

## Coordination structurelle des centres de santé pour une meilleure gestion des déchets biomédicaux au district sanitaire de Baskuy au Burkina Faso

Seyram K. SOSSOU<sup>1\*</sup>, Vidoumou AKA<sup>1,2</sup>, Maïmouna BOLOGO/TRAORE<sup>1</sup>, Boureima COULIBALY<sup>2</sup>, Harinaivo Anderson ANDRIANISA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut International d'Ingénierie de l'Eau et de l'Environnement, 01 Rue de la science, BP 594, Ouagadougou 01, Burkina Faso.

<sup>2</sup>District sanitaire de Baskuy, 03 BP 7112 Ouagadougou 03 Burkina Faso

Received 15 Sept 2021, Accepted 05 Oct 2021, Available online 30 Oct 2021, Vol.9 (Sept/Oct 2021 issue)

### Abstract

*The ineffective coordination of health centers by an administrative institution remains a problem in the management of Biomedical Solid Waste (HBW) in Burkina Faso. This study aims at contributing to the coordination mechanism improvement of health centers for better management of BMWs. The Baskuy health district located in downtown of Ouagadougou, the capital of Burkina Faso, was chosen for this study. The assessment of the current coordination of health centers in the management of BMWs was carried out through a documentary analysis, interviews and visits. The optimized coordination was achieved through the application of the Henry Mintzberg organizational model. The results have shown that the coordination of the organizations involved in the management of biomedical waste is characterized by dysfunctions at the level of strategic top, hierarchical line, operational center, technostructure and support functions. This lack of coordination is particularly due to the weakness of the coordination mechanism, the conflicts of competences between the actors and the insufficiency of financial and logistical resources. An optimized proposal of Mintzberg model from the contextualization of the coordination will allow a better management of DBMs.*

**Keywords:** Health center, Organization, Coordination, Biomedical waste, Management

### Résumé

*L'inefficacité de la coordination des centres de santé par une structure administrative demeure une problématique dans la gestion des Déchets Biomédicaux Solides (DBMs) au Burkina Faso. Cette étude a pour objectif de contribuer à l'amélioration du mécanisme de coordination des centres de santé pour une meilleure gestion des DBMs. Le district sanitaire de Baskuy situé au centre-ville de Ouagadougou, capitale du Burkina Faso a été choisi pour cette étude. Le diagnostic de la coordination actuelle des centres de santé dans la gestion des DBMs a été réalisé à travers une analyse documentaire, des entrevues et des visites. La coordination optimisée a été réalisée par l'application du modèle organisationnelle d'Henry Mintzberg. Les résultats montrent que la coordination des organisations impliquées dans la gestion des déchets biomédicaux est caractérisée par des dysfonctionnements au niveau du sommet stratégique, de la ligne hiérarchique, du centre opérationnel, de la technostructure et des fonctionnels de support. Cette insuffisance de coordination est particulièrement due à la faiblesse du mécanisme de coordination, aux conflits de compétences entre les acteurs et à l'insuffisance de ressources financiers et logistiques. Une proposition optimisée du modèle de Mintzberg à partir de la contextualisation de la coordination permettra une meilleure gestion des DBM.*

**Mots clés :** Centre de santé, Organisation, Coordination, Déchets biomédicaux, Management

### Introduction

Dans les pays en développement, les problèmes dans la gestion Déchets Biomédicaux Solides (DBMs) demeurent une préoccupation de santé publique permanente (J. Ndié et al., 2016; K. N. John et al., 2019) .

Le Burkina Faso, à l'instar des pays de l'Afrique subsaharienne, est confronté à une mauvaise gestion des DBMs. En effet, dans les centres de santé au Burkina Faso, les déterminants de la mauvaise gestion sont essentiellement liés à l'absence de tri, de collecte et d'élimination des DBMs, mais aussi à une mauvaise organisation des structures chargées de cette gestion (L. Albigès, 2007). Ainsi l'échec vis à des différentes étapes

\*Corresponding author's ORCID ID : 0000-0001-8763-1216

DOI : <https://doi.org/10.14741/ijmcr/v.9.5.5>

de la gestion des DBMs est dû, prioritairement, à une coordination structurelle des centres de santé surtout dans les petites unités. En effet, pour une bonne gestion des DBM dans un centre de santé, il faut une mise en œuvre des moyens humains, financiers et logistique du centre de santé pour atteindre ses objectifs.

La coordination des activités dans une organisation, est l'une des fonctions-clés du management qui consiste à assurer pour un ensemble de personnes et de tâches, d'une conjonction des efforts en vue d'un objectif commun (A. Kchirid et al., 2021). Ainsi la coordination est une préoccupation majeure au sein des organisations, dès lors que le travail à accomplir est divisé entre plusieurs individus (H. Mintzberg 1982; K. Rguibi et A. T. I. D. Hasna, 2021). La coordination peut dépendre des mécanismes de coordination, du type de coordinations des hommes et utilisations plus particulièrement adaptées et des mécanismes de coordination des tâches. La coordination est une gestion qui nécessite un diagnostic et un management des dysfonctionnements en vue de minimiser l'ampleur, la gravité sur les prestataires, les usagers voire l'environnement immédiat et lointain selon une approche bien définie (A. Kchirid et al., 2021).

