS 8179), USTL Institut du Management – EHESP, cbeaucourt@iaelille.fr Laetitia.Laude@ehesp.fr
- 6- J. R. Commons, « Institutional Economics », American Economic Review, December 1931, p. 649
- 7- Jean-Daniel Reynaud et Nathalie RICHEBÉ, 2007, RÈGLES, CONVENTIONS ET VALEURS Plaidoyer pour la normativité ordinaire, Ophrys | Revue française de sociologie /1 - Vol. 48 Pages 3 à 36
- 8- J. MEYER & B. ROWAN (1977) – Institutionalized Organizations ; **Note de lecture de Yoann BAZIN** ;
- 9- Marie BOITIER & Anne RIVIERE, Vers une perspective étendue de l'analyse néo institutionnelle : Quels apports pour la recherche en comptabilité-contrôle– Groupe ESC Toulouse m.boitier@esc-toulouse.fr – a.riviere@esc-toulouse.fr
- 10- Marie-Laure BUISSON, 2005, Réconcilier l'économique et le social : Un apport par le concept de la légitimité, Septembre 2005, étudiante en doctorat de science de gestion
- 11- Menel BEN MLOUKA, la théorie néo-Institutionnelle contribue – t- elle à l'éclairage du concept de Responsabilité Sociétale, Doctorante en Sciences de Gestion UREMO, IHEC Carthage
- 12- Olivier BABEAU, 2005, Thèse en Science de Gestion sur le thème : Le manager et la transgression ordinaire des règles : le cas des sociétés conseil en management, Université Paris Dauphine

- 13- Olivier BABEAU et Jean François CHANLAT, 2007, la transgression : une dimension oubliée de l'organisation. Les pratiques transgressives comme médiatrices des contradictions organisationnelles DRM-DMSP (CNRS UMR 7088) Université Paris-Dauphine
- 14- P. CHARPENTIER, 2004, *Organisation et gestion de l'entreprise*, Armand Colin, Paris
- 15- P. DIMAGGIO & W. POWELL, 1983, 1991, *Fiches de lecture Thibault DAUDIGEOS & Bertrand VALIORGUE/ L'apport de la théorie des conventions et à la théorie néo institutionnaliste des organisations*. Grenoble Ecole de management, Institut Français de Gouvernement des Entreprises, ESC Clermont-Ferrand, Institut Français de Gouvernement des Entreprises³, Boulevard Trudaine 63 000 Clermont- Ferrand, Bertrand.Valiorgue@gmail.com
- 16- P. DIMAGGIO & W. POWELL (1983) – The iron cage revisited; **Note de lecture par Yoann BAZIN**
- 17- Pascal BILLAU, 2008, Estimation des dangers de déchets biomédicaux pour la santé et l'environnement au Bénin en vue de leur gestion : Essai présenté au Centre Universitaire de Formation en Environnement à l'Université de SHERBROOKE en vue de l'obtention du grade de maître en environnement
- 18- Philippe TOURON, Théorie institutionnelle et adoption des normes comptables internationalement reconnues : étude de trois cas français sur la période 1989 – 1993, Professeur, Département comptabilité-contrôle
- 19- R NADEAU., Vocabulaire technique et analytique de l'épistémologie, PUF, Paris, 1999, cité par PESQUEUX Yvon dans son cours de master, pour une épistémologie des organisations
- 20- Régis DUMOULIN et Claire Gauzente GRANEM, Proposition d'un agenda de recherche néo institutionnaliste, Sociologique à l'étude du déploiement de la franchise en France
- 21- Sami EL OMARI, Echec de l'isomorphisme : première tentative d'organisation de la profession comptable au Maroc (1947-1954)
- 22- Yves LIVIAN, 2000, Introduction à l'analyse des organisations, 2^e édition, Economica, Paris, 112 p.
- 23- Yvon PESQUEUX, la Triche, Professeur titulaire de la Chaire « Développement des Systèmes d'Organisation » au CNAM PARIS France
- 24- Yvon PESQUEUX, de la transgression en sciences des organisations

