



GOUVERNANCE DES DECHETS SANITAIRES DANS LA VILLE D'ABIDJAN

Bodou yao

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.17641716>

Résumé

La gestion des déchets sanitaires est un élément essentiel de tout système de santé, mais elle reste l'un des domaines les plus négligés dans de nombreux pays en développement. Elle constitue une préoccupation mondiale en terme de santé publique et de développement durable.

En Côte d'Ivoire, la gestion des déchets sanitaires est devenue plus complexe avec l'avènement de la Covi-19. Face à cette situation, le ministère en charge de la santé a mis en œuvre la polarisation et la contractualisation des déchets sanitaires, doté les établissements de santé en matériels et équipements de gestion des déchets, renforcé les capacités du personnel en gestion des déchets, mis à disposition des plans et directives de gestion des déchets sanitaires, etc.

L'objectif de cette étude est d'analyser la gouvernance des déchets sanitaires dans les régions sanitaires Abidjan 1 et 2. Cette étude a été menée dans six (06) districts sanitaires: Abobo-est, Yopougon-ouest et Anyama (Abidjan 1); Treichville-Marcory, Adjamé-Attécoubé-Plateau, Cocody-Bingerville (Abidjan 2). la méthodologie appliquée repose sur des approches à la fois quantitative et qualitative. Les données ont été recueillies grâce aux questionnaires adressés aux points focaux déchets des centres de santé et des districts. Des guides d'entretien ont été adressés au chef du service en charge de la gestion des déchets sanitaires à la DHPSE, à un représentant de l'AIRP, la DMHP, la DIEMP, la NPSP et de l'INHP.

Les résultats de cette étude révèlent une pluralité d'acteurs impliqués dans le processus de gestion des déchets sanitaires dont la majorité ne collaboration pas ensemble. L'étude a permis également de relever les facteurs liés à la gouvernance des déchets sanitaires dans les régions Abidjan 1 et Abidjan 2. Ce sont entre autre: les conflits de compétence et d'appropriation de la paternité de la gestion des déchets ou d'accaparement des prérogatives, la collaboration insuffisante entre les différents acteurs en jeu, les pratiques de désintéressement à l'environnement des acteurs, la répartition des ressources financières locales dans les établissements de santé pour la gestion des déchets sanitaires, l'approche de gestion des déchets sanitaires centrée sur les aspects matériel, technique et financier et les limites de la DHPSE.

Mots clés: collaboration, déchets sanitaires, gestion, gouvernance, pratiques.

Abstract

Healthcare waste management is an essential component of any healthcare system, yet it remains one of the most neglected areas in many developing countries. It is a global concern in terms of public health and sustainable development. In Côte d'Ivoire, healthcare waste management has become more complex with the advent of COVID-19. In response to this situation, the Ministry of Health has implemented the polarization and contractualization of healthcare waste, provided healthcare facilities with waste management materials and equipment, strengthened the capacity of waste management staff, provided healthcare waste management plans and guidelines, and more. The objective of this study is to analyze healthcare waste governance in the Abidjan 1 and 2 health regions. This study was conducted in six (06) health districts: Abobo-est, Yopougon-ouest, and Anyama (Abidjan 1); Treichville-Marcory, Adjamé-Attécoubé-Plateau, Cocody-Bingerville (Abidjan 2). The methodology used is based on both quantitative and qualitative approaches. Data were collected through questionnaires sent to waste focal points at health centers and districts. Interview guides were sent to the head of the department responsible for health waste management at the DHPSE, AIRP, DMHP, DIEMP, NPSP, and INHP. The results of this study reveal a multitude of stakeholders involved in the health waste management process, the majority of whom do not collaborate. The study also identified factors related to healthcare waste governance in the Abidjan 1 and Abidjan 2 regions. These include: conflicts over jurisdiction and ownership of waste management or the monopolization of prerogatives; insufficient collaboration between the various stakeholders; practices of environmental disregard; the distribution of local financial resources in healthcare facilities for healthcare waste management; the approach to healthcare waste management focused on material, technical, and financial aspects; and the limitations of the DHPSE.

Keywords: collaboration, healthcare waste, management, governance, practices.