Selon le type de coordinations des hommes et utilisations plus particulièrement adaptées, la mise en œuvre d'une coordination passe par l'analyse des dysfonctionnements en utilisant des modèles comme la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la structure divisionnaire, la bureaucratie professionnelle et l'adhocratie (P. De Rozario et Y. Pesqueux, 2018). Parmi ces modèles, la bureaucratie professionnelle est un type de coordination correspondant aux entreprises de petite taille avec une structure de tutelle utilisée par certains auteurs pour résoudre certaines problématiques (H. Mintzberg, 1982 ; E. Alsène et F. Pichault, 2007 ; T. Nobre, 2011). Aussi, les premiers théoriciens de l'organisation avaient tendance à considérer la hiérarchie comme le moyen par excellence de coordination des diverses activités se déroulant au sein de l'entreprise. Quant à Mintzberg (1982), outre la considération de la hiérarchie basée sur une communication verticale, il fallait prendre en compte la communication horizontale afin que l'information circule entre les individus du même niveau hiérarchique.

Mintzberg (1982) a développé plusieurs méthodes de coordination et a identifié cinq (5) approches de coordination qui sont soit des structures fonctionnelles ou soit des structures divisionnelles. Les structures fonctionnelles se caractérisent par une spécialisation de chaque responsable et les structures divisionnelles pour les entreprises œuvrant dans plusieurs domaines d'activités où les activités sont scindées en sous-ensembles autonomes avec leurs propres ressources et leur propre structure fonctionnelle appelés divisions. Ainsi, on distingue la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la structure divisionnalisée, la bureaucratie professionnelle et l'adhocratie. Les mécanismes de coordination du travail et des tâches sont : l'ajustement

mutuel, la supervision directe, la standardisation des procédés de travail, la standardisation des résultats, la standardisation des qualifications et du savoir, et la standardisation des normes.

Les centres de santé au Burkina Faso sont organisés en grandes et petites unités de centre de santé. Les grands centres de santé sont composés de : CHU (Centre Hospitalier Universitaire), CMA (Centre Médical avec Antenne chirurgicale) et les CMU (Centre Médical Urbain). Les petits centres de santé sont composés de : CSPS (Centre de Santé et de Promotion Sociale) et les dispensaires. Les grands centres de santé sont organisés de façon autonome et gèrent leurs DBMs eux même. Par contre les petits centres de santé dépendent d'une structure externe de tutelle administrative appelée District Sanitaire (DS). En conséquence, en plus des difficultés de coordination des centres de santé par le DS dans leur exercice, il ressort une inefficacité dans la coordination de ces centres pour la gestion des DBMs. L'objectif de cette étude est de contribuer à l'évaluation de la coordination des petits centres de santé par une structure externe administrative dans la gestion des DBMs.

## Méthodologie

### *Présentation du district sanitaire de Baskuy (DSB)*

Cette étude s'effectue au district sanitaire de Baskuy (DSB) situé au centre de la ville de Ouagadougou, capitale du Burkina Faso. Le DSB relève de la Direction Régionale de la Santé du Centre (DRS-C). Il a été créé par arrêté ministériel N°2007-213/MS/CAB du 18 Juin 2007 et est fonctionnel depuis janvier 2008. Selon le découpage administratif de la ville de Ouagadougou en 2011, le DSB s'étend sur deux premiers arrondissements et 11 premiers secteurs de ladite ville (Figure N°1).

Avec une superficie de 34,426 km<sup>2</sup> le DSB est limité à l'est par les DS de Bogodogo et de Nongremassom, à l'ouest par le DS de Boulmiougou, au nord par les DS de Sig-Noghin et de Nongrmasom et au sud par les DS de Bogodogo et de Boulmiougou. Le climat du DSB est de type soudano sahélien avec une alternance d'une saison sèche et d'une pluvieuse. Le relief est plat avec des sols essentiellement ferrugineux et le réseau hydrographique est constitué des barrages n°1 et n°2. La population du DSB est estimée à 311208 habitants en 2017. Le DSB est composé de cinq (5) CMU, quatre (4) CSPS et un dispensaire. En outre les centres de santé du DSB possèdent 151 lits. Répartis dans les centres de santé, les prestations sont assurées par les services de dispensaire, la maternité, la santé maternelle et infantile (SMI), la Planification Familiale (PF), la Consultation Périnatale (CPN), le laboratoire, la pédiatrie, la santé mentale, le Centre de Diagnostic et de traitement de la Tuberculose (CDT), la pharmacie, l'ophtalmologie.