ANNEXES

LISTE DES ORGANISATIONS ET INSTITUTIONS PARCOURUES

N°	Nom des organisations
1	SAINT LUC
2	HOPITAL ST JEAN
3	HOPITAL BETHESDA
4	CLINIQUE D'AKPAKPA
5	SANTE PR TOUS DJIDJOHO
6	PADRE PIO
7	MAHOUNA
8	CS DE LA POLICE
9	CS ATIKAMMEY
10	CS DE L'UNION
11	DISPENSARE CADJEHOUN
12	CLINIQUE COOPERATIVE
13	BULGARIE
14	DISPENSARE AHOANSORI
15	ROMED CLINIQUE
16	DISPENSARE SIKECODJI
17	CMS DANTOKPA
18	CS POSAM
19	SAINT POTHIN
20	CLINIQUE VERONIQUE
21	LE MEMORIAL
22	CENTRE DE SANTE STE CECILE
23	HOPITAL SURU LERE
24	EMANCIPATION
25	CS SEYON
26	DISPENSARE MENONTIN
27	DISPENSARE GBEGAMEY
28	CS ST EMMANUEL VOSSA
29	SANITAS
30	SANTE POUR TOUS
31	CABINET OLAYINKA
32	HELOIM
33	GASTRO-ENTEROLOGIE
34	CLINIQUE SIKECODJI
35	ESPACE SANTE
36	DUBOIS
37	CS MAIN DIVINE
38	CLINIQUE DIEU EST GRAND
39	CS MENONTIN
40	DCAM
41	ONG ALAFIA
42	DISPENSARE AIJEIDO
43	CNHU
44	POLICE ENVIRONNEMENTALE
45	POLICE SANITAIRE
46	INFIRMERIE CEG SAINTE RITA

OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES DANS LA COMMUNE DE COTONOU SUR LA MISE EN ŒUVRE DU DECRET REGISSANT LA GDBM

A- HOPITAUX ABONNES à un centre de traitement des déchets (responsables du centre, responsable de le GDBM, infirmier, Responsable financier)

I.- Connaissance des nuisances liées à la production des DBM

1.- Avez-vous une idée précise des risques liés à la manipulation des DBM ?

Oui : Non :

- Si oui pouvez-vous nous en citer quelques uns ?

1.....

2.....

- Si non, quelles maladies les piqûres des aiguilles usagées ou les odeurs pourraient causer ?

.....

2- Existe –il une association ou un syndicat des professionnels de la santé ?

Oui : Non :

Si oui quel est son nom ?

Parmi ses activités, existent-elles qui soient liées à la sensibilisation sur la gestion des DBM ?

Oui : Non :

Si oui existe –il un mécanisme de suivi basé sur la sanction ?

Oui : Non :

3- Connaissance du décret portant GDBM

Le syndicat ou les hôpitaux sont ils associés à l'élaboration du décret régissant la gestion des DBM ? Oui : Non :

Le décret est –il vulgarisé ? ? Oui : Non :

Le personnel est –il sensibilisé à l'application dudit décret ?

Oui : Non :

4- Respect des dispositions du décret

A- Par les hôpitaux

Le décret stipule que les poubelles doivent être de certaines couleurs ou étiquetées?

Comment faites-vous ?

.....

Arrivez-vous à faire le tri ?.....

Pourquoi ?

Le lieu d'entreposage de vos DBM est-il situé à 200 m ou loin d'un point d'eau?

Arrive-t-il parfois que les DSM soient mélangés au DBM à votre insu ?

Si oui que faites-vous quand vous êtes informés ?

Quel pourcentage représente les coûts liés à la gestion des DBM dans votre budget global ?

Vos déchets restent-ils ici pendant 3 jours au moins ?

Etes-vous abonnés à un centre de traitement ?

Si oui,

B- Par rapport au centre de traitement des déchets (DCAM)

Le centre est-il autorisé à traiter les DBM ?

Le centre vient-il chercher régulièrement vos déchets ?

Savez-vous comment il les traite ?

Sinon, le risque que vous évitez ne serait-il pas causé par un autre ?

Si non, pourquoi ?

C- La police sanitaire

La police sanitaire vous visite-t-elle régulièrement ?

Si oui quels sont ces avis sur votre manière de gérer les DBM ?

Si non pourquoi selon vous elle ne joue pas son rôle ?

