Revue Belge
ISSN: 2593-9920
Volume 12 : Numéro 140

« Sale boulot » et hiérarchie sociale du risque - Ethnographie de l'exposition différenciée dans la filière des déchets biomédicaux du district sanitaire de Sikasso (Mali)

"Dirty Work" and the Social Hierarchy of Risk: An Ethnography of Differentiated Exposure in the Biomedical Waste Chain in the Sikasso Health District (Mali)

SISSOKO Pierre Soriba
Docteur en anthropologie médicale
Département de Santé publique de la Faculté de médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)
Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)
Laboratoire Nationale de Santé Publique (LNSP)
Mali

TOURE Lassana
Infirmier, masterant à L'institut Supérieur privé de Santé Publique(ISSP)
Mali

Date de soumission : 11/08/2026
Date d'acceptation : 30/09/2026

Digital Object Identifier (DOI) : www.doi.org/10.5281/zenodo.23250194

Résumé

À partir de 24 entretiens semi-directifs et six grilles d'observation directe non participante conduits entre janvier et juin 2026 dans le district sanitaire de Sikasso (Mali), cet article pose la question suivante : comment la position institutionnelle des travailleurs impliqués dans la gestion des déchets biomédicaux (DBM) structure-t-elle leur exposition au risque, leur accès aux dispositifs de prévention et leur capacité à faire reconnaître les accidents professionnels ? Les entretiens ont été transcrits puis soumis à une analyse thématique comparant trois catégories d'acteurs (responsables d'établissement, personnel de soins, personnel d'appui) sur cinq dimensions, les observations directes étant mobilisées en triangulation. Quatre cadres théoriques sont articulés au sein d'un même modèle analytique : la construction sociale du risque (Douglas et Wildavsky, 1982), la délégation structurelle du dirty work (Hughes, 1962), la gestion de l'identité stigmatisée (Goffman, 1963) et la violence structurelle (Farmer, 2004). Les données recueillies suggèrent que, dans les structures étudiées, la formation, les équipements de protection individuelle et la reconnaissance institutionnelle des accidents d'exposition au sang tendent à suivre un même gradient hiérarchique, tandis que le discours de responsabilité s'inverse : rigueur proactive chez les positions d'autorité, anticipation du blâme et autogestion silencieuse du risque chez le personnel d'appui, jusqu'à un cas de transmission familiale et informelle de cette charge d'un parent accidenté à son enfant. La contribution de cette étude est double : elle documente qualitativement la distribution différentielle des ressources de prévention entre catégories professionnelles, et elle analyse la manière dont cette distribution influence les modalités de déclaration, de prise en charge et de perception des accidents d'exposition au sang.

Mots clés : Déchets biomédicaux, Sikasso (Mali) ; Hiérarchie sociale du risque ; Sale boulot / dirty work ; Violence structurelle et santé ; Ethnographie des expositions professionnelles.

Abstract

Based on 24 semi-structured interviews and six non-participant direct observation grids conducted between January and June 2026 in the Sikasso health district (Mali), this article asks how institutional position among biomedical waste (BMW) handlers structures their exposure to risk, their access to prevention resources, and their ability to have occupational accidents institutionally recognised. Interviews were transcribed and thematically analysed across three categories of actors (facility managers, care staff, support staff) on five dimensions, with direct observations used for triangulation. Four theoretical frameworks are articulated within a single analytical model: the social construction of risk (Douglas and Wildavsky, 1982), the structural delegation of dirty work (Hughes, 1962), the management of spoiled identity (Goffman, 1963), and structural violence (Farmer, 2004). The data suggest that training, personal protective equipment and institutional recognition of blood exposure accidents tend to follow a hierarchical gradient across the facilities studied, while the discourse of responsibility inverts: proactive rigour among authority figures, anticipation of blame and silent self-management of risk among support staff, down to one case of informal, family-based transmission of this burden from an injured parent to a child. The study's contribution is twofold: it qualitatively documents the differential distribution of prevention resources across professional categories, and it analyses how this distribution shapes the reporting, management and perception of blood exposure accidents.

Keywords : Biomedical waste – Sikasso (Mali); Social hierarchy of risk; Dirty work and stigma; Structural violence and health; Ethnography of occupational exposure.

Introduction

La filière de gestion des déchets biomédicaux (DBM) mobilise, au sein de chaque structure de santé, une pluralité d'acteurs aux statuts institutionnels très inégaux : responsables d'établissement, personnel de soins, personnel d'appui, techniciens de surface, agents transporteurs, agents incinérateurs. Cette division du travail n'est pas seulement fonctionnelle ; elle distribue également, de façon inégale, l'exposition effective au risque biologique, chimique et physique inhérent à la manipulation des déchets. La littérature internationale de santé publique documente abondamment cette inégalité en termes de taux de conformité et de facteurs associés (Berihun et al., 2025) ; cet article se propose d'en donner une lecture proprement anthropologique et sociologique, centrée sur la construction sociale du risque plutôt que sur sa seule mesure.

Cette lecture s'appuie sur quatre modèles théoriques complémentaires, choisis pour leur pouvoir explicatif conjoint sur un même terrain. Douglas et Wildavsky, dans Risk and Culture (1982), soutiennent que la perception et l'acceptabilité d'un risque ne dépendent pas uniquement de sa probabilité statistique, mais de la position de l'individu au sein de la structure sociale et de son rapport à l'institution qui l'expose à ce risque. Ce cadre trouve un écho direct dans le concept sociologique de dirty work forgé par Everett Hughes (1962) : certaines tâches, jugées physiquement, socialement ou moralement dégradantes, sont structurellement déléguées aux positions les plus subalternes d'une organisation, qui en portent seules le stigmate. Erving Goffman (1963), dans Stigma, précise les mécanismes par lesquels un individu porteur d'un attribut discréditant gère au quotidien une identité « gâtée », entre dissimulation, justification et acceptation résignée. Paul Farmer, enfin, avec son concept de violence structurelle (2004), invite à repérer, derrière des choix apparemment individuels, les arrangements sociaux, économiques et institutionnels qui rendent certains corps systématiquement plus exposés que d'autres à la souffrance et à la maladie, sans qu'aucun acteur identifiable n'en soit personnellement responsable.