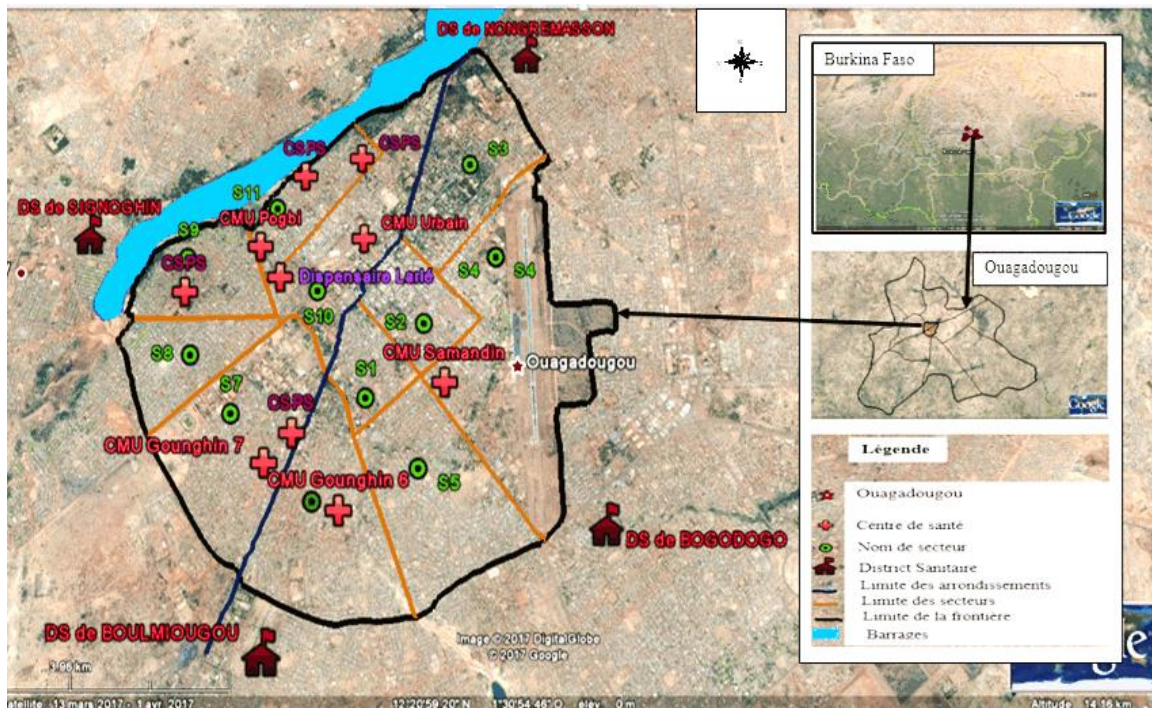


Figure N°1 : Carte du DSB avec la localisation des centres de santé

Sources et méthodes de collecte de données

Rétrospective, introspective et prospective, cette étude s’est déroulée du 01 juin 2021 à et a pris fin le 30 juillet 2021. Afin d’accumuler les différents points de vue et d’investiguer les aspects convergents, cette étude a fait appel à une variété de sources de données que sont la revue documentaire, les entretiens directifs et semi-directifs et l’observation directe. La compulsions de certains documents qui sont en rapport avec la législation, la réglementation, les normes et les actions menées par les différents acteurs de la gestion des déchets biomédicaux et la gestion des risques dans les centres de santé au Burkina Faso. Une enquête par questionnaire a été réalisée de façon aléatoire au personnel volontaire du CMA notamment les agents médicaux et paramédicaux, les chargés de la gestion des déchets solides et les usagers du CMA. Ainsi sur une population cible de 150 agents, l’échantillon de 130 agents a été enquêté représentant 86,67%. Les entretiens semi-directifs ont été réalisés à choix raisonné avec les différents responsables des collecteurs de déchets, des services medicotechniques, des cliniques, des services administratifs et de la Direction du développement durable. L’observation directe a été réalisée à l’aide d’une grille d’observation pour être témoin des instructions de procédure dans la coordination des différents centres de santé dans le cadre de la gestion des déchets biomédicaux sans en modifier le déroulement ordinaire.

Diagnostic et amélioration de la coordination

Le diagnostic de la coordination actuelle des centres de santé dans la gestion des DBMs a été réalisé en suivant

les hiérarchisations de coordination organisationnelle des centres de santé du district sanitaire selon la méthode d’Henry Mintzberg.

Mintzberg a proposé cinq (5) méthodes de coordination. Parmi ces méthodes, la Bureaucratie Professionnelle (BP) est l’une des méthodes qui correspond aux entreprises de la taille des centres de santé (T. Nobre, 2011). Selon H. Mintzberg, le modèle de la BP prend en compte cinq (5) composantes (figure N°2) à savoir : le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostucture et les fonctionnels de support. Ainsi à partir des cinq (5) composantes, il a consisté à montrer comment l’analyse des dysfonctionnements des centres de santé conduit à relativiser et à approfondir le type idéal de modèle d’organisation au sein des structures de santé.