D- Causes du respect des textes

Pourquoi vous respectez les dispositions contenues dans le décret ?

- Par crainte de la police sanitaire ?
- Eviter les risques liés à sa mauvaise gestion ?
- Aptitude à respecter les lois ?
- Tous les autres respectent ?
- Autres raisons ?

5- Identité de l'hôpital

Le nom de l'hôpital et sa situation géographique

Depuis quand votre centre a-t-il été créé ?

Quelle est environ la quantité de DBM produite par jour ?

Avez-vous un responsable chargé de la GDBM

6- avez-vous d'autres commentaires à faire

Par rapport à la loi ?

Par rapport à l'Etat ? (DHAB-Police environnementale, Police sanitaire)

Centre de traitement des DBM ?

7- Observations générales après l'entretien

OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES DANS LA COMMUNE DE COTONOU SUR LA MISE EN ŒUVRE DU DECRET REGISSANT LA GDBM

HOPITAUX NON ABONNES NE DISPOSANT PAS D'UN INCINERATEUR (responsables du centre, responsable de le GDBM, infirmier, Responsable financier)

I.- Connaissance des nuisances liées à la production des DBM

1.- Avez-vous une idée précise des risques liés à la manipulation des DBM ?

Oui : Non :

- Si oui pouvez-vous nous en citer quelques uns ?

1.....

2.....

- Si non quelles maladies les piqûres des aiguilles usagées ou les nadeurs pourraient causer ?

.....

2- Existe –il une association ou un syndicat des professionnels de la santé ?

Oui : Non :

Si oui quel est son nom ?

Parmi ces activités, existe-il qui soient liées à la sensibilisation sur la gestion des DBM ?

Oui : Non :

Si oui existe –il un mécanisme de suivi basé sur la sanction ?

Oui : Non :

3- Connaissance du décret portant GDBM

Le syndicat ou les hôpitaux sont ils associés à l'élaboration du décret régissant la gestion des DBM ? Oui : Non :

Le décret est –il vulgarisé ? ? Oui : Non :

Votre personnel est –il sensibilisé à l'application dudit décret ?

Oui : Non :

4- Respect des dispositions du décret

A- Par les hôpitaux

Le décret stipule que les poubelles doivent être de certaines couleurs ou étiquetées?
Comment faites-vous ?

.....

Arrivez-vous à faire le tri ?.....

Pourquoi ?

Le lieu d'entreposage de vos DBM est-il situé à 200 m ou loin d'un point d'eau?

Arrive-t-il parfois que les DSM soient mélangés au DBM à votre insu ?

Si oui que faites-vous quand vous êtes informés ?

Quel pourcentage représente les coûts liés à la gestion des DBM dans votre budget global ?

Vos déchets restent-ils ici pendant 3 jours au moins ?

Etes-vous abonnés à un centre de traitement ? Pourquoi

Si non comment traitez-vous vos déchets ? (A décrire)

Ce mode est-il conforme à la réglementation en vigueur ?

B- La police sanitaire

La police sanitaire vous visite-t-elle régulièrement ?

Si oui quels sont ces avis sur votre manière de gérer les DBM ?

Si non pourquoi selon vous elle ne joue pas son rôle ?

C- Causes du respect des textes

Pourquoi vous ne respectez pas les dispositions contenues dans le décret ?

- La police sanitaire ne joue pas son rôle?
- Méconnaissance des textes ?

- Inexistence de centre de traitement ?
- Personne ne respecte ?
- La loi est très contraignante (sur quels aspects)
- Moyens financiers ?
- Autres raisons ?

5- Identité de l'hôpital

Le nom de l'hôpital et sa situation géographique

Depuis quand votre centre a-t-il été créé ?

Quelle est environ la quantité de DBM produite par jour ?

Avez-vous un responsable chargé de la GDBM

6- avez-vous d'autres commentaires à faire

Par rapport à la loi ?

Par rapport à l'Etat ? (DHAB-Police environnementale)

-

Centre de traitement des DBM ?