Cet article se donne pour objet de documenter, à travers le terrain des six structures du district sanitaire de Sikasso, comment cette hiérarchisation sociale du risque se donne à voir concrètement : qui est formé, qui est équipé, qui déclare ses accidents, qui en porte le stigmate public, et qui, au contraire, les prend en charge seul et en silence.

La contribution de cette étude est double : *d'une part, elle documente qualitativement la distribution différentielle des ressources de prévention entre catégories professionnelles ; d'autre part, elle analyse la manière dont cette distribution influence les modalités de déclaration, de prise en charge et de perception des accidents d'exposition au sang*.

Question de recherche. Comment la position institutionnelle des travailleurs impliqués dans la gestion des déchets biomédicaux structure-t-elle leur exposition au risque, leur accès aux dispositifs de prévention et leur capacité à faire reconnaître les accidents professionnels dans les structures sanitaires du district sanitaire de Sikasso ?

Sous-questions. (1) Comment l'accès à la formation, à l'intégration institutionnelle et aux équipements de protection individuelle se distribue-t-il entre responsables d'établissement, personnel de soins et personnel d'appui ? (2) Dans quelle mesure la position hiérarchique de la victime influence-t-elle la déclaration, la prise en charge et l'interprétation subjective des accidents d'exposition au sang (AES) ?

1. Cadre théorique

1.1. Douglas et Wildavsky : le risque comme construction sociale située

Risk and Culture (1982) rompt avec l'idée d'un risque objectif, mesurable indépendamment de la position sociale de celui qui l'évalue ou le subit. Douglas et Wildavsky montrent que les groupes sociaux sélectionnent, parmi l'ensemble des dangers réels auxquels ils sont exposés, ceux qu'ils choisissent de percevoir comme inacceptables, sélection qui reflète moins la gravité statistique du danger que la position du groupe dans la structure institutionnelle et son rapport de confiance ou de défiance envers les institutions qui le gouvernent.

Ce cadre est distinct de celui que mobilise, à partir du même terrain, un article compagnon consacré au tri quotidien des déchets biomédicaux : ce dernier s'appuie non pas sur Douglas et Wildavsky (1982), mais sur l'anthropologie de la souillure développée par Mary Douglas dans Purity and Danger (1966), où la saleté est définie comme une matière déplacée par rapport à un ordre classificatoire. Bien qu'issus de la même autrice, ces deux cadres répondent à des questions différentes, la perception différentielle du risque selon la position institutionnelle, d'une part, la transgression d'un ordre symbolique de classement, d'autre part, et sont mobilisés ici de façon indépendante.

Cette lecture s'appuie plus précisément sur les dimensions group/grid de la théorie culturelle du risque : c'est la force des liens internes au groupe professionnel (group) et le degré de contrainte imposé par la position hiérarchique (grid) qui, selon Douglas et Wildavsky, orientent la sélection et l'interprétation des dangers, plutôt qu'un effet mécanique et direct de la position institutionnelle sur la perception du risque. Appliqué à la filière des DBM, ce cadre invite à ne pas traiter le risque infectieux comme une donnée épidémiologique neutre, mais à interroger pourquoi certains acteurs l'assument comme une responsabilité institutionnelle à assumer, quand d'autres le vivent comme un danger purement personnel à éviter au jour le jour.

1.2. Hughes : le dirty work et sa délégation structurelle

Everett Hughes, dans son article fondateur « Good People and Dirty Work » (1962), montre que toute organisation confie certaines tâches jugées sales au sens physique, social ou moral à des catégories de travailleurs socialement dévalorisées, qui en assument seules le poids matériel et symbolique, tandis que l'organisation dans son ensemble continue de se percevoir comme propre et respectable. Le dirty work n'est ainsi jamais réparti au hasard : il suit la ligne de la hiérarchie institutionnelle, et sa délégation récurrente à un même groupe contribue à consolider le stigmate qui, en retour, justifie cette délégation.

1.3. Goffman : la gestion de l'identité stigmatisée

Dans Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity (1963), Erving Goffman analyse les stratégies par lesquelles un individu porteur d'un attribut socialement discrédité, visible ou non, gère sa présentation de soi face à autrui : dissimulation, justification préventive, retrait, ou au contraire revendication. Ce cadre permet d'interroger la manière dont les agents chargés de la manipulation directe des DBM négocient, dans leur discours même, le stigmate attaché à leur fonction, entre minimisation du danger, justification de leur geste et acceptation résignée du jugement porté sur eux.

Les usages de ce cadre dans la suite de l'article sont formulés avec prudence : les extraits d'entretien sont présentés comme pouvant être interprétés à la lumière de Goffman, sans que cette lecture prétende épuiser le sens que les acteurs donnent eux-mêmes à leurs propos.

1.4. Farmer : la violence structurelle

Paul Farmer, dans « An Anthropology of Structural Violence » (2004) et dans l'ensemble de son œuvre, désigne par violence structurelle l'ensemble des arrangements sociaux, économiques et politiques qui exposent systématiquement certains groupes à la souffrance, sans qu'aucun individu n'en soit directement et intentionnellement responsable : la violence est inscrite dans la structure elle-même, l'organisation du travail, la distribution des ressources, l'absence de recours, plutôt que dans un acte identifiable. Ce cadre permet de replacer les résultats de cet article dans une perspective critique : la sous-déclaration des accidents chez le personnel d'appui, ou la récurrence de l'absence de bottes à plusieurs niveaux de la filière, ne sont pas le fait d'un acteur malveillant, mais l'effet cumulé d'une organisation du travail qui, sans jamais le décider explicitement, produit une exposition différentielle.