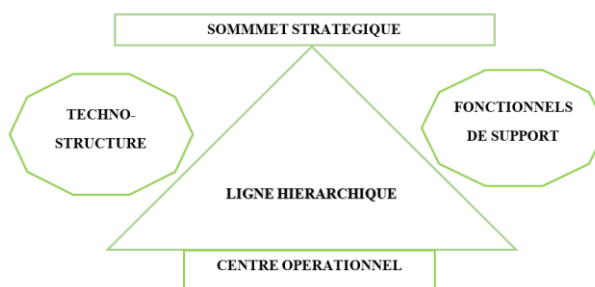


Figure N°2 : Modèle d’organisation selon Mintzberg (1982)

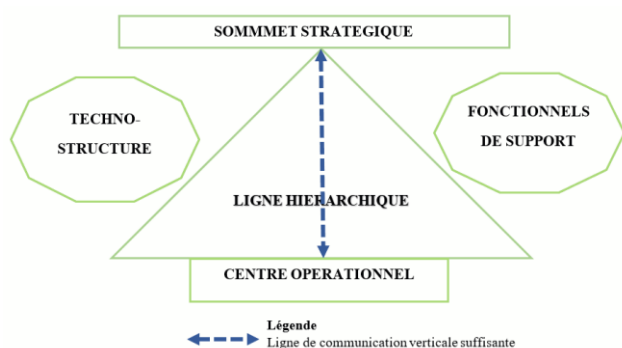
À partir des caractéristiques du modèle d’organisation de Mintzberg, il s’est agi de recenser à partir d’entretiens auprès de toutes les catégories d’acteurs, de formaliser, identifier les dysfonctionnements du tri jusqu’à

l'élimination des DBMs et ensuite d'observer les goulots d'étranglement dus à l'insuffisance de moyens de la gestion des DBMs. Cela s'est fait à travers les entrevues des premiers responsables sur la coordination de la gestion des DBMs que sont : le MCD, le responsable de la promotion sociale, les infirmiers chefs de poste, les coordonnateurs de soins, les répondants en matière de gestion des DBMs, les responsables financiers de la mairie n°1 et n°2 et du Service des Affaires Financiers (SAF) du district sanitaire. Les volets pris en compte pour comprendre en compte les dysfonctionnements au sein des centres de santé du DSB ont été les suivants : les personnes impliquées, les cadres de rencontre envisagés, les ressources utilisées, les difficultés rencontrées dans la gestion de DBMs. A partir des constats, un plan optimisé de coordination a été proposé qui comporte les solutions pour remédier aux dysfonctionnements constatés.

## Résultats et discussion

### Etat des lieux de la coordination actuelle des centres de santé

De l'enquête, il ressort que 70% des coordonnateurs trouvent que la coordination des centres de santé dans la gestion des DBMs est inefficace. Cette inefficacité est constatée dans les cinq (05) composantes organisationnelles de Henry Mintzberg à savoir le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la techno-structure et les fonctionnels de support. De l'analyse du fonctionnement du système de coordination des centres de santé par le DSB, il ressort un schéma de coordination actuelle (Figure N°3) avec des atouts des faiblesses caractérisé uniquement par une communication verticale.



**Figure N°3 :** Modèle d'organisation selon Mintzberg (1982) adapté au DSB

Le sommet stratégique est constitué du Médecin Chef de District (MCD) et des maires des arrondissements. Leur mission est d'ordonner les dépenses et d'organiser le fonctionnement des services. A ce titre les fiches de mission sont élaborées et remises aux responsables des services/unités ; les dépenses et le fonctionnement des services sont effectifs et la tenue des réunions

administratives est effective. Cependant, ces lettres de mission ne définissent pas clairement les attributions en matière de gestion des DBMs. Pour normalement mener à bien cette mission, les premiers responsables devaient tenir des cadres de concertation statutaires comme les réunions hebdomadaires, mensuelles qui permettent de discuter des dysfonctionnements dans les services/unités et de faire une amélioration continue des acquis. Ainsi, les rencontres administratives (Equipe Cadre de District (ECD) /Infirmier Chef de Poste (ICP) /Comité de Gestion (COGES), ECD/ICP et les Assemblées Générales (AG) du DSB ne sont tenues. Quant aux réunions des COGES, elles ne sont pas tenues périodiquement. Et cela est dû au non renouvellement des membres du bureau par la mairie depuis 2009, à la démotivation des membres, à l'absentéisme aux réunions, au manque de ressources financières pour exécuter les activités du plan d'action (PA). De même, la réunion du Conseil de Santé du District (CSD) n'est pas tenue par les responsables (MCD, maires, les hauts commissaires...). Cela s'explique par la non implication desdits responsables dans la tenue du CSD