7- Observations générales après l'entretien

OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES DANS LA COMMUNE DE COTONOU SUR LA MISE EN ŒUVRE DU DECRET REGISSANT LA GDBM

HOPITAUX NON ABONES DISPOSANT D'UN INCINERATEUR (responsables du centre, responsable de le GDBM, infirmier, responsable financier)

I.- Connaissance des nuisances liées à la production des DBM

1.- Avez-vous une idée précise des risques liés à la manipulation des DBM ?

Oui : Non :

- Si oui pouvez-vous nous en citer quelques uns ?

1.....

2.....

- Si non quelles maladies les piqures des aiguilles usagées ou les odeurs pourraient causer ?

.....

2- Existe –il une association ou un syndicat des professionnels de la santé ?

Oui : Non :

Si oui quel est son nom ?

Parmi ces activités, existe-il qui soient liées à la sensibilisation sur la gestion des DBM ?

Oui : Non :

Si oui existe –il un mécanisme de suivi basé sur la sanction ?

Oui : Non :

3- Connaissance du décret portant GDBM

Le syndicat ou les hôpitaux sont ils associés à l'élaboration du décret régissant la gestion des DBM ? Oui : Non :

Le décret est –il vulgarisé ? ? Oui : Non :

Votre personnel est –il sensibilisé à l'application dudit décret ?

Oui : Non :

4- Respect des dispositions du décret

A- Par les hôpitaux

Le décret stipule que les poubelles doivent être de certaines couleurs ou étiquetées?
Comment faites-vous ?

.....

Arrivez-vous à faire le tri ?.....

Pourquoi ?

Le lieu d'entreposage de vos DBM est-il situé à 200 m ou loin d'un point d'eau?

Votre incinérateur est il loin des agglomérations ?

Arrive-t-il parfois que les DSM soient mélangés au DBM à votre insu ?

Si oui que faites-vous quand vous êtes informés ?

Quel pourcentage représente les coûts liés à la gestion des DBM dans votre budget global ?

Vos déchets restent-ils ici pendant 3 jours au moins ?

Quelle est la capacité de votre incinérateur ?

Depuis quand il a été construit ?

Quand il tombe en panne que faites-vous ?

Une EIE a-t-il été réalisée avant la construction de l'incinérateur ?

B- La police sanitaire

La police sanitaire vous visite-t-elle régulièrement ?

Si oui quels sont ces avis sur votre manière de gérer les DBM ?

Si non pourquoi selon vous elle ne joue pas son rôle ?

C- Causes du non respect des textes

Pourquoi vous ne respectez pas les dispositions contenues dans le décret ?

- La police sanitaire ne joue pas son rôle?
- Méconnaissance des textes ?
- Inexistence de centre de traitement ?
- Personne ne respecte ?
- La loi est très contraignante (sur quels aspects)
- Moyens financiers ?
- Autres raisons ?

5- Identité de l'hôpital

Le nom de l'hôpital et sa situation géographique

Depuis quand votre centre a-t-il été créé ?

Quelle est environ la quantité de DBM produite par jour ?

Avez-vous un responsable chargé de la GDBM

6- avez-vous d'autres commentaires à faire

Par rapport à la loi ?

Par rapport à l'Etat ? (DHAB-Police environnementale)

-

Centre de traitement des DBM ?

7- Observations générales après l'entretien

OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES DANS LA COMMUNE DE COTONOU SUR LA MISE EN ŒUVRE DU DECRET REGISSANT LA GDBM

POLICE ENVIRONNEMENTALE- POLICE SANITAIRE – DHAB (Chargé de la gestion des DBM- responsable etc.)

I.- Connaissance des nuisances liées à la production des DBM

1.- Avez-vous une idée précise des risques liés à la manipulation des DBM ?

Oui : Non :

- Si oui pouvez-vous nous en citer quelques uns ?

1.....

2.....

- Si non quelles maladies les piqûres des aiguilles usagées ou les nadeurs pourraient causer ?

.....

2- raisons de l'élaboration d'un décret

Comment se gérait les DBM avant le décret de 2002

Qu'est ce qui a motivé l'élaboration d'un, nouveau décret

3- Connaissance du décret portant GDBM

Le Les différents acteurs sont –ils associés à l'élaboration du décret régissant la gestion des DBM ? Oui : Non :

Pourquoi ?