1.5. Un modèle analytique intégré

Plutôt que de juxtaposer ces quatre cadres comme autant de grilles de lecture indépendantes, l'article les articule au sein d'une même chaîne explicative. La position institutionnelle d'un acteur oriente la division du travail (Hughes) ; cette division conditionne son accès différencié aux ressources de prévention, formation, équipements de protection individuelle ; cet accès différencié détermine à son tour son exposition matérielle au risque ainsi que sa possibilité de faire reconnaître institutionnellement un accident, au sens de la construction sociale du risque de Douglas et Wildavsky ; l'absence de reconnaissance renvoie l'acteur à une gestion individuelle de son exposition, gestion qui, dans son discours, peut être interprétée comme relevant de stratégies de présentation de soi face au stigmate du geste sale (Goffman) ; l'ensemble de cette chaîne, enfin, ne résulte de la décision malveillante d'aucun acteur identifiable, mais de l'agencement cumulatif de l'organisation du travail, de la distribution des ressources et des circuits de déclaration, que Farmer analyse sous le nom de violence structurelle.

Position institutionnelle → division du travail (Hughes) → accès différencié aux ressources de prévention (Douglas et Wildavsky) → exposition au risque → possibilité de déclaration → reconnaissance institutionnelle → gestion du stigmate (Goffman), l'ensemble de la chaîne étant relu, en dernière instance, comme une configuration de violence structurelle (Farmer).

Les quatre auteurs sont ainsi positionnés sur des maillons différents et complémentaires d'un même processus, plutôt que mobilisés successivement et indépendamment les uns des autres.

2. Revue de la littérature nationale et internationale

La littérature internationale de santé publique sur les DBM documente de longue date l'existence d'un gradient de risque entre catégories professionnelles, généralement mesuré en termes de taux d'accidents d'exposition au sang (AES) et de couverture en équipements de protection individuelle. La méta-analyse la plus récente portant sur l'Afrique subsaharienne (Berihun et al., 2025) confirme, à l'échelle régionale, la faiblesse persistante des pratiques déclarées chez les personnels directement manipulateurs. En Afrique de l'Ouest et centrale, plusieurs études quantitatives convergent sur des taux de prévalence élevés et une sous-déclaration importante des AES chez le personnel soignant : au Togo (étude nationale, 2011), les infirmiers et sages-femmes présentent une prévalence élevée assortie d'une sous-déclaration manifeste ; en Côte d'Ivoire, à Abidjan, 60 % des personnels interrogés au CHU rapportent un antécédent d'AES (Ehui et al., 2007) ; au Congo-Brazzaville, l'étude CAP menée à l'hôpital général de Loandjili rapporte des constats similaires (Ebatetou Ataboho et al., 2018). Au Mali, l'étude de Koné et Mallé (2015), conduite à l'hôpital de Ségou, établit que 64,1 % des soignants interrogés avaient été victimes d'au moins un AES au cours de leur carrière, un chiffre à mettre en regard des résultats du CSRéf de Sikasso, où trois cas sont déclarés au niveau institutionnel sur la seule période de janvier à juin 2026, quand le nombre réel, incluant les cas non déclarés par le personnel d'appui, est vraisemblablement supérieur.

Ces études convergent sur l'ampleur du phénomène et sur son caractère sous-déclaré. Elles divergent en revanche sur les facteurs associés retenus selon les contextes (ancienneté, catégorie professionnelle, formation, disponibilité en équipements). Surtout, elles partagent une limite commune : centrées sur le personnel soignant, elles distinguent rarement le personnel d'appui (agents de surface, transporteurs, incinérateurs), et ne mobilisent pas d'approche qualitative permettant de comprendre comment l'exposition différentielle est vécue et interprétée par les acteurs eux-mêmes. Ce que cette littérature quantitative documente mal, en particulier, c'est la dimension sociale et hiérarchique de l'exposition, la question de savoir qui, au sein d'une même structure, est le plus exposé, le moins protégé et le moins entendu lorsqu'un accident survient.

C'est ce déficit, l'absence de travaux articulant simultanément hiérarchie professionnelle, accès aux ressources de prévention et modalités de déclaration des AES à partir d'une approche qualitative, que la présente étude se propose de combler, en s'appuyant sur le terrain du district sanitaire de Sikasso.

À titre d'illustration journalistique, et non comme source scientifique comparable aux précédentes, une enquête récente sur les récupérateurs informels de déchets biomédicaux à Bamako (CENOZO, 2025) documente, de façon indépendante de la présente étude, un gradient similaire à l'échelle de la ville : le témoignage d'un jeune éboueur de 19 ans, ayant repris de son frère la collecte des déchets d'un hôpital de Kalaban, décrit une exposition directe à des matières biologiques dangereuses, assumée comme un moyen de subsistance sans alternative, configuration qui rejoint, comme on le verra, celle documentée à Sanoubougou II dans le cadre de la présente étude.

3. Méthodes

3.1. Terrain et échantillonnage

Le dispositif d'enquête associe 24 entretiens semi-directifs et six grilles d'observation directe non participante, conduits du 1er janvier au 30 juin 2026 dans cinq CSCom (Wayerma I, Zignasso, Wayerma II, Sanoubougou II, Médine) et le CSRéf du district sanitaire de Sikasso, soit six structures au total. Les participants ont été recrutés selon un échantillonnage raisonné, la sélection ayant tenu compte de la fonction occupée, du degré d'implication dans la gestion des DBM, de l'ancienneté dans la structure, de l'exposition potentielle aux déchets, ainsi que de la diversité entre CSCom et CSRéf ; les acteurs sans lien direct ou indirect avec la filière des déchets biomédicaux n'ont pas été sollicités. Le recrutement a suivi un parcours institutionnel structuré : obtention d'une autorisation administrative préalable auprès des autorités sanitaires du district, prise de contact avec les responsables de chaque structure, présentation de l'étude et de ses objectifs aux participants identifiés au sein des trois catégories d'acteurs, puis recueil du consentement libre et éclairé de chacun, assorti d'un consentement spécifique et distinct pour l'enregistrement audio des entretiens.