Introduction

L'impact de la dégradation de l'environnement sur la santé humaine est à la fois une des préoccupations majeures de santé publique et un problème écologique, au même titre que la lutte contre le changement climatique, la protection de la biodiversité, le trafic des déchets dangereux. Un quart des maladies est imputable aux facteurs environnementaux (OMS, 2015).

La gestion des déchets sanitaires constitue une préoccupation mondiale en terme de santé publique et de développement durable. En Côte d'Ivoire, la production est estimée à 31,14 tonnes par jour soit environ 11.365,87 tonnes par an dont 22,79% considérés comme à risque infectieux, 3,42% à risque pharmaceutique et chimique, 1,86% d'Objets Piquants-Coupants-Tranchants (OPCT) et 71,9% sont assimilables aux déchets ménagers (MSHP/DHPSE; JHPIEGO, 2025). Le système de gestion de ces déchets est guidé par un Plan National de Gestion de Déchets Sanitaires (PNGDS) qui présente les acteurs impliqués dans la gestion des déchets sanitaires ainsi que leurs rôles respectifs.

Depuis 2009, la Côte d'Ivoire s'est dotée de trois (03) plans (PNGDM 2009-2011), PNGDS (2016-2020), PNGDS (2021-2025) et PAO (2024-2025) en cours, dont la mise en œuvre a abouti aux acquis suivants: le cadre institutionnel et réglementaire a été renforcé à travers la prise d'arrêtés relatifs à la gestion des déchets sanitaires, des documents de politiques de gestion des déchets sanitaires, de politique de santé-environnement, de documents de normes et

directives, la mise en place dans les Districts sanitaires d'une Cellule Focale Hygiène Hospitalière, Sécurité des Injections et Gestion des Déchets Sanitaires (HHSIGDS).

Le système de gestion des déchets sanitaires a été renforcé à travers la formation et la sensibilisation des agents de santé, la promotion du tri sélectif à la production avec la dotation des établissements sanitaires cibles en chariots, poubelles, sacs poubelles, équipements de protection individuelle. L'installation d'incinérations modernes à combustion pyrolytique et de banaliseurs dans certains Établissements Sanitaires(ES) ont facilité la mise en place d'un système de polarisation et de contractualisation par le recrutement de quatre (04) prestataires grâce à l'appui technique et financier de l'Unité de Coordination des Projets de Santé Banque Mondiale (UCPS BM). On dénombre à ce jour trente-deux (32) sociétés prestataires impliquées dans la gestion des déchets sanitaires à Abidjan dont douze (12) sont agréées.

A la fin du financement du projet de la polarisation et de contractualisation des déchets de vaccination et de la Covid-19 par l'UCPS BM en décembre 2024 et celui des Produits Pharmaceutiques Inutilisables (PPI) et février 2025 par l'UCP Fonds Mondial (UCP FM), ces déchets commencent à s'accumuler à nouveau dans certains centres de santé, en plus des autres déchets infectieux et des déchets ménagers et assimilés dont les quantités produites ne cessent d'augmenter. Certains centres de santé continuent la polarisation et la contractualisation de leurs déchets avec les prestataires et les autres sont obligés de les stocker ou de les brûler. Aussi, faut-il souligner que plusieurs structures et établissements sanitaires coexistent dans le système de gestion des déchets sanitaires avec des pratiques et représentations très diversifiées de ces déchets. Comment ces divers acteurs collaborent-ils dans les régions sanitaires Abidjan 1 et Abidjan 2 dans le cadre de la gestion des déchets ?

L'objectif de cette étude est d'analyser la gouvernance des déchets sanitaires dans les régions sanitaires Abidjan 1 et 2.

I. Méthodologie

I.1. Le site d'étude

L'étude a été réalisée dans les districts sanitaires de Treichville-Marcory, Cocody-Bingerville, Abobo-est, Yopougon-ouest, Adjamé-Attécoubé-plateau et d'Anyama. Ce sont donc six (06) districts sanitaires qui ont été visités dans le cadre de cette étude sur les dix (10) des régions Abidjan 1 et Abidjan 2. Il faut noter que ces régions sanitaires ont été choisies en raison de leur dotation en matériels et équipements de traitements des déchets sanitaires (dix (10) incinérateurs et un banaliseur) et la présence de tous les acteurs du niveau central.