Le décret est –il vulgarisé ? ? Oui : Non :

Les acteurs sont ils sensibilisés à l'application dudit décret ?

Oui : Non :

Pourquoi ?

4- Respect des dispositions du décret

A- Par les hôpitaux

Le décret stipule que les poubelles doivent être de certaines couleurs ou étiquetées?

Comment font les hôpitaux ?

.....

Pourquoi ?

Les lieux d'entreposage des DBM sont-ils situés à 200 m ou loin d'un point d'eau?

Les incinérateurs / sont ils loin des agglomérations ?

Arrive-t-il parfois que les DSM soient mélangés au DBM par les hôpitaux ?

Si oui que faites-vous quand vous êtes informés ?

Quel pourcentage représente les coûts liés à la gestion des DBM dans votre budget global ?

B- La police sanitaire

Arrivez-vous à visiter les différents acteurs opérant dans la GDBM ?

Si oui quels sont les constats que vous faites ?

Si non pourquoi ?

C- Par les centres de traitement des DBM

Les centres disposent-ils d'agrément ?

Pourquoi ?

D- Causes du respect des textes

Pourquoi vous ne faites pas respecter les dispositions contenues dans le décret ?

- Manque de volonté?
- Manques de ressources humaines, financières et matérielles ?
- Personne ne respecte ?
- La loi est très contraignante (sur quels aspects)
- Autres raisons ?

5- avez-vous d'autres commentaires à faire

Par rapport à la loi ?

Par rapport à l'Etat ? (DHAB-Police environnementale)

-

Centre de traitement des DBM ?

7- Observations générales après l'entretien

GRILLE D'OBSERVATION

Enquêtés

- 1- Aptitudes pour parler de la GDBM
- 2- Aptitudes à dissimuler des informations
- 3- Aptitudes d'être préoccupé par une bonne gestion des DBM

Incinérateur

- 1- Localisation par rapport aux agglomérations
- 2- Etat
- 3- Capacité à incinérer totalement les DBM sans reste

Poubelles

- 1- Respect des couleurs ou étiquettes
- 2- Dispositions des poubelles
- 3- Vérifier le respect du tri

Décret

- 1- Affichage des dispositions de sécurité (voir l'existence de panneaux de sécurité)
- 2- Affichage d'une partie du décret au tableau d'affichage ou lieu public
- 3- Autres éléments pouvant montrer la volonté de respecter ou non le décret et de le vulgariser

Existence de moyens

- 1- Voir l'état du centre
- 2- Voir les moyens apparents

Autres observations pouvant permettre de bien comprendre les comportements des différents acteurs

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	ii
SIGLES ET ACRONYMES	iv
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES GRAPHISMES	vi
LISTE DES PHOTOS	vi
RESUME	vii
ABSTRACT	viii
SOMMAIRE	ix
INTRODUCTION	I
II-CADRE DE RECHERCHE	4
2.1-CONSTATS	4
2.2-PROBLEMATIQUE	5
2.3- PROPOSITIONS ET OBJECTIFS.....	8
2.3.1- Propositions	8
2.3.2- Objectifs de l'étude	9
2.4- EPISTEMOLOGIE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	9
2.4.1- Posture épistémologique : définition et choix	9
2.4.1.1- <i>Définitions et explications</i>	9
2.4.1.2- <i>Choix du positionnement épistémologique</i>	10
2.4.2- METHODOLOGIE DE RECHERCHE	11
III- ETAT DE L'ART	19
3.1- CADRE CONCEPTUEL	19
3.1.1- DEFINITION DES TERMES CLES	19
3.1.1.1- <i>Déchets Biomédicaux (DBM)</i>	19
3.1.1.2- <i>Tri</i>	19
3.1.1.3- <i>Incinération</i>	19