Tableau 1. Répartition de l'échantillon par catégorie professionnelle et par structure

Catégorie	Nombre	Structures
Responsables d'établissement	7	un responsable par structure (Wayerma I, Zignasso, Wayerma II, Sanoubougou II, Médine), et deux au CSRéf de Sikasso (médecin-chef, chef de service des urgences)
Personnel de soins	8	un profil à Wayerma I, Zignasso, Wayerma II et Médine, deux profils à Sanoubougou II (sage-femme, responsable du laboratoire) et deux profils au CSRéf de Sikasso (major du laboratoire, sage-femme maîtresse)
Personnel d'appui	9	deux profils à Wayerma I (gérant de pharmacie, agent transporteur), un profil à Zignasso, Wayerma II et Médine, deux profils à Sanoubougou II (gérant de pharmacie, agent transporteur) et deux profils au CSRéf de Sikasso (agent incinérateur, responsable hygiène)
Total	24	six structures (cinq CSCom et le CSRéf de Sikasso)

La collecte a été poursuivie jusqu'à l'obtention d'une redondance suffisante des thèmes émergents entre les différentes catégories d'acteurs, le nombre définitif d'entretiens ayant été déterminé progressivement en fonction de la saturation des données, conformément aux recommandations méthodologiques de Malterud, Siersma et Guassora (2016) sur la puissance informationnelle de l'échantillon en recherche qualitative.

3.2. Analyse des données

Les entretiens ont été intégralement transcrits, puis soumis à une analyse de contenu thématique mixte, suivant le modèle en six phases proposé par Braun et Clarke (2006) : familiarisation avec les données par la transcription intégrale et la lecture répétée des verbatim, génération des codes initiaux phrase par phrase, recherche de thèmes par regroupement des codes en catégories, révision des thèmes, définition et nomination des thèmes et sous-thèmes, puis production du rapport d'analyse. Cette codification a combiné une

démarche déductive, structurée à partir des quatre axes du guide d'entretien (profil et organisation du répondant, pratiques opérationnelles de gestion des DBM, risques professionnels et sécurité, propositions d'amélioration) complétés par les quatre étapes de la grille d'observation (tri et conditionnement, collecte et transport interne, stockage intermédiaire, traitement et élimination finale), et une démarche inductive permettant de faire émerger des thèmes transversaux non anticipés par le guide initial. Les données issues des six observations directes, ainsi que les documents disponibles au sein des structures et les données de routine du système d'information sanitaire pour la période janvier à juin 2026, ont été mobilisés pour trianguler les discours recueillis en entretien. La rigueur de cette analyse s'appuie sur les quatre critères de scientificité proposés par Lincoln et Guba (1985) : la crédibilité, assurée par la diversification des catégories de participants et la triangulation des sources ; la transférabilité, favorisée par une description détaillée du contexte de chaque structure ; la fiabilité, soutenue par l'utilisation d'un guide d'entretien homogène sur l'ensemble des sites ; et la validité interne, garantie par la conservation systématique des extraits de verbatim comme preuves des interprétations proposées.

3.3. Cadre comparatif

L'analyse a été conduite de façon comparative entre les trois catégories d'acteurs identifiées dans le protocole, responsables d'établissement, personnel de soins, personnel d'appui, sur cinq dimensions : l'accès à la formation, les modalités d'intégration des nouveaux agents, la dotation en équipements de protection individuelle (EPI), la déclaration et la prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES), et le discours tenu sur la responsabilité en cas d'accident. Les six entretiens conduits au CSRéf, structure la plus stratifiée de l'échantillon (du médecin-chef à l'agent incinérateur), offrent un terrain de comparaison interne particulièrement fin et sont donc mobilisés de façon privilégiée dans cet article.

3.4. Corpus partagé avec un article compagnon

Cet article s'appuie sur le même corpus d'entretiens et d'observations que le mémoire de master dont il est issu (Touré, 2026), et partage ce corpus avec un article compagnon, également tiré du même mémoire et mobilisant un autre cadre théorique, consacré au tri quotidien des déchets biomédicaux et à sa dimension symbolique et disciplinaire. Les deux articles recentrent chacun l'analyse sur un ensemble distinct d'extraits et de résultats : le présent article sur la hiérarchie sociale de l'exposition au risque, la formation, les équipements

de protection, la déclaration des accidents et le stigmate professionnel ; l'article compagnon sur le respect ou la transgression de l'ordre classificatoire du tri, indépendamment des thèmes traités ici. Aucun extrait de verbatim cité dans cet article n'est repris à l'identique dans l'article compagnon.

4. Résultats

4.1. Une division du travail qui délègue la manipulation directe aux positions les plus subalternes

Dans les six structures étudiées, la manipulation directe et répétée des déchets, collecte, transport interne, alimentation de l'incinérateur, gestion des cendres, est, de façon régulière, déléguée au personnel d'appui : agents de surface, manœuvres, agents transporteurs, agents incinérateurs. Cette délégation est suffisamment récurrente pour relever, au sens de Hughes, d'une véritable institution du dirty work : la tâche la plus physiquement exposée au risque biologique est aussi, dans la majorité des cas observés, la moins rémunérée, la moins qualifiée et la moins reconnue statutairement. Les observations directes corroborent ce constat au niveau matériel : dans les structures visitées, les zones de stockage et d'incinération se situent en périphérie des bâtiments principaux, à l'écart des espaces de soins occupés par le personnel médical.