La ligne hiérarchique regroupe l'ensemble des responsables des unités et des services. Il s'agit des responsables des Coordonnateurs d'Unité de Soins (CUS), des ICP, des Services d'Unités de Soins (SUS), du responsable des Activités Cliniques (RAC), du SISSE (Service d'Information Sanitaire et de Surveillance Épidémiologique), de la Santé de la Reproduction (SR), du Programme Elargie à la Vaccination, du Dépôt Répartiteur de District (DRD), du planificateur, du Médecin-Chef du CMU. De l'enquête, il ressort que ces responsables ont élaboré des descriptions de tâches pour leurs collaborateurs. Par ailleurs, des réunions de services (staff) sont tenues en début de semaine pour les activités curatives tandis que les activités promotionnelles et préventives y sont rarement abordées. Lors de la survenue de conflits ou de plaintes une rencontre extraordinaire est organisée pour la recherche des solutions idoines. Et lorsque la résolution n'a pas abouti, les autorités compétentes (MCD ou le maire) sont sollicitées. Pour coordonner les activités et permettre l'atteinte des résultats fixés, des supervisions sont entreprises. A cet effet, les supervisions intégrées sont plus fréquentes comparativement aux supervisions spécifiques et les supervisions internes (au sein des services et des unités). A cet effet, Mintzberg et Glouberman (2001) affirmaient qu'on a toujours plus recours à la supervision hiérarchique, à la normalisation des processus de travail et à celle des résultats, mais plutôt que des mécanismes de coordination constitutifs (modèle hiérarchique et mécaniste). Il est à noter qu'il n'existe pas de supervision spécifique sur la gestion des DBMs. En ce qui concerne la diffusion de l'information, il faut relever qu'il n'existe pas de retro-information des rapports de supervisions intégrées. En plus le DSB dispose que d'un véhicule de supervision pour l'ensemble des activités inscrites au plan d'action, de missions internes et externes. Ce seul véhicule ne favorise pas le déplacement



des agents lors des rencontres, de la livraison des commandes des médicaments des centres de santé, et l'enlèvement des boîtes de sécurité lors des campagnes. Ces constats ne facilitent pas la coordination des flux de déplacements. Ce qui occasionne des déplacements des agents avec leur propre moyen de déplacement pouvant entraîner des désagréments au fonctionnement des services (ralentissement des activités, report de certaines décisions pour l'amélioration de la gestion des DBMs...). Ceci est semblable aux affirmations de Gelbler (2020), lorsque la démarche managériale et les systèmes de contrôle de la performance sont superficiels ceux-ci affaiblissent la capacité de l'organisation à accomplir sa mission, ils appauvrissent cette mission.

Le centre opérationnel désigne l'ensemble du personnel médical, paramédical, des garçons et filles de salle, des collecteurs. La gestion efficace et efficiente des DBMs passe par l'acquisition de documents de référence en matière de gestion des DBMs. Ainsi donc, il existe des documents de formation, des guides, des protocoles de tri en matière de gestion des DBMs dans la bibliothèque bleue du DSB. En effet, les filles et garçons de salle, les agents itinérants de santé (AIS) des différents centres ont été formés et ont reçu des documents relatifs à la gestion des DBMs. Cependant, il n'y a pas eu d'amélioration dans la gestion des DBMs car la majorité des agents ayant bénéficié de ladite formation ont été affectés hors du DSB. La mobilité, le manque de salle de lecture et la démotivation à la lecture sont des obstacles qui entravent l'acquisition de la connaissance pour la gestion des DBMs. Ainsi, l'enquête a révélé que 40% des agents interrogés affirment posséder des documents mais dans la réalité ces documents ne sont pas disponibles. Pour Saisonou (2010) le document de politique de gestion des DBMs était inexistant. Les filles/garçons de salle sont absents dans quatre (4) centres de santé sur les dix (10) que compte le DSB. En outre, les garçons/filles de salle et des Agents Santé Communautaire d'Hygiène (ASCH) assurent l'entretien des locaux. Alors qu'ils sont chargés de collecter, transporter et éliminer les déchets. Le balayage de la cour se fait en collaboration avec la mairie qui a affecté au DSB des agents dans le cadre du projet "Hautes Intensités de Mains d'Œuvre (HIMO)" pour une période de six (6) mois. Aussi les GIE formels tels que le Service d'Entretien de Nettoyage et de Désinfection (SENDES) et certaines sociétés non formelles s'occupent du transport des DAOM vers les décharges publiques des mairies. Cependant le personnel des GIE et AHSC n'est pas déclaré à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) conformément à la loi n°2008-008/MTSS/SG/DGPS du 10 mars 2008 relatif à l'affiliation, l'immatriculation des travailleurs et autres assurés au régime gérés par la CNSS et aux obligations incombant aux employeurs dans le fonctionnement de ce régime (P. Abadie et C. Yelkouni,

2010). Le fait que ces agents ne sont pas déclarés est une source de démotivation à l'exécution des tâches concernant la gestion des DBMs.

La technostructure est composée du RPS, des répondants en hygiène. Au DSB, il existe un Service de Promotion de la Santé dirigé par un Technicien d'Etat du Génie Sanitaire (TEGS). Ce service est chargé de la gestion des DBMs et de la distribution du matériel de désinfection et de protection acquis sur fonds de l'Etat aux centres de santé. Pour faciliter la mise en œuvre de la gestion des DBMs, chaque centre de santé devrait désigner un répondant en hygiène dans les services et unités. C'est le cas du CMU de Samandin et du CSPS du secteur 11. Cette faible adhésion est due au fait qu'il n'existe pas un système de motivation (rémunération, de reconnaissance du travail accompli) des répondants. Les répondants en hygiène jouent un rôle de veille sur l'hygiène et l'assainissement en sensibilisant les agents de santé et les usagers. Le peu de répondants désignés rend la gestion des DBMs insuffisante.