3.1.1.4- Formations sanitaires.....	20
3.1.1.5- Organisation	20
3.1.1.6- Institution	20
3.1.1.7- Règle.....	21
3.1.1.8 Décret	22
3.2- CADRE THEORIQUE	22
3.2.1- LA THEORIE NEO INSTITUTIONNELLE.....	23
3.2.1.1- Définition et généalogie	23
3.2.1.2- Niveau d'application de la théorie néo institutionnelle	24
3.2.1.3- Nature des contraintes exercées sur les organisations	24
3.2.1.4- Comportements isomorphiques des organisations face aux pressions.....	25
3.2.1.4.1-La notion d'isomorphisme.....	25
3.2.2- LA THEORIE DE REGULATION	27
3.2.2.1- Définition et Polysémie	27
3.2.2.2- Fondement de la théorie de régulation de Jean-Daniel REYNAUD	28
3.2.2.3- Les formes de régulation	30
3.2.2.4-Définition de la Transgression	31
3.2.2.4.1-Définition de la déviance	31
3.2.2.4.2-Transgression et déviance : deux termes différents	32
3.2.2.4.3-Transgression et déviance : deux termes synonymes.....	32
3.2.2.5- Les causes de transgression.....	33
3.2.2.5.1- La transgression involontaire	33
3.2.2.5.2-La transgression volontaire.....	34
IV- PRESENTATION DES RESULTATS.....	36
4.1-RESULTATS PRELIMINAIRES : Organisation du Système de gestion des déchets biomédicaux dans la ville de Cotonou	36
4.1.1- Présentation sommaire de la ville de Cotonou	36
4.1.1.1-Etat Administratif.....	37

4.1.1.2- Caractéristiques humaines.....	37
4.1.1.3- Etat de salubrité	37
4.1.1.4- Etat sanitaire de la ville de Cotonou	38
4.1.1.5 Présentation du champ organisationnel du secteur des DBM	38
Montage institutionnel	40
4.1.2- Cadre législatif et institutionnel de la gestion de déchets bio médicaux.....	42
4.2- RESULTATS PAR PROPOSITION.....	44
4.2.1-PRESENTATION DES RESULTATS LIES A LA PROPOSITION 1	44
4.2.1.1- Les comportements de non respect de la règle par les formations sanitaires.....	44
4.2.1.1.1-Stratégie d'Auto Gestion (SAG)	44
4.2.1.2- Stratégie d'Encadrement Technique par l'Hôpital de Zone (SETHOZ)	47
4.2.1.1- Défaillance du mécanisme de suivi et de contrôle de la mise en œuvre de la règle ..	48
4.2.1.2- Causes et facteurs favorisant le non respect de la règle.....	49
4.2.2.2- Niveau de connaissance du décret	51
4.2.3-PRESENTATION DES RESULTATS LIES A LA PROPOSITION 3	53
4.2.3.1- Mise en œuvre des dispositions de la règle par certaines formations sanitaires	53
4.2.3.1- Causes et facteurs explicatifs.....	56
V. DISCUSSIONS ET ANALYSE DES RESULTATS	63
5.1- LES MECANISMES DE CREATION ET DE MAINTIEN DE LA REGLE COMME FACTEURS DE LA TRANSGRESSION.....	63
5.1.1- Le processus de création et les différentes dispositions du décret.....	63
5.1.2 - La non pertinence des dispositions de la règle	63
5.1.3- L'absence du contrôle institutionnel et la faible volonté des formations sanitaires	64
5.1.4- L'obsolescence de la règle.....	66
5.1.6- Le manque de qualification des agents chargés de la gestion des DBM.....	66
5.2-ISOMORPHISME ET MISE EN ŒUVRE DE LA REGLE	67
5.2.1- La loi : facteur favorisant l'adoption.....	67
5.2.2 Le mimétisme comme mécanisme explicatif de l'adoption	67

VI. - CONCLUSION SUR LA RECHERCHE	70
6.1. - CONCLUSION GENERALE	70
6.2.- APPORT ET ENSEIGNEMENT.....	70
6.2.1.- processus de création et de diffusion du décret	70
6.2.2.- Modalités inductrices d’isomorphisme	71
6.3. - LIMITES ET PERSPECTIVES	71
6.3.1- Limites liées aux analyses des enquêtes	71
6.3.2- Limites liées aux théories	72
6.3.2.1 Théorie néo institutionnelle	72
6.3.2.2 La théorie de régulation sociale	72
6.4- PERSPECTIVES.....	72
BIBLIOGRAPHIE	73
ANNEXES	75
TABLE DES MATIERES	76