4.2. Une intégration à deux vitesses : l'immersion des uns, l'apprentissage sur le tas des autres

Le CSRéf de Sikasso a instauré, pour le personnel médical entrant, un dispositif d'accueil structuré que le chef du service des urgences décrit en ces termes :

> *« On a instauré quelque chose au niveau du CSRéf, qu'on appelle d'immersion par rapport à la gestion des déchets biomédicaux, qui concerne chaque stagiaire et le nouveau bénévole qui arrive. On les envoie au niveau de l'unité d'hygiène pour qu'ils fassent 2 à 3 jours de formation par rapport à la gestion des déchets biomédicaux, donc dès qu'ils viennent aux unités ils ont déjà une notion sur la gestion DBM. » (P20)*

Ce même répondant attribue cependant, dans le même entretien, les écarts de conformité observés à « leur ignorance et manque de concentration » chez « des personnels subalternes notamment des infirmiers, des bénévoles et des stagiaires », glissement qui peut être lu

comme révélateur d'un discours institutionnel qui, tout en instituant un dispositif d'accueil pour le personnel de soins, individualise la responsabilité de la non-conformité plutôt que de l'attribuer à l'absence d'un dispositif équivalent pour le personnel d'appui. Aucune des six structures étudiées ne documente, dans le matériau recueilli, de dispositif d'accueil ou d'immersion comparable pour les agents de surface, les manœuvres ou les agents transporteurs, qui accèdent à leur poste par un simple apprentissage informel.

4.3. La formation comme capital inégalement distribué

Les responsables d'établissement et le personnel de soins mobilisent, dans les entretiens, un répertoire impressionnant d'organismes formateurs : Programme National de Gestion des Déchets Biomédicaux (PNGDB), OMS, PNUD, USAID, Save the Children, ONG BCEYA, projet DECLIC, CSRéf, district sanitaire. Le médecin-chef du CSRéf cite ainsi une formation de l'OMS en 2024 et une autre du district en 2026 ; la sage-femme maîtresse du CSRéf évoque des formations USAID en 2025 ; le major du laboratoire, une formation PNGDB/Save the Children en 2022.

Le personnel d'appui, à l'inverse, décrit un tout autre régime d'accès au savoir :

> *« Non, je n'ai reçu aucune formation. On m'a montré comment faire rapidement. » (P04)*

> *« Je suis profane, moi. Je ne suis que demi-lettré. On m'a montré comment allumer le feu, mais pour les papiers, je n'y comprends rien. » (P23)*

L'entretien avec l'agent transporteur de Sanoubougou II fait apparaître une dimension supplémentaire, rarement documentée dans la littérature sur les DBM, mais qu'évoque également, sans valeur de confirmation statistique, le témoignage d'un jeune éboueur de Bamako recueilli par une enquête journalistique récente (CENOZO, 2025) : la transmission familiale et informelle de cette charge de travail non formée.

> *« Je travaille pour 4 CSCom et plusieurs cabinets médicaux. Cela fait à peu près 3 mois que je fais ce travail. Non, je n'ai suivi aucune formation spécifique. J'ai appris sur le tas, en remplaçant mon père qui s'occupait de tout avant son accident. » (P15)*

Ce cas de transmission d'un poste de manipulation des déchets biomédicaux d'un père accidenté à son fils, sans formation intermédiaire, illustre de façon particulièrement nette le caractère structurellement subalterne de cette fonction : elle se transmet, dans ce cas, comme une charge plutôt que comme une qualification, configuration ponctuelle qui rejoint, à titre indicatif, le récit du jeune éboueur bamakois ayant hérité de la collecte hospitalière laissée vacante par le départ de son frère au village. Un seul cas ne permet cependant pas de généraliser à une transmission « héréditaire » au sens strict ; il s'agit d'une transmission familiale et informelle du travail, ponctuellement observée sur le terrain.

4.4. Des équipements de protection distribués selon la hiérarchie

Le même gradient s'observe dans la dotation en équipements de protection individuelle. Le major du laboratoire du CSRéf le formule sans détour, en comparant explicitement sa propre situation à celle du personnel qu'il supervise :

> *« Au laboratoire, j'ai des gants de ménage épais, des gants d'examen, des blouses et des lunettes de protection. Cependant, pour les agents de surface qui manipulent les déchets au niveau du stockage et de l'incinérateur, la dotation est largement insuffisante. Ils manquent souvent de bottes, de masques et de gants épais, ce qui les expose énormément. » (P21)*

L'agent incinérateur du CSRéf, interrogé sur ce même point, désigne littéralement, du geste, l'absence qui le concerne : « (montrant ses chaussures) Je n'ai pas de bottes. J'ai des gants fins, parfois, mais pas toujours. Je n'ai pas de verre de protection. » L'absence de bottes revient, structure après structure, comme le marqueur le plus récurrent de cette hiérarchie matérielle de la protection : elle est signalée pour l'agent de surface de Wayerma I, pour le manœuvre de Wayerma II, pour l'agent transporteur de Sanoubougou II, pour l'agent incinérateur du CSRéf, jusque, de façon notable, chez la sage-femme maîtresse du CSRéf elle-même, dont les équipements sont pourtant globalement plus complets : « les bottes manquent. » La botte, équipement le plus directement lié au contact avec le sol souillé de la zone de traitement, apparaît ainsi comme la frontière matérielle la plus fidèlement corrélée, dans les données recueillies, à la proximité physique avec le geste de manipulation le plus exposé.