I.2 les participants et l'échantillonnage

I.2.1 les participants

L'étude a identifié les populations cibles suivantes :

-une cible primaire composée par un agent du service en charge de la gestion des déchets sanitaires à la DHPSE et un représentant de l'Agence Ivoirienne de Régulation des Produits Pharmaceutiques (AIRP), de la Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité (DMHP), de l'UCPS BM, de la Direction des Infrastructures, des Équipements, de la Maintenance et du

Patrimoine (DIEMP), de la NPSP (Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) et des Directeurs Départementaux de la Santé d'Abidjan 1 et Abidjan 2 ou leurs représentants (DDS).

-une cible secondaire constituée des points focaux de gestion des déchets sanitaires dans les districts et Établissements de Santé.

I.2.2 l'échantillonnage

Le nombre d'établissements de santé varie d'un district sanitaire à l'autre et ces districts n'ont pas les mêmes réalités de terrain (état des routes, matériels de conditionnement des déchets, aire géographique, etc.). De ce fait, les régions sanitaires Abidjan 1, Abidjan 2 avec un échantillon de cinq (05) ES par district ont été choisis par un choix raisonné dans les six (06) districts retenus. Seuls les points focaux déchets des ES choisis ont été interrogés. Ce qui a donné 30 personnes et 06 points focaux des districts sanitaires, un point focal du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et un autre du Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP), soit 38 personnes. A ceux-ci s'ajoutent 06 DDS et un représentant (01) des structures suivantes a été interrogé: DHPSE, AIRP, DMHP, DIEMP, NPSP et INHP, UCPS BM soit 13 personnes interviewées.

Au total, 51 personnes ont été interrogées soit 38 par questionnaires et 13 par entretien semi-directif.

I.3 les techniques et instruments de collecte des données

Les approches qualitatives (entretien semi-directif, recherche documentaire et observation directe) et quantitatives (enquête par questionnaire) ont été mobilisées.

I.3.1 entretien semi-directif

Un guide d'entretien a été réalisé avec un représentant(01) des structures suivantes: DHPSE, AIRP, DMHP, DIEMP, NPSP, UCPS BM et INHP.

I.3.2 recherche documentaire

A l'aide de fiches de lecture, différents documents ont été consultés dans des services administratifs (service en charge de la gestion des déchets sanitaires à la DHPSE et de la sous-direction réglementation de l'hygiène publique) et des recherches sur internet.

I.3.3 observation directe

L'étude a été l'occasion pour nous de se rendre dans les différents districts sanitaires et ES choisis avec des grilles d'observation et de suivre le processus de gestion des déchets des déchets sanitaires. Nous avons visité également les sites de stockage provisoire des déchets dans les ES, les districts et des sites d'incinération et de banalisation pour avoir une idée de leurs impacts sur l'environnement et du rôle des différents acteurs.

I.3.4 questionnaire

Un questionnaire a été adressé aux points focaux des établissements de santé et des districts sanitaires.

I.4 analyse et interprétation des données

Les données issues des questionnaires ont été traitées avec le logiciel SPHINX PLUS version 5 et les données qualitatives ont été analysées grâce au logiciel NVIVO 12.

I.4.1 la méthode

La méthode compréhensive a été utilisée pour analyser les résultats de cette étude. Elle a permis d'expliquer les rôles des acteurs, les moyens mobilisés et de comprendre la gouvernance des déchets sanitaires dans les deux régions choisies pour cette étude.

I.4.2 la théorie

Le cadre de référence de cette étude est le socioconstructivisme. Cette théorie a permis de comprendre comment les acteurs ont reconstruit leurs rapports et leurs représentations sociales liés aux déchets sanitaires à travers la gouvernance des déchets sanitaires.

II. RESULTATS

II.1 PRESENTATION DES ACTEURS IMPLIQUES DANS LA GESTION DES DECHETS SANITAIRES DANS LES REGIONS SANITAIRES ABIDJAN 1 ET ABIDJAN 2

II.1.1 ACTEURS INSTITUTIONNELS

-DHPSE: est responsable de la coordination des activités liées au conditionnement, collecte, transport et élimination des déchets sanitaires. Il en est de même des matériels de conditionnement et les équipements de traitement de ces déchets. Elle a en charge la réglementation et la coordination des activités des prestataires en collaboration avec les partenaires techniques et financiers.