Pour ce qui est du Responsable du Développement Local de la mairie il n'a pas la qualification requise pour occuper une telle fonction car il est conseiller et de profil programmeur en informatique. Ce qui peut expliquer l'insuffisance d'accompagnement et de collaboration avec le DSB dans la gestion des DBMs. Selon Dupuis et Farinas (2010), ce constat est similaire aux travaux de plusieurs auteurs qui ont affirmé que l'emploi des ressources humaines n'ayant pas le profil requis alourdis par des chevauchements et des doubles emplois contribuerait à la mauvaise coordination dans la production des services publics.

Les fonctionnels de support sont composés des responsables SAF du DSB, des mairies, des COGES, des ONG, et partenaires techniques et financiers. Les centres de santé du DSB n'ont pas un budget spécifique lié à la gestion des DBMs. Ce constat est confirmé par le RPS qui selon lui les activités préventives sont reléguées au second plan par rapport aux activités curatives. Or, selon Barroy et al. (2018), ce coût doit être prévu dans ce budget lié aux dépenses d'hygiène hospitalier. En occident, le coût de l'hygiène hospitalière représente environ 1% du total du budget d'un hôpital et le coût spécifique de la gestion des déchets représente 0,25% de ce même budget (Allaoua et Sid, 2020). Selon les maires et leurs responsables financiers, ils ne disposent que d'un budget de fonctionnement, ce qui ne leur permet pas d'investir dans d'autres domaines comme la gestion des DBMs. Ceci est similaire au constat relevé par le plan stratégique décennal de modernisation de l'administration (2011-2020) et de son premier plan d'action triennal 2012 qui stipule qu'une insuffisance dans la dotation des administrations de ressources financières pour leurs fonctionnements efficaces.

Ainsi, selon l'arrêté conjoint interministériel N°2017-018/MINEFID/MATDSI/MS, du 14/01/2017 relatif à l'allocation des fonds à la mairie, il y a une répartition des

charges des centres de santé en fonction des fonds transférés à la mairie. Ces fonds transférés aux mairies ne prennent pas en compte la gestion des DBMs. Mais les rubriques telles que le matériel, les équipements de protection et les produits d'entretien sont pris en charge. Les coûts sont constants et insuffisants sur les quatre dernières années. Il ressort de l'enquête que les acteurs du DSB et des mairies ne se concertent pas pour élaborer un micro-plan. De ce fait, les bénéficiaires de ces fonds trouvent que le financement est fait sans tenir compte de leur besoin. Cela est confirmé par le RPS, le SAF et le pharmacien qui disent ne pas être sollicités lors des commandes des mairies. Il existe donc des conflits de compétence entre les membres des services financiers du DSB et ceux des mairies. Ce constat corrobore avec celui de Miramon (2010) qui confirme que les conflits sont en germe au cœur des institutions. En plus les mairies n'ont pas de fonds d'investissements ce qui limitent leurs actions sur le terrain.

Le COGES finance les dépenses courantes des centres de santé. Les présidents de COGES interviewés reconnaissent qu'ils existent un COGES formel dans leur centre. Parmi les coordonnateurs des centres de santé 70% confirment que les COGES sont fonctionnels. Ce dysfonctionnement (30%) ne permet pas une bonne coordination des tâches pour l'atteinte des objectifs. Le Service des Affaires Financières (SAF) du DSB centralise l'expression des besoins de maintenance, d'achats de matériels de conditionnement des déchets (poubelles, sacs poubelles), de transport et de protection. Ainsi lorsque le budget de l'Etat est acquis, il engage les dépenses conformément aux besoins inscrits au plan d'action. Cependant le dysfonctionnement est fonction du retard de décaissement (de la lenteur administrative), de l'insuffisance du budget de l'Etat. L'Entreprise de Construction de l'Habitat (ECHA) intervient dans la chaîne en assurant l'enlèvement des déchets des décharges pour leur élimination au CTVD. En outre, les partenaires financiers et techniques investissent moins dans la gestion des DBMs car ils trouvent que c'est coûteux d'autant plus qu'elle ne produise pas de revenus financiers. Néanmoins le DSB a bénéficié de l'accompagnement financier d'un donateur pour la construction d'un nouvel incinérateur au profit du CSPS du secteur 3, en 2017. Les partenaires traditionnels au développement interviennent essentiellement dans le financement et l'appui technique des activités de soins curatifs, promotionnels et préventifs. Enfin, il faut dire que les différents acteurs financiers n'ont pas eu de formation quant à la gestion des fonds transférés. C'est pourquoi (Miramon, 2010), en s'appuyant sur la pyramide de Maslow (besoins physiologique, de sécurité, d'estime de soi, de prestige) trouve que la coordination doit pouvoir répondre aux attentes de l'équipe dirigeante ou exécutante.