4.5. Accidents déclarés, accidents tus : une hiérarchie de la visibilité du risque

La comparaison des accidents d'exposition au sang (AES) rapportés au CSRéf fait apparaître un net contraste. Le médecin-chef déclare trois cas formellement suivis (deux infirmiers, un laborantin), pris en charge par prophylaxie antirétrovirale. Le major du laboratoire décrit la prise en charge protocolaire d'une technicienne piquée « en nettoyant un plateau » : désinfection, prophylaxie, orientation vers le service de médecine, déclaration et rapport. La responsable du service d'hygiène rapporte de même la prise en charge récente d'une technicienne de surface.

Face à ces trois récits de déclaration protocolaire, le témoignage de l'agent incinérateur du CSRéf s'en distingue nettement :

> *« Oui, plusieurs fois. La dernière fois, en 2025, je me suis piqué en ramassant une aiguille qui traînait. Je ne l'ai pas déclaré. Je suis allé à la pharmacie, j'ai acheté des médicaments moi-même. Heureusement, je n'ai rien attrapé, car j'ai fait la prise de sang au laboratoire et on m'a dit que c'est bon. Mais c'est stressant. » (P23)*

Un schéma similaire se retrouve dans les CSCom : la responsable de la maternité de Wayerma II déclare « un incident personnel il y a un mois avec une aiguille qui dépassait d'un sac. Je me suis lavée immédiatement, mais je n'ai pas fait de déclaration », alors même que son propre statut, intermédiaire dans la hiérarchie de la structure, la distingue du personnel d'appui proprement dit. L'accident de l'agent transporteur de Wayerma I, en mars 2026, ne fait quant à lui l'objet d'une prise en charge protocolaire que parce que le DTC en a lui-même été le témoin direct et l'a personnellement orienté vers le CSRéf voisin : dans ce cas précis, la déclaration semble avoir dépendu moins de l'existence de l'accident que de sa visibilité fortuite aux yeux d'une autorité.

Ce que ces récits croisés suggèrent, dans les limites du terrain étudié, c'est un système de déclaration dont l'efficacité tendrait à être inversement proportionnelle à la distance hiérarchique entre la victime et l'autorité responsable du protocole : plus l'acteur exposé est proche de la fonction de direction ou de supervision, plus l'accident dont il est victime semble avoir de chances d'être institutionnellement reconnu, documenté et pris en charge selon les règles ; plus il en est éloigné, plus il tend à disparaître du registre officiel pour être géré seul,

dans l'urgence, par automédication, configuration que Koné et Mallé (2015) avaient déjà pressentie à l'échelle nationale sans pouvoir la rattacher, faute d'approche qualitative comparative, à la position hiérarchique de la victime.

4.6. Les discours de responsabilité : rigueur proactive contre anticipation du blâme

Interrogés sur la responsabilité en cas d'accident grave, les acteurs en position d'autorité institutionnelle formulent, dans les entretiens conduits, un discours de rigueur assumée et proactive. La sage-femme maîtresse du CSRéf : « cela me pousse à être rigoureuse en étant la première responsable. » Le major du laboratoire : « cela m'influence énormément au quotidien. Je me sens responsable de la sécurité de mon équipe et des patients qui viennent au laboratoire. »

À l'autre extrémité de la hiérarchie, le même type de question suscite un tout autre rapport au risque, centré non plus sur la responsabilité institutionnelle mais sur l'anticipation individuelle du blâme ou, plus radicalement, sur une forme de résignation :

> *« Je pense que si un accident arrive, je serai le premier à être blâmé. » (P04)*

> *« Je pense que c'est les chefs. Ah, j'ignore moi-même, j'évite de me piquer. » (P23)*

Cette dernière réponse condense, à elle seule, l'un des résultats centraux de cet article : interrogé sur une responsabilité institutionnelle, l'agent incinérateur y répond par une stratégie individuelle, « j'évite de me piquer », qui peut être interprétée comme le signe que, à son échelon, la question de la responsabilité collective a cédé la place à une gestion quotidienne du risque au poste de travail. Cette réponse peut être interprétée, à la lumière de Goffman, comme une stratégie de gestion de l'identité stigmatisée par le retrait : plutôt que de revendiquer une place dans le système de responsabilité institutionnelle qui, de fait, ne le reconnaît pas, l'agent se replie sur la seule sphère où son action a prise, celle de son propre corps.

4.7. Le territoire et le stigmate du « sale boulot »

La dimension stigmatisante du travail de manipulation des déchets, telle que la conceptualise Hughes, apparaît avec une force particulière dans le récit que fait l'agent incinérateur du CSRéf de son rapport au voisinage :

> *« Un jour, un policier est même venu me menacer parce que je brûlais en pleine journée. Il m'a dit : « Ce n'est pas le moment, vous nous intoxiquez. » […] il faut un abri ou une clôture, parce que tout le monde voit ce que je fais, et tout le monde critique. Je suis fatigué, franchement. » (P23)*

L'agent incinérateur applique pourtant les horaires de brûlage qui lui ont été indiqués lors de sa formation (« de 12h30 à 16h »), et n'est en rien à l'origine des décisions d'organisation qui produisent l'exposition visible de son geste. Il n'en demeure pas moins seul face à la réprobation publique, celle d'un policier, celle des riverains du CSCom voisin de Wayerma I, pour une pratique dont il n'est que le dernier maillon d'exécution. Cet épisode peut être lu, au prisme de Goffman, comme une stratégie de justification préventive du stigmate : l'agent anticipe la critique en rappelant, dans son propre récit, qu'il ne fait que suivre les instructions reçues, sans que cette justification suffise à le protéger du jugement porté sur sa personne plutôt que sur l'organisation qui l'emploie. Dans ce cas, le stigmate paraît se déposer davantage sur celui qui accomplit le geste visible que sur ceux qui en ont décidé les conditions.