-INHP: chargé de la collecte, du transport et de l'élimination des déchets liés à la vaccination ciblée sur l'étendue du territoire national. Il est doté d'un incinérateur de grande capacité, installé sur le site de l'antenne de l'INHP d'Abobo-Baoulé (Abidjan).

-DIEMP/CRIEM: chargée de l'installation et de la maintenance des équipements d'élimination des déchets sanitaires.

-AIRP: chargée de la réglementation des PPI

-DMHP: chargée de la coordination des activités liées à l'hygiène hospitalière dont la formation/sensibilisation sur la gestion des déchets sanitaires.

-NPSP: chargée de la collecte, du transport et du stockage des PPI.

-DDS: coordonnent les activités liées à la gestion des déchets sanitaires au niveau départemental.

-ANAGED: chargée du collecte, transport et élimination des déchets ménagers et assimilés issus des établissements de santé.

-**ANDE**: chargée des études d'impact environnemental et social des équipements de traitements ou d'élimination des déchets sanitaires.

II.1.2 ACTEURS OPERATIONNELS

-**CENTRES DE SANTE**: chargés du conditionnement, du stockage temporaire et de l'incinération ou de la banalisation des déchets sanitaires.

II.1.3 PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

-UCPS BM et UCP FM apportent un appui techniques et financiers à la DHPSE dans la gestion des déchets sanitaires à travers le recrutement des prestataires en charge des opérations de collecte, transport et élimination des déchets sanitaires ou des PPI. Elles contribuent à la fourniture des matériels de conditionnement et des équipements d'élimination des déchets.

II.1.4 Prestataires:

Il existe trente-deux (32) sociétés exerçant dans la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire selon un représentant de la DHPSE. Parmi eux, douze (12) sont agréées par le ministère en charge de la santé. Il a souligné qu'il existe plusieurs prestataires méconnues de sa direction et qui font la gestion des déchets sanitaires.

On observe donc une pluralité d'acteurs impliqués dans la gestion des déchets sanitaires à Abidjan. Quels sont les rapports qu'ils entretiennent entre eux dans le cadre de la gestion de ces déchets ?

I.2.rapports entre les différents acteurs impliqués dans la gestion des déchets sanitaires

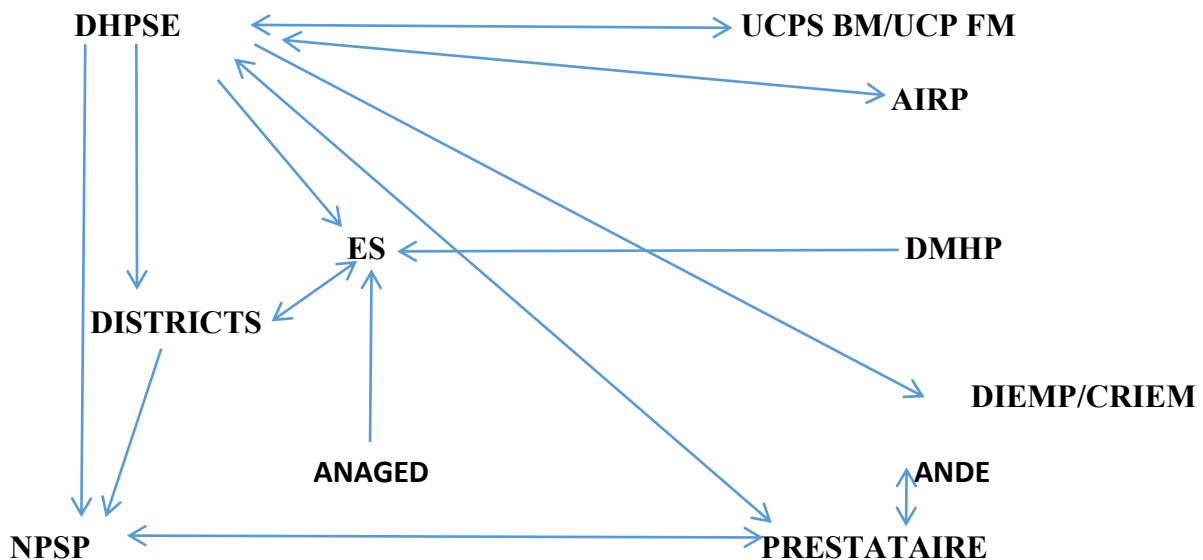


Schéma des rapports de travail entre les acteurs impliqués dans la polarisation et la contractualisation des déchets sanitaires.