### 1.1. Amélioration de la coordination des centres de santé

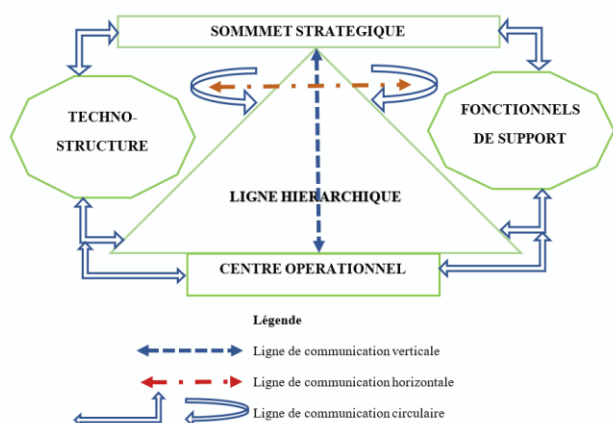
A partir de l'état de diagnostic établi, un plan optimisé de coordination a été élaboré (figure N°4) en priorisant

les dysfonctionnements/goulots d'étranglements afin de proposer les activités, les responsables chargés de l'exécution, le chronogramme, la source de vérification, le budget et surtout les objectifs visés. Au-delà de la hiérarchie telle que décrit par Henry Mintzberg, une communication verticale est observée dans la coordination des centres de santé. En vue d'améliorer efficacement la coordination, en plus de la communication circulaire cette étude propose une communication horizontale entre les différents composants et une communication circulaire dans la même composante.

Ainsi l'application dans toutes les composantes montre qu'au niveau du sommet stratégique il faudrait définir les attributions en matière de gestion de DBMs pour les agents responsables ; veiller au renouvellement des COGES ; veiller à la tenue des réunions du Comité de Santé du District (CSD) et des COGES. Au niveau de la ligne hiérarchique, il faudra inscrire et aborder les thématiques sur les activités promotionnelles et de préventives ; renforcer les capacités des responsables dans la gestion des conflits de compétences ; organiser la supervision spécifique sur la gestion des DBMs ; recycler les agents de soutien sur l'IEC/CCC ; rendre disponible les documents en gestion des DBMs dans la bibliothèque bleue ; veiller à mettre en place le système de retro – information de supervisions. Au niveau du centre opérationnel il faudrait rendre disponible les documents en matière de gestion des DBMs au DSB ; maintenir l'affectation des agents "HIMO" au DSB ; affecter des filles /garçons de salle dans les quatre centres de santé du DSB. Au niveau de la technostructure, il faudrait veiller à nommer des TEGS ou ingénieur à la mairie en respectant le profil poste du poste, améliorer la stratégie de désignation des répondants par une note écrite du MCD ; motiver les agents par la remise des lettres de reconnaissance, des décorations ; veiller à la désignation des répondants en hygiène où il n'en possède pas aux responsables des centres de santé et responsabiliser les agents. Pour les fonctionnels de support il faudrait faire un plaidoyer pour bénéficier d'un budget pour la gestion des DBMs ; inciter les PTF à investir dans la gestion des DBMs ; augmenter les fonds transférés à la mairie pour satisfaire les besoins des centres de santé ; veiller à favoriser le décaissement des fonds transférés pour exécuter les activités dans le délai.

En plus de la communication verticale dans la coordination des centres de santé il est ressorti deux autres communications à savoir la communication horizontale et la communication circulaire entre les différentes composantes dans la difficulté de gestion des DBMs. Pour Gode (2015), ce sont des coordinations dans des conditions et environnements extrêmes. Elles permettront de mettre en avant trois principaux types de pratiques de coordination : les pratiques de communication, réflexives et de socialisation. De leur combinaison émerge la capacité des équipes à gérer les basculements entre routines et imprévus et à s'ajuster

aux contraintes et opportunités de l'environnement extrême. Aussi elles s'accordent aux pratiques et habitudes de travail en situation d'incertitude. Cette organisation avec de multiples communications entre les acteurs de la gestion des déchets (DBMs ici) est promu par Savy (2019) par pour la transition vers l'économie circulaire. Cette communication participe à la compréhension de modes d'organisation solidaire et montre leur pertinence pour engager une démarche collective de transition vers une croissance verte. Le constat est fait de difficultés d'acteurs pour répondre à l'injonction de mettre en place des coopérations entre acteurs d'un territoire pour améliorer leurs activités.