Le cas du DTC de Zignasso offre, à l'inverse, une exception qui éclaire la règle : en l'absence de tout agent de surface disposé à s'exposer aux fumées du brûlage (« mon agent de surface a peur des fumées et des risques de brûlure »), c'est le DTC lui-même, normalement en position d'autorité, qui se retrouve contraint d'assumer personnellement le geste le plus stigmatisé de la filière, jusqu'à s'y brûler les avant-bras. Cette inversion montre que le dirty work n'est pas une propriété intrinsèque d'un statut, mais une fonction structurelle qui, dans un contexte de pénurie de personnel, peut retomber sur un acteur disponible, fût-il le responsable de la structure.

4.8. Sous-traiter le sale boulot : le recours au GIE comme déplacement institutionnel

Plusieurs structures de l'échantillon, Wayerma II et Sanoubougou II, ont mis fin à l'incinération sur site, à la suite de plaintes de riverains concernant les fumées, pour confier l'élimination finale à un groupement d'intérêt économique (GIE) privé. Ce recours à la sous-traitance, présenté par les répondants comme une solution technique à un problème de nuisance, peut également se lire, au prisme de Hughes, comme un déplacement institutionnel du dirty work hors des murs de l'établissement de santé : la tâche la plus stigmatisée n'est plus

seulement déléguée à une catégorie subalterne de l'organisation, elle est externalisée à une entité tierce, dont les conditions de travail échappent à l'enquête et à la responsabilité directe de la structure de soins elle-même. Le geste sale disparaît du regard institutionnel sans que le risque, pour autant, cesse d'exister quelque part dans la chaîne.

5. Discussion

L'ensemble de ces résultats est cohérent avec la thèse centrale de Douglas et Wildavsky : la perception et l'acceptation du risque ne sont pas de simples fonctions de sa probabilité statistique, mais des constructions socialement situées, dépendant étroitement de la position institutionnelle de l'acteur exposé. Le paradoxe documenté ici est que cette construction sociale du risque semble opérer en sens inverse de sa réalité matérielle : ce sont les acteurs les moins associés, dans les entretiens, au discours de responsabilité institutionnelle, le personnel d'appui, qui apparaissent, en pratique, comme les plus exposés physiquement au risque biologique, chimique et thermique inhérent à la manipulation directe des déchets.

Le concept de dirty work forgé par Hughes permet de nommer ce mécanisme : la délégation récurrente, à travers les six structures étudiées, des tâches les plus physiquement exposées et socialement dévalorisées au personnel le moins doté en capital scolaire, en formation et en reconnaissance institutionnelle, délégation qui se prolonge, dans deux structures de l'échantillon, jusqu'à l'externalisation vers un prestataire privé. Le cas de l'agent transporteur de Sanoubougou II, qui hérite du poste de son père accidenté sans formation intermédiaire, dans une configuration qu'évoque également, à titre indicatif, le témoignage d'un jeune éboueur bamakois recueilli par voie journalistique (CENOZO, 2025), illustre le caractère quasi statutaire de cette assignation, sans que ce cas isolé permette d'en conclure à une règle générale.

La lecture goffmanienne des récits recueillis auprès du personnel d'appui met en évidence des stratégies de gestion du stigmate, justification préventive, minimisation, repli sur la sphère individuelle du corps propre, qui peuvent être rapprochées des mécanismes de gestion de l'identité « gâtée » décrits dans Stigma, sans que cette lecture épuise la diversité des interprétations possibles d'un matériau qualitatif de cette taille. C'est le cadre de Farmer sur la violence structurelle qui permet, en dernière analyse, d'articuler l'ensemble de ces observations sans en faire porter la responsabilité à un acteur identifiable : ni le médecin-chef, ni le major du laboratoire, ni même le DTC de Zignasso obligé de brûler lui-même les

déchets, ne décident individuellement de l'exposition différentielle documentée ici. Cette exposition apparaît comme le produit cumulé d'une organisation du travail, d'une distribution des ressources de formation et d'équipement, et d'une architecture de la déclaration des accidents, qui produisent ensemble, sans intention malveillante repérable chez quiconque, un résultat systématiquement défavorable au personnel le moins doté en capital institutionnel.

La sous-déclaration des accidents d'exposition au sang chez le personnel d'appui, déjà repérée de façon générale dans la littérature ouest-africaine (Koné et Mallé, 2015 ; Ehui et al., 2007 ; étude togolaise, 2011), prend ici un relief plus précis : les données recueillies suggèrent qu'elle n'est pas aléatoire, mais structurée par la distance à l'autorité. Un accident semble entrer dans le registre institutionnel, et donc dans les statistiques disponibles pour la santé publique, surtout lorsqu'il se produit sous le regard, ou à proximité immédiate, d'un responsable en mesure d'activer le protocole de prophylaxie. Cette observation, si elle se confirmait sur un terrain plus large, inviterait à une lecture critique des indicateurs officiels d'AES, qui pourraient sous-estimer de façon différentielle l'exposition réelle du personnel d'appui. Par rapport à la littérature quantitative existante, qui mesure la prévalence des AES sans toujours en éclairer les déterminants sociaux, la contribution originale de cette étude est de relier explicitement le taux de reconnaissance institutionnelle d'un accident à la position hiérarchique de la victime, plutôt qu'à sa seule survenue.

6. Limites

Ces résultats comportent plusieurs limites qu'il convient de mentionner. Le caractère rétrospectif et déclaratif des récits d'accidents expose à un biais de mémoire et, potentiellement, à une sous-déclaration en entretien elle-même redondante avec la sous-déclaration institutionnelle documentée. La comparaison inter-catégorielle, construite à partir d'un échantillon raisonné de 24 profils répartis sur six structures, offre une transférabilité analytique et non statistique des écarts observés ; elle ne permet donc pas de généraliser au-delà du terrain étudié. Le caractère localisé de l'enquête, limitée au district sanitaire de Sikasso, invite à la prudence quant à sa transposition à d'autres districts sans comparaison directe.