En Côte d'Ivoire, la DHPSE, est responsable de la coordination des activités liées au conditionnement, collecte, transport et élimination des déchets sanitaires. Il en est de même des matériels de conditionnement et les équipements de traitement de ces déchets. Elle a en

charge la réglementation et la coordination des activités avec les prestataires et les partenaires techniques et financiers.

Ce schéma traduit les rapports entre les différents acteurs impliqués dans la gestion des déchets. On note l'absence de rapport entre la DIEMP et la DHPSE ce qui ne permet pas d'avoir des informations sur l'état des équipements, le type, le nombre et la qualité des équipements installés dans les centres de santé. En plus, le rapport entre la DHPSE et les districts sanitaires est limité aux missions de supervisions des activités des prestataires. Bref, il y a des insuffisances de communication entre les différents acteurs, ce qui a un impact négatif sur la gestion des déchets. Soulignons également l'absence d'une plate-forme informatique pour faciliter le suivi des opérations du prestataire mais aussi la planification des opérations et des matériels.

En matière de gestion des déchets, la DHPSE n'a aucun rapport avec l'ANDE d'autant plus qu'une étude d'impact environnemental et social est rarement sollicitée pour l'installation des équipements de traitement/élimination des déchets sanitaires dans les établissements publics de santé. Elle exerce presque les mêmes activités que la DMHP (formation du personnel à la gestion des déchets) au sein des établissements publics de santé mais dans la pratique, ces 2 structures n'ont aucune relation de travail.

A celles-ci, s'ajoutent l'ANAGED qui s'occupe des déchets ménagers et assimilés dans les structures sanitaires; la NPSP et l' AIRP qui s'occupent des déchets pharmaceutiques.

Enfin, la collaboration des districts sanitaires et la DHPSE reste limitée à des opérations de supervisions de la DHPSE.

Ce schéma fait ressortir la nature des rapports de travail entre les différents acteurs impliqués dans la gestion des déchets sanitaires mais aussi le manque de collaboration entre ces divers acteurs. Ce qui impacte l'efficacité du système de gestion de ces déchets. Qu'en est-il de la gouvernance ?

II.2 Facteurs liés à la gouvernance des déchets sanitaires

II.2.1 conflits de compétence et d'appropriation de la paternité de la gestion ou d'accaparement des prérogatives

La gestion des déchets sanitaires est convoitée par plusieurs acteurs à la fois. Ce sont: la DHPSE qui a en charge la coordination des activités de gestion des déchets sanitaires. Elle coordonne et suit les activités des prestataires et la réglementation de l'hygiène publique. La DHPSE fait la formation des acteurs sur les bonnes pratiques de gestion des déchets. Dans le même sens, intervient la DMHP et l'INHP.

L'article 9 de l'arrêté n°131 MSHP/CAB/DGHPDRHP du 03 juin 2009 stipule que : «toute personne physique ou morale qui produit des déchets médicaux dans le secteur de la santé est tenue de les gérer conformément aux dispositions du présent arrêté...» Chaque acteur se dote de matériels et équipements et c'est dans ce sens que le CNTS s'est doté de 2 banaliseurs pour le traitement de ses déchets sanitaires sans informer la DHPSE. L'INHP dispose d'un incinérateur pour l'élimination des déchets de vaccination mais en réalité la polarisation de tous les déchets de cet institut rencontre des difficultés. Ce qui occasionne le stockage des boites de sécurité dans les districts sanitaires. Tous les CHU disposent de plusieurs équipements de

traitements de leurs déchets. Ce qui fait ressortir une répartition inégale des équipements de traitements des déchets sanitaires.

L'AIRP et la DCPEV dans le cadre de la gestion des produits pharmaceutiques sont dans un processus d'acquisition d'équipements de gestion de leurs déchets.

II.2.2 collaboration insuffisante entre les acteurs

A partir des rapports entre les différents acteurs impliqués dans la gestion des déchets, il ressort une collaboration insuffisante (voir I.2).