**Figure N°4 :** Modèle d'organisation selon Mintzberg (1982) optimisé pour le DSB

## Conclusion

Ce travail dont l'objectif est d'étudier la problématique de la coordination des centres de santé par le district sanitaire de Baskuy a fait ressorti que la coordination des centres de santé pour la gestion des déchets biomédicaux connaît des acquis tels que l'existence d'un responsable de la promotion de la santé, d'un micro plan de gestion de DBMs et de protocoles, la formation des filles et garçons de salle, des agents collecteurs, l'utilisation des sacs poubelles bleus, jaunes et noirs dans les services cliniques et médicotecniques pour le tri, la fréquence de la collecte, l'élimination des résidus issus du brûlage au centre d'enfouissement. Cependant cette gestion présente des insuffisances : à savoir l'absence de répondant en hygiène et d'incinérateur dans un centre de santé, le comité technique d'hygiène, l'insuffisance de ressources financières spécifiques à la gestion des DBMs, le brûlage à l'air libre. Par ailleurs, selon les composantes de H. Mintzberg, des dysfonctionnements dans la coordination des centres de santé dans la gestion des déchets par le DSB ont été relevés comme l'insuffisance de collaboration entre les structures, de ressources financières transférées, de cadre de concertation, de conflits de compétence. Pour y pallier la mise en

application de la coordination circulaire permettra de mieux gérer les DBMs.

## Références Bibliographiques

- [1]. J. Ndié and H. B. Nguendo Yongs (2016). Étude De La Gestion Des Déchets Hospitaliers Dans Les Structures Sanitaires De Référence De La Région Du Nord-Cameroun. 364 p. Cameroon: Ministry of Public Health, University of Yaoundé II, Cameroon. <http://dx.doi.org/10.19044/esj.2016.v12n11p364>
- [2]. K. N. John, D. Yav, D. Van Caillie, M. Tshamba and M. Kaj, (2019), Facteurs influençant le choix d'un établissement de soins de santé par la patientèle dans la ville de Lubumbashi. *Int. J. of Multidisciplinary and Current research*, 7.
- [3]. L. Albigès (2007), Gestion des déchets et assainissement à Fada N'Gourma (Burkina Faso). Deux réalités, un récit, Étude Récit n°20, Ouagadougou, Laboratoire Citoyennetés, 39p.
- [4]. Kchirid, Z. Benhida, Y. Bennis-Bennani, N. Cherkaoui, A. Cherkaoui, S. D. Mounir, ... and R. Temnati (2021), Management des entreprises. Editions Ellipses.
- [5]. H. Mintzberg (1982), « Structure et dynamique des organisations » - Editions Eyrolles. (No. 404 p.
- [6]. K. Rguibi and A. T. I. D. Hasna, (2021), Les comportements au travail face aux transformations organisationnelles. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, Vol. 4, No. 3.
- [7]. P. De Rozario and Y. Pesqueux (2018), Théorie des organisations. Pearson France.
- [8]. E. Alsène and F. Pichault (2007), *La coordination au sein des organisations : éléments de recadrage conceptuel*. No.87, 62 p. Montréal, Canada.
- [9]. Nobre, T. (2011), Le modèle de la bureaucratie professionnelle revisitée à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements. 20ème CONGRES DE L'AFIC, May 1999, hahshs-00587813.
- [10]. H. Mintzberg and S. Glouberman (2001) « Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part II : Integration », *Health Care Management Review* pp. 72-86.
- [11]. J. Saizonou, E. M. Ouendo, V. Agueh, E. Tokplonou and M. Makoutodé, (2013). Évaluation de la qualité de la gestion des déchets biomédicaux solides dans la zone sanitaire Klouekanme Toviklin-Lalo au Bénin. *J Int Santé Trav*, Vol. 1 No. 1, p.11.
- [12]. S. Gelbler (2020). Les angles morts du management : regards sur le champ médico-social. *Projectics/Projectica/Projectique*, (HS), pp.165-189.
- [13]. P. Abadie and C. Yelkouni (2010), Code social du bUrkina Faso. Rapport d'expertise comptable, p17. <https://lawcat.berkeley.edu/record/448654?ln=en>
- [14]. Dupuis and L. Farinas (2010), Vers un appauvrissement managérialiste des organisations de services humains complexes ? pp. 51 65. Université du Québec à Montréal. <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politiquedutilisation/>
- [15]. H. Barroy, F. André and A. Nitiema (2018), Passage au budget programme dans le secteur de la santé au Burkina Faso : état d'avancement de la réforme et enseignements préliminaires pour le financement de la santé (No. WHO/UHC/HGF/HEF/CaseStudy/18.11). Organisation mondiale de la Santé.
- [16]. N. Allaoua and A. Sid (2020). Gestion et traitement des déchets hospitaliers et pharmaceutique issus des établissements de santé. Rapport de mémoire de master, p.113.
- [17]. J. M. Miramon (2010), La coordination des ressources humaines organisation management : « un défi majeur pour la cohérence d'un fonctionnement institutionnel » pp. 59-74. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale.20101.page59.htm>
- [18]. C. Gode (2015), Coordonner les équipes environnement extrême : ce que les entreprises peuvent apprendre des expériences militaires. Edition ISTE, p. 148.
- [19]. C. Savy (2019). Quel mode d'organisation pour la transition vers l'économie circulaire ? L'expérience d'un collectif d'organisations alternatives. In 14ème Congrès du Réseau international des organisations et du développement durable. Développement durable: territoires et innovations.