Plusieurs autres limites méritent d'être reconnues. Un risque de désirabilité sociale ne peut être exclu, en particulier pour les questions portant sur la déclaration des accidents ou le respect des protocoles, la présence des enquêteurs, eux-mêmes associés au champ de la santé,

ayant pu influencer certaines réponses. Certains comportements sensibles (automédication, non-déclaration) sont par nature difficiles à observer directement et reposent largement sur le discours des acteurs plutôt que sur leur constat direct. Le nombre de grilles d'observation directe (six) reste limité au regard de la diversité des situations rencontrées sur le terrain, ce qui restreint la portée de la triangulation entre discours et pratiques observées. Enfin, l'étude ne dispose pas de données documentaires systématiques (registres d'AES, par exemple) permettant de croiser les déclarations recueillies en entretien avec un enregistrement administratif indépendant.

Conclusion

Cette ethnographie de l'exposition différenciée invite à ne pas traiter la dotation en équipements de protection individuelle et l'accès à la formation comme de simples questions logistiques à résoudre uniformément, mais comme des enjeux d'équité structurelle entre catégories de personnel, au sens où l'entend Farmer. Cibler prioritairement, dans les plans de renforcement des capacités, le personnel d'appui, celui-là même qui manipule directement les déchets, dont un cas hérite de ce poste sans formation, dont les accidents ont le moins de chances d'être institutionnellement reconnus, et qui porte seul le stigmate public d'une tâche dont il n'a pas fixé les conditions, constitue une piste d'action directement issue de ce terrain. Une réflexion sur un dispositif de signalement des AES moins dépendant de la visibilité hiérarchique de la victime, ainsi que sur l'extension du dispositif d'immersion aujourd'hui réservé au seul personnel de soins du CSRéf, mériterait par ailleurs d'être engagée dans les structures du district sanitaire de Sikasso, et pourrait justifier des travaux comparatifs dans d'autres districts.

Déclaration

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de Master en Santé Publique soutenu à l'Institut Supérieur de Santé Publique (ISSP) de Bamako (Touré, 2026). Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts. Une autorisation administrative préalable a été obtenue auprès des autorités sanitaires du district sanitaire de Sikasso avant le début de la collecte ; aucun comité d'éthique institutionnel indépendant n'a été formellement saisi pour ce mémoire de Master, cette autorisation administrative ayant constitué le cadre d'autorisation retenu. Le consentement libre et éclairé de chaque participant a été recueilli, assorti d'un consentement spécifique et distinct pour l'enregistrement audio des entretiens. L'étude a été conduite dans le

respect de l'anonymat des structures et des personnels concernés, avec un codage systématique des participants et des sites, et dans le respect de la confidentialité stricte des informations recueillies, utilisées à des fins exclusivement scientifiques, conformément au protocole de recherche et au formulaire de consentement présentés en annexe du mémoire dont cet article est issu. Par mesure de précaution supplémentaire, les extraits de verbatim cités dans l'article sont attribués au seul code du participant, sans mention conjointe de sa fonction et de sa structure d'exercice, afin de limiter le risque de ré-identification indirecte des personnes occupant une position unique au sein d'une structure nommée ; la correspondance entre codes, fonctions et structures reste disponible, de façon agrégée, dans le tableau de composition de l'échantillon.

Références

Douglas M, Wildavsky A. Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers. Berkeley : University of California Press ; 1982.

Hughes EC. Good People and Dirty Work. Social Problems. 1962;10(1):3-11.

Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood Cliffs (NJ) : Prentice-Hall ; 1963.

Farmer P. An Anthropology of Structural Violence. Current Anthropology. 2004;45(3):305-325.

Berihun G, Walle Z, Desye B, Daba C, Geto AK, Kumlachew L, Berhanu L, Alemayehu T. Healthcare waste management practices and associated factors among healthcare workers in Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. PLOS ONE. 2025.

Koné MC, Mallé KK. Les accidents d'exposition au sang : connaissances et pratiques des personnels de santé d'un hôpital du Mali. Bulletin de la Société de Pathologie Exotique. 2015;108:369-372.

Ehui E, Kra O, Ouattara I, Eholié S, Kakou A, Bissagnéné E, Kadio A. Management of accidental exposure to blood in the Treichville teaching hospital, Abidjan (Côte d'Ivoire). Médecine et Maladies Infectieuses. 2007;37(Suppl 3):S251-6.

Ebatetou Ataboho, et al. Accidents d'exposition au sang dans un hôpital du Congo Brazzaville : une étude CAP. Health Sciences and Disease. 2018;19(4).

Étude sur la prévalence des accidents professionnels d'exposition au sang chez le personnel soignant au Togo. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2011.

Maïga F, Traoré H, Dembélé NJ, N'Diaye B, Koné AZ. Les modes de gestion des déchets biomédicaux au Mali : cas de Bamako. Revue des Sciences de l'Environnement, Université de Lomé (Togo). 2018;15(2).

CENOZO. Mali : dans l'univers puant de la mauvaise gestion des déchets biomédicaux à Bamako [source journalistique]. 2025.

Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique. Manuel des normes et procédures de gestion durable des déchets des établissements de santé humaine et animale du Mali. Bamako : Ministère de la Santé et du Développement Social ; novembre 2023.

Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101.

Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills (CA) : Sage Publications ; 1985.

Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. Qualitative Health Research. 2016;26(13):1753-1760.

Touré L. La gestion des déchets biomédicaux dans le district sanitaire de Sikasso (Mali) : une approche anthropologique et de santé publique [mémoire de Master en Santé Publique]. Bamako : Institut Supérieur de Santé Publique (ISSP) ; 2026.