II.2.3 pratiques de désintéressement à l'environnement des acteurs

La salubrité environnementale hospitalière semble être une préoccupation au second plan pour certains acteurs. De ce fait, la gestion des déchets sanitaires ne semble pas constituer une de leurs priorités. En effet, malgré les efforts du gouvernement et des PTF à mettre à la dispositions de centres de santé des matériels et équipements des déchets associés à des formations et diverses sensibilisations, les déchets sanitaires restent encore mal gérés (mauvais tri, brûlage à ciel ouvert, absence de site de stockage provisoire,...). Ce fait est liée à la perception et à la représentation que les acteurs se font de ces déchets, comme en témoigne les propos d'un interviewé «*mon cher, déchet c'est déchet*» et «*pourquoi dépenser des millions pour des déchets ?*»

II.2.4 répartition des ressources financières locales dans les établissements publics de santé pour la gestion des déchets sanitaires

Tous les points focaux et responsables des établissements de santé interrogés ont souligné l'insuffisance des moyens financiers affectés à la gestion leurs déchets. Parmi ces moyens figure le PBF (Financement Basé sur la performance) qui est affecté à plusieurs activités et non dédié à la gestion des déchets sanitaires.

L'analyse fait ressortir que certains centres de santé ont plusieurs équipements de traitement et d'élimination des déchets et continuent d'en demander ou d'en recevoir alors que d'autres n'en n'ont pas. Les CHU de Cocody et de Treichville ont respectivement un banaliseuse et 02 incinérateurs; un incinérateur et 02 banaliseuses. Le CHU de Bouaké ne dispose que d'un brûleur par exemple. Comment se fait la répartition des ressources financières liées à la gestion des déchets sanitaires ? comment se fait la répartition des équipements des déchets dans les centres de santé ? la réponse à ces interrogations est partagée entre l'appui des PTF, le capital social et le leadership des responsables des établissements de santé.

II.2.5 l'approche de la gestion des déchets sanitaires centrée sur les aspects technique, matériel et financier

La gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire est centrée sur les aspects matériels, techniques et financiers. Le volet sociologique est rarement abordé. Ainsi, les représentations sociales et perceptions des producteurs des déchets sanitaires et autres acteurs liées à ces déchets ne sont jamais pris en compte dans le processus de leur gestion. Pour certains «*déchet c'est déchet*», pour d'autres «*pourquoi mettre autant d'argent dans les déchets sanitaires que de soigner les populations*». Ces perceptions ont un impact sur le tri, le stockage, le financement

et l'élimination des déchets. Cela favorise le brûlage à ciel ouvert ou leur disposition inadéquate au mépris des règles environnementales.

La vision technicienne de la gestion des déchets sanitaires reste limitée et centrée sur les déchets en ignorant l'homme (producteurs des déchets) dans toutes ses dimensions car malgré la mise à disposition des matériels et équipements aux structures sanitaires, la question des déchets n'a guère évolué. Il ne s'agit donc pas de trouver des financements et des matériels et équipements aux structures sanitaires pour que la question des déchets soit réglée mais une approche holistique du problème incluant les aspects sociologique, psychosociologique, géographique, juridique, financier, matériel, technique, etc.

II.2.6 limites de la DHPSE

La DHPSE est une direction centrale en charge de la coordination des activités de gestion de déchets sanitaires, de la réglementation et de la coordination des activités des prestataires en collaboration avec les partenaires techniques et financiers. Pour ce faire, elle a besoin de moyens humains, financiers, techniques, matériels et logistiques suffisants. Selon un responsable du service en charge de la gestion des déchets sanitaires de cette direction *«les moyens de notre direction restent limités et impactent sa rentabilité en termes de régularité de suivi des activités de gestion des déchets sanitaires y compris celles des prestataires sur le territoire national. Elle est très dépendante des partenaires techniques et financiers sur le plan financier et en objectifs»*

La DHPSE n'arrive donc pas à capitaliser la planification des activités de gestion des déchets sanitaires, ce qui favorise une gestion individualisée des équipements dans les établissements sanitaires. Chaque responsable d'établissement de santé, par son leadership, arrive à acquérir ses matériels et équipements sans informer la DHPSE, comme c'est le cas du CNTS.

Aussi assiste-t-on à une floraison de prestataires dans la gestion des déchets sanitaires parfois sans agrément et au mépris des règles environnementales.

Selon un responsable de l'UCP BM, *« avec ce statut la DHPSE ne peut pas capter des ressources financières comme l'ANAGED (Agence Nationale de Gestion des Déchets) pour le financement de ses activités»*.

Face à cette situation, n'est-il pas nécessaire de créer une Agence Nationale de Gestion de Déchets Sanitaires (ANGDS), puis attribuer les opérations de polarisation et de contractualisation de ces déchets à un seul prestataire en Côte d'Ivoire comme la société JOSPONG au Ghana ? Cette initiative doit prendre en compte la fourniture des matériels de conditionnements des déchets, des EPI, des équipements de traitements/élimination des déchets liquides et solides des établissements de santé (publics et privés) sans oublier la valorisation des déchets sanitaires, le personnel et la maintenance des équipements.

III. Discussion des résultats

Cette étude a révélé que les conflits de compétence et d'appropriation de la paternité de la gestion ou d'accaparement des prérogatives, les pratiques de désintéressement à l'environnement des acteurs, la collaboration insuffisante entre les différents acteurs impliqués dans le système de gestion des déchets sanitaires dans les régions sanitaires Abidjan 1 et 2, l'approche de la gestion des déchets sanitaires centrée sur les aspects technique, matériel et

financier et les limites de la DHPSE résultent de la gouvernance de ces déchets. L'étude de Aya (G.A) (2012) et Bodou (Y) (2019) ont montré que la défaillance des pouvoirs publics tant au niveau politique, technique, économique, communicationnel, législatif, et réglementaire a constitué un ferment à l'apparition des nouveaux acteurs dans la filière des déchets ménagers. Ces acteurs ont développé des pratiques de réseautage, de conflits, des pratiques opportunistes et de désintéressement à l'environnement dans les communes de Cocody, Yopougon, Adjamé et Abobo.

Ces études portent sur deux différents types de déchets avec des acteurs plus ou moins différents. Ils ont des similitudes dans les étapes et stratégies de gestion, l'analyse sociologique de la gouvernance de ces deux types de déchets relèvent des similitudes, notamment les conflits, la défaillance des pouvoirs publics, les pratiques de désintéressement à l'environnement des acteurs.

Les résultats de cette étude abondent également dans le même sens que ceux de Bodou (Y) (2025) qui ont montré que les jeux de pouvoirs, les conflits de rôles entre les agents dans les établissements de santé et la collaboration insuffisante entre les différents acteurs impliqués dans la polarisation et la contractualisation des déchets sanitaires dans les régions sanitaires Abidjan 1 et 2 résultent de la gouvernance de ces déchets.

Conclusion

L'étude sur la gouvernance des déchets sanitaires dans la ville d'Abidjan a pour objectif d'analyser la gouvernance des déchets sanitaires dans les régions sanitaires Abidjan 1 et 2. Elle a permis de présenter les acteurs impliqués dans la gestion des déchets sanitaires dans les régions sanitaires Abidjan 1 et Abidjan 2 ainsi que leurs rôles. Elle a permis également d'analyser les facteurs liés à la gouvernance des déchets sanitaires.

Références bibliographiques

1. Aya (G.D) (2012): Gouvernance de la gestion des déchets ménagers à Abidjan: cas des communes de Cocody, Yopougon et Abobo, thèse de doctorat en sociologie 2012, université de Canada, Quebec, 404p.
2. Bodou (Y) (2019): Production et gestion des ordures ménagères dans les communes d'Adjamé et de Cocody à Abidjan, Thèse unique de doctorat en sociologie, université F.H.B, Abidjan (RCI), 360p.
3. Bodou (Y) (2025): polarisation et contractualisation des déchets sanitaires dans la ville d'Abidjan : essai pour une stratégie de gestion écologiquement rationnelle durable.
4. Plan National de Gestion des Déchets Médicaux 2009-2011, RCI, 125p
5. Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires 2016-2020, RCI,
6. Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires 2021-2025, RCI,
7. Plan National Opérationnel 2024-2025, RCI, 76p
8. Rapports d'activités mensuels de collecte et d'incinération des déchets sanitaires dans les régions sanitaires Abidjan 1 et Abidjan 2 de 2021 à 2024, DHPSE.
9. Touré (Y.A), (2025): étude d'une stratégie: gestion des déchets sanitaires par polarisation et contractualisation: cas de la région sanitaire Abidjan 1, mémoire de Master 2 en qualité sécurité environnement, université Nangui Abrogoua, RCI, 58p.